

**EDITAL DE CONVOCAÇÃO PÚBLICA PARA
PARCERIA COM ORGANIZAÇÃO SOCIAL
E A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO**

CONVOCAÇÃO PÚBLICA – Nº CP 003/2021

1. INTRODUÇÃO

1.1. O MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, consoante o disposto no artigo 5º, § 2º da Lei Municipal nº 5.026/2009 e no artigo 9º do Decreto Municipal nº 30.780/2009, torna público que fará realizar CONVOCAÇÃO PÚBLICA para firmar Contrato de Gestão (Anexo I) com entidade qualificada como Organização Social no âmbito deste Município, tendo por objeto o **GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DAS UNIDADES DE SAÚDE, DOS PROJETOS DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E DA UPA MANGUINHOS – TEIAS MANGUINHOS**, no Território Integrado de Atenção à Saúde (TEIAS) no âmbito da Área de Planejamento (AP) 3.1, localizada no Município do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, devidamente descrito, caracterizado e especificado nos Anexos Técnicos e no Projeto Básico, partes integrantes deste Edital. A AP 3.1 compreende os bairros de Parque Oswaldo Cruz, Mandela de Pedra, Samora Mochel, Parque Carlos Chagas, Vila Turismo, Parque João Goulart, São Pedro/Agrícola, CHP2, Comunidade Agrícola de Higienópolis, CCPL, Ex-Combatente, Vila União.

1.2. A presente convocação pública visa à seleção do melhor programa de trabalho, de acordo com os critérios estabelecidos no presente edital, que deverá estar em conformidade com o Projeto Básico e anexos.

1.3. O presente processo de seleção se rege por toda a legislação aplicável à espécie, especialmente pelas normas da Lei Municipal nº 5.026/2009, regulamentada pelos Decretos Municipais nº 30.780/2009, nº 30.907/2009, nº 31.618/2009, nº 31.897/2010, nº 32.318/2010, nº 33.010/2010, nº 33.536/2011, nº 35.645/2012, nº 37.079/2013, nº 38.300/2014, nº 41.207/2016, nº 41.208/2016, nº 41.209/2016, nº 41.210/2016, nº 41.211/2016, nº 41.212/2016, nº 41.213/2016, nº 41.214/2016, nº 41.215/2016, nº 41.216/2016, nº 41.217/2016, nº 41.218/2016, nº 45.632/2019, nº 46.029/2019 e Resoluções CGM nº 1.224/2016, nº 1.642/2020, Resoluções Conjuntas CGM/SMS nº 85/2016 e 86/2016, e, no que couber, pelas normas da Lei Federal nº 8.666/1993 e suas alterações, pelo Código de Administração Financeira e Contabilidade Pública do Município do Rio de Janeiro (CAF), instituído pela Lei Municipal nº 207/1980 e suas alterações, ratificadas pela Lei Complementar Municipal nº 01/1990, e pelo Regulamento Geral do Código supracitado (RGCAF), aprovado pelo Decreto Municipal nº 3.221/1981 e suas alterações, pela Lei Complementar Federal nº 101/2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal), pelo Decreto Municipal nº 21.083/2002 (cotas para mulheres e para pessoas de cor negra), bem como pelos preceitos de direito público, pelas disposições deste Edital e de seus anexos, normas que os participantes declaram que conhecem e que a elas se sujeitam incondicional e irrestritamente.

1.4. A participação da Organização Social nesta convocação pública implica a aceitação integral e irretratável dos termos, cláusulas, condições e anexos deste instrumento, que integrarão o Contrato de Gestão como se transcritos, bem como na observância dos regulamentos administrativos e das normas técnicas e legislações aplicáveis. Não serão aceitas, sob quaisquer hipóteses, alegações de seu desconhecimento em qualquer fase da convocação pública e da execução do Contrato de Gestão.

1.5. As retificações do Edital obrigarão todas as participantes e serão divulgadas pelos mesmos meios de divulgação do Edital.

1.6. A convocação pública a que se refere este Edital poderá ser adiada, revogada por razões de interesse público ou anulada, sem que caiba aos participantes qualquer direito à reclamação ou à indenização por estes motivos, de acordo com a princiologia que decorre do artigo 387 do RGCAF c/c o artigo 49 da Lei Federal nº 8.666/93.

1.7. O Edital e seus anexos serão disponibilizados no sítio <https://www.rio.rj.gov.br/web/sms/listaconteudo?tag=contratodegestao>, bem como no endereço da Secretaria Municipal de Saúde, situada na Rua Afonso Cavalcante, nº 455, 8º andar, sala 801, Cidade Nova, Rio de Janeiro, telefone (21) 3971-1472 das 09h00 às 17 horas, podendo os interessados comparecer munidos de pen drive para gravação dos arquivos.

1.7.1. A versão impressa do Edital e de seus anexos poderá ser adquirida mediante o pagamento de sua reprodução gráfica, que deverá ser feito por pagamento de DARM (Documento de Arrecadação Municipal) em favor da Secretaria Municipal de Fazenda, conforme condições e valores estabelecidos na Resolução Conjunta/SMA/SMF nº 70, de 10 de maio de 2013. Neste caso, para a retirada da versão impressa do Edital e de seus anexos, a Organização Social deverá apresentar cópia do recibo bancário S/SUBG, que providenciará as cópias.

1.8 Os interessados poderão solicitar, por escrito, esclarecimentos acerca do objeto deste Edital ou interpretação de qualquer de seus dispositivos em até 5 (cinco) dias anteriores à data limite para manifestação expressa de interesse em firmar contrato de gestão descrita no subitem 5.01. Os pedidos de esclarecimentos deverão ser encaminhados aos cuidados da Comissão Especial de Seleção e protocolados no endereço da Secretaria Municipal de Saúde, situada na Rua Afonso Cavalcante, nº 455, 8º andar, sala 801, Cidade Nova, Rio de Janeiro, telefone (21) 2976-1662 das 09h00 às 17 horas.

1.8.1 Caberá à Comissão Especial de Seleção, designada por intermédio da **Resolução nº 4774 de 02 de fevereiro de 2021**, responder aos pedidos esclarecimentos no prazo de até 3 (três) dias úteis antes da realização da sessão de recebimento e de abertura de envelopes, com a divulgação da resposta pela mesma forma que se deu publicidade ao presente Edital.

1.9. Os interessados poderão formular impugnações ao Edital em até 2 (dois) dias úteis anteriores à abertura da sessão de recebimento e de abertura de envelopes, no seguinte endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 455 - Prédio Principal - 8º andar - Sala 801 - Cidade Nova, Rio de Janeiro/RJ, telefone (21) 2976-1662, das 9 às 17 horas. Decairá do direito de impugnar o Edital perante a Administração o participante que não o fizer tempestivamente.

1.9.1 As Impugnações deverão ser decididas pela Comissão Especial de Seleção em até 1 (um) dia antes da sessão de recebimento e de abertura de envelopes, com a divulgação da decisão pela mesma forma que se deu publicidade ao presente Edital.

1.9.2 Não serão aceitas impugnações ao Edital encaminhadas por serviço postal, e-mail ou fac-símile.

1.10. O processo seletivo não prosseguirá nos atos ulteriores até que sejam prestados os esclarecimentos ou respondidas as impugnações existentes. Oferecida a resposta da Administração nos prazos indicados nos itens 1.9 e 1.10.2, a sessão de recebimento e abertura de envelopes será realizada no mesmo horário e local indicados neste Edital, salvo quando houver designação expressa de outra data pela Comissão Especial de Seleção a ser publicada no Diário Oficial.

2. OBJETO

2.1. O objeto da presente convocação pública é a celebração de Contrato de Gestão para o **GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DAS UNIDADES DE SAÚDE, DOS PROJETOS DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E DA UPA MANGUINHOS – TEIAS MANGUINHOS no âmbito da Área de Planejamento (AP) 3.1**, devidamente descrito, caracterizado e especificado no Anexo II - Projeto Básico, parte integrante deste EDITAL.

2.2. Passarão a ser geridos pela Organização Social, qualificada e selecionada nos termos deste Edital e respectivos Anexos e Projeto Básico, novas unidades de Saúde da Família e Serviços do TEIAS da AP 3.1, e aquelas atualmente existentes, cujas metas físicas estão definidas no ANEXO II F deste Edital, mês a mês para o período deste contrato de gestão.

2.3. O apoio ao gerenciamento dessas ações e serviços de saúde, nas unidades descritas, incluirá ainda:

2.3.1. Desenvolvimento de linhas de trabalho que permitam avançar no desenvolvimento organizacional, na integralidade da assistência e do acesso da população local aos serviços e ações de saúde;

2.3.2. Respeito à Área de Planejamento de Saúde estabelecida pela SMS, na qual o papel de cada Unidade de Saúde na rede regionalizada seguirá a indicação dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS);

2.3.3. Apoio à gestão das unidades de saúde da família localizadas na AP indicadas nesta convocação pública pela Organização Social, através da operacionalização do gerenciamento e da execução de atividades e serviços de saúde - aqui incluídos a compra de equipamentos, mobiliários, material permanente e manutenção das unidades;

2.3.4. Avaliação do desempenho clínico de cada profissional da rede, que devem ter incentivos aferidos para atividades específicas. Estes incentivos devem criar condições para o desenvolvimento de ambientes de motivação dos profissionais, atribuindo às equipes melhorias nas unidades de saúde, nomeadamente no contexto físico do seu exercício, no reforço de competências, decorrente da facilitação do acesso às ações de formação, ao atribuir às profissionais recompensas associadas ao desempenho;

2.3.5. Atividades de educação, promoção e vigilância em saúde, definidas pelas SUBPAV/SMS-RJ, para a melhoria da qualidade de atenção e do acesso dos cidadãos às ações de saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família;

2.3.6. Controle e a apuração da frequência dos funcionários contratados pelas Organizações Sociais com contrato de gestão celebrados com a Secretaria Municipal de Saúde - SMS, por meio de Registro Biométrico de Ponto e de acordo com o Decreto nº 33536 de 25 de março de 2011 da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro;

2.3.7. Contratação de serviços de prestação continuados como limpeza, segurança, manutenção de equipamentos e manutenção predial, concessionárias, conectividade inclusive para os prontuários eletrônicos; serviços de apoio diagnóstico de atenção primária como radiografia com laudo, ultrassonografia com laudo para apoio às equipes de Saúde da Família; prestação de serviços de oftalmologia na atenção primária como refração ocular e retinografia digital; prestação de serviços de confecção de próteses dentárias, além da contratação de todo e qualquer serviço (que impacte positivamente no alcance dos indicadores e metas) viabilizados pela economicidade e eficiência financeira da gestão do contrato desde que apresentados em plano de aplicação;

2.3.8. Assistência em Situações de Surto ou Emergência em Saúde Pública, declaradas pela SMS-RJ;

2.3.9. Apoio ao Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade, Residência Multiprofissional em Saúde da Família e de Enfermagem em Saúde da Família e outras atividades de formação profissional definidas pelas SMS-RJ;

2.3.10. Alcance de metas e indicadores assistenciais e de gestão que se encontram expressos no Anexo Técnico E do Projeto Básico que integra o presente edital;

2.3.11. Submissão à auditoria e à gestão da Secretaria Municipal Saúde - SMS;

3. AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA CONVOCAÇÃO PÚBLICA

3.1. Autorização do Excelentíssimo Senhor Secretário de Saúde, conforme constante do Processo Administrativo nº 09/000071/2021, de 07 de janeiro de 2021, publicada no D.O. RIO de _____.

4. RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

4.1. O limite máximo de orçamento previsto para realização das atividades e serviços necessários à execução do contrato de gestão é de **R\$ 133.131.748,41 (cento e trinta e três milhões e cento e trinta e um mil e setecentos e quarenta e oito reais e quarenta e um centavos)**, conforme Anexo F e que correrão à conta das seguintes dotações orçamentárias:

PROGRAMA DE TRABALHO: 1808.XX.XXX.XXXX.XXXX

CÓDIGO DE DESPESA: X.X.XX.XX.XX

FONTE DE RECURSO: XXX

VALOR: **R\$ 133.131.748,41**

5. MANIFESTAÇÃO DE INTERESSE EM FIRMAR CONTRATO DE GESTÃO

5.1. Até 10 (dez) dias contados da data da publicação deste Edital as Organizações Sociais interessadas deverão manifestar expressamente seu interesse em firmar o Contrato de Gestão.

5.2. A manifestação de interesse será formalizada por meio de requerimento escrito dirigido ao Secretária Municipal de Saúde e entregue no endereço descrito no subitem 1.07, das 09h00 às 17h00, horário de Brasília.

5.3. Não serão aceitas manifestações de interesses encaminhadas por serviço postal, correio eletrônico ou fax.

5.4. Até o 2º dia útil após a data-limite será publicada no D.O. RIO e no site da Secretaria Municipal de Saúde (<https://www.rio.rj.gov.br/web/sms/listaconteudo?tag=contratodegestao>) a relação das entidades que manifestaram interesse na celebração do contrato de gestão, na forma do inciso II do § 4º do artigo 5º da Lei Municipal nº 5.026/2009.

6. DIA, HORÁRIO E LOCAL DE ENTREGA DE ENVELOPES

6.1. Dia 19 de fevereiro de 2021, às 09:00 horas, horário de Brasília, a Comissão Especial de Seleção estará reunida na sede da Secretaria Municipal de Saúde, situada na Rua Afonso Cavalcante nº 455, 6º andar, sala 649, Cidade Nova, Rio de Janeiro/RJ, para receber e iniciar a abertura dos envelopes referentes à presente convocação pública.

6.2. No caso da sessão não poder ser realizada na data estabelecida, será transferida para o primeiro dia útil posterior, no mesmo horário e local, salvo quando houver designação expressa de outra data pela Comissão Especial de Seleção a ser divulgada pelos mesmos meios de divulgação do Edital.

6.3. O Presidente da Comissão Especial de Seleção poderá suspender a sessão caso seja necessário para a adequada análise da documentação contida nos envelopes, informando verbalmente aos presentes a data de sua reabertura, consignando-a em ata.

7. PRAZOS

7.1. O prazo do Contrato de Gestão será de 2 (dois) anos, tendo início a partir da sua assinatura.

7.2. O prazo do subitem 7.1 poderá ser prorrogado uma vez por igual período e, outra vez, pela metade, se atingidas, pelo menos, oitenta por cento das metas definidas para o período anterior, nos termos do artigo 8º, VII do Decreto nº 30.780, de 02 de junho de 2009.

7.3 O prazo do Contrato de Gestão poderá ser alterado na forma do § 1º do artigo 57, da Lei Federal nº 8.666/93, que se aplica subsidiariamente.

8. VALIDADE DAS PROPOSTAS

8.1. As participantes ficam obrigadas a manter a validade da proposta por 60 (sessenta) dias, contados da data da entrega das propostas.

8.2. Decorrido o prazo consignado no subitem anterior sem que tenha havido convocação para assinatura do contrato de gestão, as organizações sociais ficarão liberadas de quaisquer compromissos assumidos.

9. CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

9.1. Poderão participar da presente convocação pública as pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas à saúde, devidamente qualificadas como organizações sociais no âmbito do Município do Rio de Janeiro, nos termos do Decreto Municipal nº 30.780/2009 e suas alterações, mediante a apresentação da publicação no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro da qualificação da entidade pelo chefe da pasta/dirigente, do órgão da respectiva área de atuação, desde que tenham manifestado interesse, na forma do item 5.

9.2. Não serão admitidas nesta convocação pública as organizações sociais suspensas do direito de licitar, no prazo e nas condições da suspensão, e as declaradas inidôneas pela Administração Direta ou Indireta, inclusive Fundações, em ambos os casos, nos níveis federal, estadual ou municipal.

9.3. Não serão admitidas nesta convocação pública as organizações sociais sancionadas na forma dos incisos II e III do artigo 73 da Lei Federal nº 13.019/2014.

9.4. Não será permitida a participação de organizações sociais que tenham como membro do seu Conselho de Administração:

i) cônjuge, companheiro ou parentes, consanguíneos ou afins, em linha reta ou colateral, até o terceiro grau, do Prefeito, Vice-Prefeito, Secretários Municipais, Subsecretários Municipais e Vereadores (Artigo 3º, II, alínea “a” da Lei municipal nº 5.026/2009);

ii) servidor público detentor de cargo comissionado ou função gratificada (Artigo 3º, inciso II, alínea “b” da Lei municipal nº 5.026/2009).

9.5. Não será permitida a participação de organizações sociais que possuam, em seus quadros funcionais, profissionais que tenham ocupado cargo integrante dos 1º e 2º escalões da estrutura da Administração Pública Municipal nos últimos 12 meses, devendo apresentar declaração de atendimento às disposições do Decreto Municipal nº 19.381/2001 - **Anexo VI**.

9.6. Não será permitida a participação de organizações sociais cujos dirigentes, gerentes, administradores, responsáveis ou componentes do seu quadro técnico tenham participado da elaboração do Projeto Básico como autores ou colaboradores.

9.7. Não será permitida a participação de mais de uma organização social sob o controle de um mesmo grupo de pessoas físicas ou jurídicas, bem como de organização social que tenha diretor comum a outra organização social participante desta convocação pública.

9.8. A comprovação de atendimento aos subitens **9.1, 9.5 e 9.7** se dará mediante a apresentação, no momento do credenciamento, **FORA DOS ENVELOPES “A” e “B”**, dos seguintes documentos:

9.8.1. Cópia da publicação no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro da Qualificação da entidade pelo chefe da pasta/dirigente, do órgão da respectiva área de atuação, como organização social da área de saúde no âmbito do Município do Rio de Janeiro.

9.8.2. Declarações firmadas pelo representante legal da organização social, em papel timbrado, de que não possui funcionário que pertença ao 1º e 2º escalão da Administração Pública Municipal e de que

não possui em sua diretoria pessoa que participe da diretoria de outra organização social e de que não é controlada por grupo de pessoas físicas ou jurídicas que controla outra organização social (**Anexo VI**).

10. REPRESENTAÇÃO NO PROCESSO

10.1. As organizações sociais se farão representar nas sessões por apenas um representante legal ou por agente credenciado regularmente constituído.

10.2. Por credencial entende-se:

a) Procuração passada por instrumento público ou particular, que contenha no mínimo poderes “ad negocia” para manifestar a intenção de recorrer e de desistir dos recursos, bem como praticar todos os demais atos pertinentes à convocação pública em nome da organização social;

b) Carta de credenciamento devidamente preenchida nos termos do **Anexo III** do Edital.

10.2.1. Quando a representação se fizer por intermédio de instrumento particular, obrigatoriamente, terá a firma reconhecida.

10.2.2. Quando a representação se fizer por instrumento público ou por estatuto, os mesmos poderão ser apresentados em cópia autenticada.

10.3. O representante legal deverá apresentar documento (original ou cópia autenticada) comprobatório de legitimidade para representar a organização social (via de regra, o ato constitutivo da organização social e da ata de eleição da diretoria vigente, nos quais estejam expressos seus poderes para exercer direitos e assumir obrigações). O agente credenciado deverá apresentar procuração ou carta de credenciamento acompanhado de documento (original ou cópia autenticada) comprobatório de que o outorgante ou de que o signatário da carta possui poderes para tanto.

10.4. O representante legal ou agente credenciado, antes da entrega dos envelopes e da credencial, deverá identificar-se exibindo a carteira de identidade, que deve conter foto, ou outro documento equivalente emitido por órgão público.

10.5. A carta de credenciamento ou a procuração, o ato constitutivo da organização social e a ata de eleição, para fins de credenciamento, deverão ser entregues separadamente dos envelopes “A” e “B”, referidos no subitem 11.1.

10.6. É vedada a qualquer pessoa física ou jurídica a representação de mais de uma organização social na presente seleção.

10.7. Encerrados os procedimentos descritos nos subitens 10.3, 10.4 e 10.5, iniciados no horário e local previstos no subitem 6.1, não mais serão admitidos novos proponentes, devendo a Comissão Especial de Seleção lavrar na ata o recebimento dos envelopes de programa de trabalho e documentação de habilitação.

10.8. As instituições participantes poderão apresentar mais de um representante ou procurador, respeitadas as disposições previstas nos subitens 10.3, 10.4 e 10.5, ressalvada à Comissão Especial de Seleção a faculdade de limitar esta representação a 1(uma) pessoa, se considerar indispensável ao bom andamento das etapas do processo seletivo.

10.9. Caso não seja credenciado representante, a organização social não fica impedida de apresentar seu programa de trabalho e os documentos de habilitação em envelopes próprios (envelopes “A” e “B”). Neste caso, a organização social ficará impedida de quaisquer manifestações em referência a fatos relacionados com a presente Seleção.

11. APRESENTAÇÃO DO PROGRAMA DE TRABALHO E DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO

11.1. O programa de trabalho e os documentos exigidos no presente Edital serão apresentados em 02 (dois) envelopes opacos, indevassáveis e fechados, constando obrigatoriamente da parte externa de cada um as seguintes indicações:

a) **ENVELOPE “A” - PROGRAMA DE TRABALHO - 1 (uma) via**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

EDITAL DE CONVOCAÇÃO PÚBLICA Nº 03/2021

NOME COMPLETO E ENDEREÇO DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL

b) **ENVELOPE “B” - DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO - 1 (uma) via**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

EDITAL DE CONVOCAÇÃO PÚBLICA Nº 03/2021

NOME COMPLETO E ENDEREÇO DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL

11.2. PROGRAMA DE TRABALHO - ENVELOPE “A”

11.2.1. O programa de trabalho deverá ser apresentado conforme definido no **ANEXO II** - Projeto Básico, devendo ser encabeçado por índice relacionando todos os documentos e as folhas em que se encontram e apresentado em 01 (uma) via, impressa em papel timbrado da organização social (inclusive, se for o caso, os formulários a serem anexados), numerada, sem emendas ou rasuras, na forma de original, com assinatura e identificação do representante legal da entidade ou aquele com poderes para realizar atos jurídicos na última página, com rubrica em todas as páginas e comprovação de sua aprovação pelo Conselho de Administração da organização social, sob pena de desclassificação.

11.2.2. Não serão aceitos programas de trabalho encaminhados por e-mail ou pelo correio e os programas de trabalho entregues em meio eletrônico/digital não substituem a versão impressa.

11.2.3. É obrigatória a utilização dos modelos de formulários apresentados como anexos, assim como é obrigatório o preenchimento de todos eles, sob pena de desclassificação do programa de trabalho.

11.2.4. A desconformidade aos padrões e documentações exigidas por este Edital incorrerá na desclassificação do programa de trabalho apresentado. É imprescindível a apresentação de todos os itens previstos no Anexo B do Projeto Básico – Roteiro para a Elaboração da Proposta Técnica, na sequência estabelecida e com a devida identificação.

11.2.5. A planilha de custos proposta pela instituição deverá ser inserida no envelope “A” seguindo o modelo previsto no Projeto Básico.

11.2.5.1. Na formulação do programa de trabalho, as organizações sociais deverão computar todas as despesas e custos operacionais relacionados com os serviços a serem executados, especialmente os de natureza tributária, trabalhista, previdenciária e securitária (quadros de pessoal), bem como os gastos com o cumprimento das normas pertinentes à saúde, segurança e medicina do trabalho.

11.2.6. Não serão admitidas, sob quaisquer motivos, modificações ou substituições do programa de trabalho ou de quaisquer documentos, uma vez entregues os envelopes indicados no subitem 11.1.

11.2.7. Deverá ser incluída no envelope “A” a comprovação da existência, no quadro de pessoal da Organização social, de pelo menos 3 (três) profissionais com formação específica para a gestão das atividades a serem desenvolvidas, notória competência e experiência comprovada na área de atuação, mediante a apresentação de curriculum vitae contendo os seguintes dados:

a) Nome completo;

b) Formação e titulações acadêmicas/profissionais e data de conclusão dos cursos;

c) Instituições em que prestou serviços na área de atuação, informando datas de início e término dos vínculos;

d) Projetos, programas e planos de ação em que participou na área de atuação da qualificação requerida, informando a função desempenhada, instituição responsável, data de início e de conclusão.

11.2.7.1. Deverão ser apresentados documentos que comprovem o previsto no subitem anterior em original ou cópia autenticada.

11.2.8. Deverão ser apresentados, ainda, todos os documentos e atestados, previstos no Anexo B do Projeto Básico, que comprovem a experiência técnica da organização social proponente.

11.2.9. Para a elaboração dos programas de trabalho, as organizações sociais participantes deverão conhecer todos os elementos informativos fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, além de, a seu critério, acessar as fontes adicionais de informação disponíveis, tendo em vista o completo conhecimento do objeto, em prol da apresentação do programa de trabalho adequado aos propósitos desta convocação pública.

11.3. HABILITAÇÃO - ENVELOPE "B"

O envelope "B" deverá conter os documentos especificados a seguir:

- a) Documentação relativa à habilitação jurídica;
- b) Documentação relativa à qualificação técnica;
- c) Documentação relativa à qualificação econômico-financeira;
- d) Documentação relativa à regularidade fiscal.
- e) Documentação relativa à regularidade trabalhista.

11.3 (a) DOCUMENTAÇÃO RELATIVA À HABILITAÇÃO JURÍDICA

11.3 (a.1) Ato constitutivo ou estatuto em vigor registrado em Cartório, acompanhado de ata de comprovação da eleição da Diretoria e do Conselho de Administração ambos com mandato vigente, registrados em Cartório de Registro Civil de Pessoas Jurídicas.

11.3 (a.1.1) Na hipótese de existir alteração no documento, posteriormente à constituição da organização social, os referidos documentos deverão ser apresentados de forma consolidada, contendo todas as cláusulas em vigor, a fim de comprovar que o objeto social e as normas estatutárias estão focadas no objeto do contrato de gestão.

11.3 (a.2) Cédula de Identidade e comprovante de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) da Secretaria da Receita Federal do Brasil do representante legal da organização social.

11.3 (a.3) Declaração em papel timbrado com firma reconhecida de que a organização social não possui em seu quadro nenhum funcionário que pertença aos 1º e 2º escalões da Administração Pública Municipal, emitida pelo representante legal da organização social, nos termos do parágrafo único do artigo 2º do Decreto Municipal nº 19.381/2001.

11.3 (a.4) Declaração em papel timbrado com firma reconhecida de que a organização social concorda que a Controladoria Geral do Município, por intermédio da Auditoria Geral, terá amplo e irrestrito acesso à documentação contábil e financeira da organização social como um todo e do contrato de gestão.

11.3 (a.5) Declaração em papel timbrado, com firma reconhecida, que em sua diretoria não tem pessoas que participem da diretoria de outra associação ou fundação privada.

11.3 (a.6) Declaração em papel timbrado, com firma reconhecida, que a organização social tem ciência que deverá observar cotas mínimas de 20% para afrodescendentes (10% homens e 10% mulheres) na

forma do art. 3º da Lei Municipal nº 4.978/2008 e 25% para mulheres, na forma do Decreto Municipal nº 21.083/2002.

11.3 (a.7) Declaração em papel timbrado, com firma reconhecida, que a organização social tem ciência que deverá ofertar percentual mínimo de trabalho voluntário, na forma do art.10, inciso V do Decreto Municipal nº 30.780/09.

11.3 (a.8) Comprovação de existência legal da organização social há pelo menos 02 (dois) anos, conforme dispõe o artigo 1º, IV, do Decreto Municipal nº 30.780/2009.

11.3 (a.9) Comprovação, por meio de alvará, de que o local da sede da organização social é o mesmo constante no Estatuto Social.

11.3 (a.10) Aprovação da celebração do contrato de gestão pelo Conselho de Administração da organização social.

11.3 (a.11) Certidão de Regular Funcionamento emitida pelo Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro ou do respectivo Ministério Público Estadual onde estiver localizada a sede, no caso de fundações privadas.

11.3. (b) DOCUMENTAÇÃO RELATIVA À QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO FINANCEIRA

11.3 (b.1) Certidões negativas de falência, insolvência civil e recuperação judicial ou extrajudicial expedidas pelo Distribuidor da sede da organização social. Para as organizações sociais sediadas no Município do Rio de Janeiro, a prova será feita mediante apresentação de certidões dos 1º, 2º, 3º e 4º Ofícios de Registro de Distribuição e pelos 1º e 2º Ofícios de Interdições e Tutelas.

11.3 (b.1.1) As organizações sociais sediadas em outras comarcas do Estado do Rio de Janeiro ou em outros Estados deverão apresentar, juntamente com as certidões negativas exigidas, declaração passada pelo foro de sua sede, indicando quais os Cartórios ou Ofícios de Registros que controlam a distribuição de falências, recuperação judicial ou extrajudicial.

11.3 (b.1.2) Não serão aceitas certidões com validade expirada ou passadas com mais de 90 (noventa) dias contados da efetiva pesquisa do cartório em relação à data da realização da convocação pública.

11.3. (c) DOCUMENTAÇÃO RELATIVA À REGULARIDADE FISCAL

11.3 (c.1) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas - CNPJ.

11.3 (c.2) Prova de inscrição no cadastro de contribuintes estadual ou municipal, se houver, relativo ao domicílio ou sede da organização social, pertinente à sua finalidade e compatível com o objeto da convocação pública.

11.3 (c.3) Prova de regularidade com as Fazendas Federal, Estadual e Municipal mediante a apresentação dos seguintes documentos:

11.3 (c.3.a) A prova de regularidade com a Fazenda Federal será efetuada por meio da Certidão Conjunta Negativa de Débitos relativos a Tributos Federais, inclusive contribuições sociais, e à Dívida Ativa da União, ou Certidão Conjunta Positiva com efeito negativo, expedida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB e pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional - PGFN, da sede da organização social.

11.3 (c.3.b) A prova de regularidade com a Fazenda Estadual do domicílio da organização social será feita por meio da apresentação da certidão negativa ou positiva com efeito negativo do imposto sobre circulação de mercadorias e serviços e certidão da Dívida Ativa estadual ou, se for o caso, certidão comprobatória de que a organização social, pelo respectivo objeto, está isenta de inscrição estadual.

11.3 (c.3.c) A prova de regularidade com a Fazenda Municipal do domicílio da organização social será feita por meio da apresentação da certidão negativa ou positiva com efeito negativo do Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza e certidão negativa ou positiva com efeito negativo da dívida ativa ou,

se for o caso, certidão comprobatória de que a organização social, pelo respectivo objeto, está isenta de inscrição municipal;

11.3 (c.3.c.1) No caso de organização domiciliada no Município do Rio de Janeiro, essa deverá apresentar, além dos documentos listados no item acima, certidão negativa ou positiva com efeito negativo do Imposto Predial e Territorial Urbano. Não sendo proprietária do imóvel onde está localizada a sua sede, deverá apresentar declaração própria, atestando essa circunstância.

11.3 (c.4) No caso de organização social domiciliada em outro município, mas que possua filial ou escritório no Município do Rio de Janeiro, essa deverá apresentar, em relação à filial ou ao escritório, certidão negativa ou positiva com efeito negativo do Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza e do Imposto sobre Propriedade Predial e Territorial Urbana e certidão negativa ou positiva com efeito negativo da dívida ativa ou, se for o caso, certidão comprobatória de que a organização social, pelo respectivo objeto, está isenta de inscrição municipal. Não sendo a organização social proprietária do imóvel onde está localizada a sua filial ou escritório, deverá apresentar declaração própria atestando essa circunstância.

11.3 (c.5) Prova de Regularidade perante o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - CRF-FGTS.

11.3 (c.6) Cópia do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social - CEBAS, se houver.

11.3 (c.7) Ato Declaratório de Isenção do INSS (Art. 308 da Instrução Normativa INSS/DC Nº 100 de 18.12.2003), caso a organização social seja isenta.

11.3. (d) DOCUMENTAÇÃO RELATIVA À REGULARIDADE TRABALHISTA.

11.3. (d.1) Certidão Negativa de Ilícitos Trabalhistas praticados em face de trabalhadores menores, que deverá ser emitida junto à Delegacia Regional do Trabalho no Estado do Rio de Janeiro, ou Declaração firmada pela organização social, na forma do Anexo VII, de que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e de que não emprega menor de dezesseis anos, sob as penas da lei, consoante o disposto no Decreto Municipal nº 23.445/03. Para as organizações sociais sediadas fora do Estado do Rio de Janeiro, a certidão deverá ser emitida pelo órgão competente no Estado onde a entidade tem sua sede.

11.3. (d.2) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas - CNDT ou Certidão Positiva de Débitos Trabalhistas com efeito negativo.

11.3. (e) DOCUMENTAÇÃO RELATIVA À QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

11.3. (e.1) Comprovação de aptidão da instituição para desempenho de atividade pertinente e compatível com o objeto do processo seletivo, informando sobre a reputação ético-profissional da instituição, por meio de certidão(ões) ou atestado(s), fornecido por pessoa jurídica de direito público ou privado.

11.3. (e.1.1) A informação sobre a reputação ético-profissional da instituição deverá indicar o local, natureza, volume, qualidade e cumprimento dos prazos que permitam avaliar a organização social.

11.3. (e.1.2) Os atestados ou certidões recebidas estão sujeitos à verificação da Comissão Especial de Seleção quanto à veracidade dos respectivos conteúdos, inclusive para efeitos criminais.

11.3. (e.2) Prova, feita por intermédio da apresentação, em original, do ATESTADO DE VISITA fornecido e assinado pelo servidor do órgão fiscalizador, ou declaração da organização social, na forma do **ANEXO IV**, de que o seu responsável visitou o(s) equipamento(s) público(s) objeto(s) do contrato de gestão, até 1 (um) útil anterior à data de entrega dos envelopes, e tomou conhecimento das condições para execução do objeto desta convocação pública. A visita deverá ser agendada com a Coordenadoria Geral de Atenção Primária (CAP3.1) pelos telefones (21) 2573-6393 e 3887-4670.

11.4. FORMA DE APRESENTAÇÃO DO PROGRAMA DE TRABALHO E DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO

11.4.1. Os documentos exigidos no ENVELOPE “B” – DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO poderão ser apresentados no original ou em cópia reprográfica autenticada em ambos os lados, frente e verso, se este último contiver notações ou outras informações relevantes, rubricados pelo representante legal da organização social, em qualquer caso, e acompanhados das respectivas certidões de publicação no órgão da imprensa oficial, quando for o caso. As folhas da documentação serão numeradas em ordem crescente e não poderão conter rasuras ou entrelinhas. Na hipótese de falta de numeração, numeração equivocada ou ainda inexistência de rubrica do representante legal nas folhas de documentação, poderá a Comissão Especial de Seleção solicitar ao representante da organização social, devidamente identificado e que tenha poderes para tanto, que, durante a sessão de abertura do envelope “B”, sane a incorreção. Somente a falta de representante legal ou a recusa do mesmo em atender ao solicitado é causa suficiente para inabilitação da organização social.

11.4.2. Os documentos do ENVELOPE “A” - PROGRAMA DE TRABALHO -serão apresentados na forma prescrita no Anexo Técnico B do Projeto Básico, sendo elaborados pela organização social assinados pelo seu representante legal. O custo apresentado pela organização social para execução do contrato de gestão deverá ser expresso em algarismos e por extenso, sem rasuras ou entrelinhas, prevalecendo, em caso de discrepância, o valor por extenso.

11.4.2.1. O programa de trabalho deverá ser apresentado em documento original e também em meio magnético ou digital (pen drive, DVD-ROM, CD-ROM) prevalecendo, em caso de discrepância, o consignado em documento original.

11.4.3. Não serão admitidas, sob quaisquer motivos, modificações ou substituições do programa de trabalho ou de quaisquer documentos, uma vez entregues os envelopes “A” e “B”.

11.4.4. As organizações sociais arcarão com todos os custos relativos à apresentação das suas propostas e dos documentos de habilitação. A Secretaria Municipal de Saúde, em nenhuma hipótese, será responsável por tais custos, quaisquer que sejam os procedimentos seguidos na convocação pública ou os seus resultados.

11.4.5. As solicitações de autenticação dirigidas exclusivamente a servidor integrante da Comissão Especial de Seleção, deverão ser requeridas antes do início da sessão de abertura dos envelopes, preferencialmente com antecedência mínima de um dia útil da data marcada para abertura da sessão de abertura dos envelopes.

11.4.6. A Comissão Especial de Seleção poderá verificar a autenticidade dos documentos apresentados, por quaisquer meios disponíveis, inclusive via web, podendo suspender a sessão para a realização da aludida diligência.

11.4.7. A Comissão Especial de Seleção poderá, em qualquer fase da convocação pública, promover as diligências destinadas a esclarecer ou a complementar a instrução do processo, vedada a inclusão posterior de documentos ou informações que deveriam constar originariamente da proposta.

11.4.8. A Comissão Especial de Seleção poderá sanear eventuais omissões ou falhas puramente formais observadas na documentação de habilitação e no programa de trabalho, desde que não contrariem a legislação vigente e não comprometam a lisura da convocação pública.

11.4.9. Se os certificados, declarações, registros e certidões não tiverem prazo de validade declarado no próprio documento ou na legislação específica, deverão ter sido emitidos há no máximo 90 (noventa) dias antes da data da sessão de abertura de envelopes.

11.4.10. A Comissão Especial de Seleção poderá pedir, a qualquer tempo, a exibição do original dos documentos.

12. ETAPAS DO PROCESSO SELETIVO

12.1. No dia e hora definidos no subitem 6.1, reunida a Comissão Especial de Seleção, serão credenciados os representantes das organizações sociais e entregues os documentos mencionados no subitem 9.8.

12.1.1. A não apresentação ou incorreção do documento de credenciamento não inabilita o participante, mas impedirá o representante de se manifestar e responder pela organização social nas sessões públicas relacionadas à presente convocação.

12.2. Após o credenciamento serão recebidos os Envelopes “A” e “B” pela Comissão Especial de Seleção nos termos do item 11 deste edital.

12.2.1. Após a recepção dos envelopes “A” e “B”, na presença dos representantes as organizações sociais e dos demais interessados presentes ao ato público, a Comissão Especial de Seleção dará início à abertura dos envelopes “A”, momento em que não mais se aceitará documentação ou proposta de outras entidades.

12.2.2. Após a entrega dos envelopes “A” e “B” não cabe desistência da proposta, salvo por motivo justo decorrente de fato superveniente e aceito pela Comissão Especial de Seleção.

12.3. Os envelopes “A” serão abertos e todos os seus documentos serão rubricados pelos representantes presentes na sessão.

12.4. A Comissão Especial de Seleção divulgará a classificação dos programas de trabalho, após serem analisados e pontuados na forma do subitem 13.2.

12.5. Após a divulgação da classificação, será aberto o envelope “B” da organização social classificada em primeiro lugar. Se a primeira colocada for inabilitada, serão convocadas as demais participantes, na ordem de classificação, para exame de seus documentos de habilitação.

12.5.1. Os envelopes “B” das organizações sociais ficarão em poder da Comissão Especial de Seleção até a assinatura do Contrato de Gestão pela entidade vencedora do certame, momento em que sua retirada pelos representantes credenciados será permitida. Caso tais documentos não sejam retirados em até 5 dias úteis após a publicação do Contrato de Gestão no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro serão destruídos.

12.6. Será declarada vencedora a organização social que obtiver maior pontuação em seu programa de trabalho e cumprir os requisitos de habilitação conforme prescrito no presente edital.

12.7. Da sessão lavrar-se-á ata circunstanciada, contendo todos os atos praticados na sessão de recebimento e de abertura de envelopes, dentre os quais o registro dos representantes credenciados, a ordem de classificação, a análise da documentação exigida para a habilitação, os recursos interpostos e a indicação da organização social declarada vencedora, devendo ser rubricada e assinada pelos membros da Comissão Especial de Seleção e pelos representantes das entidades participantes do processo de seleção que estiverem presentes ao ato.

12.8. Será publicado no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro o resultado da convocação pública com a indicação de seu vencedor.

13. CRITÉRIOS OBJETIVOS DE JULGAMENTO DOS PROGRAMAS DE TRABALHO

13.1. Cada um dos membros da Comissão Especial de Seleção lançará nota em relação a cada um dos critérios objetivos definidos no subitem 13.2, sendo a nota final, a média aritmética das notas atribuídas por cada um dos membros.

13.1.1. A soma dos critérios objetivos definidos no subitem 13.2 deverá alcançar a nota dez.

13.2. O julgamento dos programas de trabalho levará em conta os critérios objetivos descritos na **Tabela abaixo e conforme ITEM F do Anexo Técnico B do Projeto Básico**, que é parte integrante deste edital.

CRITÉRIOS ESTABELECIDOS PARA A AVALIAÇÃO E PONTUAÇÃO DAS PROPOSTAS TÉCNICAS E ECONÔMICAS

Tabela I – Critérios estabelecidos para a avaliação e pontuação das propostas técnicas e econômicas

CRITÉRIOS	ITENS	PONTUAÇÃO MÁXIMA (ITEM)	PONTUAÇÃO MÁXIMA (CRITÉRIO)
1. Experiência no apoio a Gestão de Território Integrado de Atenção à Saúde (TEIAS)	A. Experiência em apoio a gestão de equipes de saúde da família.	1	2
	B. Experiência em apoio a gestão de equipes de Saúde	1	
2. Avaliação de eficiência e capacitação técnica no apoio a Gestão do Território Integrado de Atenção à Saúde (TEIAS)	A. Avaliação do currículo do responsável técnico pelo apoio à Gestão do TEIAS	0,9	1,9
	B. Proposta econômica: volume total de recurso (R\$) na rubrica "Apoio a Gestão"	0,5	
	C. Números de médicos com título de especialista contratados pela instituição há mais de um ano	0,5	
3. Experiência em apoio a formação, qualificação e avaliação das ações de saúde	A. Apoio ao Curso de Residência de Medicina de Família e Comunidade (SIM/NÃO)	0,5	2,5
	B. Apoio Especialização em Saúde Pública (SIM/NÃO).	0,5	
	C. Apoio a realização de Mestrado Profissional em Atenção Primária (SIM/NÃO).	0,5	
	D. Apoio a Residência Multiprofissional em Saúde da Família ou similar (SIM/NÃO)	0,5	
	E. Apoio ao Mestrado Multiprofissional ou em Saúde Mental, Álcool e Drogas ou similar (SIM/NÃO)	0,5	
4. Economicidade	A. A instituição que goza de imunidade para com Seguridade Social, conforme art. 195, § 7º da CF/98	2	2

5. Gestão de unidade de ponto atendimento	A. Experiência na gestão de unidade de pronto atendimento (SIM/NÃO).	0,25	0,5
	B. Experiência na gestão de unidade de pronto atendimento com atividades de ensino e residentes (SIM/NÃO).	0,25	
6. Integração das ações de Atenção Primária, vigilância e Promoção em Saúde	A. Apresentação de proposta detalhada da integração entre as ações de atenção primária e vigilância em saúde (SIM/ NÃO)	0,1	0,7
	B. Apresentação de comprovante de experiência em gestão de serviços de	0,2	
	C. Números de médicos com título de especialista contratados pela instituição há mais de um ano	0,2	
	D. Apresentação de comprovação de experiência em gestão de CRIE (SIM/NÃO)	0,2	
7. Comunicação em saúde e promoção da saúde	A. Apresentação de proposta de boletins informativos para a população coberta pelas equipes de saúde da família e saúde bucal, assim como apoio a conectividade para	0,2	0,2
8. Pesquisa	A. Comprovação de experiência em pesquisa clínica em imunobiológicos (SIM/NÃO)	0,1	0,2
	B. Comprovação de experiência em apoio a pesquisa na atenção primária a saúde (SIM/NÃO).	0,1	
TOTAL			10

13.2.1. No julgamento das Propostas Técnicas e Econômicas apresentadas serão observados os critérios definidos no edital, conforme índices de pontuação expressamente determinados, cuja soma equivale a 10 (dez) pontos.

13.3. A Comissão Especial de Seleção desclassificará:

- a) As propostas que não atenderem, no todo ou em parte, às disposições deste Edital;
- b) As propostas com preço excessivo, consideradas como tais as que excederem o valor do orçamento estimado subitem 4.1 do Edital;
- c) As propostas manifestamente inexequíveis. Consideram-se manifestamente inexequíveis os programas de trabalho cujos valores sejam inferiores a 30% (trinta por cento) da estimativa oficial, ressalvada à participante desclassificada, em prazo razoável estipulado pela Comissão Especial de

Seleção, a possibilidade de demonstrar a viabilidade de sua oferta por meio de documentação que comprove serem os custos coerentes com os de mercado e que os coeficientes de produtividade são compatíveis com a execução do objeto do contrato de gestão;

d) As propostas que não alcançarem 5 % (cinco por cento) do total de pontos possíveis.

13.3.1. Quando todas as propostas forem desclassificadas a Comissão Especial de Seleção poderá fixar o prazo de até cinco dias úteis para que as organizações sociais participantes apresentem novas propostas contendo programas de trabalho e respectiva documentação.

13.3.2. Até a assinatura do contrato de gestão, a Comissão Especial de Seleção poderá desclassificar propostas das organizações sociais participantes, por meio de decisão motivada, se tiver ciência de circunstância, anterior ou posterior ao julgamento das propostas, que configure desrespeitos aos termos deste edital, respeitado o contraditório.

13.3.2.1. A desclassificação mencionada no subitem 13.3.2 não ensejará direito à indenização ou ao ressarcimento de eventuais despesas e ocorrerá sem prejuízo de aplicação das sanções eventualmente cabíveis.

13.4. . Havendo empate, será vencedora a organização social que apresentar maior pontuação no critério previsto no **item 1** – Experiência no apoio a Gestão de Território Integrado de Atenção à Saúde (TEIAS). Persistindo o empate, considerar-se-á vencedora a organização social que tiver obtido maior pontuação no critério previsto no **item 2** – Avaliação de eficiência e capacitação técnica no apoio a Gestão do Território Integrado de Atenção à Saúde (TEIAS). Não sendo resolvido o desempate pelos dois critérios anteriores, será declarada vencedora a organização social que tiver obtido maior pontuação no quesito previsto no **item 3** – Experiência em apoio a formação, qualificação e avaliação das ações de saúde.

13.4.1 No caso de os critérios estabelecidos no subitem 13.4 não serem suficientes para resolver a situação de empate entre duas ou mais propostas, o desempate se dará através de sorteio promovido na sessão.

13.5. Caso seja necessário, a sessão de julgamento dos programas de trabalho poderá ser suspensa, a fim de que seja possível sua análise pelos membros da Comissão Especial de Seleção, devendo ser remarcada e divulgada para os participantes a data para reinício.

14. DO RECURSO

14.1. Ao final da sessão e declarada a vencedora do certame pelo Presidente da Comissão Especial de Seleção, qualquer participante poderá manifestar imediatamente e motivadamente a intenção de interpor recurso, quando lhe será concedido o prazo de três dias corridos para apresentar por escrito suas razões recursais, ficando as demais participantes, desde logo, intimadas para, se desejarem, apresentar contrarrazões em igual número de dias, que começarão a correr do término do prazo da recorrente, sendo assegurada a vista imediata dos autos da convocação pública aos interessados.

14.2. A não apresentação das razões recursais escritas acarretará, como consequência, a análise do recurso pela síntese das razões orais.

14.2.1. Não serão aceitas razões recursais escritas encaminhadas por serviço postal, correio eletrônico ou fax, sendo para todos os fins consideradas como não apresentadas.

14.2.2. As razões recursais escritas deverão ser dirigidas ao Presidente da Comissão Especial de Seleção e entregues na Rua Afonso Cavalcanti, nº 455, 8º andar, sala 801, Cidade Nova, Rio de Janeiro, no horário de 09h:00 às 17 horas (horário de Brasília).

14.3. A falta de manifestação imediata e motivada da organização social quanto à sua intenção recursal acarretará a decadência do direito de recorrer.

14.4. Recebido o recurso, o Presidente da Comissão Especial de Seleção poderá reconsiderar seu ato, no prazo de 03 dias úteis, ou, então, neste mesmo prazo, encaminhar o recurso, devidamente instruído, à autoridade superior, que proferirá a decisão.

14.5. O provimento do recurso importará apenas a invalidação dos atos não suscetíveis de aproveitamento.

15. DA HOMOLOGAÇÃO, ADJUDICAÇÃO E CONTRATAÇÃO

15.1. Uma vez homologado o resultado do processo seletivo e promovidos os atos administrativos pertinentes à adjudicação, a adjudicatária, dentro do prazo de validade de sua proposta, deverá atender à convocação da Secretaria Municipal de Saúde para a assinatura do contrato de gestão, 02 (dias), a contar da data da publicação no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro ou de comunicação formal.

15.2. Deixando a adjudicatária de assinar o contrato de gestão no prazo fixado no subitem 15.1, poderá a Comissão Especial de Seleção, sem prejuízo da aplicação das sanções administrativas cabíveis, convocar as demais participantes, por ordem de classificação, até a constatação de organização social que atenda ao edital, sendo declarada vencedora.

15.3. Na hipótese de a adjudicatária ser detentora da Certificação de Entidades Beneficente e de Assistência Social (CEBAS), o valor economizado no orçamento fixado no subitem 4.1 em razão da imunidade tributária prevista no artigo 195, § 7º da Constituição da República não será objeto de repasse, salvo a existência de ação para o incremento das atividades objeto do contrato de gestão devidamente autorizada pela Secretaria.

15.4. No momento da assinatura do contrato de gestão, a adjudicatária deverá comprovar a manutenção das condições demonstradas para habilitação na convocação pública, por meio de Declaração de Fato Superveniente, conforme modelo **Anexo V**.

15.5. As condições de habilitação deverão ser mantidas durante toda a execução do contrato de gestão.

16. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

16.1. A recusa da Adjudicatária em assinar o contrato de gestão dentro do prazo estabelecido caracteriza o descumprimento total das obrigações assumidas, sujeitando-a às penalidades previstas no subitem 16.03.

16.2. Sem prejuízo de eventuais responsabilizações cíveis e criminais, a organização social participante desta convocação pública que, de qualquer forma, praticar atos ilícitos, visando a frustrar os objetivos do processo seletivo, sujeita-se às penalidades previstas no subitem 16.03.

16.3. Pelo descumprimento total ou parcial de obrigação assumida no programa de trabalho e no contrato de gestão, a Secretaria Municipal de Saúde poderá, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal que couber, aplicar as seguintes sanções previstas no artigo 87º combinado com o artigo 116 da Lei nº 8.666/1993 e no artigo 589 do RGCAF, garantida prévia defesa:

16.3.1. Advertência;

16.3.2. Multa de mora no valor de até 1% (um por cento) por dia útil sobre o valor do contrato de gestão ou, se for o caso, do saldo não atendido do contrato de gestão.

16.3.3. Multa de até 20% (vinte por cento) sobre o valor do contrato de gestão ou do saldo não atendido do contrato de gestão, conforme o caso, e, respectivamente, nas hipóteses de descumprimento total ou parcial da obrigação, inclusive nos casos de rescisão por culpa da organização social.

16.3.4. Suspensão temporária de participação em licitação ou impedimento de contratar com a Administração por prazo não superior a 02 (dois) anos.

16.3.5. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública.

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

16.4. As sanções previstas nos subitens 16.3.1, 16.3.4, 16.3.5 poderão ser aplicadas juntamente com aquelas previstas em 16.3.2, 16.3.3 e 16.3.6 e não excluem a possibilidade de rescisão unilateral do contrato de gestão, garantida defesa prévia ao interessado.

16.5. As multas previstas nos subitens 16.3.2 e 16.3.3 não possuem caráter compensatório, e, assim, o seu pagamento não eximirá a organização social da responsabilidade pelas perdas e danos decorrentes das infrações cometidas.

16.6. As multas aplicadas poderão ser compensadas com repasses devidos à organização social mediante requerimento expresso nesse sentido.

16.7. As sanções estabelecidas nos subitens 16.3.4, 16.3.5 e 16.3.6 são da competência do Secretário Municipal de Saúde.

16.8. A sanção prevista no subitem 16.3.5 poderá também ser aplicada às organizações sociais que, em processos seletivos ou negócios jurídicos administrativos firmados com a Administração Pública direta ou indireta de qualquer nível federativo, tenham:

16.8.1. Sofrido condenação definitiva por praticarem, por meios dolosos, fraudes fiscais no recolhimento de quaisquer tributos;

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

17. DO FORO

17.1. Fica eleito o foro Central da Comarca da Capital do Estado do Rio de Janeiro para dirimir quaisquer questões, dúvidas ou demandas referentes à execução do objeto desta convocação pública e da adjudicação dela decorrente.

18. DA REPACTUAÇÃO

18.1. Por ocasião da prorrogação na forma do subitem 7.2, em havendo interesse público que justifique o aumento do custo nominal do Contrato de Gestão e dotação orçamentária específica para esse fim, os repasses financeiros para consecução dos objetivos do contrato de gestão poderão ser revistos, observados os seguintes fatores:

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

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

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

18.3. Em qualquer hipótese de reajuste previsto no subitem 18.1, o pleito deverá ser apresentado por meio de planilha analítica, sendo submetida à análise da Secretaria.

19. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

19.1. Todos os prazos mencionados neste edital serão sempre contados em dias corridos, salvo indicação em contrário, excluído o dia de início e incluído o do vencimento. Os prazos somente se iniciam e vencem em dias de expediente no órgão ou entidade.

19.2. Qualquer alteração de finalidade ou do regime de funcionamento da organização social, que implique na mudança das condições que instruíram sua qualificação, deverá ser comunicada, com a devida justificativa, imediatamente, à Secretaria Municipal de Saúde, sob pena de aplicação das sanções cabíveis.

19.3. À adjudicatária caberá inteira responsabilidade por todos os encargos e despesas com salários de empregados, acidentes que possam vir a ser vítimas quando em serviço e por tudo assegurado nas leis sociais e trabalhistas, ficando responsável, outrossim, por quaisquer danos ou prejuízos causados a terceiros ou ao patrimônio municipal por seus empregados.

19.4. Fica esclarecido que a Secretaria Municipal de Saúde não admitirá qualquer alegação posterior que visa ao ressarcimento de custos não previstos no programa de trabalho e no contrato de gestão, ressalvadas as hipóteses de criação ou majoração de encargos fiscais.

19.5. Na execução dos serviços contratados deverão ser observadas, rigorosamente, as especificações preestabelecidas no Projeto Básico e no programa de trabalho. Quando necessários, os ensaios, testes e demais provas requeridas por normas técnicas oficiais, para a verificação da boa execução do objeto da presente Convocação Pública, correm à conta da participante.

19.6. É obrigatória a utilização do banco de concursados da Área de Saúde do Município do Rio de Janeiro para o preenchimento de vagas nas contratações de pessoal para a prestação de serviços nas organizações sociais, conforme dispõe a Lei Municipal nº 5.562/2013.

19.7. Integram o presente Edital todas as instruções, observações e restrições contidas nos seus anexos:

Anexo I – Minuta de Contrato de Gestão e Anexos;

Anexo II – Projeto Básico e Anexos;

Anexo III – Modelo de Carta de Credenciamento;

Anexo IV – Modelo de Declaração de Visita;

Anexo V – Modelo de Declaração de Fato Superveniente;

Anexo VI – Modelo de Declaração de que a instituição não possui em sua Diretoria pessoa que participe da Diretoria de outra fundação privada ou associação;

Anexo VII – Modelo de Declaração de que a instituição não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, e de que não emprega menor de dezesseis anos;

Anexo VIII – Modelo de Declaração, Decreto Municipal Nº 41.212/2016;

Anexo IX – Modelo de Declaração, Decreto Municipal Nº 41.213/2016;

Anexo X – Declaração Referente às Resoluções SMS Nº 2734/2015 e Nº 3208/2017.

19.8. Este Edital e seus anexos contêm 244 (duzentos e quarenta e quatro) páginas, todas rubricadas.

Rio de Janeiro, 02 de fevereiro de 2021.

Ely Rodrigo Santos da Silva

Presidente da Comissão Especial de Seleção

Matrícula nº 60/297.805-4

Secretaria Municipal de Saúde

ANEXO I AO EDITAL DE CONVOCAÇÃO PÚBLICA - Nº CP 03/2021

MINUTA DO CONTRATO DE GESTÃO CONTRATO DE GESTÃO ENTRE O MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, POR SUA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E A ORGANIZAÇÃO SOCIAL XXXX, COM VISTAS À GESTÃO DE DESENVOLVIMENTO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, DOS EQUIPAMENTOS DESTINADOS À SAÚDE DE FAMÍLIA NO ÂMBITO DO TERRITÓRIO INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE (TEIAS) MANGUINHOS / ÁREA DE PLANEJAMENTO (AP) 3.1

Ao ____ dia do mês de _____ do ano de 2021, o Município do Rio de Janeiro, por sua Secretaria Municipal de Saúde, com sede na Rua Afonso Cavalcanti, nº 455, bloco 1, 7º andar, Cidade Nova, Rio de Janeiro, representado por seu Secretário _____ (nome), _____ (nacionalidade), _____ (profissão), _____ (estado civil), portador da cédula de identidade nº _____, expedida pelo _____, CPF nº _____, doravante denominado CONTRATANTE, e de outro lado a Organização Social _____, estabelecida na _____ (endereço), _____ (Cidade), _____ (UF), inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas - CNPJ sob o nº _____ (CNPJ), doravante denominada CONTRATADA, representada por _____ (nome do representante legal da organização social), _____ (nacionalidade), _____ (profissão), _____ (estado civil), portador da cédula de identidade nº _____, expedida pelo _____, CPF nº _____, nos autos do processo administrativo nº 09/000071/2021, após a Convocação Pública nº 03/2021, homologada por despacho do Secretário _____, datado de XX/XX/2021 (fls. ____ do pp.), publicado no D.O. RIO nº XXX, de XX/XX/2021, fls. XXX, resolvem celebrar o presente CONTRATO DE GESTÃO, que se regerá pelas seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA - LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

Este Contrato DE GESTÃO se rege por toda legislação aplicável à espécie, que desde já se entende como integrante do presente termo, especialmente pela Lei Municipal nº 5.026/2009, regulamentada pelos Decretos Municipais nº 30.780/2009, nº 30.907/2009, nº 31.618/2009, nº 31.897/2010, nº 32.318/2010, nº 33.010/2010, nº 33.536/2011, nº 35.645/2012, nº 37.079/2013, nº 38.300/2014, nº 41.207/2016, nº 41.208/2016, nº 41.209/2016, nº 41.210/2016, nº 41.211/2016, nº 41.212/2016, nº 41.213/2016, nº 41.214/2016, nº 41.215/2016, nº 41.216/2016, nº 41.217/2016, nº 41.218/2016, nº 45.632/2019, nº 46.029/2019; e pelas Resoluções CGM nº 1.224/2016, nº 1.642/2020, Resoluções Conjuntas CGM/SMS nº 85/2016 e 86/2016; pela Lei nº 8.080/1990, regulamentada pelo Decreto Federal nº 7.508/2011; e no que couber, pelas normas da Lei Federal nº 8.666/1993 e suas alterações, pelo Código de Administração Financeira e Contabilidade Pública do Município do Rio de Janeiro (CAF), instituído pela Lei Municipal nº 207/1980 e suas alterações, ratificadas pela Lei Complementar Municipal nº 01/1990, e pelo Regulamento Geral do Código supracitado (RGCAF), aprovado pelo Decreto Municipal nº 3.221/1981 e suas alterações, pela Lei Complementar Federal nº 101/2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal), pelo Decreto Municipal nº 21.083/2002 (cotas para mulheres e para pessoas de cor negra), bem como pelos preceitos de direito público, pelas disposições do Edital de Convocação Pública e de seus anexos, tais como o Projeto Básico, e o Programa de Trabalho da CONTRATADA e pelas disposições deste CONTRATO DE GESTÃO. A Contratada declara conhecer todas essas normas e concorda em sujeitar-se incondicional e irrestritamente às suas prescrições, sistema de penalidades e demais regras nelas constantes ainda não especificamente descritas neste instrumento.

CLÁUSULA SEGUNDA - OBJETO

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

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

CLÁUSULA TERCEIRA – PROGRAMA DE TRABALHO, METAS E INDICADORES

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

CLÁUSULA QUARTA - PRAZO

O prazo do contrato de gestão será de dois anos, a contar de sua assinatura, sendo prorrogável uma vez por igual período e, outra, pela metade, se atingidas, pelo menos, oitenta por cento das metas definidas para o período anterior.

CLÁUSULA QUINTA - RECURSOS FINANCEIROS

Para o cumprimento das metas e objetivos pactuados neste CONTRATO DE GESTÃO, a CONTRATANTE repassará à CONTRATADA, na forma e nas condições do cronograma de desembolso, o valor global de **R\$ 133.131.748,41 (cento e trinta e três milhões e cento e trinta e um mil e setecentos e quarenta e oito reais e quarenta e um centavos)**, estimado para o exercício de 2021 a 2023, cuja despesa prevista para o presente exercício será atendida pelo Programa de Trabalho n.º **18XX.XX.XXX.XXXX.XXXX**, Natureza de Despesa **xx.xx.xx.xx**, Fonte **XXX**, tendo sido emitida Nota de Empenho n.º 20XX/XXXXX, em XX/XX/20XX, no valor de R\$ YY,YY (YYYYYYY).

Parágrafo Primeiro - Os recursos repassados à CONTRATADA serão depositados em conta bancária em instituição indicada em conformidade com a Resolução SMF n.º xxxxx.

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

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

I - em cadernetas de poupança se a previsão de seu uso for igual ou superior a um mês;

II - em fundos de curto prazo

III - em operações com títulos públicos federais.

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

Parágrafo Quinto - A liberação dos recursos se dará mensalmente (ou bimestralmente, ou trimestralmente, ou na periodicidade estabelecida pela Secretaria), sendo a primeira parcela liberada em até 30 (trinta) dias contados da assinatura do presente CONTRATO DE GESTÃO, obedecido no cronograma de desembolso - ANEXO F do Projeto Básico:

PARCELA	VALOR (R\$)	PARCELA	VALOR (R\$)	PARCELA	VALOR (R\$)
1ª		5ª		9ª	
2ª		6ª		10ª	
3ª		7ª		11ª	
4ª		8ª		12ª	

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

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

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

III - Nas demais hipóteses previstas neste CONTRATO DE GESTÃO.

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

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

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

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

Parágrafo Décimo Primeiro - O montante de recursos orçamentários previstos e repassados à CONTRATADA a título de provisionamento deverá ser depositado em conta específica, preferencialmente em conta de poupança, que só poderá ser movimentada com prévia autorização do

CONTRATANTE, ficando vedada a utilização desses recursos para custear despesas que não sejam oriundas de processos rescisórios ou de provisionamentos obrigatórios.

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

CLÁUSULA SEXTA - REPASSES ORÇAMENTÁRIOS

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

CLÁUSULA SÉTIMA - REACTUAÇÃO

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

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

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

Parágrafo Terceiro - Fica vedada a inclusão de benefícios não previstos no programa de trabalho exceto quando se tornarem obrigatórios por força de lei, sentença normativa, acordo ou convenção coletiva. Parágrafo Quarto - O pleito deverá ser apresentado por meio de planilha analítica, sendo submetida à análise da Secretaria Municipal de Saúde.

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

CLÁUSULA OITAVA - OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

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

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

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

CLÁUSULA NONA – OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

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

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

III - Responsabilizar-se, civil e criminalmente, independentemente da adoção de eventuais medidas preventivas, pelos danos e prejuízos, de qualquer natureza, inclusive materiais, morais e estéticos, que causar à Administração Pública ou a terceiros, decorrente de atos praticados em decorrência da execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, respondendo por si e por seus sucessores pela

obrigação de pagar as indenizações eventualmente cabíveis, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade a fiscalização empreendida pelo CONTRATANTE.

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

V - Cumprir as metas relacionadas ao programa de trabalho.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

XXVIII - Efetivar contratação de serviços de natureza continuada como limpeza, segurança, conectividade, além de todo e qualquer serviço que impacte positivamente no alcance das metas,

desde que não impliquem na cessão parcial ou total do objeto deste contrato, respeitadas a economicidade e a eficiência financeira do CONTRATO DE GESTÃO, em conformidade com o programa de trabalho e com o regulamento próprio para a contratação de obras, serviços e compras.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

i) prestação dos serviços com qualidade e eficiência, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz.

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

a) respeito aos direitos dos pacientes, atendendo-os com dignidade de modo universal e igualitário;

b) manutenção da qualidade na prestação dos serviços;

c) respeito à decisão do paciente em relação ao consentimento ou recusa na prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal;

d) garantia do sigilo dos dados e informações relativas aos pacientes;

e) garantia do direito de assistência religiosa e espiritual aos pacientes, por ministro de qualquer culto religioso;

f) esclarecimento dos direitos aos pacientes, quanto aos serviços oferecidos;

g) responsabilidade civil e criminal pelo risco de sua atividade;

h) inserção obrigatória dos procedimentos autorizados e dos medicamentos dispensados nos protocolos terapêuticos estabelecidos pelas instâncias municipal, federal e estadual.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA - PRESTAÇÃO DE CONTAS

A prestação de contas (repetir a periodicidade estabelecida no parágrafo quinto da cláusula quinta) será apresentada até o 10º (décimo) dia de cada mês, sendo a última entregue até 30 (trinta) dias após o término do presente CONTRATO DE GESTÃO, acompanhada do comprovante de devolução do saldo, se houver.

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

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

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

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

IV - Conciliação do saldo bancário.

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

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

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

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

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

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

XI - Cópia de todos os contratos celebrados no período.

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

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

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

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

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

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

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

Parágrafo Quinto - Cada folha da prestação de contas deverá conter rubrica do representante legal da CONTRATADA, bem como de contabilista habilitado, capacitado pelo Conselho Regional de

Contabilidade respectivo. Caso a prestação de contas ocorra em via eletrônica, em Pannel de Gestão, deverá ser apresentada declaração assinada pelo representante legal da CONTRATADA e pelo contabilista habilitado de que os documentos e informações apresentados são fidedignos e que a prestação de contas foi corretamente realizada.

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

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

Parágrafo Oitavo - Caberá à CONTRATADA promover, até XX/XX/20XX (data a ser fixada pela Secretaria) de cada ano, a publicação integral, no Diário Oficial do Município, dos relatórios financeiros e de execução deste Contrato aprovados pelo Conselho de Administração.

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - CESSÃO E ADMINISTRAÇÃO DOS BENS PÚBLICOS

Ficam desde já cedidos à CONTRATADA, em caráter eminentemente precário, a título de cessão de uso e pelo prazo de vigência deste CONTRATO DE GESTÃO, os bens móveis e imóveis, equipamentos e instalações do (equipamento público), identificados, inventariados, avaliados e descritos quanto ao seu estado de conservação, em anexo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - CESSÃO E SUBCONTRATAÇÃO

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – FISCALIZAÇÃO

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

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

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

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

Parágrafo Quarto - A fiscalização, por meio de relatório mensal (verificar cláusula quinta, parágrafo 5º), ou a qualquer momento, analisará todas as questões pertinentes à execução do CONTRATO DE GESTÃO, em especial o emprego adequado dos recursos públicos repassados e os resultados obtidos na sua execução, por meio dos indicadores de desempenho estabelecidos, e seu confronto com as metas pactuadas e com a economicidade.

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

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - FORÇA MAIOR

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

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

I - Advertência;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - RECURSOS

A CONTRATADA poderá apresentar, sempre sem efeito suspensivo:

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - RESCISÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - RESILIÇÃO UNILATERAL PELO CONTRATANTE

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

CLÁUSULA DÉCIMA NONA - PUBLICAÇÃO

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA - CONTROLE INTERNO E EXTERNO

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA - FORO

Fica eleito o foro Central da Comarca da Capital do Estado do Rio de Janeiro, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas deste CONTRATO DE GESTÃO que não puderem ser resolvidas administrativamente pelas partes.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA - DISPOSIÇÕES FINAIS

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

Rio de Janeiro, XX de XX de 2021.

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

ORGANIZAÇÃO SOCIAL

Testemunhas: _____

ANEXO I-A – MINUTA DO CONTRATO DE GESTÃO Nº

(Decreto Rio 43.562/2017)

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

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____.

AGENTE PÚBLICO

(Nome, cargo, matrícula e lotação)

REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA

(Nome, cargo e carimbo da empresa)

ANEXO I-B – MINUTA DO CONTRATO DE GESTÃO Nº

(Decreto Rio 43.562/2017)

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIZAÇÃO CIVIL E ADMINISTRATIVA

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

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

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

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____.

AGENTE PÚBLICO

(Nome, cargo, matrícula e lotação)

REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA

(Nome, cargo e carimbo da empresa)

ANEXO I-C – MINUTA DO CONTRATO DE GESTÃO – Nº

AUTORIZAÇÃO – DECRETO RIO Nº 46.785/2019

(em papel timbrado da empresa)

[razão social da contratada], inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas - CNPJ sob o nº _____, por intermédio de seu (sua) representante legal o (a) Sr (a) _____, portador (a) da carteira de identidade nº _____ e inscrito (a) no Cadastro de Pessoas Físicas – CPF sob o nº _____, AUTORIZA, para fins do Decreto Rio nº _____, o MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, por meio do _____ [órgão da Administração Direta] ou da (o) _____ [entidade da Administração Indireta], representado pelo(a) _____ [autoridade administrativa competente para firmar o contrato], inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas - CNPJ sob o nº _____, a fazer desconto em suas faturas e realizar os pagamentos dos salários e demais verbas trabalhistas diretamente aos seus empregados, bem como das contribuições previdenciárias e do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS, quando esses não forem adimplidos por esta empresa. Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____.

REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA (Nome, cargo e carimbo da empresa)

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____.

REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA

(Nome, cargo e carimbo da empresa)

ANEXO I-D – MINUTA DO CONTRATO DE GESTÃO – Nº

CESSÃO E ADMINISTRAÇÃO DOS BENS PÚBLICOS DO CONTRATO DE GESTÃO Nº _____/_____

TERMO DE PERMISSÃO DE USO

I – Fica permitido, na forma da Lei Municipal nº. 5.026/09, o uso dos bens públicos relacionados no Apenso, de acordo com o Contrato de Gestão oriundo do processo administrativo 09/001.836/2019, assim como os bens que lhes guarnecem.

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

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

IV - Os equipamentos e instrumental necessários para a realização dos serviços contratados deverão ser mantidos pela CONTRATADA em perfeitas condições, adequadas à sua destinação. V - Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes que por ventura venham a ser adquiridos com recursos oriundos do Contrato de Gestão, deverão ser incorporados ao patrimônio da Prefeitura do Município do Rio de Janeiro, hipótese em que a CONTRATADA deverá entregar à CONTRATANTE a documentação necessária ao processo de incorporação dos bens patrimoniais.

VI - A realização de benfeitorias ou acréscimos nos bens arrolados deverá ser realizada mediante prévia aprovação e por escrito do Poder Público Municipal VI – Os bens recebidos ou adquiridos mediante legados ou doações que forem destinados à CONTRATADA para o objeto do Contrato de Gestão, bem como, as, benfeitorias, bens móveis e imobilizados instalados nos equipamentos de saúde cujo uso foi permitido por este anexo, serão incorporados ao patrimônio municipal ora arrolado.

VII – Ficará assegurado o acesso dos servidores municipais vinculados à área técnica e ao Contrato de Gestão às dependências dos bens cedidos, processo 09/000071/2021

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

IX – Deverá a CONTRATADA providenciar seguro contra incêndio, raio, explosão e riscos diversos (danos elétricos, vendaval, quebra de vidros e responsabilidade civil) para o prédio, instalações e equipamentos indispensáveis ao funcionamento do bem imóvel cedido. A contratação do seguro deverá contemplar a descrição dos bens a serem segurados, as coberturas pretendidas e a garantia contra perda total ou parcial dos bens sinistrados.

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

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2021.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ORGANIZAÇÃO SOCIAL

ANEXO I-E – RELAÇÃO DE BENS

<https://www.rio.rj.gov.br/web/sms/exibeconteudo?id=5169550>

ANEXO II - EDITAL DE CONVOCAÇÃO PÚBLICA – Nº CP 003/2020

TEIAS MANGUINHOS – AP 3.1

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

Proponente: Secretaria Municipal de Saúde.

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

PROJETO BÁSICO

Anexo Técnico A – Informações sobre o território

Anexo Técnico B – Roteiro de elaboração do Plano de Trabalho

Anexo Técnico C – Destinação de recursos orçamentários no cronograma

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

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

Anexo Técnico F – Cronograma de desembolso e metas físicas

Anexo Técnico G – Normas para Custeio das Despesas Administrativas

PROJETO BÁSICO

PROJETO BÁSICO – TEIAS MANGUINHOS – AP 3.1

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DO OBJETO

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

OBJETIVO GERAL

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

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Operacionalizar, apoiar e executar, pela CONTRATADA, as atividades e serviços junto às equipes de Saúde da Família (eSF), equipes de Saúde Bucal, assistência Farmacêutica, serviços especializados e ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) / equipe Multiprofissional, e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), no TEIAS da AP 3.1;
- Contratar profissionais para atuação nas eSF, eSB, NASF e CAPS, de acordo com as metas físicas constantes no edital de seleção pública, utilizando para isso processo seletivo público;
- Realizar o fornecimento regular dos insumos da grade padronizada e a manutenção dos equipamentos com pleno funcionamento, para a assistência das equipes nas Unidades de Atenção Primária (UAP);
- Contratar serviços de prestação continuada como limpeza, portaria, segurança, concessionárias, conectividade, profissionais de apoio à Saúde da Família, entre outros serviços especializados como: Radiografia e Ultrassonografia com laudo para apoio às equipes de Saúde da Família; serviço de oftalmologia – refração e de retinografia digital ; serviço de confecção de próteses dentárias; serviço de apoio, manutenção e suporte dos Sistemas de Informação / Prontuário Eletrônico do Cidadão; dentre outros serviços necessários à boa realização dos objetivos estabelecidos neste Projeto Básico e de acordo com as necessidades definidas pela Coordenação de Área e S/SUBPAV;
- Implantar, manter e dar suporte aos Sistemas de Informação / Prontuário Eletrônico da Atenção Primária à Saúde;
- Desenvolver ações de educação, vigilância e promoção da saúde de acordo com as normas vigentes e orientações estabelecidas pela CONTRATANTE;
- Prestar assistência em situações de Surto ou Emergência em Saúde Pública;
- Garantir o fornecimento e a utilização de uniforme e crachá padronizados pela SMS/RJ para todos os funcionários de saúde (orientação está no catálogo de uniformes da SUBPAV que será disponibilizado oportunamente);
- Adequar a programação visual, manutenção e adaptação das Unidades de Atenção Primária, de acordo com a orientação vigente da S/SUBPAV.

1.1- ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

JUSTIFICATIVA

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

A evolução da prestação de cuidados de saúde, caracterizada por uma crescente complexidade técnica, bem como a exigência de multidisciplinaridade na prestação de cuidados de saúde centrados

no cidadão, e orientados para a obtenção de ganhos em saúde, tornaram inevitável a reestruturação das unidades de centros de saúde, com especial ênfase no Saúde da Família (PNAB, 2006 e Decreto Municipal N° 30.780 de 2009).

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

Desde 2009, amparado pela Lei Municipal nº 5.026/2009, a SMS-RIO investiu em um modelo de gestão diferenciado, no qual conta com a celebração de parceria com pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas à saúde e que estejam qualificadas como Organização Social no âmbito do município do Rio de Janeiro. Essas parcerias são firmadas mediante realização de processos seletivos públicos regidos pela Lei Federal nº 8.666/93. O objetivo deste modelo de cogestão é dar mais eficiência à administração pública, qualificar os serviços prestados e trazer benefícios aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

Qualidade dos Serviços Prestados

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

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

Atenção ao Usuário

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

Composição das Equipes de Saúde da Família

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

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

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

A equipe de Saúde da Família poderá ser composta por médicos residentes vinculados à COREME do PRMFC da SMS ou das universidades conveniadas. A forma de contratação poderá ser na modalidade “bolsa de estudos”, em conformidade com as determinações da Comissão Nacional de Residências Médicas (CNRM). Nesse caso, cada médico residente deverá dividir a área de abrangência com outro médico e ficar corresponsável por no máximo 2.000 pessoas. O restante da equipe deverá seguir a mesma proporção de no máximo 3.450 pessoas para a equipe.

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

	AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	40H	1 para cada 3 eSF
	PORTARIA	12H	2 para cada 6 eSF

(*) O número de agentes está vinculado à população adscrita.

Critérios para composição de horário das equipes:

- A composição de horário das equipes deve ser pactuada com a chefia imediata (gerente ou diretor da unidade);
- O critério para adaptação de horário deve seguir a necessidade do serviço;
- Durante o horário de funcionamento da Unidade, deve haver pelo menos um componente de cada equipe;
- Sempre deve haver na unidade pelo menos um médico e um enfermeiro;
- A carga horária de 40 horas semanais deve ser cumprida em no mínimo 04 (quatro) dias na semana e no máximo 10 horas diárias de trabalho;
- Não deve haver prejuízo na assistência à saúde da população;
- O horário de atendimento da unidade e dos profissionais deve permanecer visível na recepção da unidade para todas as categorias profissionais independentemente do tipo de vínculo;
- Salvo em situações excepcionais, as unidades de saúde devem sempre dispor de pelo menos um médico e pelo menos um funcionário por equipe de saúde da família durante todo o horário de funcionamento;
- As unidades devem permanecer abertas durante o horário de almoço com o mínimo de serviços em funcionamento como a recepção;
- Em uma mesma AP as unidades devem organizar os períodos de reunião mensal da unidade, de forma que não coincidam entre as unidades contíguas. Em caso de reunião mensal de equipe pelo menos um componente técnico por categoria deve estar acolhendo a população e orientando caso a caso. Sempre que houver necessidade de fechamento da unidade a CAP e a SUBPAV devem ser previamente comunicadas.

Estrutura das Unidades de Saúde:

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

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

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

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

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

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

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

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

Relatório de acompanhamento de metas:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

O processo seletivo deve ser público e com ampla divulgação;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Procedimentos

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

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

Visita e Atendimento domiciliar

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

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

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

Consultas

- Toda Unidade de Atenção Primária deve organizar o serviço de modo a evitar a formação de filas. Portanto, sempre que possível, evitar concentrar a oferta de algum serviço em um dia / horário específico;
- A oferta de marcação de consulta por demanda programada deve ser disponibilizada todos os dias em todo o horário de funcionamento da unidade;

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

Consulta de Enfermagem

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

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

Atestado

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

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

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

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

Assistência farmacêutica

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

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

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

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

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

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

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

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

- Diabetes mellitus (hipoglicemiantes orais e insulina):

Para tanto as unidades devem minimamente possuir geladeira (frigobar) para o acondicionamento e os profissionais técnicos devem ser treinados para orientação de uso e acondicionamento da insulina; todo médico de equipe de saúde da família deve acompanhar o paciente diabético, esteja ou não indicado o uso de insulina. O fornecimento da insulina e demais insumos devem ser vinculados a pelo menos uma consulta a cada 3 (três) meses com o médico da equipe bem como com o enfermeiro da equipe; mesmo que o paciente acompanhe em serviço especializado (polos, policlínica, hospital etc.) deve obrigatoriamente ser acompanhado pelo médico e enfermeiro da equipe; Todos os pacientes em uso de insulina recebem glicosímetros, tiras, seringas, lancetador e lancetas para aplicação de insulina e monitorização domiciliar;

- Medicamentos controlados (receituário de controle especial tipos A, B, B2 e comum):

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

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

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

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

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

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

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

A CONTRATADA deverá oferecer Serviços de Apoio à Saúde da Família. Trata-se de um serviço de Apoio às equipes de saúde da família que objetiva ampliar as ações da Atenção Primária em Saúde (APS) e sua resolubilidade, através da qualificação das equipes, atendimento conjunto, descentralização das ações da APS com o treinamento em serviço dos profissionais que as compõem. Preferencialmente, as equipes de apoio especializado devem seguir as diretrizes do NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Família), constantes na Portaria GM 2.488 de 21 de outubro de 2011, Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019 e na Nota Técnica Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS do Ministério da Saúde. Os núcleos configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (eSF), as equipes de Atenção Primária (eAP) para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde.

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

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

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

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

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

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

A CONTRATADA deverá oferecer Serviço de Oftalmologia - Refração.

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

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

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

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

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

A CONTRATADA deverá oferecer Serviço de Oftalmologia - Retinografia Digital.

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

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

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

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

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

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

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

A CONTRATADA deverá oferecer Serviço de Confeção de Próteses Dentárias.

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

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

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

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

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

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

turno de atendimento individual ou atendimento em grupo ou atendimento de familiares a menos no mês.

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

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

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

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

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

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

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

ESPECIFICAÇÕES DAS ATIVIDADES DE SAÚDE

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

PRAZOS

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

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

CONFORMIDADE COM PROTOCOLOS E DIRETRIZES FORMULADOS PELA CONTRATANTE

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

CONFORMIDADE COM CAMPOS DE ESTÁGIO E FORMAÇÃO EM SAÚDE PELA CONTRATANTE

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

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

DA CONTRATAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

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

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

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

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

Caberá à CAP e à SUBPAV a definição das áreas de abrangência das unidades de saúde, das equipes de atenção primária bem como das microáreas dos agentes comunitários de saúde, estando as mesmas disponibilizadas em link virtual específico a ser disponibilizado pela S/SUBPAV.

DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

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

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

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

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

O banco de dados de todos os pacientes é de propriedade da CONTRATANTE, devendo ser fornecido um backup (cópia) dos dados a qualquer momento, bem como a utilização de padrões internacionais

que permitam a migração dos dados em caso de substituição da CONTRATANTE ou da empresa de prontuário eletrônico;

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

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

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

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

- O prontuário deve ser construído para ser utilizado na Atenção Primária à Saúde;
- Deve ser familiar, permitindo a identificação e acesso aos prontuários dos demais membros da família;
- Deve ter uma lista de problemas ativos e inativos;
- O registro clínico deve ser organizado no método SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano);
- Deve-se utilizar como padrão para classificação de doenças a tabela do CIAP (Classificação Internacional de Atenção Primária) permitindo a conversão para a codificação do CID (Classificação Internacional de Doenças);
- Deve permitir a impressão de formulários como: Receituário, Receituário Especial, Atestados, Notificações compulsórias, Declaração de Comparecimento, Requisição de Exames (incluindo de Alto Custo - APAC), Encaminhamento de Usuários (Guia de Referência e Contra Referência), Solicitação de Exames Citopatológicos e Mamografias. Esses formulários são padronizados pela S/SUBPAV/SAP;
- Permitir o acompanhamento da gestante (pré-natal), acompanhamento de crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor em crianças, acompanhamento de tuberculose, acompanhamento de hanseníase; Imunização com aprazamento das consultas;
- Permitir às equipes gerar minimamente as seguintes listas nominais: lista geral de todos os pacientes da Unidade/equipe/microárea; lista de hipertensos, lista de diabéticos, lista de pacientes com tuberculose, lista de pacientes com hanseníase, lista de crianças até 2 (dois) anos, lista de gestantes, lista de rastreamento de citopatológico de mulheres entre 25 a 64 anos;
- Gerar um relatório por equipe dos indicadores do Pagamento por Desempenho, que são anualmente padronizados pela S/SUBPAV/SAP; Permitir gerar mensalmente para cada profissional um e-mail com o resultado desses indicadores de sua equipe;
- Gerar um relatório por profissional dos indicadores do Pagamento por Desempenho, que são anualmente padronizados pela S/SUBPAV/SAP; Permitir gerar mensalmente para cada profissional um e-mail com o resultado desses indicadores;
- Deve permitir controle de estoque de todos os insumos na unidade incluindo os itens dispensados na farmácia;
- Permitir a gestão da agenda dos profissionais, incluindo a possibilidade de registro de marcação não presencial como por telefone, portal ou e-mail;

- Deve permitir o registro dos exames laboratoriais incluindo exames de imagem e digitalização de alguns exames como eletrocardiograma;
- Deve permitir interoperabilidade com outros sistemas como aparelhos de processamento de laboratório, aparelho de Raio-X digital, dentre outros.

SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

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

Os dados deverão ser atualizados mensalmente.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

02 – Centro de Saúde/Unidade Básica;

15 – Unidade Mista;

03 – Policlínica;

36 – Clínica Especializada/Ambulatório de Especialidade;

71 – Centro de Apoio à Saúde da Família.

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

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

SIA – Sistema de Informação Ambulatorial

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

Este sistema possui três componentes:

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

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

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

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

SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

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

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

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

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

A estratégia é composta por dois sistemas:

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

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

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

Cadastro Domiciliar e Territorial Ficha de Atendimento Individual

Ficha de Atendimento Odontológico Individual Ficha de Atividade Coletiva

Ficha de Procedimentos

Ficha de Visita Domiciliar e Territorial

Marcadores de Consumo Alimentar Ficha Complementar

Avaliação de Elegibilidade e Admissão Atendimento Domiciliar

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

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

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

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

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

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

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

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

Instrumentos de coleta de dados do SINAN:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SISREG – Sistema de Nacional de Regulação

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

DispensaMed

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

SIGMA – SISTEMA DE INFORMAÇÕES GERENCIAIS DE MATERIAIS

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

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

Outros Sistemas de Informação em Saúde

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

DA AVALIAÇÃO DE METAS DE DESEMPENHO PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE

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

As referências que apoiam a boa prática clínica são:

O consenso de sociedades científicas e associações profissionais;

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

Orientações estabelecidas pela SMS/RJ.

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

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

Qualificação dos profissionais;

Utilização do prontuário clínico;

Uso de outros registros da atividade assistencial;

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

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

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

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

Perfil de prescrição farmacêutica;

Auto avaliação assistencial pelos profissionais;

Avaliação externa da prática assistencial.

Todos os indicadores devem ser gerados a partir do registro das informações no prontuário eletrônico. Por exemplo, para comprovar que uma pessoa está com calendário vacinal atualizado, não basta perguntar ao profissional se o calendário está atualizado, mas sim, a partir dos registros no prontuário eletrônico, de acordo com o calendário vacinal adotado pelo município, o sistema deve interpretar se o calendário vacinal está atualizado ou não.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Não se deve induzir ou sugerir uma resposta aos usuários;

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

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

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

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

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

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

ENCARGOS SOCIAIS E TRABALHISTAS			
INSS - Empresa	20,000%	R\$	4.212,00
INSS - Terceiros + FAP	5,800%	R\$	1.221,48
SAT	2,000%	R\$	421,20
PIS	1,000%	R\$	210,60
FGTS	8,000%	R\$	1.894,80
13º SAL	8,330%	R\$	1.754,30
Abono de Férias	2,780%	R\$	585,47
Férias proporcionais acumuladas em caso de demissão coletiva	1,667%	R\$	351,00
Férias integrais com reposição de quadro	0,000%	R\$	-
Aviso Prévio indenizado	0,420%	R\$	88,45
Aviso Prévio (dias extras legais)	0,833%	R\$	175,50
13o salário (Lei nº 12.506/11)	0,139%	R\$	29,27
Férias e Abono Constitucional sobre Lei nº 12.506/11	0,185%	R\$	38,96
Multa/FGTS	4,000%	R\$	842,40
Encargos Patronais (Incidência de A sobre (B+C))	5,282%	R\$	1.112,45
Total Provisões	23,636%	R\$	99.617,33
Total Encargos	36,800%	R\$	155.097,12
Sub Total (Encargos + Provisões)	60,436%	R\$	254.714,45

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

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

CUSTEIO DE PESSOAL DE CONSULTÓRIO NA RUA

CATEGORIA	Quantidade de Profissionais	CUSTEIO DE PESSOAL 2021			
		Horas Semanais	Salário (base)	Insalubridade	Salário Total
Médico	1	40	R\$ 15.157,17	R\$ 220,00	R\$ 15.377,17
Enfermeiro	1	40	R\$ 6.082,16	R\$ 220,00	R\$ 6.302,16
Técnico de Enfermagem	1	40	R\$ 2.324,93	R\$ 220,00	R\$ 2.544,93
Agente Social	3	40	R\$ 1.400,00	R\$ 220,00	R\$ 4.860,00
Assistente Social	1	40	R\$ 2.324,93	R\$ 220,00	R\$ 2.544,93
Psicólogo	1	40	R\$ 5.790,34	R\$ 220,00	R\$ 6.010,34
Auxiliar Administrativo	0	40	R\$ 1.743,70	R\$ 220,00	R\$ -
TOTAL FUNCIONÁRIOS	8				
TOTAL SALÁRIOS					R\$ 37.639,53

ENCARGOS SOCIAIS E TRABALHISTAS		
INSS - Empresa	20,000%	R\$ 972,00
INSS - Terceiros + FAP	5,800%	R\$ 281,88
SAT	2,000%	R\$ 97,20
PIS	1,000%	R\$ 48,60
FGTS	8,000%	R\$ 388,80
13º SAL	8,330%	R\$ 404,84
Abono de Férias	2,780%	R\$ 135,11
Férias proporcionais acumuladas em caso de demissão coletiva	1,667%	R\$ 81,00
Férias integrais com reposição de quadro	0,000%	R\$ -
Aviso Prévio indenizado	0,420%	R\$ 20,41
Aviso Prévio (dias extras legais)	0,833%	R\$ 40,50
13º salário (Lei nº 12.506/11)	0,139%	R\$ 6,76
Férias e Abono Constitucional sobre Lei nº 12.506/11	0,185%	R\$ 8,99
Multa/FGTS	4,000%	R\$ 194,40
Encargos Patronais (Incidência de A sobre (B+C))	5,282%	R\$ 256,72
Total Provisões	23,636%	R\$ 8.896,58
Total Encargos	36,800%	R\$ 13.851,35
Sub Total (Encargos + Provisões)	60,436%	R\$ 22.747,93

BENEFÍCIOS				
VALE TRANSPORTE	QT. DIAS ÚTEIS	VLR. DIÁRIO P/ FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL
	22	R\$ 8,10	8	R\$ 1.425,60
VALE REFEIÇÃO / ALIMENTAÇÃO	QT. DIAS ÚTEIS	VLR. DIÁRIO P/ FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL
	22	R\$ 18,11	8	R\$ 3.187,99
TOTAL BENEFÍCIOS				R\$ 4.613,59

TOTAL CUSTEIO DE PESSOAL DE CONSULTÓRIO NA RUA

TOTAL	
R\$	65.001,05

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

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

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

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

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

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

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

CUSTEIO DE PESSOAL DE EQUIPE DE NASF / APOIO ESPECIALIZADO					
CATEGORIA	Quantidade de Profissionais	CUSTEIO DE PESSOAL 2021			
		Horas Semanais	Salário (base)	Insalubridade	Salário Total
Médico NASF	2	40	R\$ 11.089,63	R\$ 220,00	R\$ 22.639,26
Profissional de Nível Superior	8	40	R\$ 5.790,34	R\$ 220,00	R\$ 48.082,72
TOTAL FUNCIONÁRIOS	10				
				TOTAL SALÁRIOS	R\$ 70.721,98
ENCARGOS SOCIAIS E TRABALHISTAS					
INSS - Empresa			20,000%	R\$	14.144,40
INSS - Terceiros + FAP			5,800%	R\$	4.101,87
SAT			2,000%	R\$	1.414,44
PIS			1,000%	R\$	707,22
FGTS			8,000%	R\$	5.657,76
13º SAL			8,330%	R\$	5.891,14
Abono de Férias			2,780%	R\$	1.956,07
Férias proporcionais acumuladas em caso de demissão coletiva			1,667%	R\$	1.178,70
Férias integrais com reposição de quadro			0,000%	R\$	-
Aviso Prévio indenizado			0,420%	R\$	297,03
Aviso Prévio (dias extras legais)			0,833%	R\$	589,35
13o salário (Lei nº 12.506/11)			0,139%	R\$	98,30
Férias e Abono Constitucional sobre Lei nº 12.506/11			0,185%	R\$	130,84
Multa/FGTS			4,000%	R\$	2.828,88
Encargos Patronais (Incidência de A sobre (B+C))			5,282%	R\$	3.735,73
Total Provisões			23,636%	R\$	16.716,04
Total Encargos			36,800%	R\$	26.025,69
Sub Total (Encargos + Provisões)			60,436%	R\$	42.741,73
BENEFÍCIOS					
VALE TRANSPORTE	QT. DIAS ÚTEIS	VLR. DIÁRIO P/ FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL	
	22	R\$ 8,10	10	R\$	1.782,00
VALE REFEIÇÃO / ALIMENTAÇÃO	QT. DIAS ÚTEIS	VLR. DIÁRIO P/ FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL	
	22	R\$ 18,00	10	R\$	3.960,00
				TOTAL BENEFÍCIOS	R\$ 5.742,00
TOTAL CUSTEIO DE PESSOAL DE EQUIPE DE NASF / APOIO ESPECIALIZADO					
TOTAL					TOTAL
					R\$ 119.205,71

1.3- CAPS (CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL)

1) Elaboração de projeto terapêutico individualizado para todos os usuários matriculados na unidade (100%), este deve ser alterado sempre que necessário, e estar anexado ao prontuário do usuário.

2) Atendimento de familiares dos usuários matriculados (mínimo de 50% de cobertura).

3) A avaliação da produção mínima dos profissionais deverá ser ajustada mediante a existência de feriados, campanhas, mobilizações sociais ou eventos de força maior, que necessitem o fechamento da unidade. As justificativas deverão ser escritas no relatório de atividades.

4) Os profissionais de referência para usuários ou familiares de usuários deverão realizar visitas domiciliares e/ou visitas hospitalares caso haja necessidade de acompanhamento destes na residência e ou em hospital (Geral, Maternidade ou Psiquiátrico), que deve contar no projeto terapêutico de cada usuário.

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

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

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

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

CUSTEIO DE PESSOAL DE EQUIPE CAPS

CATEGORIA	Quantidade de Profissionais	CUSTEIO DE PESSOAL 2021			
		Horas Semanais	Salário (base)	Insalubridade	Salário Total
Gerente Técnico Administrativo	1	40	R\$ 6.739,22	R\$ 220,00	R\$ 6.959,22
Coordenador Técnico	2	40	R\$ 5.660,95	R\$ 220,00	R\$ 11.761,90
Coordenador Administrativo	1	40	R\$ 2.830,48	R\$ 220,00	R\$ 3.050,48
Supervisor Clínico Institucional	1	40	R\$ 1.387,75	R\$ 220,00	R\$ 1.607,75
Assistente Administrativo	2	40	R\$ 1.743,70	R\$ 220,00	R\$ 3.927,40
Médico	2	40	R\$ 7.929,30	R\$ 220,00	R\$ 16.296,60
Enfermeiro	2	40	R\$ 4.796,43	R\$ 220,00	R\$ 10.032,86
Técnico de Enfermagem	3	40	R\$ 2.324,93	R\$ 220,00	R\$ 7.634,79
Profissional de Nível Superior	10	40	R\$ 4.342,76	R\$ 220,00	R\$ 45.627,60
Profissional de Nível Médio	7	40	R\$ 1.364,30	R\$ 220,00	R\$ 11.090,10
TOTAL FUNCIONÁRIOS	31				
TOTAL SALÁRIOS					R\$ 117.988,70

ENCARGOS SOCIAIS E TRABALHISTAS			
INSS - Empresa	20,000%	R\$	321,55
INSS - Terceiros + FAP	5,800%	R\$	93,25
SAT	2,000%	R\$	32,16
PIS	1,000%	R\$	16,08
FGTS	8,000%	R\$	128,62
13º SAL	8,330%	R\$	133,93
Abono de Férias	2,780%	R\$	44,70
Férias proporcionais acumuladas em caso de demissão coletiva	1,667%	R\$	26,80
Férias integrais com reposição de quadro	0,000%	R\$	-
Aviso Prévio indenizado	0,420%	R\$	6,75
Aviso Prévio (dias extras legais)	0,833%	R\$	13,40
13º salário (Lei nº 12.506/11)	0,139%	R\$	2,23
Férias e Abono Constitucional sobre Lei nº 12.506/11	0,185%	R\$	2,97
Multa/FGTS	4,000%	R\$	64,31
Encargos Patronais (Incidência de A sobre (B+C))	5,282%	R\$	84,93
Total Provisões	23,636%	R\$	27.888,13
Total Encargos	36,800%	R\$	43.419,84
Sub Total (Encargos + Provisões)	60,436%	R\$	71.307,97

BENEFÍCIOS				
VALE TRANSPORTE	QT. DIAS ÚTEIS	VLR. DIÁRIO P/ FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL
	22	R\$ 8,10	31	R\$ 5.524,20
VALE REFEIÇÃO / ALIMENTAÇÃO	QT. DIAS ÚTEIS	VLR. DIÁRIO P/ FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL
	22	R\$ 18,11	31	R\$ 12.353,45
TOTAL BENEFÍCIOS				R\$ 17.877,65

TOTAL CUSTEIO DE PESSOAL DE EQUIPE CAPS

TOTAL		TOTAL
		R\$ 207.174,32

2- UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)

JUSTIFICATIVA

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

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

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

OBJETIVO GERAL

Diminuir o número de pacientes nas filas dos hospitais.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

2.1 ASPECTOS BÁSICOS ORGANIZACIONAIS

Caberá à Organização Social descrever e executar:

2.1.1. Mecanismos de informação e comunicação à população sobre:

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

2.1.2. Sistema gerencial de informação com acesso pela internet:

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

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

2.2 BOA PRÁTICA CLÍNICA:

As referências que apoiam a boa prática clínica são:

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

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

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

- a) Qualificação dos profissionais;
- b) Utilização do prontuário clínico;
- c) Uso de todos os outros registros da atividade assistencial necessários;
- d) Respeito ao Plano de Educação Permanente e Excepcional da SMS, como no caso das capacitações para dengue, entre outros;
- e) Respeito aos Planos: Municipal de Saúde, Complementares ou Excepcionais da SMS;
- f) Respeito aos Planos de Emergências, Desastres e Contingências da SES RJ e SMS RJ;
- g) Política de Humanização - Protocolos da unidade sobre Acolhimento e Classificação de Risco, e sobre o diagnóstico e tratamento das patologias mais incidentes na Atenção Hospitalar;
- h) Registrar os agravos de notificação compulsória – SINAN;
- i) Perfil de prescrição farmacêutica;
- j) Auto avaliação assistencial pelos profissionais;
- k) Avaliação dos serviços de saúde pelos profissionais lotados nas unidades;
- l) Avaliação externa da prática assistencial;
- m) Avaliação externa da satisfação do usuário; e
- n) Respeito às necessidades dos pacientes através da disponibilização dos meios necessários para o tratamento, sejam estes recursos humanos, medicamentos, equipamentos ou outros relacionados.

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

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

Para assegurar a continuidade no processo assistencial serão necessário:

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

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

CUSTEIO DE PESSOAL DE EQUIPE DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)					
CATEGORIA	Quantidade de Profissionais	CUSTEIO DE PESSOAL 2021			
		Horas Semanais	Salário (base)	Insalubridade	Salário Total
Gerente Geral	1	40	R\$ 12.750,00	R\$ 220,00	R\$ 12.970,00
Coordenador Médico	1	40	R\$ 15.500,00	R\$ 220,00	R\$ 15.720,00
Coordenador Administrativo	1	40	R\$ 7.160,00	R\$ 220,00	R\$ 7.380,00
Coordenador de Enfermagem	1	40	R\$ 6.650,00	R\$ 220,00	R\$ 6.870,00
Méico Clínico - plantonista - dia	21	12	R\$ 4.500,00	R\$ 220,00	R\$ 99.120,00
Méico Clínico - plantonista - noite	21	12	R\$ 4.500,00	R\$ 220,00	R\$ 99.120,00
Méico Clínico (Rotina e Preceptor da Residência)	3	30	R\$ 11.050,00	R\$ 220,00	R\$ 33.910,00
Méico Pediatra - plantonista - dia	14	12	R\$ 4.500,00	R\$ 220,00	R\$ 66.080,00
Méico Pediatra - plantonista - noite	14	12	R\$ 4.500,00	R\$ 220,00	R\$ 66.080,00
Méico Pediatra (Rotina e Preceptor da Residência)	1	30	R\$ 13.540,00	R\$ 220,00	R\$ 13.760,00
Farmacêutico	1	40	R\$ 6.650,00	R\$ 220,00	R\$ 6.870,00
Técnico de Farmácia	4	40	R\$ 1.666,00	R\$ 220,00	R\$ 7.544,00
Maquieiro	4	40	R\$ 1.284,00	R\$ 220,00	R\$ 6.016,00
Assistente Social	3	30	R\$ 4.300,00	R\$ 220,00	R\$ 13.560,00
Enfermeiro - diarista	1	40	R\$ 4.900,00	R\$ 220,00	R\$ 5.120,00
Enfermeiro líder	6	40	R\$ 3.530,00	R\$ 220,00	R\$ 22.500,00
Enfermeiro plantonista - dia	6	30	R\$ 3.160,00	R\$ 220,00	R\$ 20.280,00
Enfermeiro plantonista - noite	6	30	R\$ 3.160,00	R\$ 220,00	R\$ 20.280,00
Técnico de Enfermagem - plantonista - dia	24	30	R\$ 1.666,00	R\$ 220,00	R\$ 45.264,00
Técnico de Enfermagem - plantonista - noite	24	30	R\$ 1.666,00	R\$ 220,00	R\$ 45.264,00
Técnico em Radiologia - diurno	4	24	R\$ 2.645,00	R\$ 220,00	R\$ 11.460,00
Técnico em Radiologia - noturno	4	24	R\$ 2.645,00	R\$ 220,00	R\$ 11.460,00
Auxiliar de Serviços Gerais - dia	6	40	R\$ 1.462,00	R\$ 220,00	R\$ 10.092,00
Auxiliar de Serviços Gerais - noite	6	40	R\$ 1.462,00	R\$ 220,00	R\$ 10.092,00
Encarregado (Limpeza)	1	40	R\$ 1.780,00	R\$ 220,00	R\$ 2.000,00
Vigilante - dia	6	30	R\$ 1.680,00	R\$ 220,00	R\$ 11.400,00
Vigilante - noite	6	30	R\$ 1.680,00	R\$ 220,00	R\$ 11.400,00
TOTAL FUNCIONÁRIOS	190				
				TOTAL SALÁRIOS	R\$ 681.512,00

ENCARGOS SOCIAIS E TRABALHISTAS		
INSS - Empresa	20,000%	R\$ 2.280,00
INSS - Terceiros + FAP	5,800%	R\$ 661,20
SAT	2,000%	R\$ 228,00
PIS	1,000%	R\$ 114,00
FGTS	8,000%	R\$ 912,00
13º SAL	8,330%	R\$ 949,62
Abono de Férias	2,780%	R\$ 316,92
Férias proporcionais acumuladas em caso de demissão coletiva	1,667%	R\$ 190,00
Férias integrais com reposição de quadro	0,000%	R\$ -
Aviso Prévio indenizado	0,420%	R\$ 47,88
Aviso Prévio (dias extras legais)	0,833%	R\$ 95,00
13º salário (Lei nº 12.506/11)	0,135%	R\$ 15,85
Férias e Abono Constitucional sobre Lei nº 12.506/11	0,185%	R\$ 21,09
Multa/FGTS	4,000%	R\$ 456,00
Encargos Patronais (Incidência de A sobre B+C)	5,282%	R\$ 602,18
Total Provisões	23,636%	R\$ 161.084,03
Total Encargos	36,800%	R\$ 250.796,42
Sub Total (Encargos + Provisões)	60,436%	R\$ 411.880,45

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

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

3- CURSOS DE NÍVEL SUPERIOR, PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA

SUBPROJETO 3.1 - CURSO DE FORMAÇÃO EM ATENÇÃO FARMACÊUTICA

Responsável Técnico pela SMS: S/SUBPAV

JUSTIFICATIVA

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

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

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

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

OBJETIVO GERAL

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

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

SUBPROJETO 3.2 - RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Responsável Técnico pela SMS: S/SUBPAV/SAP

JUSTIFICATIVA

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

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

As atividades teóricas e teórico-práticas são desenvolvidas, principalmente nas dependências da ENSP, sendo acompanhadas por docentes e pesquisadores. Essas atividades são estruturadas de forma a

possibilitar a problematização da realidade por meio de orientações específicas, seminários, estudos de caso, aulas dialogadas e expositivas e outras formas de ensino. Pretende-se capacitar os residentes para integrar as instituições de ensino e serviços de saúde por meio de ações que visem à mudança das práticas de formação e atenção, da organização do processo de trabalho, do cuidado individual, coletivo e familiar, da formação e educação na saúde e da construção do conhecimento, a partir das necessidades dos usuários.

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

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

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

OBJETIVO GERAL

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

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

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

SUBPROJETO 3.3 - PESQUISAS EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Responsável Técnico pela SMS: S/SUBPAV.

JUSTIFICATIVA

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

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

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

OBJETIVO GERAL

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

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Reforçar a institucionalização do Projeto Teias no acompanhamento dos projetos de pesquisa e investimento em avaliação continuada durante as pesquisas.
- b) Reforçar as pesquisas em execução ou em condições de ser imediatamente executadas no território.

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

Responsável Técnico pela SMS: S/SUBPAV/SVS

JUSTIFICATIVA

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

OBJETIVO GERAL

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

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

DESENVOLVIMENTO DO PROJETO:

- a) Apoio a gestão do projeto - prover apoio através de contratação de pessoal para o funcionamento do CRIE.
- b) Apoio a manutenção da estrutura física – manter a estrutura física adequada, com ambientes de trabalho saudáveis e incorporando tecnologias necessárias ao fluxo de informações esperado.
- c) Apoio para epidemias que configurem possíveis emergências em saúde pública - prover as condições necessárias para o desenvolvimento de ações e capacitação de atenção para o caso de configuração de emergências em saúde pública.

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

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

Responsável Técnico pelo Projeto: S/SUBPAV/CPRMFC

INTRODUÇÃO

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

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

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

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

JUSTIFICATIVA

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

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

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

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

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

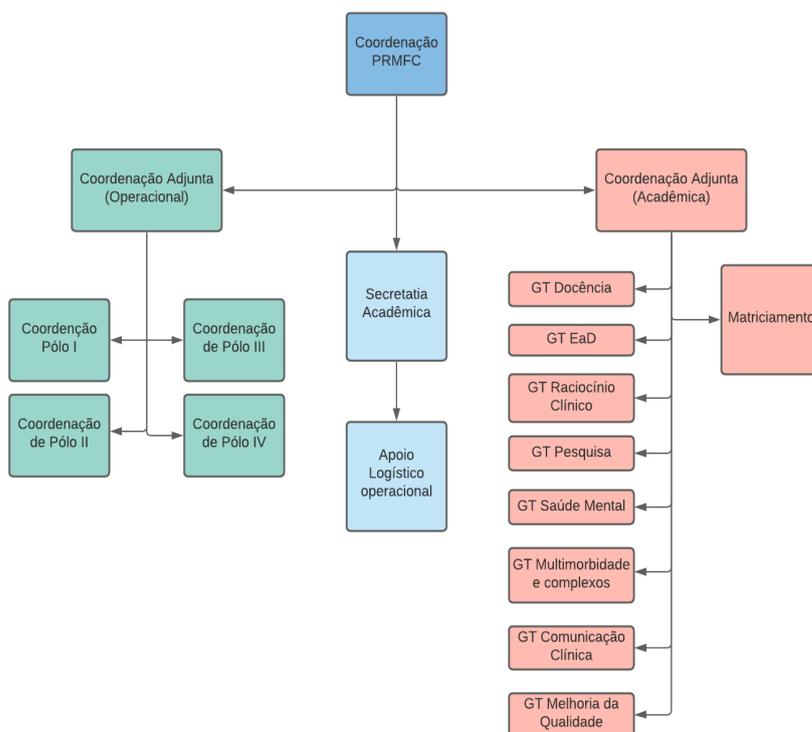
Dessa forma, investir na formação destes profissionais através da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade tem sido uma estratégia apoiada pelo Ministério da Saúde por meio de ações para (1) qualificar os profissionais que atuam na APS e (2) ampliar as vagas de residência na área da Medicina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

1. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que em seu artigo 6º inciso III define entre as atribuições dos entes federados a sua participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde.
2. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que em seu capítulo III, determina as diretrizes para formação médica no âmbito da graduação e pós-graduação (residência médica) no país.
3. Portaria interministerial nº 1.618, de 30 de setembro de 2015, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), como um dos eixos do Programa Mais Médicos - Residência, o Plano Nacional de Formação de Preceptores para os Programas de Residência na modalidade Medicina de Família e Comunidade, com o fim de subsidiar e assegurar instrumentos para o processo de expansão de vagas de residência em Medicina de Família e Comunidade.
4. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.
5. Portaria interministerial nº 1.127, de 4 de AGOSTO de 2015, que institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre o ensino, serviços de saúde e a comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
6. Responsabilidade constitucional de incrementar o desenvolvimento científico, tecnológico e de ordenação da formação de recursos humanos para a área da saúde, regulamentada pelo Decreto de 20 de junho de 2007, que institui a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

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

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

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



OBJETIVOS GERAIS

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

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 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);
- b) Apoiar a integração de alunos de graduação médica às unidades onde se desenvolve o PRMFC garantindo acesso à preceptoria e aos respectivos processos formativos vigentes no mesmo;
- c) Apoiar o desenvolvimento e a publicação dos projetos de pesquisa relacionados ao PRMFC-SMS-Rio;
- d) Apoiar o desenvolvimento e a publicação da produção acadêmica ligada aos grupos de trabalho temáticos do PRMFC-SMS-Rio.

Objetivo específico A:

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

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

Ações desenvolvidas:

Coordenação técnica do PRMFC-SMS-RJ:

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

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

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

Quadro de atribuições dos coordenadores	
Coordenador	Atribuições
Geral Institucional	Gestão institucional do programa (orçamento, instrução processual, estruturação de documentos)
	Coordenação da Comissão de Residência Médica (COREME)
	Gestão do convênio
	Celebrar parcerias interinstitucionais
	Representação institucional nas comissões estadual e nacional de RM
	Revisão contínua do RI adequando-o aos marcos legais nacionais
	Representação institucional perante as entidades científicas e de exercício profissional nacionais e internacionais
Quadro de atribuições dos coordenadores	
Coordenador	Atribuições
Adjunto Operacional	Supervisionar as movimentações de residentes e preceptores entre equipes, unidades e pólos

	Supervisionar e avaliar a viabilidade de unidades como possíveis cenários de aprendizagem
	Acompanhar a aplicação de medidas e sanções disciplinares
	Planejar, supervisionar e avaliar os mecanismos de avaliação dos residentes
	Representar o PRMFC em reuniões com as CAP
Adjunto Acadêmico	Gerenciar o ambiente virtual de aprendizagem
	Planejar, supervisionar e avaliar os mecanismos de avaliação técnica dos residentes (provas e testes)
	Participar das reuniões dos GTs orientando produção acadêmica alinhada aos objetivos do programa
	Planejar, supervisionar e avaliar a reunião de Planejamento Acadêmico Anual
	Planejar, supervisionar e avaliar os mecanismos de avaliação técnica de preceptores
	Planejar, supervisionar e avaliar a atuação dos matriciadores alinhada aos objetivos do programa
	Fomentar oficinas, treinamentos e seminários protagonizados pelos GTs
	Planejar, supervisionar e avaliar a participação do PRMFC e seus componentes em eventos externos
Fomentar parcerias e interações acadêmicas com outros PRMFC e IES	
Polo Regional	Gestão de pessoas e interlocução com a gestão local e regional
	Propor planos de desenvolvimento e recuperação acadêmica
	Apoiar ações locais de desenvolvimento acadêmico
	Representar preceptores e residentes nas reuniões de coordenação
	Acompanhar e fomentar o bom desenvolvimento da semana padrão acadêmica nas unidades
	Acompanhar residentes com desempenho insuficiente nas unidades

Supervisionar as atribuições docentes dos preceptores nas equipes

Secretaria Acadêmica do PRMFC-SMS-RJ:

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

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

Pólos	Apoio logístico às unidades
--------------	-----------------------------

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

- Realizada através de cursos, oficinas, seminários e grupos de trabalho (GT) temáticos com ênfase na estruturação de metodologias e conteúdos relacionados ao desenvolvimento de competências para: o manejo clínico de condições prevalentes na APS; a prática docente; o desenvolvimento do raciocínio clínico epidemiológico e baseado em evidências científicas; o manejo de pacientes complexos e multimórbidos; a comunicação clínica; a gestão e a governança clínica com ênfase em processo de melhoria da qualidade; a análise comparada e gestão de sistemas de saúde; e a leitura e análise crítica de artigos científicos para a pesquisa em APS. Incluem-se aqui os cursos realizados através de matriz conceitual pedagógica do EURACT (Academia Europeia de Professores de Medicina de Família) <http://euract.woncaeurope.org/> em seus 4 níveis de 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/CPRECC/Training/HealthcareProfessional/AdvancedCardiovascularLifeSupport/UCM_473186_Advanced-Cardiovascular-Life-Support-ACLS.jsp, PALS http://cpr.heart.org/AHA/ECC/CPRECC/Training/HealthcareProfessional/Pediatric/UCM_476258_PALS.jsp e AMLS <http://www.naemt.org/education/amls>, entre outros.

Apoio médico especializado (matriciamento):

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

Inovação tecnológica:

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

Aquisição de material permanente e insumos:

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

Participação em eventos científicos:

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

Apoio logístico e operacional:

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

Suporte às ações:

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

Objetivo específico B:

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

Este conjunto de ações proporciona aos acadêmicos as condições adequadas para experiências sensibilizadoras, que despertem o interesse, influenciem e respaldem as decisões futuras relacionadas à escolha de trajetórias profissionais para atuação na MFC, ampliando a captação de ingressos no

PRMFC e sua posterior vinculação e fixação às equipes que compõem a rede de APS da SMS e do SUS municipal.

Ações desenvolvidas:

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

Objetivo específico C:

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

Ações desenvolvidas:

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

Objetivo específico D:

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

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

Ações desenvolvidas:

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

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

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à saúde (APS) é um fundamento de grande valor para a Organização Mundial de Saúde (HARZHEIM,2013). Nesse contexto, investir na Estratégia saúde da família, como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, tem provocado importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção à saúde no SUS. Na prática, ela produz maior racionalidade na

utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas pelas equipes saúde da família (SIMOES, 2016). A conversão do modelo assistencial tradicional para equipe de saúde da família (ESF) é parte da reforma da Atenção Básica no Brasil. No município do Rio de Janeiro, a cobertura da ESF em 2009 estava em torno de 7%.

A partir desse ano, um evidente destaque foi dado para a APS. Iniciou-se uma reforma orientada pela qualidade da atenção ao cuidado das pessoas, estabelecendo vínculo entre os profissionais de saúde, a família e a comunidade, possibilitando espaço para a construção de corresponsabilidade nos compromissos relacionados à produção do cuidado em saúde, reorganizando a prática assistencial na APS. Sua potencialidade de transformação está diretamente relacionada a uma abordagem integral do indivíduo pela equipe multi e transdisciplinar (RAMOS 2009); envolvimento da comunidade; assistência individual de qualidade contemplando a promoção da saúde nos diversos ciclos da vida e assistência clínica resolutive; vigilância em saúde que monitore e execute ações com ênfase na atenção e cuidado individual e coletivo; um processo de educação e do trabalho intersetorial e de participação popular com objetivo de transformar a realidade local e buscou diminuir as desigualdades e iniquidades das sociedades complexas (FIOCRUZ 2017). Existem inúmeros desafios em transformar esta mudança do modelo de atenção numa prática de saúde que venha efetivar o conceito ampliado de saúde. Entre eles, está o desenvolvimento de profissionais com competências voltadas para uma prática de saúde que considere as necessidades sócio epidemiológicas do país e locais; que ajude na reorientação da produção do cuidado em saúde; considere a integralidade do cuidado e das ações interdisciplinares e objetive a qualidade de vida e saúde das pessoas. Diante disso, tornou-se imprescindível uma agenda que atenda a necessidade de qualificação de profissionais de saúde com um perfil de competências que possam atender e viabilizar a renovação das teorias e das práticas em saúde no campo da APS.

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

JUSTIFICATIVA

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

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

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

1. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que em seu artigo 6º inciso III define entre as atribuições dos entes federados a sua participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde.
2. Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001, que descreve em seu Art. 7º que a formação do Enfermeiro, além dos conteúdos teóricos e práticos desenvolvidos ficam os cursos obrigados a incluir no currículo o estágio supervisionado na rede básica de serviços de saúde e comunidades nos dois últimos semestres do Curso de Graduação em Enfermagem.
3. A Portaria Interministerial nº 1.077/MEC/MS, de 12 de novembro de 2009, que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, inclusive de enfermagem, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.
4. A publicação do edital n. 11, de 27 de novembro de 2017 pelo Ministério da Saúde, sobre a adesão de entes federados e instituições à concessão de bolsas Ministério da Saúde para programas de Residência em Área da saúde, descrevendo no ANEXO I a Atenção Básica/ Saúde da Família como área de concentração prioritária.
5. Portaria interministerial nº 1.127, de 4 de AGOSTO de 2015, que institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
6. Responsabilidade constitucional de incrementar o desenvolvimento científico, tecnológico e de ordenação da formação de recursos humanos para a área da saúde, regulamentada pelo Decreto de 20 de junho de 2007, que institui a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.
7. Política Nacional de Atenção Básica que define a Saúde da Família como eixo ordenador do sistema de saúde.
8. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde – SUS para formação e desenvolvimento de trabalhadores na área da saúde, e as novas diretrizes para sua implementação, dispostas na Portaria nº 1996/GM, de 20 de agosto de 2007.
9. Necessidade de incentivar a formação profissional nas unidades de Atenção Primária à Saúde municipais e a adequação dos serviços para o desenvolvimento de práticas pedagógicas no SUS;
10. Adesão conjunta do MRJ e IES ao edital nº 24, de 15 de dezembro de 2011 sobre a seleção de projetos de instituições de educação superior do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde e o edital nº 13, de 28 de setembro de 2015;
11. Portaria nº 3.510, de 18 de dezembro de 2019, que altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir incentivo financeiro de custeio adicional mensal para municípios com equipes de saúde integradas a programas de formação profissional no âmbito da Atenção Primária à Saúde;
12. PORTARIA Nº 2.713, DE 6 DE OUTUBRO DE 2020, que dispõe sobre o método de cálculo e estabelece o valor do incentivo financeiro federal de custeio do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil.

OBJETIVO GERAL

Apoiar e subsidiar o processo de Formação de enfermeiras de família e comunidade para a Atenção Primária à Saúde altamente qualificadas e resolutivas na prática clínica da APS, na perspectiva de uma atenção integral, Inter profissional, qualificada e resolutiva, com foco na pessoa, família e comunidade, no que compete seu exercício profissional, com compromisso ético e político com a construção do SUS, de modo a fortalecer e qualificar a rede de APS do município do Rio de Janeiro, reconhecendo os atributos da APS como eixo norteador da formação, desenvolvidos na compreensão de que as práticas

da APS apresentam complexidades e requerem a incorporação de novos valores, devolvendo para a sociedade profissionais que consigam apoiar a construção da autonomia dos sujeitos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

Atividades

Ações previstas

Coordenação técnica do PREFC-SMS-RJ:

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

- 1.1 Articulação, Organização e Monitoramento das ações do PREFC desenvolvidas nas unidades da Rede de Atenção à Saúde, visando garantir a qualidade da formação e o menor impacto para a dinâmica dos serviços de saúde que recebem residentes.
 - 1.1.1. Estágio externos:
 - a. Pactuação com subsecretarias;
 - b. Pactuação com superintendências;
 - c. Pactuação junto às gerências e/ou direções das unidades (Urgência e emergência, Maternidade, Consultório na rua, Sala lilás);
 - d. Construção de escala de plantões;
 - e. Apoio diante a necessidade de intervenção
 - 1.1.2. Articulação junto às CAPS
 - a. Seleção conjunta de unidades para campo prático do programa
 - b. Discussão quanto a prática da residência nas UBS de forma a construir aprendizado e responder às demandas do serviço
 - c. Diálogo quanto às necessidades do serviço e processo de trabalho junto aos profissionais PREFC
 - d. Remanejamento de vagas quando necessário

e. Intervenção de acordo com as necessidades técnicas

1.1.3. Articulação junto às gerências/diretorias

a. Mediação de conflitos

b. Construção coletiva quanto ao processo de trabalho das equipes diante da presença da residência de enfermagem de forma a responder às demandas do serviço e do ensino

c. Orientações quanto a escalas, folgas, faltas, licenças e similares

d. Apoio na organização dos residentes e preceptores nas equipes

e. Interlocução junto às IES frente às demandas da UAP

1.2. Construção de documentos norteadores;

1.3 Pesquisa e disponibilização de literaturas pertinentes;

1.4. Motivação quanto à qualificação profissional;

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

1.6. Orientações quanto à prática de preceptoria:

1.6.1. Consultoria técnica;

1.6.2. Mentoria/Tutoria;

1.6.3. Direcionamento para acompanhamento dos residentes;

1.6.4. Amparo ao sofrimento psicológico;

1.6.5. Articulação de transferência quando necessário;

1.6.6. Mediação de conflitos;

1.6.7. Apoio às decisões;

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

1.7. Seleção de preceptores:

1.7.1. Viabilização do processo seletivo;

1.7.2. Análise curricular;

1.7.3. Construção da prova;

1.7.4. Correção da prova;

1.7.5. Entrevistas;

1.7.6. Pactuação para contratação.

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

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

1.8.2. Coordenação acadêmica PREFC-SMS-RIO:

1.8.2.1. Acompanhamento e desenvolvimento teórico/acadêmico;

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

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

1.8.2.4. Confeção de matriz para plano de aulas;

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

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

1.8.2.7. Construção de metodologias para avaliação dos residentes;

1.8.2.8 Organização logística para aulas;

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

1.8.2.10. Monitoramento de frequência nas aulas;

1.8.2.11. Intervenções mediante necessidades advindas destas atividades teóricas;

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

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

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

1.9. Monitoramento do processo de avaliação dos residentes:

1.9.1. Análise das avaliações (bimestrais);

1.9.2. Aprimoramento dos instrumentos avaliativos;

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

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

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

1.9.6. Divulgação de informações pertinentes;

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

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

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

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

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

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

Articulação IES

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

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

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

1.9.16. Identificação e convite a profissionais da SMS para desenvolvimento de aulas;

1.9.17. Construção coletiva de oficinas e reuniões de qualificação para os preceptores;

1.9.18. Intervenção junto às gerências, preceptores e residentes de acordo com a necessidade;

1.9.19. Realização de aulas conforme solicitação;

1.9.20. Atuação como orientadoras e coorientadoras de TCC;

1.9.21. Participação como banca em apresentações de TCC.

Suporte aos residentes

1.9.22. Desenvolvimento de documentos norteadores;

1.9.23. Direcionamento quanto às buscas científicas para desenvolvimento profissional;

1.9.24. Construção conjunta de estratégias para melhor desempenho e aproveitamento na residência;

1.9.25. Disponibilização/Organização de Cursos e Seminários;

1.9.26. Auxílio no manejo de problemas relacionados ao processo de trabalho;

1.9.27. Intervenção junto aos preceptores/equipe/gerência segundo demanda;

1.9.28. Orientações quanto ao papel do residente;

1.9.29. Indicação de agenda padrão e acompanhamento de seu cumprimento

1.9.30. Consultoria técnica;

1.9.31. Mentoria;

1.9.32. Amparo ao sofrimento psicológico;

1.9.33. Articulação de transferência/desligamento quando necessário;

1.9.34. Mediação de conflitos.

Tutoria

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

Articulação junto às associações de classe

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

Participação de Eventos

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

2. Secretaria Acadêmica do PREFC-SMS-RJ:

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

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

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

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

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

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

4. Apoio Especializado (Matriciamento) em Obstetrícia:

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

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

5. Inovação Tecnológica:

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

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

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

5.1.3. Formato digital: aluguel de hospedagem para o site e domínio e os serviços de um técnico de informática para upload e disponibilização do material através de navegabilidade amigável, aluguel de ambiente de Gerenciamento (Workplace online com e-mail comercial personalizado,

agendas compartilhadas, armazenamento em nuvem de 2TB, videoconferência e chamada de voz, aplicativo de processamento de texto, planilhas, criador de apresentações, criador de pesquisas, criador de notas e listas, aplicativo que possibilite engajamento e feedback, controles de segurança e administração, gerenciamento de usuários, dispositivos e apps; Mínimo de 300 contas de usuários (caixas de email); assinatura plataforma de Videoconferência, assinatura de Plataforma de Design Gráfico, Software Editor de Texto, Software Apresentações Empresariais, Sistema Online de Gerenciamento Escolar.

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

6. Participação em Eventos Científicos:

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

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

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

7. Apoio Logístico e Operacional:

7.1. Viabilização de estrutura de transporte (trânsito dos coordenadores; transporte de materiais de apoio; fluxos de documentos para controle acadêmico; ações disciplinadoras da Coordenação nas 30 unidades de APS, unidades de atenção hospitalar, 10 coordenações de área de planejamento, PREFC, SMS e outros pontos de apoio para a gestão do programa.)

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

8. Produção Científica PREFC-SMS-RJ:

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

8.1. Visa fomentar o desenvolvimento de pesquisas científicas na área de enfermagem de família e comunidade ou enfermagem de atenção primária, aprofundar o conhecimento em temas pertinentes a partir da criação de grupos de estudos, planejamento e o acompanhamento das atividades de

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

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

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

8.4. Apresentação de resultados do PREFC em eventos científicos.

INDICADORES E METAS

Unidade de medida	Indicador	Fórmula	Meta
% de residentes	Percentual de vagas ocupadas (enfermeiros residentes cursando)	$[(\text{n}^\circ \text{ de residentes cursando no mês}) / \text{total de vagas disponibilizadas}] * 100$	≥80%
% de residentes	Percentual de enfermeiros residentes formados em enfermagem de família e comunidade	$[(\text{n}^\circ \text{ de residentes que finalizaram o curso}) / \text{total de vagas disponibilizadas}] * 100$	≥80%
% de preceptores	Percentual de preceptores enfermeiros formados pelo curso para formação de preceptores	$[(\text{n}^\circ \text{ de preceptores enfermeiros que finalizaram o curso}) / \text{total de preceptores cadastrados no programa de residência}] * 100$	≥70%
% de preceptores	Percentual de componentes do programa participantes em eventos científicos	$[(\text{n}^\circ \text{ de tutores, preceptores e residentes que participaram de eventos científicos}) / \text{total de tutores, preceptores e residentes cadastrados no programa}] * 100$	≥15%
unidade	Publicações científicas para o Programa	Número de artigos científicos publicados pelos componentes do	Mínimo de 3 por ano

		Programa.	
unidade	Horas de aula ministradas no ano	12h por semana	1152h/ano
unidade	Eventos científicos realizados	Número de eventos científicos realizados no ano	Mínimo 2 por ano

OBJETIVO ESPECÍFICO B.

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

Ações previstas:

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

SUBPROJETO 5.3: ESPECIALIZAÇÃO EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

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

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

OBJETIVO GERAL

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

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

INTRODUÇÃO

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

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

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

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

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

JUSTIFICATIVA

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

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

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

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

OBJETIVO GERAL

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

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

ESTRATÉGIA CICLO DE DEBATES

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

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

Atividades prévias ao Ciclo de Debates:

- a) Promover reuniões com os profissionais das linhas de cuidado que coordenarão o ciclo;
- b) Definir a pauta, o público-alvo, os objetivos e resultados esperados;
- c) Elaborar um modelo de programação;
- d) Divulgar a programação para a rede com uma semana de antecedência;
- e) Elaborar um modelo de inscrição *on-line*;
- f) Acompanhar as inscrições e atuar para garantir um quórum mínimo;
- g) Elaborar um modelo de avaliação;
- h) Imprimir materiais programação, fichas de avaliação e folhas de presença e outros materiais que se façam necessários;

Atividades durante o ciclo:

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

Atividades pós-ciclo:

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

Perfil dos profissionais e funções para contratação

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

SUBPROJETO 5.5: APOIO ÀS LINHAS DE CUIDADOS E PROJETOS ESPECIAIS

JUSTIFICATIVA

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

OBJETIVO GERAL

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

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

Ações previstas:

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

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

JUSTIFICATIVA

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

Ações previstas:

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

Metas:

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

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

JUSTIFICATIVA

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

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

Ações previstas:

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

Metas:

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

Recursos necessários para o projeto:

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

SUBPROJETO 5.8: APOIO A MANUTENÇÃO DAS ESTAÇÕES OTICS-RIO

JUSTIFICATIVA

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

OBJETIVO GERAL

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

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

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

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

INTRODUÇÃO

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

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

JUSTIFICATIVA

Desde 2009 a Vigilância em Saúde na Cidade do Rio de Janeiro vem passando por um processo de fortalecimento e descentralização de suas ações. Houve investimento em novos serviços, em infraestrutura nos diversos níveis de atuação e em tecnologia e logística. Porém, percebe-se a necessidade de investimento em qualificação das ações e informações, em destaque para os agravos transmissíveis, direcionados para a reorganização dos serviços e das práticas de Vigilância em Saúde nos níveis regional e local. Neste sentido, o objetivo geral do subprojeto consiste em ampliar e qualificar o escopo das ações de vigilância e controle de agravos em saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

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

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Análise e Situação de Saúde: Qualificação do SIM e SINASC:
 - a) Apoiar a manutenção da investigação de óbitos nas 10 DVS. Está incluída neste processo de trabalho a implementação de investigação familiar por meio da eSF;
 - b) Estruturar um sistema online para digitação descentralizada das fichas-síntese da investigação de óbitos infantis, fetais, maternos e para a investigação de MIF, a fim de agilizar a informação;

- c) Viabilizar a maior qualificação das causas externas de óbito através do incremento ao acesso às bases de dados de acidentes de trânsito com vítimas fatais do CBMERJ e da CET-Rio. Para os outros tipos de acidentes e violências será necessário viabilizar um convênio com a Secretaria de Segurança Pública (SSP) ou com o Instituto de Segurança Pública (ISP);
- d) Incrementar a qualidade dos endereços das bases do SINASC e do SIM pelo geo-referenciamento, com a correção pela base de logradouros da cidade.

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

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

3. Emergências de Saúde Pública:

- a) Atuar na detecção, verificação, resposta e monitoramento dos riscos de saúde pública (anexo II da Portaria nº104 de 25 de janeiro de 2011) ocorridos no município do Rio de Janeiro;
- b) Apoiar e/ou gerenciar a resposta aos riscos de saúde pública ocorridos no município do Rio de Janeiro, facilitando uma ação coordenada que envolva todos os setores e instituições relacionados ao evento;
- c) Atuar no manejo de riscos de saúde pública municipal, sendo um elemento facilitador da resposta coordenada;
- d) Manter disponível equipe técnica, estrutura física, equipamentos, transporte e insumos necessários para o processo de detecção, verificação, resposta e monitoramento dos riscos de saúde pública municipal (anexo II da Portaria nº 104/MS, de 25 de janeiro de 2011), durante 24 horas, inclusive nos finais de semana e feriados;
- e) Apoiar a adoção ágil, das medidas adequadas para a investigação epidemiológica, profilaxia e bloqueio da disseminação de doenças (quando se aplica); manutenção de equipe de resposta rápida;
- f) Acionar, em surtos ou emergências de saúde pública, os laboratórios da rede municipal e estadual do Rio de Janeiro, que deverão receber, em período integral, as amostras biológicas a fim de emitir os resultados em tempo oportuno;
- g) Monitorar e avaliar o comportamento epidemiológico das doenças, agravos e eventos e capturar informações sobre riscos de saúde pública de importância municipal, estadual, nacional e internacional, incluindo o resgate de informações sobre doenças endêmicas e epidêmicas dos locais com maior fluxo de viajantes para o município do Rio de Janeiro ou dos locais mais procurados como destino de viagem pelos residentes deste município;
- h) Desenvolver atividades de preparação e resposta antes, durante e após a ocorrência dos eventos de massa. Consideram-se eventos de massa, àquelas atividades coletivas que por motivo esportivo, religioso, lúdico ou laboral, entre outras motivações, movimentem e/ou atraiam um elevado contingente de pessoas vindas de todas as partes do país e/ou mundo.

Qualificação das Ações e Informações de Vigilância em Saúde

Vigilância Ambiental em Saúde (VAS):

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

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

4. Programa de Imunizações:

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

Desenvolvimento

Contextualização do local de trabalho e período de referência:

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

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

Recursos mínimos necessários

Serviços de Vigilância em Saúde:

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

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

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

Divisões de Vigilância em Saúde:

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

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

Necessidade de 02 técnicos de nível médio 40 horas.

Monitoramento e avaliação

Indicadores:

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

SUBPROJETO 6.2: CURSO TÉCNICO DE AGENTES DE SAÚDE

JUSTIFICATIVA

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

Desta forma, dar-se-á continuidade ao curso para aperfeiçoamento profissional dos Agentes de Vigilância em Saúde, com formação técnica, visando aprimoramento nas ações e olhar mais amplo em

relação à saúde, melhoria na qualidade da integração vigilância / atenção primária e formação de profissionais aptos a fortalecer os núcleos e serviços de Vigilância em Saúde.

OBJETIVO GERAL

Apoiar Curso Técnico de Agentes de Saúde (CTAS).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

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

INTRODUÇÃO

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

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

A atenção Primária é uma estratégia inclusiva, ampliadora de acesso, coordenadora dos cuidados e da promoção a saúde, para que seus objetivos sejam alcançados plenamente é necessário que as populações mais vulneráveis tenham seu acesso e sua adesão aos serviços de atenção básica garantidos. Dentre os objetivos da promoção em saúde estão o desenvolvimento e consolidação das políticas inclusivas e garantidoras da participação de grupos tradicionalmente excluídos.

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

OBJETIVO GERAL

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

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

JUSTIFICATIVA

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

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

Recursos necessários para desenvolvimento das ações:

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

Indicadores:

- Número de profissionais qualificados/ ano / AP
- Número de Cursos-Oficinas ministrados / mês
- Número publicações realizadas / bimensal

- Número Campanhas realizadas / semestre
- Número materiais educativos elaborados /mês
- Número atividades de educação em saúde apoiadas / bimensal

SUBPROJETO 6.4: AÇÕES CONTINGENCIAIS PARA ENFRENTAMENTO DA TUBERCULOSE

INTRODUÇÃO

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

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

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

A intervenção junto aos beneficiários do Cartão Família Carioca (CFC) nos remete à fração mais vulnerável da população da cidade, onde esperamos encontrar uma maior concentração de casos de TB e, conseqüentemente, a necessidade de intervir de forma mais abrangente e contínua. Esta proposta se soma as ações sistemáticas do programa de controle de tuberculose do município, para toda a população, e estão consoantes com a dimensão de determinantes sociais que integra a política nacional de controle de tuberculose.

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

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

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

Objetivos específicos

- a) Ampliar a detecção de casos de tuberculose e de coinfeção TB/HIV nas famílias beneficiárias do Cartão Família Carioca (CFC) que residem em áreas cobertas pelas equipes de saúde da família;
- Busca ativa de casos de TB entre os beneficiários do CFC que apresentam tosse, independente do tempo de início deste sintoma;
 - Coleta de amostra de escarro para realização de teste de biologia molecular e cultura para BK de todos os beneficiários do CFC;
 - Oferta de teste rápido de HIV para os beneficiários do CFC;
 - Utilização de geoprocessamento identificação e monitoramento para os casos de tuberculose e coinfeção TB/HIV dentre os beneficiários do CFC;
 - Identificação das vulnerabilidades de saúde das famílias beneficiárias do CFC.
- b) Ampliar a adesão ao tratamento de tuberculose entre as famílias beneficiárias do CFC nas áreas cobertas pelas equipes de saúde da família, por meio de estratégias inovadoras;
- Tratar os casos de tuberculose identificados nas famílias beneficiárias do CFC.
 - Construir estratégias de mobilização e comunicação junto às famílias beneficiárias do CFC.
 - Realizar em 10 territórios selecionados ações de mobilização e comunicação.
- c) Identificar e examinar os contatos dos casos de TB detectados entre as famílias beneficiárias do CFC:
- Identificar e examinar os contatos referidos pelos beneficiários do CFC;
 - Tratar os contatos de tuberculose das famílias beneficiárias do CFC com indicação de tratamento da infecção latente.
- d) Desenvolver o monitoramento das ações estabelecidas na proposta.
- Monitorar as atividades diagnósticas executadas pelos laboratórios.

Desenvolvimento

Contextualização do local de trabalho e período de referência:

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

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

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

- 2 Assistentes administrativos
- 2 Digitadores
- 1 Bolsista pesquisador de integração de políticas
- 1 Analista de banco de dados
- 1 Bolsista pesquisador - Epidemiologista
- 1 Gerente de projeto
- 1 Geógrafo
- 1 Bolsista Pesquisador – Assessoria Científica

- 10 bolsistas da área de Ciências Sociais e Humanas

Metas de monitoramento e avaliação do projeto:

- a) Avaliar 80% dos contatos dos casos de TB entre as famílias CFC.
- b) Curar 85% dos casos identificados entre as famílias do CFC.
- c) Tratar 70% dos contatos com indicação para tratamento da ILTB.
- d) Realizar em 10 territórios selecionados ações de mobilização e comunicação.
- e) Elaborar e reproduzir materiais direcionados para os profissionais e para os beneficiários.

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

INTRODUÇÃO

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

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

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

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

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

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

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

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

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

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

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

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

Desenvolvimento

Contextualização do local de trabalho e período de referência:

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

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

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

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

Monitoramento e avaliação:

Indicadores

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

SUBPROJETO 6.6: PESQUISA CLÍNICA IMUNOBIOLOGICOS

JUSTIFICATIVA

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

Essas procuram as unidades básicas de saúde para consultas de puericultura e vacinação de acordo com o calendário do Programa Nacional de Imunizações. Em função das características dos voluntários dos estudos com vacinas, associadas à necessidade de elevados números de voluntários, principalmente, para os estudos de fase II e III, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) tem atuado em parceria com a Assessoria Clínica (ASCLIN) de Biomanguinhos desde o ano de 2003. Neste período, foram realizados 5 estudos clínicos diferentes, um novo estudo está em curso e planejamos o início de mais 2 estudos para o próximo ano. Nesta parceria, as unidades básicas são estruturadas por Biomanguinhos para atuarem como centros de pesquisa. O processo de preparo das unidades exige não só aquisição de equipamentos e insumos, como também a capacitação de pessoal nos procedimentos do estudo e nos preceitos éticos e regulatórios para a condução de pesquisa em seres humanos (Boas Práticas Clínicas). A parceria entre a SMS-RJ e Biomanguinhos, nos últimos anos tem

sido altamente eficaz para os propósitos dos ensaios clínicos, porém, a rotatividade entre as unidades de saúde tem se mostrado custosa, principalmente, no que se refere à estrutura física, equipamentos e capacitação de recursos humanos.

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

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

OBJETIVO GERAL

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

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

REFERÊNCIAS:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Humanos, n. 100).

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

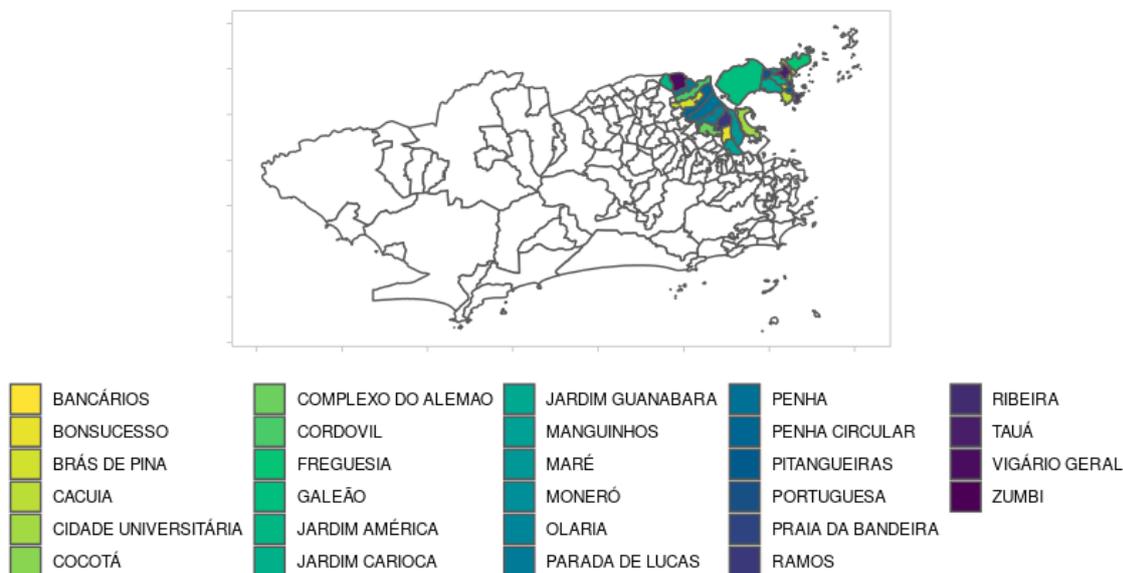
LLORENS, J. Educação permanente em saúde: possibilidades e limitações. Educação Médica e Saúde, [S.l.], v. 20, n. 4, 1986

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

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

ANEXO TÉCNICO A

INFORMAÇÕES SOBRE O TERRITÓRIO



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

O Território de Manguinhos dispõe de 2 unidades de atenção primária, a saber: o Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria – CSEGSF, vinculado à ENSP/FIOCRUZ inaugurado em 1967, e a Clínica da Família Victor Valla inaugurada em 2010 e 01 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS II Magal. Estas unidades possuem 13 equipes de Saúde da Família, onde cada equipe possui em média 3.450 cadastrados; 01 equipe de consultório na rua; 06 equipes de Saúde Bucal, 03 equipes de assistência farmacêutica e 01 equipe de Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF I).

ANEXO TÉCNICO B

ROTEIRO PARA ELABORAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO

INTRODUÇÃO

Entende-se que a Proposta Técnica e Econômica é a demonstração do conjunto dos elementos necessários e suficientes, com nível de precisão adequada para caracterizar o perfil da unidade e o trabalho técnico gerencial definido no objeto desta convocação pública.

O proponente deverá demonstrar a viabilidade técnica e a estimativa das despesas referentes à execução das atividades propostas, com definição de métodos e prazos de execução, assegurada a plena exequibilidade do objeto da contratação prevista.

O projeto apresentado deverá conter a descrição sucinta, com clareza, da proposta, evidenciando os benefícios econômicos e sociais a serem alcançados pela comunidade, a abrangência geográfica a ser atendida, bem como os resultados a serem obtidos e a progressão mensal de implantação das equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal.

Na formulação das Propostas Técnicas e Econômicas, as Organizações Sociais deverão computar todas as despesas e custos operacionais relacionados com os serviços a serem executados, especialmente os de natureza tributária (taxas e impostos), trabalhista, previdenciária e securitária (quadros de pessoal), bem como os gastos com o cumprimento das normas pertinentes à Saúde, Segurança e Medicina do Trabalho.

Fica esclarecido que a SMS não admitirá qualquer alegação posterior que vise ao ressarcimento de custos não considerados nos preços, ressalvadas as hipóteses de criação ou majoração dos encargos fiscais.

Este Anexo destina-se a orientar os interessados para elaboração do projeto a ser apresentado, **que deve conter obrigatoriamente todos os seus itens indicados neste roteiro listados em um índice que apresentará cada item.**

A. ÍNDICE DO DOCUMENTO

O Índice deverá relacionar todos os tópicos e as respectivas folhas em que se encontram.

B. TÍTULO

Proposta Técnica e Econômica para o **GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO ÂMBITO DO TERRITÓRIO INTEGRADO DE ATENÇÃO A SAÚDE (TEIAS) MANGUINHOS / Área de Planejamento (AP) 3.1**, localizado no Município do Rio de Janeiro, Manguinhos (bairros de: Parque Oswaldo Cruz, Mandela de Pedra, Samora Machel, Parque Carlos Chagas, Vila Turismo, Parque João Goulart, São Pedro/Agrícola, CHP2, Comunidade Agrícola de Higienópolis, CCPL, Ex-Combatente, Vila União).

C. PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL.

Este item deverá caracterizar o Modelo Gerencial, descrevendo:

1. As rotinas dos procedimentos dos diversos serviços de saúde que caracterizem os serviços assistenciais das unidades;

2. As rotinas e protocolos referentes a medicamentos e materiais de consumo gerais e médico-hospitalares;
3. O número de comissões ou grupos de trabalho que implantará nas unidades de saúde, especificando nome, conteúdo, membros componentes (apenas enunciar o perfil dos componentes que integram a Comissão), objetivos da Comissão para o primeiro ano de contrato, frequência de reuniões, controle das mesmas pela direção médica etc;
4. Organização específica da Comissão de Prontuário Clínico: membros que a compõem, organização horária, organização da distribuição de tarefas, etc;
5. Outras iniciativas e Programas de Qualidade que o proponente já tenha em desenvolvimento ou pense iniciar sua implantação; neste caso deve apresentar um plano de organização específico com definição de alcance, metodologia, tempos de implantação, orçamento previsto etc.;
6. Regimento Interno da Unidade (indicar a forma de publicização do mesmo);
7. Ações voltadas à qualidade relacionadas à satisfação dos pacientes e/ou acompanhantes, implantação de um serviço de acolhimento;
8. Recursos Humanos estimados, apontando, por categoria, a quantidade de profissionais, a carga horária de trabalho e o salário base total (em reais);
9. Recursos Humanos estimados, apontando, por categoria, a quantidade de profissionais, a carga horária de trabalho e a incidência de encargos patronais de forma separada ao salário base total (em reais);
10. Prazos propostos para implantação e para pleno funcionamento de cada serviço proposto (cronograma) de acordo com a atividade prevista;
11. Organização das atividades de apoio, incluindo a sistemática de programas de manutenção predial e de equipamentos;
12. Proposta detalhada de implantação em até dois meses, de cabeamento das unidades de saúde sob sua gestão e colocação de câmeras de segurança na recepção, no auditório e no almoxarifado e farmácia com possibilidade de visualização pela internet com login e senha.
13. Mecanismo de controle para que todos os serviços contratados e materiais de consumo contenham o “atesto” do diretor/ gerente da unidade. No momento do atesto, o valor unitário de cada item/ insumo/ material de consumo ou permanente deve constar na nota a ser atestada.
14. Mecanismo de controle do patrimonialismo de cada item adquirido, incluindo o código CNES na placa de patrimônio de cada um dos itens. Esses itens são os que constam na tabela de equipamentos do CNES / DATASUS, demonstrando também através de planilha, a forma como fora a atualização de cada movimentação de patrimônio.

D. PROPOSTA DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL

As atividades a serem desempenhadas na Área de Planejamento correspondem ao gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde de Saúde da Família, garantida a assistência universal e gratuita à população. A proponente deverá apresentar planilha com a discriminação de todas as rubricas de despesa mensal necessárias.

E. DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL

O Dimensionamento de Pessoal também seguirá o modelo de planilha abaixo (**QUADRO I**), que deve ser preenchida pela OSS, tal como ocorrido com o dimensionamento de atividade. Aqui deverá observar-se a necessidade de pessoal de acordo com o percentual de atividade prevista para o período. Assim, esse dimensionamento também deverá ser realizado de acordo com o cronograma de

metas físicas de implementação apresentado no ANEXO II deste Edital e incremento de pessoal, demonstrando a evolução mensal para todo o período do contrato de gestão.

QUADRO I – DIMENSIONAMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

EQUIPE	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANT.
EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA	MÉDICO DE FAMÍLIA	40H	XX
	ENFERMEIRO DE FAMÍLIA	40H	XX
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	40H	XX
	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	40H	XX
EQUIPE DE SAÚDE BUCAL	CIRURGIÃO-DENTISTA	40H	XX
	TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL	40H	XX
	AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL	40H	XX
	FARMACÊUTICO	40H	XX
	TÉCNICO DE FARMÁCIA	40H	XX
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	40H	XX
	GERENTE	40H	XX
	AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	40H	XX
	PORTARIA	12H	XX

(*) SEIS POR EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

(**) UM POR SEIS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

(***) UM POR ATÉ TRES EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Para compor a avaliação deste item, o proponente deverá preencher os Quadros I e II, conforme modelo a seguir, apresentando-os no corpo de sua Proposta Técnica e Econômico item “Dimensionamento de Pessoal”.

**QUADRO II – CUSTEIO DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
(VALORES COM ENCARGOS E BENEFÍCIOS)**

RECURSOS HUMANOS	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QTDe	SALÁRIO BASE	INSALUBRIDADE	ADICIONAL NOTURNO	TOTAIS
MÉDICO DE FAMÍLIA	40H	1	R\$ XXX	R\$ XXX		R\$ XXX
ENFERMEIRO DA FAMÍLIA						R\$ XXX
TÉCNICO DE ENFERMAGEM						R\$ XXX
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE						R\$ XXX
AUXILIAR ADMINISTRATIVO						R\$ XXX
GERENTE						R\$ XXX
CIRURGIÃO-DENTISTA DA FAMÍLIA						R\$ XXX
TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL						R\$ XXX
AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL						R\$ XXX
FARMACÊUTICO						R\$ XXX
TÉCNICO DE FARMÁCIA						R\$ XXX
TOTAL FUNCIONÁRIO						
TOTAL SALÁRIOS						R\$ XXX
ENCARGOS SOCIAIS/TRAB.	XX %					
INSS - EMPRESA	XX %	A OS DEVERÁ DETALHAR O %				R\$ XXX
INSS - TERCEIROS	XX %	A OS DEVERÁ DETALHAR O %				R\$ XXX
FGTS	XX %					R\$ XXX
FÉRIAS + 1/3	XX %	A OS DEVERÁ DETALHAR O %				R\$ XXX
13º SALÁRIO	XX %					R\$ XXX
RESCISÓRIOS	XX %	A OS DEVERÁ DETALHAR O %				R\$ XXX
ENCARGO FISCAL	XX %					
FIS						R\$ XXXXX
TOTAL ENCARGOS						R\$ XXXXX
SUBTOTAL (SALÁRIOS+ENCARGOS)						R\$ XXXXX
BENEFÍCIOS						
VALE TRANSPORTE	R\$ XX					R\$ XXXXX
VALE REFEIÇÃO / ALIMENTAÇÃO	R\$ XX					R\$ XXXXX
TOTAL BENEFÍCIOS						
					SUBTOTAL	R\$ XXXXX
CUSTEIO MENSAL DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM ENCARGOS E BENEFÍCIOS					TOTAL	R\$ XXXXX

F. AVALIAÇÃO E PONTUAÇÃO DAS PROPOSTAS TÉCNICAS E ECONÔMICAS

Este item descreve os critérios que serão utilizados para a avaliação e pontuação das Propostas Técnicas e Econômicas a serem elaboradas pelas Organizações Sociais participantes deste processo seletivo.

Detalhamento da Tabela I do item 13.2 do Edital

ITEM 1A

Critério	Descrição e julgamento	Pontuação máxima (pontos)
1. Experiência no apoio a Gestão do Território Integrado de Atenção à Saúde (TEIAS)	1a. Experiência em apoio a gestão de equipes de saúde da família	1,00

(#) Comprovação: impressão do CNES, instrumentos contratuais e Declaração do Gestor

Pontuação do item 1A

Nº de Proponentes	Pontuação
1	Concorrente único com comprovação em gestão de equipes 1,00
	Não atende às especificações: 0,00
2	Maior número de equipes: 1,00
	Demais proponentes com comprovação de número de equipes: 0,70
	Não atende as especificações: 0,00

ITEM 1B

Critério	Descrição e julgamento	Pontuação máxima (pontos)
1. Experiência no apoio a Gestão do Território Integrado de Atenção à Saúde (TEIAS)	1b. Experiência em apoio a gestão de equipes de saúde bucal	1,00

(#) Comprovação: impressão do CNES, instrumentos contratuais e Declaração do Gestor

Pontuação do item 1B

Nº de Proponentes	Pontuação
1	Concorrente único com comprovação em gestão de equipes 1,00
	Não atende às especificações: 0,00
2	Maior número de equipes: 1,00
	Demais proponentes com comprovação de número de equipes: 0,70
	Não atende as especificações: 0,00

ITEM 2A

Critério	Descrição e julgamento	Pontuação máxima (pontos)
2. Avaliação de eficiência e capacidade técnica no apoio a Gestão do Território Integrado de Atenção à Saúde (TEIAS)	2a. Avaliação do currículo do responsável técnico pelo apoio à Gestão do TEIAS	0,90

Gestão do Território Integrado de Atenção à Saúde (TEIAS)

Ao longo do contrato de gestão, caso a OSS substitua o responsável técnico pela da Gestão do TEIAS apresentado durante o certame para pontuação deste item, a mesma deverá submeter o currículo para apreciação da CTA, antes da contratação do substituto. O responsável técnico da gestão do TEIAS deverá ter dedicação exclusiva à OSS, não podendo ser servidor municipal da PCRJ.

Neste item, será avaliado o currículo do responsável técnico pelo apoio à gestão do TEIAS com os documentos comprobatórios e títulos que possuir relativos à tabela de pontuação deste item, que devem ser anexados com o currículo no formato Lattes / CNPq, comprovando-se também a existência de vínculo prévio à OSS e com toda a sua documentação de titulação. O critério de pontuação seguirá a tabela a seguir.

Pontuação do item 2A:

Subitem	Pontuação máxima no subitem (pontos)	Componente do Subitem	Pontuação por componente do subitem
1. Formação acadêmica	0,30 (máximo)	1.1. Curso de Especialização ou Residência Médica	0,02
		1.2. Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade	0,05
		1.3. Mestrado	0,1
		1.4. Mestrado em Saúde Coletiva / Saúde da Família	0,15
		1.5. Doutorado	0,2
2. Atividade de gestão relacionada à Saúde da Família	0,30 (máximo)	2.1. Tempo de atuação (anos completos) em equipe de saúde da família	0,04 / ano
		2.2. Tempo de atuação (anos completos) na coordenação / gestão das equipes de saúde da família	0,03 / ano
		2.3. Tempo de atuação (anos completos) na orientação de alunos de graduação em saúde, pós-graduação, preceptoria de residência etc	0,01 / ano
3. Produção técnico-científica na área de avaliação em saúde, planejamento, políticas públicas em saúde ou prática em saúde baseada em evidências	0,30 (máximo)	3.1. Autoria ou co-autoria em artigos publicados em revistas científicas	0,03 / artigo
		3.2. Livros publicados e organização de livro ou capítulo de livro publicado na área de atuação	0,02 / produção
		3.3. Trabalhos publicados em anais de Congressos em Saúde nos últimos cinco anos.	0,01 / trabalho
		3.4. Participação na elaboração de normas, procedimentos, protocolos clínicos, materiais educativos	0,01 / produção

ITEM 2B

Critério	Descrição e julgamento	Pontuação máxima (pontos)
2. Avaliação de eficiência e capacidade técnica no apoio a Gestão do Território Integrado de Atenção à Saúde (TEIAS)	2b. Proposta econômica: volume total de recursos (R\$) na rubrica “Apoio a Gestão do TEIAS – OSS” propostos pela OSS para o Edital	0,50

Neste item a avaliação se dará sobre o volume de recursos financeiros destinados apenas ao “Apoio a gestão do TEIAS - OSS”, que compreende todas as despesas administrativas para o apoio à gestão do contrato. O valor para avaliação deste item será retirado do total da parte fixa (24 meses) apresentado pelo proponente, a partir do modelo apontado no Cronograma de Desembolso e Metas Físicas – Anexo II, rubrica “Apoio a gestão do TEIAS – OSS”.

Pontuação do item 2B:

Nº de Proponentes	Pontuação
1	Atende às especificações: 0,50
	Não atende às especificações: 0,00
2	Menor valor: 0,50
	Maior valor: 0,25
	Não atende as especificações: 0,00

ITEM 2C

Critério	Descrição e julgamento	Pontuação máxima (pontos)
2. Avaliação de eficiência e capacidade técnica no apoio a Gestão do Território Integrado de Atenção à Saúde (TEIAS)	2c. Número de médicos com título de especialista contratados pela instituição há mais de um ano	0,50

(#) Comprovação: impressão do CNES, instrumentos contratuais e cópia do título de especialista em Medicina de Família e Comunidade.

Pontuação do item 2C: (*)

Nº de Proponentes	Pontuação
1	Atende às especificações:0,50
	Não atende às especificações: 0,00
2	Menor valor: 0,50
	Maior valor: 0,25
	Não atende as especificações: 0,00

ITEM 3

Critério	Descrição e julgamento	Pontuação máxima (pontos)
3. Experiência em apoio a formação, qualificação e avaliação das ações de saúde	3a. Apoio ao Curso de Residência de Medicina de Família e Comunidade (SIM / NAO)	0,50
	3b. Apoio Especialização em Saúde Pública (SIM / NAO)	0,50
	3c. Apoio a realização de Mestrado Profissional em Atenção Primária (SIM / NAO)	0,50
	3d. Apoio a Residência Multiprofissional em Saúde da Família ou similar (SIM / NAO)	0,50
	3e. Apoio ao Mestrado Multiprofissional ou em Saúde Mental, Álcool e Drogas ou similar (SIM / NAO)	0,50

Comprovação: Declaração de Instituição de Ensino parceira que comprove o efetivo apoio aos cursos referidos há, no mínimo, 2 anos.

ITEM 4

Critério	Descrição e julgamento	Pontuação máxima no subitem (Pontos)
4. Economicidade.	4. A Instituição que goza de imunidade para com Seguridade Social, conforme art.195, §7º da CF/88	2,0

proponente fará jus a pontuação se apresentar a respectiva documentação comprobatória, acompanhada da auto declaração, conforme Modelo abaixo, se comprometendo ser beneficiária de imunidade de contribuição para a Seguridade Social.

MODELO DE DECLARAÇÃO

A Instituição xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx qualificada como Organização Social, sob CNPJ XXXXXX, representada por xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, inscrito no CPF sob número xxx.xxx.xxx-xx, declara que esta entidade é beneficiária de imunidade de contribuição para a Seguridade Social, **conforme art. 195, § 7º da CF/88**, sendo desta forma, obrigada a honrar com o Cronograma de Desembolso com custeio reduzido, sem previsão do referido tributo durante todo contrato no âmbito da Área Programática da AP 3.1.

Rio de Janeiro, xxx de xxxxxx de xxxxxx.

Representante Legal da Proponente

ITEM 5A

Critério	Descrição e julgamento	Pontuação máxima (pontos)
5. Gestão de unidade de pronto atendimento	5a. Experiência na gestão de unidade de pronto atendimento (SIM / NAO)	0,25

(#) Comprovação: impressão do CNES, instrumentos contratuais e Declaração do Gestor

ITEM 5B

Critério	Descrição e julgamento	Pontuação máxima (pontos)
5. Gestão de unidade de pronto atendimento	5b. Experiência na gestão de unidade de pronto atendimento com atividades de ensino e residentes.(SIM / NAO)	0,25

Comprovação: Declaração do Gestor e Declaração da Instituição de Ensino Parceira

ITEM 6

Critério	Descrição e julgamento	Pontuação máxima (pontos)
6. Integração das ações de atenção primária, vigilância e promoção da Saúde	6a. Apresentação de proposta detalhada da integração entre as ações de atenção primária e vigilância em saúde (SIM / NAO)	0,10
	6b. Apresentação de comprovação de experiência em gestão de serviços de vigilância segundo cadastramento no CNES (SIM / NÃO)	0,20
	6c. Apresentação de comprovação de experiência na gestão de ações de enfrentamento a tuberculose (SIM/NÃO)	0,20
	6d. Apresentação de comprovação de experiência em gestão de CRIE (SIM/NÃO)	0,20

Comprovação: 6b, 6c e 6d impressão do CNES, instrumentos contratuais e Declaração do Gestor

ITEM 7

Critério	Descrição e julgamento	Pontuação máxima (pontos)
7. Comunicação em saúde e promoção da saúde	7a. Apresentação de propostas de Boletins Informativos para a população coberta pelas equipes de saúde da família e saúde bucal, assim como apoio a conectividade para manutenção das páginas de cada unidade na internet, (SIM / NÃO)	0,20

A comunicação é um dos catalisadores mais poderosos para transformar qualquer sistema social, por isso, é considerada uma das prioridades estratégicas da reforma da atenção primária. Sendo assim, neste item deve ser apresentada a forma como a OSS poderá apoiar a rede de páginas na internet das unidades com Saúde da Família atualmente existente, com o objetivo de fortalecer a informação e a comunicação em saúde, facilitando a acessibilidade organizacional do serviço, sempre considerando as especificidades locais, e a necessidade de conectividade.

Obs.: Somente podem constar logos institucionais da Prefeitura e do SUS.

ITEM 8

Critério	Descrição e julgamento	Pontuação máxima (pontos)
8. Pesquisa	8a. Comprovação de experiência em pesquisa clínica em imunobiológicos (SIM / NÃO)	0,10
	8b. Comprovação de experiência em apoio a pesquisa na atenção primária a saúde (SIM / NÃO).	0,10

Comprovação: Declaração da Instituição de Ensino e Pesquisa Parceira

ANEXOC – DESTINAÇÃO DE RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS NO CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

1. CONDIÇÕES GERAIS

Para o repasse dos recursos previstos neste Edital, a Organização Social deverá seguir os seguintes critérios:

Alimentar, mensalmente, o Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais, sistema institucional de monitoramento, avaliação e controle dos contratos de gestão da Secretaria Municipal de Saúde (<https://osinfo.prefeitura.rio/>) ou qualquer outro que por decisão exclusiva do gestor municipal vier a complementá-lo ou substituí-lo, de forma a viabilizar a análise da prestação de contas dos contratos de gestão, tanto na parte assistencial como financeira. Compõem as informações gerenciais que deverão ser alimentadas no Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais,

- Detalhamento de toda receita dos contratos, como repasses realizados, rendimentos de aplicação financeira e estornos.
- Detalhamento de todas as despesas dos contratos de gestão, com apropriação por centro de custo, por tipo de despesa, por tipo de rubrica.
- Informação detalhada de todos os contratos de serviço e/ou consumo, assinado pela OS com terceiros durante todo o período de vigência do Contrato de Gestão.
- Informações detalhadas de todos os bens permanentes adquiridos com recursos do Contrato de gestão.
- Informações detalhadas de todo pessoal contratado pela OS para execução do objeto contratado, tais como: nome, CPF, cargo, forma de contratação, carga horária, CNES, salário, benefícios, encargos patronais e provisionamento para férias, 13º salário e rescisões.
- Anexação de todos os documentos fiscais que comprovam a execução financeira, como: nota fiscal, recibo, contratos assinados, extratos bancários de conta corrente e aplicação financeira, etc. Todos os documentos serão anexados em forma de imagem (PDF) ao sistema.
- Resultados alcançados para cada meta/indicador pactuados nos contratos de gestão, assim como dados de produção, referentes ao período que será avaliado.

Os dados enviados pela Organização Social serão certificados pela representante legal da entidade. Além disso, a OSS será responsável por:

- Disponibilizar informações financeiras e gerenciais para auditorias externas.
- Possuir uma conta corrente única em instituição financeira oficial para as movimentações bancárias, conforme previsto no Decreto 33.010 de 03 de novembro de 2010.

Todas as informações relacionadas aos recursos repassados e demonstrativos gerenciais ficarão permanentemente à disposição da SMS/RJ e da Comissão Técnica de Avaliação (CTA), responsável pelo acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão.

A proposta de orçamento e o programa de investimentos deverão ser aprovados pelo Conselho de Administração da Organização Social.

2. PLANO DE APLICAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS

Os recursos transferidos pela CONTRATANTE à CONTRATADA serão mantidos por esta em conta especialmente aberta para a execução do presente Contrato de Gestão em instituição financeira oficial e os respectivos saldos serão obrigatoriamente aplicados, conforme Decreto Municipal 33.010 de 3 de novembro de 2010.

O montante de recursos previstos e repassados à contratada a título de provisionamento deverá ser depositado em conta específica, preferencialmente em conta poupança, sendo vedada a utilização desses recursos para custear despesas que não sejam oriundas de processos rescisórios ou de provisionamentos obrigatórios.

Na formulação das Propostas Técnicas, as Organizações Sociais deverão computar todas as despesas e custos operacionais relacionados com os serviços a serem executados, especialmente os de natureza tributária (taxas e impostos), trabalhista, previdenciária e securitária (quadros de pessoal), bem como os gastos com o cumprimento das normas pertinentes à Saúde, Segurança e Medicina do Trabalho.

A CONTRATADA deve zelar pelo equilíbrio financeiro entre receita e despesa, de modo a evitar déficit orçamentário ou financeiro.

3. EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E PRESTAÇÃO DE CONTAS

3.1 Para a execução orçamentária do presente Contrato de Gestão será seguido o seguinte procedimento:

O acompanhamento orçamentário/financeiro realizado pela Secretaria Municipal de Saúde será efetivado por consulta ao Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais que gerará relatórios gerenciais para subsidiar a avaliação da Comissão Técnica de Avaliação e o controle dos Órgãos competentes.

A transferência de recursos orçamentários para a contratada se dará em parcelas trimestrais fixas, que serão liberadas conforme cronograma especificado anexo ao contrato e condicionada à apresentação e aprovação das prestações de contas das parcelas percebidas, conforme detalhado abaixo:

- A primeira prestação de contas será feita no 2º mês do contrato de gestão de forma que a mesma seja processada na SMS e a 2ª parcela trimestral antecipada seja liberada no 3º mês, para execução no período seguinte.
- A segunda prestação de contas será feita no 5º mês do contrato de gestão de forma a que a mesma seja processada na SMS e a 3ª parcela trimestral antecipada seja liberada no 6º mês, para execução no período seguinte.
- A terceira prestação de contas será feita no 8º mês do contrato de gestão de forma a que a mesma seja processada na SMS e a 4ª parcela trimestral antecipada seja liberada no 9º mês, para execução no período seguinte.
- A quarta prestação de contas será feita no 11º mês do contrato de gestão de forma a que a mesma seja processada na SMS e a 5ª parcela trimestral antecipada seja liberada no 12º mês, para execução no período seguinte.
- A quinta prestação de contas será feita no 14º mês do contrato de gestão de forma a que a mesma seja processada na SMS e a 6ª parcela trimestral antecipada seja liberada no 15º mês, para execução no período seguinte.
- A sexta prestação de contas será feita no 17º mês do contrato de gestão de forma a que a mesma seja processada na SMS e a 6ª parcela trimestral antecipada seja liberada no 18º mês, para execução no período seguinte.

- A sétima prestação de contas será feita no 20º mês do contrato de gestão de forma a que a mesma seja processada na SMS e a 7ª parcela trimestral antecipada seja liberada no 21º mês, para execução no período seguinte.

3.2. A prestação de contas se dará:

Prestação de Contas mensal deverá ser disponibilizada no Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais, até o 10º dia útil de cada mês, junto com notas fiscais digitalizadas, contratos de prestação de serviços firmados com empresas terceirizadas escaneados e qualquer outro documento que se entenda pertinente, para fins de acompanhamento pela SMS e pela CTA.

A Organização Social CONTRATADA deverá, juntamente com o envio das informações de prestação de contas no Painel, apresentar declaração, assinada pelo representante legal da entidade, quanto a veracidade dos dados alimentados no Painel de Gestão.

No ato da prestação de contas, deverão ser disponibilizadas no Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais as certidões negativas da Organização Social, bem como as Guias de Recolhimento de INSS e FGTS dos valores relativos aos funcionários contratados em regime CLT para execução deste Contrato de Gestão, além do extrato bancário que comprove a existência do provisionamento de férias, décimo terceiro salário e rescisão dos funcionários.

4. DESCRIÇÃO DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS NO CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

Os recursos orçamentários estão divididos em 02 (duas) partes, sendo uma parte fixa e uma parte variável.

4.1. Recursos orçamentários pela Gestão Direta dos Serviços de Saúde (Parte Fixa)

Os recursos orçamentários para gestão direta dos serviços de Saúde previstos no Anexo Técnico B – Roteiro para a Elaboração da Proposta Técnica, consistem em um montante fixo, com repasse trimestral antecipado, destinado ao custeio de recursos humanos e prestação de serviços de manutenção e funcionamento das unidades.

As despesas previstas e não realizadas no mês de referência deverão ser objeto de ajustes nos demonstrativos do mês subsequente.

4.2. Recursos orçamentários em função de resultados apresentados (Parte Variável)

A CONTRATANTE solicitará à CONTRATADA a apresentação de relatórios contendo dados e informações relativas à produtividade e qualidade dos serviços prestados, conforme Quadro de Indicadores de Acompanhamento e Avaliação.

A CONTRATADA para fazer jus aos recursos orçamentários trimestrais da Parte Variável previsto no cronograma de desembolso constante no Anexo II – Item 10 – C e no Anexo Técnico F do Projeto Básico deverá cumprir o conjunto de requisitos definidos no Anexo Técnico E do Projeto Básico.

4.3. Recursos orçamentários para adaptações das instalações das unidades

O repasse será realizado de acordo com o cronograma de desembolso constante do Anexo Técnico F do Projeto Básico.

5. CONDIÇÕES PARA DESTINAÇÃO DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS NO CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO E METAS FÍSICAS

A parcela correspondente à parte fixa do primeiro trimestre do Cronograma de Desembolso e Metas Físicas constante deste Anexo será creditada como 1º (primeiro) aporte de recursos financeiros, viabilizando o cumprimento do item que solicita abertura de conta corrente específica para movimentação e comprovação das despesas realizadas através de extrato bancário mensal.

A competência da execução financeira é sempre de 01 a 30 (ou 31) de cada mês.

A aprovação dos relatórios de acompanhamento financeiro trimestral deverá ser assinada por pelo menos 3 (três) membros da Comissão Técnica de Acompanhamento – CTA.

6. DOTAÇÃO ONERADA

A execução do presente Contrato de Gestão onerará a dotação orçamentária do respectivo Plano de Trabalho da CAP-3.1, objeto deste contrato de gestão, ND 335039 e nos anos subsequentes no PT que o suceder, respeitando os valores do Cronograma de Desembolso e Metas Físicas constante deste Anexo.

Este valor inclui as partes variáveis 1, 2 e 3.

Os limites máximos mensais em cada categoria de despesa são apontados no cronograma de desembolso constante deste Anexo.

As proponentes deverão apresentar na Proposta Técnica um Quadro idêntico àquele apresentado no cronograma de desembolso constante deste Anexo, com a proposta de evolução mensal dos valores totais para cada uma das rubricas apresentadas, sob pena de desclassificação da mesma.

7. DESPESAS GLOSADAS

Todas as despesas que não forem eventualmente reconhecidas pela CTA como pertinentes ao contrato, deverão ser ressarcidas à conta específica do mesmo com demonstração por meio de extrato bancário no prazo determinado pela CTA.

8. MANUTENÇÃO E APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS FISCAIS E CONTÁBEIS

A CONTRATADA deverá manter em perfeita ordem todos os documentos fiscais e contábeis, especialmente os respectivos livros e os comprovantes de todas as despesas contraídas, devendo apresentá-los sempre que requerido pelos órgãos fiscalizadores competentes.

As informações fiscais e contábeis deverão ser encaminhadas através do Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais, mediante a também da Declaração de veracidade das informações constantes no relatório financeiro, conforme modelo da alínea "a)".

Todos os comprovantes fiscais deverão ser emitidos em nome da CONTRATADA e seus originais ficarão sob sua guarda e à disposição dos órgãos fiscalizadores.

As notas fiscais devem estar devidamente quitadas, contendo aposição de carimbo identificador da CONTRATADA, bem como a data e a assinatura de seu preposto.

Somente serão aceitos os recibos e as notas fiscais quando emitidos com data posterior à assinatura do Contrato de Gestão e de seus respectivos termos aditivos. No momento do "atesto", o valor unitário de cada item/insumo/ material de consumo ou permanente deve constar na nota a ser atestada. Todos os recibos e notas fiscais devem ter o atesto do diretor/gerente da unidade.

9. AQUISIÇÃO DE MATERIAIS PERMANENTES

As aquisições de materiais permanentes efetuadas com recursos oriundos deste Contrato de Gestão deverão ser incorporadas e patrimoniadas pela SMS/RJ ao final do Contrato de Gestão, devendo a CONTRATADA apresentar os documentos e informações pertinentes para tal. A CONTRATADA deve patrimoniar cada item adquirido logo após a compra, utilizando o código CNES na placa de identificação de cada bem. O levantamento de itens que consta na tabela de equipamentos do CNES de cada unidade cadastrada deve ser atualizado a cada movimentação de patrimônio. Esta tabela deve ser fornecida como um dos relatórios a CTA. Da mesma forma, todos os bens adquiridos devem ser informados no Painel de Gestão.

10. PLANILHA E MODELOS

- a) Declaração de veracidade das informações constantes no relatório financeiro;
- b) Planilha Demonstrativa de Rateio das Despesas Administrativas.
- c) Cronograma de Desembolso e Metas Físicas.

A) MODELO DE DECLARAÇÃO DE VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES CONSTANTES NO PAINEL DE GESTÃO DAS PARCERIAS COM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal da Organização Social de Saúde, declaro para todos os fins, que são verídicas as informações inseridas nos itens abaixo, que compõem o relatório financeiro, no Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais, conforme Decreto nº 37.079 de 30 de abril de 2013, referente ao contrato de gestão nº...../..... (Especificar unidade, se for o caso), mês de referência da prestação de contas/.....:

RELAÇÃO DE ARQUIVOS ENVIADOS AO PAINEL DE GESTÃO DAS PARCERIAS COM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS, VIA FTP:

- DESPESAS;
- SALDOS;
- RECEITAS;
- BENS;
- TERCEIROS e
- RH.

Declaramos ainda, que todas as imagens referentes às despesas, extratos bancários (conta corrente e aplicações financeiras) e contratos, foram anexadas as suas devidas pastas no FTP, bem como, todas as dívidas referentes ao Contrato de Gestão foram alimentadas no Formulário online do Painel de Gestão.

ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL

NOME COMPLETO

CARGO

ANEXO TÉCNICO D

DETALHAMENTO DA OPERACIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE APOIO, PELA ORGANIZAÇÃO SOCIAL, DA GESTÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE, SERVIÇOS E PROJETOS DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NA ÁREA DE PLANEJAMENTO 3.1 – TEIAS MANGUINHOS

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

A. GESTÃO DAS UNIDADES DA REDE ASSISTENCIAL BÁSICA

Do conjunto de equipamentos de saúde da rede de atenção, serão geridos pela Organização Social – OS aqueles apontados neste Contrato de Gestão.

A.1. OBJETO

GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, DOS EQUIPAMENTOS DESTINADOS A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DE FAMÍLIA, no âmbito da Área de Planejamento 3.1 localizada no Município do Rio de Janeiro, incluindo adaptações e programação visual das Unidades.

A.2. ESPECIFICAÇÕES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Abaixo serão especificados todos os serviços a serem executados no território de abrangência deste Edital.

A.2.1. Carteira de Serviços de Saúde:

Todos os itens especificados na Carteira de Serviços para a Atenção Primária definidos pela SMS devem ser implementados e garantidos em todas as unidades de saúde.

A.2.1.1. Cadastramento.

Cadastramento no período de três meses de todos os usuários da área de abrangência de cada equipe de saúde da família, respeitando a linha de base para territorialização, que forem aplicáveis a AP.

A.2.1.2. Recomendações da S/SUBPAV para o processo de trabalho do Saúde da Família.

Os 15 passos para gestão da atenção primária:

- 1) Visita dos agentes comunitários. Em qualquer equipe de saúde da família a periodicidade para visitas domiciliares dos Agentes Comunitários é baseada em estratificação de risco, com a seguinte periodicidade mínima: tuberculose e hanseníase (diária), Hipertensos Severos, Diabéticos Severos, Gestantes, Crianças até 1 ano (mensal), Hipertensos leves, Diabéticos leves, Crianças >2 anos, Acamados (trimestral); demais pessoas (anual)
- 2) Visita do agente de vigilância em saúde. Todo domicílio deve ser visitado pelo menos 1 vez ao ano pelo agente de vigilância em saúde; considerando fatores de risco ambientais e do domicílio pode ocorrer visita mensal

- 3) Visita domiciliar. O tempo máximo para realizar Visita Domiciliar quando solicitada a unidade é de 5 dias para avaliação do ACS e máx. 30 dias para ida do técnico, enfermeiro, dentista ou médico.
- 4) Agendamento de consultas. Toda unidade de atenção primária deve agendar consultas, inclusive de especialidades disponíveis no SISREG. A agenda dos profissionais deve ser disponibilizada e acessível a toda a equipe técnica através do prontuário eletrônico, não devendo ficar restrito ao próprio profissional de saúde o agendamento das consultas;
- 5) Agendamento de consultas. Os pacientes que procurarem agendar consultas devem sair da unidade sabendo o dia e horário de sua consulta
- 6) Agendamento de consultas. Os pacientes com casos agudos devem ser atendidos pelo médico ou enfermeiro no mesmo dia
- 7) Agendamento de consultas. Nenhuma consulta de primeira vez pode ser agendada para mais de 30 dias úteis para o médico, enfermeiro ou dentista
- 8) Exames laboratoriais. O tempo máximo para resultado de exames: Laboratoriais: 5 dias úteis, citopatológico (preventivo): 10 dias úteis, RX, ultrassonografia e eletrocardiograma: 30 dias úteis.
- 9) Horários. Os horários de funcionamento da unidade; horário de atendimento de todos os profissionais e horário de todas as atividades educativas semanais devem estar afixados e visíveis ao usuário; bem como a semana padrão de cada profissional e o regimento interno da unidade (em local acessível).
- 10) Horários. Todos os serviços devem ser disponibilizados em todo horário de funcionamento da unidade, incluindo vacinas, curativos, dispensação de medicamentos e consultas; não devendo a unidade fechar para almoço.
- 11) Horários. A aferição da pressão arterial deve ser feita de imediato a qualquer usuário caso ele solicite.
- 12) Horários. Todos os atestados de saúde devem ser realizados pelos médicos de atenção primária de acordo com os critérios clínicos e em formulários específicos.
- 13) Referência do paciente. Em caso de necessidade de referenciar o paciente a outro serviço para apoio na condução do caso deve-se entregar ao paciente número da solicitação no SISREG.
- 14) Ouvidoria. O diretor/gerente se comprometerá a cada primeira semana de cada mês reunir as lideranças locais para prestar contas do funcionamento da unidade e ouvir suas avaliações.
- 15) Ouvidoria. Recomenda-se a divulgação do telefone 1746, para contribuir com o funcionamento da unidade, emitindo-se uma opinião, elogio, crítica ou sugestão de melhoria da unidade.

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

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

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

a) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 200 (duzentas) horas semanais;

b) nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas; c) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 40 (quarenta) horas de carga horária semanal.

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

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

CAPS (CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL)

1) Elaboração de projeto terapêutico individualizado para todos os usuários matriculados na unidade (100%), este deve ser alterado sempre que necessário, e estar anexado ao prontuário do usuário.

2) Atendimento de familiares dos usuários matriculados (mínimo de 50% de cobertura).

3) A avaliação da produção mínima dos profissionais deverá ser ajustada mediante a existência de feriados, campanhas, mobilizações sociais ou eventos de força maior, que necessitem o fechamento da unidade. As justificativas deverão ser escritas no relatório de atividades.

4) Os profissionais de referência para usuários ou familiares de usuários deverão realizar visitas domiciliares e/ou visitas hospitalares caso haja necessidade de acompanhamento destes na residência e ou em hospital (Geral, Maternidade ou Psiquiátrico), que deve contar no projeto terapêutico de cada usuário.

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

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

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

A.2.2. Planode Assistência em Situações de Surto ou Emergência em Saúde Pública:

A.2.2.1. Objetivo

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

A.2.2.2. Ações de Organização dos Serviços Assistenciais

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

A atenção primária do município, é a porta de entrada preferencial do usuário ao sistema de saúde.

O que se pretende é maximizar o uso dos recursos disponíveis, garantindo o atendimento nas unidades da atenção primária e reduzindo a demanda dos pacientes para as unidades hospitalares.

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

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

A.2.3. Qualidade dos Serviços Prestados

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

- Prontuários Eletrônicos Clínicos (PEC) ou Prontuários Eletrônicos do Paciente (PEP);
- Implantação da Comissão de Prontuários;
- Realização de auditoria interna quanto ao uso e qualidade dos registros no prontuário clínico, a partir de conteúdos e metodologia comum para o município do Rio de Janeiro junto com a SMS.
- Atenção ao Usuário:
- Implantar Serviços de Atendimento ao Usuário;
- Aprofundar o conhecimento das providências tomadas a partir das reclamações/sugestões dos usuários.

A.2.4. Cobertura

A Organização Social deverá realizar os serviços para os quais está sendo celebrado este contrato de gestão, de acordo com território e população apontados na área de abrangência definida neste Edital.

A.2.4.1. Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal

Cada equipe de saúde da família deverá ser composta por no mínimo 01 médicos, 01 enfermeiros, 01 técnicos (ou auxiliar) de enfermagem, de 04 a 06 agentes comunitários de saúde e 01 agentes de vigilância em saúde.

Cada equipe de Saúde da Família é responsável por realizar a cobertura de uma área que corresponde ao conjunto de microárea – território onde habitam entre em média 400 e 750 pessoas, correspondente à atuação de 1 Agente Comunitário de Saúde – e cujo número máximo de pessoas assistidas de 3.450 pessoas.

Em média, para cada 3 equipes de Saúde da Família (ESF) existe uma equipe de saúde bucal (ESB), não havendo previsão orçamentária nos contratos de gestão para proporção inferior a esta. A linha de base para a territorialização das equipes deverá considerar o Anexo Específico ao Contrato de Gestão e os setores censitários do IBGE (2010).

A equipe de saúde da família poderá ser composta por médicos residentes vinculados à COREME da SMS ou a universidades conveniadas. A forma de contratação poderá ser na modalidade “bolsa de estudos”, em conformidade com as determinações da Comissão Nacional de Residências Médicas (CNRM). Nesse caso cada médico residente deverá dividir a área de abrangência com outro médico e ficar responsável por no máximo 2.000 pessoas. O restante da equipe deverá seguir a mesma proporção de no máximo 3.450 pessoas para a equipe.

PROJETO 2: UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)

1. ÂMBITOS DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

1.1 ASPECTOS BÁSICOS ORGANIZACIONAIS

Caberá à Organização Social descrever e executar:

1.2 Mecanismos de informação e comunicação à população sobre:

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

1.3 Sistema gerencial de informação com acesso pela internet:

- a) Registros a serem utilizados na atividade assistencial;
- b) Recepção e encaminhamento dos usuários aos serviços;
- c) Registros a serem utilizados nos procedimentos administrativos;
- a. Referência e contra referência responsável e regulada dos usuários a outros serviços ou a

outros níveis assistenciais;

- b. Dispor de mecanismos que possibilitem disponibilizar em tempo real as informações sobre os atendimentos, bem como as informações econômicas, todas aquelas que a SMS julgar necessárias ao acompanhamento e avaliação do contrato de gestão.
- c. Implantar o ponto eletrônico e disponibilizar a SMS o controle diário da frequência dos profissionais que atuam na unidade.

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

1.4 Boa prática clínica:

As referências que apoiam a boa prática clínica são:

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

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

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

- a) Qualificação dos profissionais;
- b) Utilização do prontuário clínico;
- c) Uso de todos os outros registros da atividade assistencial necessários;
- d) Respeito ao Plano de Educação Permanente e Excepcional da SMS, como no caso das capacitações para dengue, entre outros;
- e) Respeito aos Planos: Municipal de Saúde, Complementares ou Excepcionais da SMS;
- f) Respeito aos Planos de Emergências, Desastres e Contingências da SES RJ e SMS RJ.
- g) Política de Humanização - Protocolos da unidade sobre Acolhimento e Classificação de Risco, e sobre o diagnóstico e tratamento das patologias mais incidentes na Atenção Hospitalar;
- h) Registrar os agravos de notificação compulsória - SINAN

- i) Perfil de prescrição farmacêutica;
- j) Auto avaliação assistencial pelos profissionais;
- k) Avaliação dos serviços de saúde pelos profissionais lotados nas unidades;
- l) Avaliação externa da prática assistencial;
- m) Avaliação externa da satisfação do usuário; e
- n) Respeito às necessidades dos pacientes através da disponibilização dos meios necessários para o tratamento, sejam estes recursos humanos, medicamentos, equipamentos ou outros relacionados.

1.5 Atenção ao Usuário:

Esses critérios serão utilizados para avaliar a atenção ao usuário:

- a) Grau de informação do usuário sobre o conteúdo, organização e funcionamento dos serviços de saúde contratados;
- b) Boa comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários;
- c) Incentivo a autonomia dos usuários;
- d) Tratamento individualizado e personalizado;
- e) Percepção do usuário em relação ao funcionamento dos serviços de saúde através de pesquisas de satisfação, sendo a informação obtida através de questionário de pesquisa de opinião realizado pela instituição parceira ou por órgão designado ou contratado para tal fim.

1.6 Articulação com outros níveis assistenciais – Referência e Contrarreferência:

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

Para assegurar a continuidade no processo assistencial serão necessário

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

A UPA não é unidade hospitalar e, portanto, não interna, possui apenas leitos de observação nos quais os pacientes devem permanecer até 24 horas. De tal forma que a permanência de um paciente por mais de 24 horas em observação na unidade deverá ser sempre justificada e o número do Sistema de Regulação – SER, deve ser sempre informado, ou seja, o paciente deve sempre ser colocado no SER. O tempo de permanência na unidade deverá ser calculado para cada uma das salas de observação, tanto adulta quanto pediátrica, e para a unidade como um todo. **Deverá constar no texto o total de pacientes que embora tenha sido solicitada a vaga, esta não foi cedida pela central de regulação.**

Deverá ser implantada comissão de óbitos no primeiro mês de funcionamento da unidade, a qual realizará reuniões mensais, cuja ata deverá ser anexada ao relatório. Deverá ser encaminhada planilha onde deve constar: iniciais do paciente, diagnóstico, idade, horário de entrada e hora do óbito. Na reunião da comissão de óbitos deverá ser feita uma avaliação da assistência prestada a esses pacientes, com objetivo de avaliar e corrigir as possíveis fragilidades

durante a permanência do paciente na unidade, considerando que os mesmos deveriam estar internados em leito hospitalar. O relatório relativo a essa avaliação deverá ser encaminhado junto com a ata mensal.

Para o cálculo das taxas de mortalidade, excluem-se os que, chegando cadáver, não recebem nenhuma manobra de reanimação nem outros atos terapêuticos. Inclui todos os falecimentos por qualquer causa durante sua permanência na UPA e em suas dependências (incluindo os deslocamentos para radiologia, ou outros meios diagnósticos).

Para a análise do indicador “tempo de início de antibiótico na sepse”, deverá ser enviada planilha com iniciais de cada paciente, data e hora da admissão e hora do início do antibiótico. Da mesma forma, para o indicador relativo ao uso de agentes trombolíticos, deverá ser encaminhada planilha com iniciais do paciente, idade, tempo entre a chegada a unidade com provável diagnóstico e realização do ECG, os que foram submetidos e aqueles que não foram submetidos a trombólise. Quando esta não for realizada, justificar.

Para a conformidade dos prontuários ou boletins de atendimento, a descrição da revisão realizada pela comissão de prontuários, implantada no primeiro mês de funcionamento da unidade, deverá constar o percentual de erros/falhas no preenchimento, como história clínica, exame físico, diagnóstico e encaminhamento. A análise pode ser feita por amostragem, desde sejam analisados no mínimo 10% do total de BAE abertos em decorrência de atendimento médico no período de 30 dias.

Com relação ao índice de absenteísmo, deverá ser enviada planilha com os nomes dos profissionais faltantes e suas respectivas substituições (assinadas), quando houver. As substituições serão permitidas num prazo máximo de 4 horas a partir do horário de início do plantão. As horas correspondentes a profissionais não contratados, férias e licenças com mais de 15 dias não cobertas serão consideradas horas líquidas faltantes.

A unidade deverá elaborar um relatório de atividades onde deve estar explícito as razões pelas quais algumas metas podem não ter sido alcançadas, ou os motivos que levaram à superação das metas previstas.

2 PRESTAÇÃO DE CONTAS MENSAL

As informações relacionadas aos indicadores e prestação de contas financeiras deverão ser alimentadas no sistema de monitoramento dos contratos de gestão –Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais (<http://osinfo.rio.rj.gov.br>), instrumento institucional de acompanhamento, avaliação e controle dos Contratos de Gestão firmados entre a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e as Organizações Sociais para o gerenciamento de unidades e programas de saúde, conforme Decreto Municipal nº 37.709/13. impreterivelmente, até o dia 10º dia útil do mês subsequente, conforme Manual para envio de arquivos disponibilizado no Menu Principal, no link, Documentos, do Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais.

2.1 INFORMAÇÕES ASSISTENCIAIS DA UPA (PERIODICIDADE MENSAL)

A) Número de atendimentos total da unidade:

- Enfermagem;
- Clínica médica;
- Pediatria;
- Serviço social;
- CID mais frequentes;
- Pacientes atendidos por bairro, AP e município.

B) Desdobramentos desses atendimentos:

- Alta;
- Encaminhamento para rede básica;
- Permanência em leito de observação adulto e pediátrico;
- Transferência para internação;
- **Óbito adulto e Criança**

No estudo dos óbitos deverá constar tempo de permanência na unidade, leito de observação, idade do paciente e diagnóstico, observando a qualidade e as condições da assistência prestada na unidade. A S/SUBHUE disponibilizará planilha a ser preenchida e enviada mensalmente.

C) Transferências identificando:

- Transferência Inter hospitalar- TIH eletiva Vaga zero;
- Unidades de destino;
- Diagnóstico;
- Data da inserção no sistema de regulação.

D) Exames

- D.1 Laboratório – Exame de emergência
Exames dos pacientes em observação
- D.2 Imagem

E) Medicamentos

Disponibilizados (cesta básica) - Qualitativo e quantitativo, data e horário. Visando avaliar se a dispensação se dá no horário em que a atenção primária não funciona.

F) Diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio – IAM

- F.1 Pacientes que permaneceram na unidade
- F.2 Pacientes transferidos.
- F.3 Pacientes submetidos a trombólise

G) Diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral – AVC

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

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

SUBPROJETO 3.1 CURSO DE FORMAÇÃO EM ATENÇÃO FARMACÊUTICA

Responsável Técnico pela SMS: S/SUBPAV

Objetivo Geral

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

Objetivos Específicos:

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

Metas para acompanhamento da CTA:

Unidade de medida	Indicador	Fórmula	Meta
Número absoluto de vagas	Número de vagas disponibilizadas para o Curso	Número absoluto	30 vagas / ano
% de alunos	Percentual de vagas ocupadas (alunos cursando)	$[(n^{\circ} \text{ de alunos cursando no mês}) / (\text{total de vagas disponibilizadas})] \times 100$	≥80%
Número absoluto de vagas	Número de vagas disponibilizadas para o Curso	Número absoluto	30 vagas / ano
Unidade de medida	Indicador	Fórmula	Meta

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

SUBPROJETO 3.2 RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Responsável Técnico pela SMS: S/SUBPAV/SAP

Objetivo Geral

- Desenvolver as bases conceituais, metodológicas e operacionais de um território de aprendizagem, qualificando e integrando a formação lato sensu em saúde da família, com experiências de educação e saúde no território de Manguinhos.
- Promover o desenvolvimento de atributos à equipe multiprofissional de saúde de nível superior (enfermeiro, cirurgião dentista, assistente social, nutricionista e psicólogo) para atuarem nas equipes de saúde da família com desempenhos de excelência nas seguintes áreas de competência: organização do processo de trabalho, cuidado à saúde (individual, familiar e coletivo) e nos processos de educação e formação em saúde visando à melhoria da saúde e o bem estar dos indivíduos, suas famílias e da comunidade pautados em princípios éticos.

Objetivos Específicos:

- 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

Metas para acompanhamento da CTA:

Unidade de medida	Indicador	Fórmula	Meta
-------------------	-----------	---------	------

Número absoluto de vagas	Número de vagas disponibilizadas para o Curso	Número absoluto	20 vagas / ano
% de alunos	Percentual de vagas ocupadas (alunos cursando)	$[(n^{\circ} \text{ de alunos cursando no mês}) / (\text{total de vagas disponibilizadas})] * 100$	$\geq 80\%$

SUBPROJETO 3.3 PESQUISAS EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Responsável Técnico pela SMS: S/SUBPAV

Objetivo Geral

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

Objetivos Específicos

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

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

Metas para acompanhamento da CTA:

Desenvolvimento de no mínimo 04 (quatro) pesquisas realizadas com a participação de alunos dos cursos *lato e stricto sensu* constante deste projeto, com a Estratégia de Saúde da Família.

Unidade de medida	de	Indicador	Fórmula	Meta
Número de Pesquisas		Número de pesquisas realizadas	Número absoluto	No mínimo 4 pesquisas/ano

PROJETO 4: APOIO A CENTROS DE REFERÊNCIA DE IMUNOBOLÓGICOS ESPECIAIS (CRIE)

Responsável Técnico pela SMS: S/SUBPAV/SVS

Objetivo Geral

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

Objetivos Específicos

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

Desenvolvimento do Projeto:

- a) Apoio a gestão do projeto - prover apoio através de contratação de pessoal para o funcionamento do CRIE.
- b) Apoio a manutenção da estrutura física – manter a estrutura física adequada, com ambientes de trabalho saudáveis e incorporando tecnologias necessárias ao fluxo de informações esperado.
- c) Apoio para epidemias que configurem possíveis emergências em saúde pública - prover as condições necessárias para o desenvolvimento de ações e capacitação de atenção para o caso de configuração de emergências em saúde pública.

Metas

- a) A primeira meta desse subprojeto é a manutenção e funcionamento do CRIE.
- b) Além disso, implantar, avaliar e monitorar os 5 indicadores propostos, alimentados através do SI-CRIE:

Indicadores de Produção:

- Número de doses de Imunobiológicos aplicados ou dispensados por faixa etária
- Número de doses de Imunobiológicos aplicados ou dispensados por patologia / indicação

Indicadores de Qualidade:

- Número de vacinados de primeira vez / Número de vacinados subsequentes - quanto mais próximo de 1: mais adequada a captação, menor que 1: captação baixa (demanda reprimida; referência não identificada pelos serviços), quanto maior que 1: baixa adesão.

Metas de acompanhamento da CTA

Unidade de medida	Indicador	Fórmula	Meta
% EAPS	Acompanhamento de eventos adversos graves pós vacinação atendidos	$[(\text{Número EAPV graves atendidos} / \text{Número EAPV notificados ao Sistema SI- CRIE})] \times 100$	$\geq 12\%$

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

SUBPROJETO 5.1: RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Responsável Técnico pelo Projeto: S/SUBPAV/SAP

Objetivo geral

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

Objetivos Específicos

- a) Apoiar a execução do projeto pedagógico e a conseqüente operacionalização das ações relacionadas ao desenvolvimento do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da SMS (PRMFC-SMS-Rio)

Metas:

- Apoiar a formação de 100% dos residentes em Medicina de Família e Comunidade.
- Apoiar a formação de 100% dos preceptores garantindo a qualidade da supervisão para formação (de acordo com o perfil de competências da especialidade) de 100% dos residentes em Medicina de Família e Comunidade do Município.

Produto:

- Nº de médicos residentes especialistas em MFC que concluíram o PRMFC.
 - Relatório das ações de apoio realizadas.
- b) Apoiar a integração de alunos de graduação médica às unidades onde se desenvolve o PRMFC garantindo acesso à preceptoría e aos respectivos processos formativos vigentes no mesmo.

Metas:

Garantir a inserção dos alunos de graduação médica (na modalidade internato) e acadêmicos de medicina bolsistas da SMS com estágio extra curricular na modalidade APS em todas as unidades onde se desenvolve o PRMFC, e sua integração às atividades acadêmicas desenvolvidas pelos preceptores no processo formativo dos médicos residentes.

Produto:

- Nº alunos de graduação (internato médico) e acadêmicos de medicina bolsistas da SMS com estágio extracurricular na modalidade APS que estagiaram nas unidades onde se desenvolve o PRMFC/ano.

- Relatório anual com total de alunos distribuídos por: unidade de saúde, instituição de ensino de origem, período da graduação e duração do estágio.

c) Apoiar o desenvolvimento e a publicação dos projetos de pesquisa relacionados ao PRMFC-SMS-Rio.

Metas:

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

- Produzir 30 Trabalhos de Conclusão do Curso (TCC) ao término do segundo ano do programa.

Produto:

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

- Entrega de 30 Trabalhos de Conclusão do Curso (TCC) ao término do segundo ano do programa.

d) Apoiar o desenvolvimento e a publicação da produção acadêmica ligada aos grupos de trabalho temáticos do PRMFC-SMS-Rio.

Metas:

Produção de 60 aulas com metodologia didático-pedagógica estruturada para os médicos residentes.

Produto:

Entrega de 60 aulas com metodologia didático-pedagógica estruturada para os médicos residentes.

Metas para acompanhamento da CTA:

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

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

Objetivo Geral

Apoiar e subsidiar o processo de Formação de enfermeiras de família e comunidade para a Atenção Primária à Saúde altamente qualificadas e resolutivas na prática clínica da APS, na perspectiva de uma atenção integral, Inter profissional, qualificada e resolutiva, com foco na pessoa, família e comunidade, no que compete seu exercício profissional, com compromisso ético e político com a construção do SUS, de modo a fortalecer e qualificar a rede de APS do município do Rio de Janeiro, reconhecendo os atributos da APS como eixo norteador da formação, desenvolvidos na compreensão de que as práticas da APS apresentam complexidades e requerem a incorporação de novos valores, devolvendo para a sociedade profissionais que consigam apoiar a construção da autonomia dos sujeitos.

Objetivos Específicos

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

Atividades

Ações desenvolvidas

1. Coordenação técnica do PREFC-SMS-RJ:

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

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

1.1.1. Estágio externos:

a. Pactuação com subsecretarias;

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

1.1.2. Articulação junto às CAPS:

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

1.1.3. Articulação junto às gerências/diretorias:

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

1.2. Construção de documentos norteadores;

1.3. Pesquisa e disponibilização de literaturas pertinentes;

1.4. Motivação quanto à qualificação profissional;

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

1.6. Orientações quanto à prática de preceptoria:

1.6.1. Consultoria técnica;

1.6.2. Mentoria/Tutoria;

1.6.3. Direcionamento para acompanhamento dos residentes;

1.6.4. Amparo ao sofrimento psicológico;

1.6.5. Articulação de transferência quando necessário;

1.6.6. Mediação de conflitos;

1.6.7. Apoio às decisões;

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

1.7. Seleção de preceptores:

1.7.1. Viabilização do processo seletivo;

1.7.2. Análise curricular;

1.7.3. Construção da prova;

1.7.4. Correção da prova;

1.7.5. Entrevistas;

1.7.6. Pactuação para contratação.

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

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

1.8.2. Coordenação acadêmica PREFC-SMS-RIO:

1.8.2.1. Acompanhamento e desenvolvimento teórico/acadêmico;

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

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

1.8.2.4. Confeccção de matriz para plano de aulas;

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

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

1.8.2.7. Construção de metodologias para avaliação dos residentes;

1.8.2.8 Organização logística para aulas;

1.8.2.9. Identificação e convites a parceiros para realização de aulas

1.8.2.10. Monitoramento de frequência nas aulas;

1.8.2.11. Intervenções mediante necessidades advindas destas atividades teóricas;

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

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

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

1.9. Monitoramento do processo de avaliação dos residentes:

1.9.1. Análise das avaliações (bimestrais);

1.9.2. Aprimoramento dos instrumentos avaliativos;

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

1.9.4. Apoio técnico para o bom aproveitamento das ferramentas de avaliação a fim de possibilitar o desenvolvimento das competências dos residentes.

Articulação SUBPAV/SAP

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

1.9.6. Divulgação de informações pertinentes;

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

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

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

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

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

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

Articulação IES

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

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

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

1.9.16. Identificação e convite a profissionais da SMS para desenvolvimento de aulas;

1.9.17. Construção coletiva de oficinas e reuniões de qualificação para os preceptores;

1.9.18. Intervenção junto às gerências, preceptores e residentes de acordo com a necessidade;

1.9.19. Realização de aulas conforme solicitação;

1.9.20. Atuação como orientadoras e coorientadoras de TCC;

1.9.21. Participação como banca em apresentações de TCC.

Suporte aos residentes

1.9.22. Desenvolvimento de documentos norteadores;

1.9.23. Direcionamento quanto às buscas científicas para desenvolvimento profissional;

1.9.24. Construção conjunta de estratégias para melhor desempenho e aproveitamento na residência;

1.9.25. Disponibilização/Organização de Cursos e Seminários;

1.9.26. Auxílio no manejo de problemas relacionados ao processo de trabalho;

- 1.9.27. Intervenção junto aos preceptores/equipe/gerência segundo demanda;
- 1.9.28. Orientações quanto ao papel do residente;
- 1.9.29. Indicação de agenda padrão e acompanhamento de seu cumprimento;
- 1.9.30. Consultoria técnica;
- 1.9.31. Mentoria;
- 1.9.32. Amparo ao sofrimento psicológico;
- 1.9.33. Articulação de transferência/desligamento quando necessário;
- 1.9.34. Mediação de conflitos

Tutoria

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

Articulação junto às associações de classe

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

Participação de Eventos

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

2. Secretaria Acadêmica do PREFC-SMS-RJ:

Composta por 1 profissional tecnólogo em gestão e 1 assistente administrativo. Responsáveis por atribuições administrativas ligadas às atividades de secretariado acadêmico, e pela administração das ações de apoio logístico e operacional relacionadas ao acompanhamento e desenvolvimento do programa. As principais ações exercidas por esta secretaria são:

- 2.1. Gestão e acompanhamento da entrega das avaliações de campo prático, registro de presença em aulas teóricas e notas.

- 2.2. Acompanhamento de todos os processos de transferência de residentes e emissão de toda a documentação solicitada pelo SIGRESIDENCIAS, COREMU, GDTAS e outros órgãos afins;
- 2.3. Promover a interlocução entre os preceptores, R2 e R1;
- 2.4. Responsabilidade sobre as mídias sociais;
- 2.5. Gestão do serviço de transporte para agendamentos de motorista para a locomoção da Coordenação da Residência e Matriciamento de especialista;
- 2.6. Organização e envio das folhas de pontos dos estágios obrigatórios;
- 2.7. Confecção de ofícios de aceitação de residentes;
- 2.8. Agendamentos de auditórios para os eventos, reuniões e aulas da Residência;
- 2.9. Gestão do Sistema de emissão de certificados e declarações;
- 2.10. Organização de eventos do Programa, seminários, cursos, oficinas;
- 2.11. Gestão e organização dos arquivos físicos e digitais;
- 2.12. Abertura e fechamento de sala PREFC (localizada na Rua Evaristo da Veiga, nº 14, Cinelândia)
- 2.13. Provisão de insumos
- 2.14. Organização logística da entrega de materiais
- 2.15. Outras atribuições administrativas (impressão de documentos, organização de biblioteca, recursos audiovisuais e outros)

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

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

4. Apoio Especializado (Matriciamento) em Obstetrícia

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

- 4.1. Proporção de no mínimo 1 hora semanal de apoio matricial em obstetrícia por equipe PREFC, em rotina de acordo com especificidade de cada equipe/ unidade saúde/território.
- 4.2. Realização de matriciamento junto a equipes PREFC em Enfermagem Obstétrica
- 4.3. Apoio técnico a estudos de casos sob a abordagem em Enfermagem Obstétrica

4.4. Participação de momento teórico e teórico-prático com temas voltados para a Obstetrícia.

5. Inovação Tecnológica:

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

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

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

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

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

6. Participação em Eventos Científicos:

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

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

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

7. Apoio Logístico e Operacional:

7.1. Viabilização de estrutura de transporte (trânsito dos coordenadores; transporte de materiais de apoio; fluxos de documentos para controle acadêmico; ações disciplinadoras da Coordenação nas 30 unidades de APS, unidades de atenção hospitalar, 10 coordenações de área de planejamento, PREFC, SMS e outros pontos de apoio para a gestão do programa.)

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

8. Produção Científica do PREFC-SMS-RJ:

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

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

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

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

8.5. Apresentação de resultados do PREFC em eventos científicos.

INDICADORES E METAS

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

% de preceptores	Percentual de preceptores enfermeiros formados pelo curso para formação de preceptores	$[(n^{\circ} \text{ de preceptores enfermeiros que finalizaram o curso} / \text{total de preceptores cadastrados no programa de residência}) * 100$	$\geq 70\%$
% de preceptores	Percentual de componentes do programa participantes em eventos científicos	$[(n^{\circ} \text{ de tutores, preceptores e residentes que participaram de eventos científicos} / \text{total de tutores, preceptores e residentes cadastrados no programa}) * 100$	$\geq 15\%$
unidade	Publicações científicas para o Programa	Número de artigos científicos publicados pelos componentes do Programa.	Mínimo de 3 por ano
unidade	Horas de aula ministradas no ano	12h por semana	1152h/ano
unidade	Eventos científicos realizados	Número de eventos científicos realizados no ano	Mínimo 2 por ano

OBJETIVO ESPECÍFICO B. Apoiar a preceptoria de alunos de graduação inseridos na rede de atenção primária da SMS

Ações previstas

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

Metas

- Realizar preceptoria para no mínimo 400 estudantes de Medicina

Produto

- a) Nº alunos de graduação que receberam preceptoria/ ano.
- b) Relatório anual com total de alunos distribuídos por: unidade de saúde, preceptor, instituição de ensino, período de graduação e período de preceptoria.

Metas para acompanhamento da CTA

Unidade de medida	Indicador	Fórmula	Meta
% de alunos	Percentual de vagas ocupadas (alunos cursando)	$[(\text{n}^\circ \text{ de alunos cursando no mês}) / \text{total de vagas disponibilizadas}] * 100$	$\geq 80\%$
% de alunos	Percentual de residentes formados em Medicina de Família e Comunidade	$[(\text{n}^\circ \text{ de alunos que finalizaram o curso} / \text{total de vagas disponibilizadas})] * 100$	$\geq 80\%$

SUBPROJETO 5.3: ESPECIALIZAÇÃO EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

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

Para fortalecer as ações de gestão no âmbito da saúde pública é necessário formarmos profissionais capazes de analisar e monitorar criticamente os indicadores de saúde da cidade.

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

Objetivo geral

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

Metas para acompanhamento da CTA

Unidade de medida	Indicador	Fórmula	Meta
-------------------	-----------	---------	------

% de alunos	Percentual de vagas ocupadas (alunos cursando)	$[(\text{n}^\circ \text{ de alunos cursando no mês}) / \text{total de vagas disponibilizadas}] * 100$	$\geq 80\%$
% de alunos	Percentual de alunos formados	$[(\text{n}^\circ \text{ de alunos que finalizaram o curso}) / \text{total de vagas disponibilizadas}] * 100$	$\geq 80\%$

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

Objetivo geral

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

Objetivos específicos

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

Estratégia Ciclo de Debates

Os temas dos ciclos serão escolhidos no início do ano, priorizando-se aqueles relacionados às metas estratégicas da Subsecretaria de Atenção Primária. O modelo prevê um processo de trabalho prévio a cada ciclo, ações no dia do ciclo, um processo de trabalho após cada ciclo e atividades de avaliação anuais.

Atividades prévias ao Ciclo de Debates:

- Promover reuniões com os profissionais das linhas de cuidado que coordenarão o ciclo;
- Definir a pauta, o público-alvo, os objetivos e resultados esperados;
- Elaborar um modelo de programação;
- Divulgar a programação para a rede com uma semana de antecedência;
- Elaborar um modelo de inscrição on-line;
- Acompanhar as inscrições e atuar para garantir um quórum mínimo;
- Elaborar um modelo de avaliação;
- Imprimir materiais programação, fichas de avaliação e folhas de presença e outros materiais que se façam necessários.

Atividades durante o ciclo:

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

Atividades pós-ciclo:

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

Perfil dos profissionais e funções para contratação

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

Metas de acompanhamento de CTA

Unidade de medida	Indicador	Fórmula	Meta
Número de Ciclos	Número de Ciclos de Debates realizados	Número absoluto	Mínimo de 18 Ciclos no ano
% de Profissionais	Participação de profissionais no Ciclo	% de ciclos com 150 participantes ou mais	Mínimo de 90% de ciclos com pelo menos 150 profissionais
% de Ciclos com Material disponibilizado	Disponibilização de material de apoio	% de Ciclos com material de apoio disponibilizado no portal da SUBPAV	Mínimo de 80% dos Ciclos com material disponibilizado no portal da SUBPAV

SUBPROJETO 5.5: APOIO ÀS LINHAS DE CUIDADOS E PROJETOS ESPECIAIS

Objetivo Geral

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

Objetivos Específicos

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

Ações previstas:

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

Meta de Acompanhamento da CTA

Unidade de medida	Indicador	Fórmula	Meta
Diretrizes clínicas revisadas e/ou vídeos desenvolvidos	Desenvolvimento diretrizes clínicas e/ou vídeos voltados para a APS	Número absoluto	Mínimo de 3 diretrizes clínicas e/ou 3 vídeos a cada 12 meses
Protocolos clínicos revisados	Revisão de protocolos clínicos da SMS	Número absoluto	Mínimo de 6 protocolos clínicos da SMS revisados a cada 12 meses

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

Justificativa

Desde 2009 mais de 800 equipes de saúde da família foram criadas. Paralelo à expansão da rede de atenção primária tornou-se evidente a necessidade de implantação de estratégias de para o monitoramento e análise da qualidade das ações desenvolvidas.

Ações previstas:

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

Metas

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

Metas de Acompanhamento da CTA

Unidade de medida	Indicador	Fórmula	Meta
Relatório confeccionado	Elaboração de relatório	Número absoluto	1 relatório mensal de acompanhamento dos indicadores epidemiológicos estratégicos no âmbito da APS (Planejamento Estratégico, Acordo de Resultados, PPA, PMS, SISPACTO e RAG)

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

Ações previstas:

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

Metas

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

Recursos necessários para o projeto

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

Metas de Acompanhamento da CTA

Unidade de medida	Indicador	Fórmula	Meta
Relatório confeccionado	Elaboração de relatório	Número de ESF completas no CNES/Total de ESF no CNES	1 relatório mensal com dados por Área de Planejamento

SUBPROJETO 5.8: APOIO A MANUTENÇÃO DAS ESTAÇÕES OTICS-RIO

Objetivo Geral

Manter as 16 Estações OTICS-RIO nas 10 áreas de planejamento da cidade do Rio de Janeiro atualmente existentes.

Objetivos Específicos

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

Metas para acompanhamento da CTA

- Manutenção no mínimo 16 Estações OTICS-RIO, que envolve: (1) atualização de Rede de Blogs e Portal da Rede OTICS-RIO, (2) apoio a realização dos Cursos Estratégicos realizados em suas dependências, (3) registro fotográfico e descritivo através de relatórios mensais, (4) geração de relatórios gerenciais de monitoramento dos indicadores e dados dos prontuários eletrônicos – CEMAPS-RJ.

Unidade de medida	Indicador	Fórmula	Meta
Manutenção de Estações OTICS	Número de estações da Rede OTICS RIO mantidas	Número absoluto	Manutenção de 16 Estações

PROJETO 6: INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA, VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE SUBPROJETO 6.1: QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES E INFORMAÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Objetivos específicos:

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

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

com a correção pela base de logradouros da cidade.

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

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

Emergências de Saúde Pública:

- a) Atuar na detecção, verificação, resposta e monitoramento dos riscos de saúde pública (anexo II da Portaria nº104 de 25 de janeiro de 2011) ocorridos no município do Rio de Janeiro;
- b) Apoiar e/ou gerenciar a resposta aos riscos de saúde pública ocorridos no município do Rio de Janeiro, facilitando uma ação coordenada que envolva todos os setores e instituições relacionados ao evento;
- c) Atuar no manejo de riscos de saúde pública municipal, sendo um elemento facilitador da resposta coordenada;
- d) Manter disponível equipe técnica, estrutura física, equipamentos, transporte e insumos necessários para o processo de detecção, verificação, resposta e monitoramento dos riscos de saúde pública municipal (anexo II da Portaria nº 104/MS, de 25 de janeiro de 2011), durante 24 horas, inclusive nos finais de semana e feriados;
- e) Apoiar a adoção ágil, das medidas adequadas para a investigação epidemiológica, profilaxia e bloqueio da disseminação de doenças (quando se aplica); manutenção de equipe de resposta rápida;
- f) Acionar, em surtos ou emergências de saúde pública, os laboratórios da rede municipal e estadual do Rio de Janeiro, que deverão receber, em período integral, as amostras biológicas a fim de emitir os resultados em tempo oportuno;
- g) Monitorar e avaliar o comportamento epidemiológico das doenças, agravos e eventos e capturar informações sobre riscos de saúde pública de importância municipal, estadual, nacional e internacional, incluindo o resgate de informações sobre doenças endêmicas e epidêmicas dos locais com maior fluxo de viajantes para o município do Rio de Janeiro ou dos locais mais procurados como destino de viagem pelos residentes deste município;
- h) Desenvolver atividades de preparação e resposta antes, durante e após a ocorrência dos eventos de massa. Consideram-se eventos de massa, àquelas atividades coletivas que por motivo esportivo, religioso, lúdico ou laboral, entre outras motivações, movimentem e/ou atraiam um elevado contingente de pessoas vindas de todas as partes do país e/ou mundo.

Qualificação das Ações e Informações de Vigilância em Saúde:

Vigilância Ambiental em Saúde (VAS):

Reorganização da estrutura local e fluxos de trabalho da VAS: redefinir a análise dos resultados das ações desenvolvidas pela VAS em espaços amostrais menores e homogêneos, visando uma maior qualificação dos indicadores pactuados com reorganização de apoio e reforço no trabalho de campo; aparelhamento (computador e conexão) em 10 pontos para transmissão de dados (01 por CAP) a serem utilizados pelos responsáveis pelos apoiadores; painel de indicadores e metas pactuadas levadas de forma igualitária aos diferentes níveis com planilhas avaliativas que permitam detecção

rápida das discrepâncias; distribuição baseada em estratos apoiados por agentes formados no curso de capacitação realizado em todas as áreas a partir de agosto/2021.

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

Programa de Imunizações:

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

Desenvolvimento

Contextualização do local de trabalho e período de referência:

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

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

Recursos mínimos necessários:

Serviços de Vigilância em Saúde:

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

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

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

Divisões de Vigilância em Saúde:

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

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

Necessidade de 02 técnicos de nível médio 40 horas.

Monitoramento e avaliação

Indicadores:

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

Metas de Acompanhamento da CTA

Unidade de medida	Indicador	Fórmula	Meta
Número	Emissão mensal de Certificado Internacional de Vacinação e Profilaxia (CIVP)	Número de CIVP emitidos por mês no MRJ	2.000

Percentual	Envio oportuno de notificação de EAPV (moderados e graves)	Número de EAPV, moderados e graves, notificados oportunamente por mês / número de EAPV, moderados e graves, notificados / mês x 100	80%
Percentual	Casos de Doenças de Notificação Compulsória Imediata (DCNI) encerrados em até 60 dias após notificação	Número de casos encerrados oportunamente de DCNI /nº de casos de DCNI notificados no mesmo período X 100	85%
Percentual	Investigação de casos de doenças exantemáticas (sarampo e rubéola) notificados	Nº de casos de doenças exantemáticas investigados / Nº de casos de doenças exantemáticas notificados no mesmo período x 100	80%
Percentual	Investigação de óbitos infantis, para crianças com peso ≥ 1.000g e <2.500g, respeitando o prazo de 90 dias para a conclusão da investigação	Nº de óbitos infantis ocorridos, investigados (com peso ≥ 1.000g e <2.500g) / Nº de óbitos infantis ocorridos (com peso ≥ 1.000g e <2.500g)	80%
Percentual	Investigação de óbitos de Mulher em Idade Fértil (MIF), respeitando o prazo de 30 dias	Nº de óbitos de MIF investigados / Nº de óbitos de MIF ocorridos x 100	70%

SUBPROJETO 6.2: CURSO TÉCNICO DE AGENTES DE SAÚDE

Objetivo Geral

Apoiar Curso Técnico de Agentes de Saúde (CTAS)

Objetivos Específicos:

- Oferecer aos profissionais subsídios teórico-práticos relativos à globalidade do processo de trabalho da Vigilância em Saúde, que contribuam para adoção de uma prática mais crítica, reflexiva e inovadora;
- Promover oportunidades de reconhecimento, análise e discussão sobre o espaço/território de atuação desses profissionais, visando elaboração de diagnóstico da situação de saúde e condições de vida, identificação de situações-problema e propostas de intervenção;
- Contribuir para formação de trabalhadores-cidadãos comprometidos com as novas práticas em saúde e com os avanços tecnológicos do SUS;

- Auxiliar na estruturação do Sistema Municipal de Informações de Vigilância em Saúde, a partir da implantação de estações de territorialização no conjunto das áreas programáticas e dos dados produzidos por esses profissionais no nível local.

Metas de Acompanhamento da CTA

Unidade de medida	Indicador	Fórmula	Meta
Número absoluto de vagas	Número de vagas disponibilizadas para o Curso	Número absoluto	200 vagas / ano
% de vagas	Percentual de vagas ocupadas (alunos cursando)	$[(\text{n}^\circ \text{ de alunos cursando no mês}) / (\text{total de vagas disponibilizadas})] \times 100$	≥80%
% de alunos	Percentual de alunos formados	$[(\text{n}^\circ \text{ de alunos que finalizaram o curso} / \text{total de vagas disponibilizadas})] \times 100$	≥80%

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

Objetivo Geral

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

Objetivos Específicos:

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

Recursos necessários para desenvolvimento das ações:

- Contratação de profissional de nível superior - para revisar, elaborar conteúdo técnico, diagramar e reproduzir materiais educativos, informes, boletins, jogos, revistas, vídeos e cartilhas para subsidiar o trabalho de educação em saúde das equipes de saúde da família;
- Contratação de profissionais com perfil para a realização de cursos e oficinas voltados para a qualificação de trabalhadores da atenção primária, para o desenvolvimento de estratégias para a promoção da saúde nos territórios de abrangência das equipes de saúde da família, considerando os

determinantes sociais da saúde.

- c) Contratação de profissional de nível médio para acompanhamento das ações, confecção de relatórios, apoio a eventos etc.
- d) Apoio Logístico: Gráfica, impressão, diárias, passagens, material didático, transporte;

Indicadores

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

Meta de Acompanhamento da CTA

Unidade de medida	Indicador	Fórmula	Meta
Campanha realizada	Realização de Campanhas de Promoção de Saúde	Número de Campanhas de Promoção de Saúde realizadas por trimestre	Mínimo de 1 Campanha de Promoção de Saúde por trimestre
Curso/Oficina Ministrado	Realização de Cursos/Oficinas	Número de Cursos/Oficinas ministrados por mês	Mínimo de 1 Curso/Oficina
Material elaborado	Elaboração de Material Educativo	Número de Material Educativo elaborado por Bimestre	Mínimo de 1 por Mês

SUBPROJETO 6.4: AÇÕES CONTINGENCIAIS PARA ENFRENTAMENTO DA TUBERCULOSE

Objetivos específicos

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

- Busca ativa de casos de TB entre os beneficiários do CFC que apresentam tosse, independentemente do tempo de início deste sintoma;
 - Coleta de amostra de escarro para realização de teste de biologia molecular e cultura para BK de todos os beneficiários do CFC;
 - Oferta de teste rápido de HIV para os beneficiários do CFC;
 - Utilização de geoprocessamento identificação e monitoramento para os casos de tuberculose e coinfeção TB/HIV dentre os beneficiários do CFC;
 - Identificação das vulnerabilidades de saúde das famílias beneficiárias do CFC.
- b) Ampliar a adesão ao tratamento de tuberculose entre as famílias beneficiárias do CFC nas áreas cobertas pelas equipes de saúde da família, por meio de estratégias inovadoras;
- Tratar os casos de tuberculose identificados nas famílias beneficiárias do CFC.
 - Construir estratégias de mobilização e comunicação junto às famílias beneficiárias do CFC.
 - Realizar em 10 territórios selecionados ações de mobilização e comunicação.
- c) Identificar e examinar os contatos dos casos de TB detectados entre as famílias beneficiárias do CFC;
- Identificar e examinar os contatos referidos pelos beneficiários do CFC;
 - Tratar os contatos de tuberculose das famílias beneficiárias do CFC com indicação de tratamento da infecção latente.
- d) Desenvolver o monitoramento das ações estabelecidas na proposta.
- Monitorar as atividades diagnósticas executadas pelos laboratórios.

Desenvolvimento

Contextualização do local de trabalho e período de referência

As ações serão realizadas nas áreas de atuação de saúde da família com a presença de famílias beneficiárias do CFC. Sendo assim, o projeto será desenvolvido em todas as áreas de planejamento da cidade no período de dois anos. Os produtos serão apresentados trimestralmente, por meio de relatórios escritos e enviados para SMS. E a cada 12 meses apresentar um relatório de avaliação do projeto, com a descrição das metas e dos resultados alcançados.

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

- Assistentes administrativos
- 2 Digitadores
- 1 Bolsista pesquisador de integração de políticas
- 1 Analista de banco de dados
- 1 Bolsista pesquisador - Epidemiologista
- 1 Gerente de projeto
- 1 Geógrafo

- 1 Bolsista Pesquisador – Assessoria Científica
- 10 bolsistas da área de Ciências Sociais e Humanas

Metas de monitoramento e avaliação do projeto

- Avaliar 80% dos contatos dos casos de TB entre as famílias CFC.
- Curar 85% dos casos identificados entre as famílias do CFC.
- Tratar 70% dos contatos com indicação para tratamento da ILTB.
- Realizar em 10 territórios selecionados ações de mobilização e comunicação.
- Elaborar e reproduzir materiais direcionados para os profissionais e para os beneficiários.

Meta para acompanhamento da CTA

Unidade de medida	Indicador	Fórmula	Meta
Percentual	Proporção de contatos detectados dos casos de TB entre as famílias beneficiárias do CFC, Identificados e examinados	$\frac{\text{Número de contatos de TB registrados examinados}}{\text{Número de contatos de TB registrados}}$	70%

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

Objetivos específicos

Fortalecimento das ações de Vigilância Epidemiológica

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

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

- Revisar a linha de cuidado das DST/AIDS e Hepatites fortalecendo o papel das equipes de saúde da família no cuidado integral e adequado aos níveis de atenção.

- Revisar os protocolos de regulação das DST/AIDS e Hepatites.
- Apoiar a implantação dos protocolos na rede de atenção primária e secundária.
- Implantar as ações de assistência às Hepatites Virais nas Policlínicas e outras unidades que desempenham o papel de atenção secundária, obedecendo protocolos clínicos do Ministério da Saúde e a normalização definida pela Gerência de Hepatites Virais, de acordo com a Linha de Cuidados das Hepatites Virais B e C;
- Ampliar e manter a realização do diagnóstico tradicional e rápido das Hepatites B e C nas unidades de atenção primária à saúde do município do Rio de Janeiro.
- Implantar, intensificar e qualificar o uso do sistema de logística oficial (Sistema de gerenciamento de Medicamentos - SIGME) em todas as unidades dispensadoras de medicamentos para o tratamento das Hepatites Virais B e C;
- Implantar o monitoramento do uso de medicamentos para detecção de pacientes em tratamento concomitante para Hepatites B, C e Aids;
- Elaborar materiais educativos e informativos para os profissionais de saúde e portadores de doenças sexualmente transmissíveis;
- Oferecer aos profissionais de saúde envolvidos com a assistência e a vigilância a oportunidade de participar de congressos e outros eventos científicos relacionados a estes agravos, segundo critérios pré-estabelecidos pelas Gerências de DST/AIDS e Hepatites Virais;

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

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

Promover atividades de Assistência, Ensino e Pesquisa em parceria:

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

Desenvolvimento

Contextualização do local de trabalho e período de referência

Esse projeto de intervenção será executado no período de agosto de 2021 a fevereiro de 2023, no âmbito das Gerências de DST/AIDS e Hepatites Virais, das Coordenações de Atenção Primária (CAPs) e da rede assistencial municipal, incluindo todas as unidades de saúde da Atenção Primária e Policlínicas e o Hospital Municipal Rafael de Paula Souza.

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

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

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

Monitoramento e avaliação:

Indicadores

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

Metas para acompanhamento da CTA

Unidade de medida	Indicador	Fórmula	Meta
Percentual	Proporção de APs com oferta de Diagnóstico para Hepatite C	$\frac{\text{Número de APs com oferta de diagnóstico}}{10}$	100% das APs oferecendo diagnóstico Hepatites Virais B e C, mediante aconselhamento

SUBPROJETO 6.6: PESQUISA CLÍNICA IMUNOBIOLOGICOS

Objetivo Geral

Manter o Centro de Pesquisa Clínica na AP 5.3 e na AP 2.2.

Objetivos Específicos:

- Apoiar o desenvolvimento de pesquisa clínica,
- Desenvolver serviço de atenção primária de referência para a SUBPAV e Biomanguinhos/Fiocruz.
- Apoiar a infraestrutura para funcionamento dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIEs), para atendimento das indicações de imunização em situações especiais.

Metas para acompanhamento da CTA

Unidade de medida	Indicador	Fórmula	Meta
Número Absoluto	Pesquisa Clínica Realizada	$\frac{\text{Número de Pesquisa Clínica realizada}}{\text{semestre}}$	1 Pesquisa Clínica/Semestre

ANEXO TÉCNICO E
ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO, AVALIAÇÃO E METAS PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE – ÁREA DE PLANEJAMENTO 3.1 TEIAS

B.1. CRITÉRIOS GERAIS PARA O ACOMPANHAMENTO DOS CONTRATOS
B.1.1. RESPONSABILIDADE NO ACOMPANHAMENTO
B.1.2. COMISSÃO TÉCNICA DE ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO
B.1.3. COMPOSIÇÃO
B.1.4. FUNÇÕES
B.2. ÂMBITOS DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO
B.2.1. ASPECTOS BÁSICOS ORGANIZACIONAIS
B.2.2. BOA PRÁTICA CLÍNICA
B.2.3. ATENÇÃO AO USUÁRIO
B.2.4. ARTICULAÇÃO COM OUTROS NÍVEIS ASSISTENCIAIS – REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA
B.2.5. IMPLEMENTAÇÃO DE ATIVIDADES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.
B.3. PAGAMENTO DA PARTE VARIÁVEL – INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS
B.3.1. ASPECTOS GERAIS
B.3.2. PARTE VARIÁVEL 01 – INCENTIVO INSTITUCIONAL À GESTÃO DO TEIAS
B.3.3. PARTE VARIÁVEL 02 – INCENTIVO À QUALIFICAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE
B.3.3.1. QUADRO DE PARÂMETROS DE VALORES DE METAS 1º ANO DE CONTRATO (PARTE VARIÁVEL 02).
B.3.3.2. CONTRATUALIZAÇÃO DOS INCENTIVOS FINANCEIROS COM A UNIDADE DE SAÚDE (PARTE VARIÁVEL 02).
B.3.3.3. MONITORAMENTO DOS INDICADORES (PARTE VARIÁVEL 02).

B.3.3.4. ORIENTAÇÕES PARA PAGAMENTO POR PERFORMANCE QUANTO À QUALIDADE PERCEBIDA / SATISFAÇÃO DO USUÁRIO
B.3.4. PARTE VARIÁVEL 03 – INCENTIVO À GESTÃO DA CLÍNICA
B.3.4.1. CONTRATUALIZAÇÃO DOS INCENTIVOS FINANCEIROS COM OS PROFISSIONAIS – PARTE VARIÁVEL 03
B.4. ATRIBUIÇÕES DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL EM RELAÇÃO AOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE
B.4.1. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
B.4.1.1. PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE (PEP) OU PRONTUÁRIO ELETRÔNICO CLÍNICO (PEC) – REQUISITOS MÍNIMOS
B.4.1.2. SCNES – SISTEMA DE CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
B.4.1.3. SIA – SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL
B.4.1.4. – SISAB – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE PARA A ATENÇÃO BÁSICA
B.4.1.5. SISPRENATAL – SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO PRÉ-NATAL
B.4.1.6. SISCAN – SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE RASTREAMENTO DE CITOPATOLÓGICO DO COLO UTERINO
B.4.1.7. SINAN – SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
B.4.1.8. SI-PNI/API – SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES/AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE IMUNIZAÇÕES
B.4.1.9. SISREG – SISTEMA DE NACIONAL DE REGULAÇÃO

B.1. CRITÉRIOS GERAIS PARA O ACOMPANHAMENTO DOS CONTRATOS

Este contrato de apoio à gestão tem como principal objetivo induzir a melhora do desempenho das unidades funcionais por meio da atribuição de incentivos financeiros e da criação de instrumentos de monitorização, permitindo uma gestão rigorosa e equilibrada, consciente das necessidades das populações e, acima de tudo, visando a melhoria no acesso aos cuidados de saúde.

O acompanhamento dos contratos não é uma finalidade em si mesmo. Pode-se considerar como parte do processo de direção do contrato que inclui a identificação e avaliação de problemas, discussão e negociação com as Organizações Sociais e a tomada de decisões sobre as ações que precisam ser implementadas. A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – SMS, através da Comissão Técnica de Acompanhamento (CTA), elabora os instrumentos para o monitoramento e avaliação e

realiza o acompanhamento dos contratos, juntamente com representantes da Subsecretaria responsável pelas ações e serviços de saúde.

B.1.1. RESPONSABILIDADE NO ACOMPANHAMENTO

A SMS/RJ como entidade Contratante é responsável por levar a cabo as ações que derivam do processo de acompanhamento visando a qualidade e otimização dos recursos e a correção de possíveis desvios. Para tal criou-se a Comissão Técnica de Acompanhamento – CTA que efetiva o processo de acompanhamento e avaliação.

B.1.2. COMISSÃO TÉCNICA DE ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO

A Comissão Técnica de Acompanhamento – CTA - realiza o seguimento e a avaliação da qualidade assistencial dos serviços de saúde contratados, de acordo com os critérios, parâmetros e calendário previamente definidos pela SMS.

B.1.3. COMPOSIÇÃO

A Comissão Técnica de Acompanhamento é constituída, por no mínimo de 06 membros titulares e 03 suplentes, assim definido:

Titulares

- a) 03 representantes da S/SUBPAV/CAP
- b) 01 representantes da S/SUBPAV
- c) 02 representantes da S/SUBG

Suplentes

- d) 1 representante da S/SUBPAV/CAP
- e) 1 representante da S/SUBG

Os membros da CTA, titulares e suplentes, são definidos e nomeados pelo Secretário Municipal de Saúde. A constituição das CTA é publicada em Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro.

Sempre que necessário, outros técnicos poderão ser convidados a participar das reuniões de acompanhamento, bem como poderão ser chamados a emitir pareceres técnicos complementares e coadjuvantes às ações de avaliação da CTA.

B.1.4. FUNÇÕES

A análise e o acompanhamento das contas dos Contratos de Gestão firmados com as Organizações Sociais para gestão de unidades pré-hospitalares são exercidos pela Comissão Técnica de Acompanhamento – CTA.

A Comissão Técnica de Acompanhamento – CTA é responsável pela análise físico-financeira e pelo acompanhamento técnico assistencial dos contratos de gestão firmados com as Organizações Sociais.

São funções da CTA:

- a) acompanhar e controlar os aspectos econômicos e financeiros dos contratos de gestão firmados com Organizações Sociais, analisando a aplicação dos recursos, a eficiência e eficácia dos serviços de saúde prestados à população, solicitando pareceres e subsídios das respectivas áreas técnicas da SMS e dos órgãos da prefeitura, como laboratório, licenciamento para transporte pré-hospitalar, serviços de imagem, empresas de alimentação, limpeza e vigilância.
- b) avaliar as metas e os indicadores pactuados e registrar o funcionamento dos serviços prestados;
- c) realizar estudos e análises de propostas de implantação de novos serviços, assim como a fixação e rotatividade de profissionais de saúde;
- d) analisar e acompanhar as contas do trimestre avaliado;
- e) realizar reuniões ordinárias e extraordinárias, estas últimas sempre que solicitadas pela SMS ou pelo contratado;
- f) manter registro das reuniões realizadas, cuja ata deverá ser assinada pela totalidade dos membros presentes na reunião;
- g) analisar mensalmente a prestação de contas e emitir relatórios trimestrais de aprovação de contas;
- h) emitir relatórios trimestrais de análise e acompanhamento de cumprimento de metas.

B.2. ÂMBITOS DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO:

B.2.1. ASPECTOS BÁSICOS ORGANIZACIONAIS

Cabe à Organização Social detalhar os seguintes aspectos:

- Mecanismos de informação e comunicação à população sobre os serviços que ofertam mediante a implementação e disponibilização de sistema de informação gerencial com acesso pela internet, utilizando padrões estabelecidos pela SMS-Rio de Janeiro;
- Meios de acesso da população aos serviços de saúde ofertados;
- Recepção e encaminhamento dos usuários aos serviços;
- Registros utilizados na atividade assistencial;
- Registros utilizados nos procedimentos administrativos;
- Referência e contrarreferência dos usuários a outros serviços ou outros níveis assistenciais, assim como os registros utilizados.

Todos os aspectos apontados anteriormente deverão estar em acordo com os critérios estabelecidos pela Política Nacional de Saúde, Plano Municipal de Saúde e Fundamentos da Atenção Básica (Política Nacional de Atenção Básica – PNAB2017 – Ministério da Saúde).

B.2.2. BOA PRÁTICA CLÍNICA

As referências que apoiam a boa prática clínica são:

- O consenso de sociedades científicas e associações profissionais;
- Processos de trabalho consensuados pelos profissionais que pertencem ao serviço de saúde ou a outros no âmbito territorial;

Orientações estabelecidas pela SMS/RJ:

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

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

- Qualificação dos profissionais;
- Utilização do prontuário eletrônico como a fonte de informação para ações de vigilância em saúde, gestão da agenda, consultas individuais; uso de outros registros da atividade assistencial;
- Respeito ao Plano de Educação Permanente da SMS-Rio de Janeiro e a PNAB2017 – Ministério da Saúde;
- Consenso sobre o diagnóstico e tratamento das patologias mais presentes na rede de atenção primária;
- Consenso entre os profissionais dos serviços sobre o diagnóstico, tratamento e condições de referência das urgências em atenção primária;
- Dispositivos que possibilitem a desmedicalização, tais como o desenvolvimento de um plano para atividades de grupo, atividades físicas, dentre outros;
- Perfil de prescrição farmacêutica;
- Auto avaliação assistencial pelos profissionais;
- Avaliação externa da prática assistencial.
- Avaliação da relação médico-paciente;
- Ética profissional;

B.2.3. ATENÇÃO AO USUÁRIO

Esses critérios, de forma genérica, serão utilizados para avaliar a atenção ao usuário:

- Grau de informação do usuário sobre o conteúdo, organização e funcionamento dos serviços de saúde contratados;
- Boa comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários;
- Incentivo a autonomia dos usuários;
- Tratamento individualizado e personalizado;
- Percepção do usuário em relação ao funcionamento dos serviços de saúde através de pesquisas de satisfação, sendo estas, sempre que a população ultrapasse um número recomendado pelas Ciências Estatísticas, de caráter amostral;

B.2.4. ARTICULAÇÃO COM OUTROS NÍVEIS ASSISTENCIAIS – REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

Uma efetiva articulação entre os níveis assistenciais comportará uma continuidade em todo o processo de modo que este seja reconhecido como tal pelo próprio usuário. Esta articulação ocorrerá de acordo com critérios estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

Para assegurar a continuidade no processo assistencial são necessários:

- Consenso clínico sobre as patologias e os processos que podem ser solucionados nos serviços da rede básica;
- Utilização do Manual do Regulador e protocolos clínicos baseados nas melhores evidências para a coordenação do cuidado na regulação;
- Utilização, pelos profissionais de saúde, das referências e contra referências estabelecidas;
- Acordos entre os profissionais sobre a informação clínica necessária, desde a rede de atenção primária à saúde até a atenção especializada, de maneira recíproca, para dar suporte e continuidade ao processo terapêutico;
- Suporte e rotinas administrativas adequadas que evitem os deslocamentos desnecessários dos pacientes referenciados ao nível hospitalar ou a outras unidades da rede.
- Integração com outros setores no sentido de atuar nos condicionantes/determinantes do processo de saúde-doença.

B.2.5. IMPLEMENTAÇÃO DE ATIVIDADES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.

As atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças serão definidas pela S/SUBPAV/SPS – Rio de Janeiro.

B.3. PAGAMENTO DA PARTE VARIÁVEL - INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS

Nos últimos anos observa-se interesse crescente sobre pagamento por desempenho (*pay-for-performance* (P4P) ou “*value based purchasing*”), principalmente na Saúde da Família, e nos sistemas universais como o SUS. Esta proposta tem por objetivo acelerar a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.

Os programas de pagamento por desempenho visam a melhoria da qualidade, premiando a excelência ao mesmo tempo em que promovem o aumento do acesso aos serviços de saúde.

A experiência portuguesa (Missão da Reforma de Cuidados Primários, 2002) tem permitido tirar conclusões positivas na aplicação desta estratégia, tendo-se verificado uma melhoria dos resultados no que se refere aos indicadores contratualizados, servindo de base conceitual para a metodologia de pagamento variável apresentada neste contrato de gestão.

B.3.1. ASPECTOS GERAIS

O quadro de indicadores deverá ser apresentado à CAP e à CTA através de relatórios emitidos diretamente do prontuário eletrônico, cujo layout do quadro síntese poderá vir a ser solicitado pela SMS ou pela CTA.

Todos os indicadores deverão ser gerados a partir do registro das informações no prontuário eletrônico. Por exemplo, para comprovar que uma pessoa está com calendário vacinal atualizado, não basta perguntar ao profissional se o calendário está atualizado, mas sim verificar a partir dos registros no prontuário eletrônico, de acordo com o calendário vacinal adotado pelo município.

O Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) deve disponibilizar relatórios gerenciais para todos os profissionais, de forma que os mesmos possam visualizar os indicadores de sua equipe e compará-los com indicadores de qualquer outra equipe no município que utilize o mesmo prontuário. Esses indicadores da equipe deverão ser enviados de forma automatizada, por e-mail, pelo PEP, para cada profissional de saúde ao final do mês.

Somente deverá ser considerado implantado o PEP naquelas equipes em que o envio dos indicadores esteja sendo mensalmente enviado por e-mail aos profissionais.

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

A parte variável do contrato de gestão está dividida em três partes:

- **Parte variável 01 – incentivo institucional à gestão do TEIAS.**
- **Parte variável 02 – incentivo Institucional à unidade de saúde.**
- **Parte variável 03 – incentivo à equipe de saúde da família e saúde bucal.**

B.3.2. PARTE VARIÁVEL 01 – incentivo institucional à gestão do TEIAS;

A Parte Variável 01 tem como objetivo induzir boas práticas na gestão da OSS e alinhá-las às prioridades definidas pela SMS. Este recurso somente pode ser utilizado no objeto do Contrato de Gestão.

A **CONTRATANTE** solicitará à **CONTRATADA** a apresentação de relatórios contendo dados e informações relativas aos resultados assistenciais e qualidade dos serviços prestados, conforme Quadro 1.0 de Indicadores de Acompanhamento e Avaliação.

Para fazer jus aos recursos orçamentários da parte variável 01 com periodicidade trimestral, que correspondem a até 2% do percentual do valor referente à parcela fixa excluída o valor de investimento, a **CONTRATADA** deverá apresentar um relatório contendo os resultados dos indicadores pré-estabelecidos pela SMS–RJ, definidos no Quadro 1.0.

O valor está condicionado ao cumprimento do conjunto de metas estabelecidas para o respectivo trimestre.

Caso a OSS cumpra a totalidade das metas, a parte variável 01 deverá ser considerada na rubrica “Apoio a gestão do TEIAS – OSS”, devendo a OSS apresentar à CAP o plano de aplicação deste valor.

A parte variável 01 pode ser dividida em três faixas de recursos orçamentários:

(i) cumprimento de 80 a 100% das metas implica em destinação do total de 2% dos recursos orçamentários pré-definidos a OSS, desde que 100% das equipes de saúde da família estejam

completas (*). No caso de equipes incompletas, mesmo tendo 100% dos indicadores alcançados, a OSS fará jus somente a 1% do recurso.

(ii) cumprimento de 60 a 79% das metas implica em destinação do total de 1% dos recursos orçamentários pré-definidos a OSS, desde que 100% das ESF estejam completas (*). No caso de equipes incompletas, mesmo tendo 100% dos indicadores alcançados, a OSS fará jus somente a 0,5% do recurso.

(iii) cumprimento de menos de 60% das metas implica em não destinação do recurso à OSS.

(*) entende-se por equipe de saúde da família completa, em cada mês do período de análise, aquela que possuir **cadastrado no SCNES**, um médico 40h ou dois médicos 20h, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e o número mínimo de ACS definido pela CAP para cada território.

A avaliação do cumprimento do conjunto de metas estabelecidas será realizada trimestralmente pela Comissão Técnica de Acompanhamento – CTA, que é parte integrante da SMS–RJ, que se reúne periodicamente analisando os documentos entregues pela **CONTRATADA**, já mencionados anteriormente, ou efetuando análise de outros documentos ou até supervisão local, se julgar necessário.

Quadro 1 de indicadores da **PARTE VARIÁVEL 01** - incentivo institucional à gestão do TEIAS.

Nº.	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade avaliação	Meta	Observação
1	Manutenção de comissões de prontuários nas unidades	Proporção de Unidades de Saúde da Família com comissões de prontuários mantidas	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de unidades com comissões com atividade mensal}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ de unidades com equipes de Saúde da Família}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral (a partir do 7º mês de funcionamento da Unidade)	95%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade se existe comissão de prontuário, a periodicidade das reuniões e a ata das reuniões. Mínimo de reuniões para ser considerada ativa é de 1 reunião mensal.

2	Acompanhamento do cadastramento e atualização no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)	Proporção de profissionais de saúde cadastrados no SCNES	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de profissionais das equipes de ESF e ESB cadastrados no prontuário com correspondência no SCNES}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ de profissionais das ESF e ESB cadastrados no prontuário}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP) + arquivo exportação do CNES	Trimestral	95%	Este indicador visa medir a percentagem de profissionais que estão atuando nas ESF e ESB e devidamente atualizados no SCNES. Para o numerador deve-se considerar correspondência de CNES e de código de equipe para os profissionais. Mensalmente as empresas de prontuário devem atualizar toda a base do SCNES enviada ao DATASUS (N). Deve-se comparar a proporção de profissionais cadastrados no PEP com aqueles devidamente registrados no CNES.
3	Estrutura para impressão de documentos assistenciais	Percentual de consultórios com impressora funcionando	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de consultórios de equipes de saúde da família, saúde bucal e farmácia com impressora disponível e funcionando nas unidades com apoio à gestão}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ de consultórios de equipes de saúde da família, saúde bucal e farmácia nas unidades com apoio à gestão}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	95%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade mensalmente se todos os consultórios de equipes de saúde da família (considerando salas temáticas), saúde bucal e farmácia apresentam impressoras disponíveis e

Nº.	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade avaliação	Meta	Observação
							funcionando no período.
4	Abastecimento regular das unidades	Proporção de unidades de saúde com declaração que estão regularmente abastecidas pelo diretor/gerente	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de unidades de saúde com declaração que estão regularmente abastecidas pelo diretor/gerente}}{100} \times (D) \text{ N}^\circ \text{ de unidades recebendo apoio a gestão}$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	95%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade mensalmente o abastecimento dos insumos e equipamentos de atribuição da OSS (excluem-se os medicamentos) está regular em percentagem de itens padronizados. A avaliação é a média dos 3 meses.
5	Descentralização do fornecimento de medicamentos controlados	Proporção de unidades que realizam o fornecimento de medicamentos controlados.	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de unidades com apoio à gestão que realizam o fornecimento registrado pelo prontuário}}{100} \times (D) \text{ N}^\circ \text{ total de unidades com apoio à gestão na área}$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	95%	O prontuário deve gerar por mês a quantidade de itens de medicamento controlado distribuídos por unidade. Considera-se que a unidade dispensa medicamento controlado se houver registro regular de dispensação deste item no prontuário. Deve permitir detalhar a lista de pacientes que recebem o insumo.
6	Regularidade no envio da produção (BPA, SISAB, OSINFO)	Proporção de unidades que informaram em dia.	(N) N° de unidades com comprovação de envio de arquivos válidos pelo PEP	Protocolo de envio pelo Prontuário	Trimestral	100%	O calendário de envio para o SISAB e SIA deverá seguir o pactuado com

			$\frac{\text{---} \times 100}{\text{---}}$ (D) Nº total de unidades com apoio à gestão na área	Eletrônico (PEP) + declaração da DICA			CAP e SMS. O Painel OS INFO deve ser informado conforme regulamentação da S/SUBG/CCGOS. O prontuário deve gerar relação das unidades com a data e a competência de envio nos três meses em análise.
Nº.	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade avaliação	Meta	Observação
7	Regularidade no envio dos indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3), SISAB e SIA aos profissionais das equipes	Proporção de profissionais da ESF e ESB que receberam mensalmente por e-mail pelo PEP o resultado de indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3) de sua unidade, SIA e SISAB	(N) Nº de profissionais das ESF e ESB que receberam mensalmente por e-mail pelo PEP o resultado de indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3), SIA e SISAB de sua unidade $\frac{\text{---} \times 100}{\text{---}}$ (D) Nº total de profissionais de ESF e ESB na área	Protocolo de envio de e-mail pelo Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	100 %	Todos os profissionais das equipes devem receber mensalmente por e-mail, automaticamente a partir do prontuário o resultado dos indicadores de desempenho, SIA e SISAB. O prontuário deve gerar uma relação de todos os profissionais de saúde por unidade e por equipe com a data de envio automático dos indicadores por e-mail, o e-mail de cada um deles e o cargo dos mesmos.
8	Relação do gasto administrativo em relação ao total de gastos	Razão de gasto administrativo em relação ao total do gasto	(N) Valor gasto com a rubrica gestão TEIAS-OSS no trimestre $\frac{\text{---}}{\text{---}}$	Prestação de contas	Trimestral	<ou =1	Avaliação da eficiência da gestão, considerando a média de três meses

			(D) Teto do valor para a rubrica gestão do TEIAS-OSS no trimestre				
9	Compra de itens abaixo do valor médio do banco de preços em saúde do MS ou da SMS	Proporção de itens adquiridos com valor abaixo da média do banco de preços do MS ou SMS	(N) Total de itens comprados abaixo da média de preços $\frac{\text{---}}{\text{---}} \times 100$ (D) Total de itens adquiridos	Prestação de contas	Trimestral	95%	Eficiência das aquisições e uso adequado dos recursos do projeto de acordo com itens preestabelecidos em lista padrão. Apresentação da curva ABC para os 300 principais itens. DECRETO RIO Nº 41.208 DE 18/01/2016
10	Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados	Proporção de gerentes que consideraram de boa qualidade os itens adquiridos e os serviços prestados.	(N) Nº de itens fornecidos e serviços prestados avaliados com boa qualidade no período de análise $\frac{\text{---}}{\text{---}} \times 100$ (D) Total de itens e serviços prestados avaliados no período de análise	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	95%	Eficiência das aquisições e uso adequado dos recursos do projeto de acordo com itens preestabelecidos em lista padrão.
Nº.	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade avaliação	Meta	Observação

11	Proporção de cura de tuberculose	Proporção de casos de tuberculose encerrados como cura no período	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de casos novos de Tuberculose encerrados como cura na área no período em análise}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de casos novos de Tuberculose encerrados na área no período em análise}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	85%	O alcance da meta deste indicador será somente se considerado 90% dos casos com diagnóstico de tuberculose >ou =12 meses estiverem encerrados com o respectivo motivo do encerramento registrado no PEP. O prontuário deverá permitir a extração da lista nominal dos casos com diagnóstico de TB com a respectiva data e motivo de encerramento.
12	Acompanhamento de Sífilis na Gestaçã	Proporção de Notificações de Sífilis na Gestaçã com tratamento adequado	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de gestantes residentes na abrangência das equipes notificadas para Sífilis na Gestaçã com tratamento adequado no período em análise}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ de gestantes residentes na abrangência das equipes notificadas para Sífilis na Gestaçã no período em análise}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	90%	<p>a) Considera-se tratamento ADEQUADO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) prescriçã adequada para o tipo de sífilis (primária, secundária, latente); E 2) Tratamento do parceiro; E 3) Tratamento realizado antes de 30 dias da data do parto; <p>b) Para atingir o indicador deve-se fazer o diagnóstico precocemente (importância do teste rápido) e tratar o parceiro;</p>

							c) Considera-se também casos de gestantes residentes na área das equipes notificadas na maternidade. Para isso, havendo inconsistências nessas notificações é possível a correção na base do SINAN, desde que a equipe fique atenta e comprove que o tratamento foi adequado.
Nº.	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade avaliação	Meta	Observação
13	Proporção de gestantes com 7 ou mais consultas	Proporção de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal registradas no PEP	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de mulheres que encerraram o pré-natal com 7 ou mais consultas (médico e/ou enfermeiro) na área no período em análise}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de mulheres que encerraram o pré-natal na área no período em análise}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	80%	Considerar todos os registros de consultas de pré-natal do médico e/ou do enfermeiro na linha de cuidado.
14	Proporção de cadastros definitivos com número único (CPF) para pessoas com 16 anos ou mais	Proporção de cadastros definitivos com número único em relação ao total de cadastros para pessoas com 16 anos ou mais	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de pessoas cadastradas no PEP com preenchimento do campo CPF para pessoas com 16 anos ou mais}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de pessoas cadastradas no PEP com 16 anos}} \times 100$	PEP	Trimestral	90%	

Nº.	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade avaliação	Meta	Observação
			ou mais				
15	Proporção de cadastros definitivos com número único (DNV ou CPF) para pessoas menores de 16 anos	Proporção de cadastros definitivos com número único em relação ao total de cadastros para pessoas com menos de 16 anos	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de pessoas cadastradas no PEP com preenchimento do campo DNV ou CPF para pessoas com menos de 16 anos}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de pessoas cadastradas no PEP com menos de 16 anos}} \times 100$	PEP	Trimestral	90%	
16	Rotatividade de profissionais nas equipes	Rotatividade (turnover) de profissionais nas equipes de saúde da família	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de profissionais substituídos} + \text{N}^\circ \text{ de profissionais admitidos}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de profissionais ativos no período}}$	CNES	Trimestral	<ou= 5%	<p>Forma clássica de cálculo do turnover: número de demissões mais número de admissões/2 dividido pelo número de funcionários ativos.</p> <p>1) consideram-se apenas os profissionais da equipe mínima de ESF e ESB.</p> <p>2) para substituição consideram-se demissões, transferências e substituições por licença.</p>

17	Proporção de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca com condicionalidades acompanhadas	Número de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca (CFC) acompanhadas no período	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de crianças até 2 anos e gestantes beneficiárias do CFC acompanhadas}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de crianças até 2 anos e gestantes beneficiárias do CFC}}$	Portal Bolsa Família / SUBPAV	Trimestral		Meta: Janeiro/Julho – 20%, Fevereiro/Agosto – 30%, Março/Setembro – 40%, Abril/Octubro – 60%, Maio/Novembro – 80%, Junho/Dezembro – 90%
18	Percentual de escolas e creches no território de referência da Unidade de Saúde com no mínimo uma atividade de promoção, prevenção ou assistência.	Proporção de escolas e creches cobertas na área da Unidade de Saúde de referência.	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de escolas que receberam no mínimo uma ação de saúde no período}}{(D) \text{ Total de escolas da área}} \times 100$	PEP	Mensal (considerar apenas meses letivos das escolas)	90%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade as escolas e creches públicas na área de abrangência com informações como INEP, Endereço, Nome do estabelecimento, número de alunos. Cada equipe de SF e SB deve registrar as atividades realizadas a partir desse cadastro realizado. Nos meses não letivos das escolas, não considerar o mês em questão.
19	Desempenho assistencial	Proporção de famílias com entrega de kits de higiene oral dentre as famílias beneficiárias do programa Bolsa Família	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de famílias beneficiárias do BF cadastradas na área da ESF com kits individuais entregues para todos os seus membros pelos ACS ou ESB}}{\text{Total}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	100%	

			(D) Total de famílias beneficiárias do BF cadastradas na área da ESF				
--	--	--	--	--	--	--	--

Estes indicadores deverão ser disponibilizados pela **CONTRATADA** no Painel de Gestão das Parcerias com Organizações Sociais – OS INFO.

No decorrer do Plano de Trabalho, caso algum Sistema de Informação oficial do Ministério da Saúde ou da SMS – Rio de Janeiro, venha a ser alterado, o mesmo deverá acontecer em relação as “Fontes” descritas nos Eixos 1 a 6 para cada indicador, tendo a OSS que proceder a mudança no mês seguinte a esta alteração.

No caso de surto ou situação de emergência em saúde pública, outros indicadores e estatísticas de doenças de notificação compulsória serão incluídos para acompanhamento.

Ao final de 12 meses de acompanhamento, a SMS–RIO, juntamente com a OSS, deverá rever estes indicadores, com o objetivo de aperfeiçoar o monitoramento proposto, de acordo com as recomendações das diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde – SUS.

B.3.3. PARTE VARIÁVEL 02

O cumprimento de indicadores específicos relacionados a cada unidade de atenção primária destinará um valor trimestral preestabelecido segundo o número de equipes, a ser aplicado na própria unidade de atenção primária. O valor é de até R\$ 3.000,00/trimestre por equipe de saúde da família, observado o limite de 1% da parcela fixa, excluído o valor do investimento, do trimestre previsto no “Anexo Técnico E – Cronograma de Desembolso e Metas Físicas”. O valor mensal pago para cada unidade de atenção primária a título de bônus premial, referente à variável 2, deverá respeitar a proporcionalidade do valor máximo apurado no período, e, o limite de 1% da parcela fixa do trimestre previsto no “Anexo Técnico E – Cronograma de Desembolso e Metas Físicas”.

Para a obtenção do repasse dos recursos da Parte Variável 2 pelas Unidades de Saúde, deverão ser cumpridas 2 (duas) condicionais:

- Do atingimento das metas pelas Equipes de Saúde da Família:
- Cumprimento das metas de 0 a 11 indicadores pelas equipes da unidade, não será repassado nenhum valor.
- Cumprimento das metas de 12 a 16 indicadores pelas equipes da unidade, será repassado 50% do valor do trimestre (até R\$ 1.500,00 Reais por equipe);
- Cumprimento das metas de 17 a 21 indicadores pelas equipes da unidade, será repassado 100% do valor do trimestre (até R\$ 3.000,00 Reais por equipe).

Exemplos: uma unidade com três equipes de saúde da família em que todas essas equipes tenham cumprido a meta de 17 a 21 indicadores, será repassado à unidade 3 x R\$ 3.000,00 Reais = R\$ 9.000,00 no trimestre; uma unidade com 5 equipes em que quatro tenham cumprido a meta de 17 a 21 indicadores e uma tenha cumprido a meta de 12 a 16 indicadores, será repassado à unidade 5 x R\$ 1.500,00 Reais no trimestre; uma unidade com 4 equipes em que duas tenham cumprido a meta de 17

a 21 indicadores, uma equipe cumprido a meta de 12 a 16 indicadores e uma tenha cumprido a meta de 0 a 11 indicadores, não será repassado nenhum valor à unidade.

- Da completude das Fichas de Cadastro do Prontuário Eletrônico (PEP):
- O percentual mínimo de Fichas de Cadastro Individual e Domiciliar com todos os campos preenchidos no PEP é de 90%, em cada um dos meses do trimestre. Somente se este percentual for atingido nos três meses do trimestre, as unidades que atingiram as metas de 17 a 21 indicadores terão 100% do repasse. Se não houver 90% de completude das Fichas de Cadastro, o repasse cairá para 50%. Da mesma forma, as unidades que atingiram as metas de 12 a 16 indicadores só receberão 50% do repasse se a completude das Fichas de Cadastro for de 90% ou mais. Caso seja menor que 90%, o repasse será de apenas 25%.

(*) Os prontuários eletrônicos deverão fornecer relatório com o percentual de fichas de cadastro com todos os campos preenchidos.

A matriz de indicadores a ser utilizada na contratualização da parte variável 02 é constituída por 21 indicadores agrupados em quatro grandes áreas: **acesso, desempenho assistencial, qualidade percebida e desempenho econômico**, conforme Quadro 02 a seguir.

Quadro 02 – Indicadores da **Parte variável 02** – incentivo à qualificação das unidades de saúde

A) Acesso

- A1. Percentagem de consultas ao paciente realizadas pelo seu próprio médico de família.
- A2. Percentagem demanda espontânea em relação ao total de atendimentos.
- A3. Taxa de visitas domiciliares por 1.000 inscritos.
- A4. Taxa de grupos educativos por 1.000 inscritos.
- A5. Proporção de itens da carteira de serviço implementados.
- A6. Percentagem de consultas agendadas não presencialmente, por telefone, e-mail ou plataforma web do prontuário eletrônico.
- A7. Cobertura de primeira consulta odontológica programática.

D) Desempenho Assistencial

- D1. Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia registrado nos últimos 3 anos.
- D2. Percentagem de pessoas cadastradas com diagnóstico de diabetes com pelo menos duas consultas, sendo 1 com médico e 1 com enfermeiro, registradas nos últimos doze meses.
- D3. Percentagem de pessoas cadastradas com diagnóstico hipertensão, com registro de pelo menos 1 consulta médica e 1 consulta de enfermagem no período de 12 meses.
- D4. Percentual de crianças de até 2 anos com cartão de vacinas atualizado.

- D5. Percentual de crianças de até 6 anos com cartão de vacinas atualizado.
- D6. Percentual de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez.
- D7. Percentual de primeiras consultas de puericultura efetuadas até aos 15 dias de vida.
- D8. Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas.
- D9. Percentagem das equipas de Saúde da Família com desempenho acima da média ou muito acima no resultado do PMAQ.

S) Qualidade Percebida

- S1. Percentagem de usuários satisfeitos/muito satisfeitos.

E) Desempenho econômico

- E1. Custo médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia (incluindo medicamentos REMUME) previstos por usuário.
- E2. Percentual de medicamentos prescritos da REMUME.
- E3. Percentual de pacientes encaminhados em relação ao número de pacientes atendidos.
- E4. Percentual de absenteísmo nas consultas/procedimentos agendados no SISREG.

B.3.3.1. QUADRO DE PARÂMETROS DE VALORES DE METAS 1º ANO DE CONTRATO (parte variável 02).

A seguir estão descritos os valores de parâmetro para as metas dos indicadores da Parte Variável 02.

INDICADORES DE ACESSO

Nº.	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade	Meta
A1	Acesso	Percentagem de consultas ao paciente pelo seu próprio médico de família	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de consultas médicas realizadas a pacientes da equipe pelo próprio médico da equipe}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ de consultas médicas realizadas a pacientes da equipe na unidade}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	70% a 95%
A2	Acesso	Percentagem de demanda espontânea em relação ao total de atendimentos	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ consultas realizadas sem agendamento prévio (demanda espontânea) por médicos, enfermeiros e dentistas da equipe}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de consultas realizadas por médicos, enfermeiros e dentistas da equipe}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 40%, Máximo 80%
A3	Acesso	Taxa de visitas domiciliares	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de visitas domiciliares realizadas pela equipe em 3 meses (médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem, ACS, CDs, ASB, TSB)}}{1.000} \times 100$ (D) N° total de cadastrados na área da equipe	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 300/1.000 (sem SB) ou 320/1.000 (com SB)
Nº.	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade	Meta

A4	Acesso	Taxa de grupos educativos	(N) Nº de atividades educativas em grupo realizadas pela equipe em 3 meses (médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem, ACS, CD, ASB, TSB) _____ x 1.000 (D) Total de cadastrados na área da equipe	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 6/1.000 (sem SB) ou 12/1.000 (com SB)
A5	Acesso	Proporção de itens da Carteira de Serviços implementados	(N) Nº de itens da carteira de serviços implementados pela equipe de SF e SB _____ X 100 (D) Total de ações da carteira de serviços	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 90%
A6	Acesso	Percentagem de consultas agendadas não presencialmente, por telefone, e-mail ou plataforma web do prontuário eletrônico	(N) Nº de consultas (médicos, enfermeiros e dentistas da ESF e ESB) agendadas por telefone, e-mail ou plataforma web do prontuário eletrônico _____ x 100 (D) Nº total de consultas (médicos, enfermeiros e dentistas) agendadas no mês pelas ESF e ESB da unidade	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 10%
A7	Acesso	Cobertura de primeira consulta odontológica programática	(N) Nº de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas nos últimos 3 meses _____ x 100 (D) População cadastrada na área da unidade x (Nº de ESB ÷ Nº de ESF)	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	>ou= 3%

INDICADORES DE DESEMPENHO ASSISTENCIAL

Nº.	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade	Meta
D1	Desempenho assistencial	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia registrado nos últimos 3 anos	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de mulheres entre 25 e 64 anos pertencentes a área de abrangência da equipe com registro de colpocitologia do colo uterino nos últimos 3 anos}}{100 (D) \text{ N}^\circ \text{ total de mulheres entre 25 e 64 anos cadastradas no PEP residentes na área de abrangência da equipe}} \times$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 80%
D2	Desempenho assistencial	Percentual de pessoas com diagnóstico de diabetes com pelo menos duas consultas, sendo 01 com médico E 01 com enfermeiro, registradas nos últimos 12 meses	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de pessoas cadastradas com diagnóstico de diabetes na área de abrangência da equipe com pelo menos duas consultas, 01 com médico e 01 com enfermeiro, registradas nos últimos 12 meses}}{100 (D) \text{ N}^\circ \text{ total de pessoas cadastradas com diagnóstico de diabetes cadastradas na área de abrangência da equipe}} \times$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 70%
Nº.	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade	Meta

D3	Desempenho assistencial	Percentual de pessoas cadastradas com diagnóstico de hipertensão com registro de pelo menos 01 consulta médica e 01 de enfermagem no período de 12 meses.	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de pessoas cadastradas com diagnóstico de hipertensão na área de abrangência da equipe com pelo menos 01 consulta médica E 01 de enfermagem no período de 12 meses}}{100 (D) \text{ N}^\circ \text{ total de pessoas cadastradas com diagnóstico de hipertensão na área de abrangência da equipe}}$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 70%
D4	Desempenho assistencial	Percentual de crianças de até 2 anos com cartão de vacinas atualizado	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de crianças até 2 anos pertencentes a área de abrangência da equipe cadastradas com registro de todas as vacinas do calendário vacinal em dia}}{100 (D) \text{ N}^\circ \text{ total de crianças até 2 anos cadastrados na área de abrangência da equipe}}$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 90%
Nº.	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade	Meta

D5	Desempenho assistencial	Percentual de crianças de até 6 anos com cartão de vacinas atualizado	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de crianças até 6 anos pertencentes a área de abrangência da equipe cadastradas com registro de todas as vacinas do calendário vacinal em dia}}{100 (D) \text{ N}^\circ \text{ total de crianças até 6 anos cadastrados na área de abrangência da equipe}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 80%
D6	Desempenho assistencial	Percentual de consultas pré-natal primeiro trimestre de gravidez	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de gestantes com pré natal encerrado no trimestre pertencentes a área de abrangência da equipe com registro de consulta no primeiro trimestre de gravidez}}{100 (D) \text{ N}^\circ \text{ total de gestantes cadastradas na área de abrangência da equipe com pré-natal encerrado no trimestre}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 80%
D7	Desempenho assistencial	Percentual de primeiras consultas de puericultura efetuadas até 15 dias de vida	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de crianças que completaram 3 meses no período em análise pertencentes a área de abrangência da equipe cadastradas com registro de 1ª consulta realizada até 15 dias de vida}}{100 (D) \text{ N}^\circ \text{ total de crianças que completaram 3 meses no período em análise cadastradas na área de abrangência da equipe}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 80%
Nº.	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade	Meta

D8	Desempenho assistencial	Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de tratamentos concluídos pelo cirurgião dentista da equipe de SB nos últimos 12 meses}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ de consultas odontológicas programáticas pelo cirurgião dentista da equipe de SB nos últimos 12 meses}}$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	$\geq 0,6$
D9	Desempenho das ESF no PMAQ	Percentagem das equipes de Saúde da Família com desempenho acima da média ou muito acima da média no resultado do PMAQ	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de equipes de Saúde da Família com resultado Acima da Média e Muito acima da média}}{(D) \text{ Número total de ESF da unidade de saúde}} \times 100$	Relatório de resultados PMAQ (**)	Trimestral	Mínimo 80%

(**) Para a contabilização do número de equipes de Saúde da Família de cada unidade será considerada a quantidade de equipes de saúde da família no CNES, do último mês de referência definido pelo Ministério da Saúde como a competência para a adesão ao ciclo do PMAQ em análise. Por exemplo, no segundo ciclo, maio de 2013 foi o último mês de competência definido pelo Ministério da Saúde. Com isso o número de equipes de saúde da família da unidade deve considerar este mês. As novas equipes implantadas, após esta data, não serão contabilizadas no numerador e no denominador. Cada ciclo do PMAQ tem duração entre 18 e 24 meses. Uma vez divulgado pelo Ministério da Saúde o resultado no 2º ciclo do PMAQ, a unidade de saúde pontuará este indicador até serem publicados os resultados do 3º ciclo e assim sucessivamente. No terceiro ciclo, devido às mudanças no edital do PMAQ, as faixas de desempenho consideradas para o alcance deste indicador serão Ótimo e Muito Bom.

INDICADOR DE QUALIDADE PERCEBIDA

Nº.	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade	Meta
-----	------	-------------	--------------------	-------	---------------	------

S1	Qualidade Percebida	Percentagem de usuários satisfeitos/muito satisfeitos	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de usuários satisfeitos/muito satisfeitos atendidos na unidade de saúde}}{(D) \text{ Total de usuários que preencheram o registro de satisfação no período em análise}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 80%
----	---------------------	---	---	-----------------------------	------------	------------

INDICADORES DE DESEMPENHO ECONÔMICO

Nº.	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade	Meta
E1	Desempenho econômico	Custo médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia (incluindo medicamentos REMUME) previstos por usuário	$\frac{(N) \text{ Somatório do valor dos exames de SADT e medicamentos REMUME solicitados pelos médicos de cada equipe (fonte valores tabela SIGTAP) no trimestre avaliado}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de usuários atendidos pelos médicos de cada equipe no trimestre avaliado}}$	Prontuário Eletrônico (PEP) (Tabela SIGTAP como parâmetro)	Trimestral (a partir do 4º mês da Clínica)	Máximo R\$41,80

Nº.	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade	Meta
E2	Desempenho econômico	Percentual de medicamentos prescritos da REMUME	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de itens diferentes de medicamentos pertencentes a REMUME prescritos pelos médicos de cada equipe nos últimos 3 meses}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de itens diferentes de medicamentos prescritos pelos médicos de cada equipe últimos 3 meses}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 90%
E3	Desempenho econômico	Percentual de pacientes encaminhados em relação ao número de pacientes atendidos	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de pacientes atendidos pelo médico de cada equipe (pacientes da área e fora de área) nos últimos 3 meses e que foram encaminhados a algum serviço/especialidade}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de pacientes atendidos pelo médico de cada equipe (pacientes da área e fora de área) nos últimos 3 meses}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Máximo 20%
Nº.	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade	Meta

E4	Desempenho econômico	Percentual de absenteísmo nas consultas/procedimentos agendados no SISREG	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de pacientes que faltaram a consulta especializada ou a realização de exame complementar pertencentes a área de abrangência da equipe, nos últimos 3 meses}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de pacientes agendados para exames ou encaminhamentos especialistas no SISREG (para consultas ou exames) pertencentes à área de abrangência da equipe nos últimos 3 meses}} \times 100$	SISREG(***)	Trimestral	Máximo 30%
----	----------------------	---	---	-------------	------------	------------

(***) A fonte deste indicador permite extração do resultado por unidade, desta forma, será considerado o mesmo resultado para cada equipe da unidade, ou seja, uma unidade com 4 equipes que apresentou resultado de 25% no SISREG terá para cada equipe o resultado de 25%. Este indicador não será considerado para unidades tipo B.

B.3.3.2. CONTRATUALIZAÇÃO DOS INCENTIVOS FINANCEIROS COM A UNIDADE DE SAÚDE (Parte Variável 02).

A definição das metas, a partir do 2º ano de contrato com as OSS depende da pactuação a ser efetuada entre a unidade e a CAP e deverá levar em consideração o comportamento dos indicadores na própria unidade. As metas deverão ser definidas em função do número de meses previstos de funcionamento da unidade com saúde da família para o ano – será apenas considerado o número de meses completos de atividade.

No primeiro ano do contrato de gestão a SMS definirá as metas, que servirão, junto com a série histórica dos indicadores por equipe de saúde da família, para a pactuação que deverá ser feita entre a CAP e cada equipe de saúde da família. Esta pactuação deverá ser realizada por escrito, equipe a equipe, em forma de contrato de gestão celebrado entre ambas as partes.

Nos indicadores de eficiência, uma vez que ainda existem limitações nos sistemas de informação de suporte ao processo de contratualização para o primeiro ano do contrato de gestão, estes serão

contratualizados apenas em relação aos medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica disponíveis pelo SUS, considerando-se o preço de compra pela SMS.

B.3.3.3. MONITORAMENTO DOS INDICADORES (PARTE VARIÁVEL 02).

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

As OSS devem enviar trimestralmente mapas de acompanhamento a CTA e a unidade. Sempre que existam incongruências entre os dados da OSS e da unidade, e não sejam apurados os motivos de discordância, os dados registrados devem ser auditados pela CAP.

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

A unidade deverá elaborar um relatório de atividades que indique o compromisso assistencial realizado em relação ao contratualizado e remetê-lo a CAP. No relatório deverão estar explícitas as razões pelas quais algumas metas possam não ter sido alcançadas, ou os motivos que levaram à superação das metas previstas.

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

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

Caberá às CTAs aprovar o Plano de Aplicação de Incentivos (parte variável 02), garantindo assim a destinação orçamentária para o valor em questão. Caso o Plano de Aplicação de Incentivos não vá ao encontro da estratégia local de saúde definida pela CAP, esta deverá negociar com a unidade de saúde, dentro dos prazos previstos, as alterações necessárias no referido plano.

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

B.3.3.4. ORIENTAÇÕES PARA PAGAMENTO POR PERFORMANCE QUANTO À QUALIDADE PERCEBIDA / SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

A qualidade percebida é um dos indicadores que compõem a **Variável 02** do Pagamento por Performance.

- Para o registro da satisfação, deve-se utilizar questionário padrão definido pela SMS. O podendo ser em totem com que facilite a visualização e a coleta das informações;
- Os usuários poderão registrar satisfação apenas uma vez para cada motivo de procura à unidade de saúde e apenas **no mesmo dia do atendimento e com identificação de CPF**;
- Não se deve induzir ou sugerir uma resposta aos usuários;
- O prontuário eletrônico deve gerar um relatório nominal de pessoas que registraram a informação de satisfação dos usuários contendo as seguintes informações:

NOME DO USUÁRIO;

EQUIPE DE SAÚDE;

DATA DO REGISTRO;

HORA DO REGISTRO;

MOTIVO DO ATENDIMENTO;

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

B.3.4. PARTE VARIÁVEL 03

A variável 3 consiste em um recurso pago trimestralmente tendo como valor de referência o salário base de cada profissional, sob a forma de Unidades Contábeis (UC). Cada equipe terá como limite mínimo para receber o incentivo, 60 UCs no trimestre, no somatório de pelo menos cinco grupos de ações. O limite máximo de UC por trimestre é de até 300 UCs, o que corresponde a até 10% da soma dos salários base do trimestre (o que equivale a 10% do salário mensal), observado o limite de 2% da parcela fixa, excluído o valor do investimento, do trimestre previsto no “Anexo Técnico E – Cronograma de Desembolso e Metas Físicas”. O valor mensal pago aos profissionais a título de bônus premial, referente à variável 3, deverá respeitar a proporcionalidade do valor máximo de UCs apurado no período, e, o limite de 2% da parcela fixa do trimestre previsto no “Anexo Técnico E – Cronograma de Desembolso e Metas Físicas”.

A quantidade de UC a ser repassada está condicionada ao cumprimento de indicadores específicos relacionados a cada equipe de saúde da família e saúde bucal.

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são o pilar central do sistema de saúde. Os centros de saúde com equipes de saúde da família e saúde bucal constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de assistência, além de promoção da saúde e prevenção da doença. Também são responsáveis pelo encaminhamento a outros serviços para a continuidade dos cuidados.

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

Os Centros de Saúde e as Clínicas da Família são unidades operativas das CAP com autonomia funcional e técnica, e devem garantir aos cidadãos inscritos uma carteira básica de serviços definida pela Superintendência de Atenção Primária – S/SUBPAV/SAP.

Nem todas as unidades de atenção primária no Município do Rio de Janeiro estão no mesmo plano de desenvolvimento organizacional. A diferenciação entre os vários modelos de unidades de atenção primária (A, B e C) é resultante da organização do processo de trabalho, conforme quadro a seguir.

Quadro 03 – Modelos de unidades de atenção primária existentes no município do Rio de Janeiro

<p>Modelo A. Todo o território é coberto pelas equipes de saúde da família e saúde bucal, e a unidade está dividida em Equipes de Saúde da Família. Nesta unidade, todo usuário deve conhecer sua equipe e os nomes dos profissionais de referência para seu atendimento.</p>
--

Modelo B. Somente uma parte do território é coberta com as equipes de saúde da família e saúde bucal.

Modelo C. A unidade ainda não trabalha na estratégia de Saúde da Família.

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

De 2010 a 2012, a PCRJ e a SMS identificaram a contratualização como ponto fundamental indutor de maior responsabilização e exigência, sempre no sentido de alcançar melhores resultados em saúde, com maior eficiência. O objetivo é evoluir como os melhores sistemas de saúde do mundo, onde é avaliado o desempenho clínico de cada profissional da rede.

Os modelos A e B terão incentivos aferidos para atividades específicas. Estes incentivos devem criar condições para o desenvolvimento de ambientes de motivação dos profissionais, ao atribuir às equipes melhorias nas unidades de saúde, no contexto físico do seu exercício, no reforço de competências pela facilitação do acesso a ações de formação, e ao atribuir aos profissionais, gratificações associadas ao desempenho.

Esses indicadores levam em consideração as especificidades locais, uma vez que é facultado ao profissional a composição do resultado final do conjunto de indicadores alcançado, dentro de um conjunto de indicadores.

Com isso, espera-se que as equipes desenvolvam a cultura de gestão da clínica, percebendo que não basta apenas atingir alguns indicadores, mas que em conjunto eles induzem uma boa prática clínica. Por exemplo, não serão esperados apenas que as equipes atinjam bons resultados na captação precoce de gestantes no pré-natal, mas saber quantas gestantes além da captação precoce realizaram um bom pré-natal. Para realizar um bom pré-natal alguns outros indicadores importantes, como ter realizado exames VDRL, hepatite B e HIV, ter realizado um mínimo de 7 consultas, entre outros.

ORIENTAÇÕES PARA REPASSE DOS INCENTIVOS FINANCEIROS AOS PROFISSIONAIS (PARTE VARIÁVEL 03).

A remuneração por desempenho será calculada pelas Unidades Contábeis (UC) alcançadas pela equipe. Portanto em uma mesma unidade, as diferentes equipes de saúde da família poderão ter quantidade de UCs diferentes entre no trimestre.

A remuneração por desempenho abrange apenas os profissionais da equipe mínima de saúde da família (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários) e de saúde bucal (dentista, TSB e ASB).

Uma equipe terá como limite mínimo o quantitativo de 60 UCs no trimestre, distribuídas no somatório de pelo menos cinco grupos de ações. O teto máximo será de 300 UCs no trimestre, o que corresponde a até 10% da soma dos salários base dos 3 meses, vide regra geral.

Dentro da mesma **equipe de saúde da família**, todos os profissionais da equipe mínima terão obtido a mesma quantidade de UCs no trimestre. O cálculo do valor em reais (R\$) a ser repassado para cada

A	100UC	=100 x 33,33% = 33 UC
B	200UC	=200 x 33,33% = 67 UC
C	300UC	=300 x 33,33% = 100 UC

TOTAL no TRIMESTRE: 200 UC

Neste exemplo, a quantidade de UC no trimestre para a ESB foi de 200 UC, cujo valor a ser repassado a cada profissional da ESB pode ser demonstrado abaixo:

Exemplo 2 - cálculo em reais (R\$) - valores fictícios

NOME PROFISSIONAL	CATEGORIA	SALÁRIO BASE DO PROFISSIONAL	N de UC no TRIMESTRE	VALOR R\$ NO TRIMESTRE
AAAAAAAAAAAAA	DENTISTA	R\$	200	R\$ 20%
BBBBBBBBBBBBB	TSB	R\$	200	R\$ 20%
CCCCCCCCCCCCC	ASB	R\$	200	R\$ 20%

B.3.4.1. CONTRATUALIZAÇÃO DOS INCENTIVOS FINANCEIROS COM OS PROFISSIONAIS – PARTE VARIÁVEL 03.

As unidades de modelo A e B são unidades funcionais com mais transformações organizacionais, onde os processos de trabalho nas equipes de saúde família já estão adequados à Política Nacional de Atenção Básica. Nestas unidades os profissionais estarão submetidos a um nível de contratualização com **patamares de desempenho mais exigentes**.

Com base na reforma dos cuidados primários em Portugal, considerando a matriz de avaliação da atenção primária no *National Health Service* (NHS) inglês, na Política Nacional de Atenção Básica, definimos um conjunto de ações de acompanhamento a serem remuneradas como parte variável dos vencimentos a ser paga trimestralmente pela OSS aos profissionais de saúde das equipes de saúde da família e saúde bucal.

A compensação prevista está associada ao acompanhamento dos usuários vulneráveis e de risco, segundo as orientações técnicas das Linhas de Cuidado da Superintendência de Atenção Primária – S/SUBPAV/SAP, nos termos apresentados no quadro a seguir:

Quadro de indicadores da **Parte Variável 03** - incentivo à gestão da clínica

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
01	Acompanhamento em planejamento reprodutivo de uma mulher em idade fértil, por ano	01
02	Acompanhamento em planejamento reprodutivo de uma mulher em idade fértil, com inserção de DIU ou realização de esterilização feminina, por ano	01
03	Acompanhamento de uma gravidez	08
04	Acompanhamento de uma criança, no primeiro ano de vida, por ano	06
05	Acompanhamento de uma criança, no segundo ano de vida, por ano	04
06	Acompanhamento de uma pessoa diabética, por ano	06
07	Acompanhamento de uma pessoa hipertensa, por ano	02
08	Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de tuberculose	08
09	Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de hanseníase	10
10	Acompanhamento de uma pessoa com transtorno ou necessidades relacionadas ao consumo de álcool e/ou outras drogas	4

A descrição de cada ação de acompanhamento é apresentada a seguir.

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
01	ACOMPANHAMENTO EM PLANEJAMENTO REPRODUTIVO DE UMA MULHER EM IDADE FÉRTIL, POR ANO	01
<p><u>PLANEJAMENTO REPRODUTIVO I</u></p> <p>Uma usuária é considerada neste grupo se for verdadeira a condição [A e B e C e D e E e F]: uma mulher em idade fértil, por ano</p> <p>A. Ser do sexo feminino.</p> <p>B. Ter entre [10;50[anos (idade calculada para o último dia do período em análise).</p> <p>C. Ter realizado pelo menos uma consulta médica ou de enfermagem durante o período em análise (12 meses) com registro parametrizado de um dos códigos do ICPC-2 ou CID que permitem codificar o planejamento familiar (W10, W11, W12, W13, W14 ou W15; Z300-Z309 ou N970-N978).</p> <p>D. Nas mulheres com idades entre [25, 50[anos, ter pelo menos um registro de resultado de colpocitologia nos 36 meses que antecedem a data fim do período em análise.</p>		

E. Estar cadastrada na unidade.

F. Estar com o calendário vacinal atualizado e todos os registros no prontuário.

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
02	ACOMPANHAMENTO EM PLANEJAMENTO REPRODUTIVO DE UMA MULHER EM IDADE FÉRTIL, COM INSERÇÃO DE DIU OU ESTERILIZAÇÃO FEMININA, POR ANO	01

PLANEJAMENTO REPRODUTIVO II

Uma usuária é considerada neste grupo se for verdadeira a condição [A e B e C e D e E e F e G ou H]:
uma mulher em idade fértil, por ano

A. Sexo feminino.

B. Ter entre [10;50[anos (idade calculada para o último dia do período em análise).

C. Ter realizado pelo menos uma consulta médica ou de enfermagem durante o período em análise (12 meses) com registro parametrizado de um dos códigos do ICPC-2 ou CID que permitem codificar o planejamento familiar (W10, W11, W12, W13, W14 ou W15; Z300-Z309 ou N970-N978).

D. Nas mulheres com idades entre [25, 50[anos, ter pelo menos um registro de resultado de colpocitologia nos 36 meses que antecedem a data fim do período em análise.

E. Estar com o calendário vacinal atualizado e todos os registros no prontuário.

F. Estar cadastrada na unidade.

G. Consulta médica com a inserção de DIU (CID: Z30.1 ou 03.01.04.002 -8 - ATENDIMENTO CLINICO PARA INDICACAO, FORNECIMENTO E INSERCAO DO DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)).

H. Preparação para esterilização feminina (aconselhamento, atividade educativa, consentimento informado, pré-operatório para laqueadura tubária) e registro no prontuário da realização do procedimento (CID Z30.2).

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
03	ACOMPANHAMENTO DE UMA GRAVIDEZ	08

SAÚDE MATERNA:

Uma usuária é considerada neste grupo se forem verdadeiras a condição [A e B e C e D e E e F e G]:

A. Sexo feminino com pré-natal encerrado no período de vigência.

B. Ter efetuado consulta ou visita médica ou de enfermagem de revisão do puerpério no período em análise e, no máximo, 7 dias após o parto, registrada por qualquer médico ou qualquer enfermeiro, com a descrição de "revisão do puerpério".

C. Ter efetuado a primeira consulta de gravidez antes da 12ª semana - [0; 12[de gestação.

D. Ter realizado pelo menos 7 consultas de pré-natal médicas e/ou de enfermagem até à 42ª semana - [0; 42]: com aferição de PA durante a consulta e ter registro de resultado dos testes/exames anti-HIV, hepatite B e sífilis realizados até a 24ª semana de gestação. Estas consultas devem ter registro parametrizado que permitem codificar gravidez - (W78, W79 ou W84 ou O00-O01, O10-O16, O24-O26.5, O26.8-O26.9, O30-O48, Z321-Z369).

E. A usuária deve estar cadastrada na equipe.

F. Ter registro de pelo menos 4 visita do ACS desde o diagnóstico da gravidez, sendo uma delas em até 7 dias após a data do parto.

G. Ter realizado pelo menos uma consulta odontológica e/ou procedimento clínico em Saúde Bucal. Caso não haja ESB vinculada à equipe, este item não se aplica.

Obs. 1: Toda gestante com mais de 40 dias da data prevista de parto deve ser automaticamente excluída da lista de gestantes ativas do prontuário.

Obs. 2: para considerar uma gestante ativa no prontuário, o profissional deve registrar uma consulta com o código do CID10 de gestação e ativar a linha de cuidado.

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
04	ACOMPANHAMENTO DE UMA CRIANÇA, NO PRIMEIRO ANO DE VIDA, POR ANO	06

SAÚDE INFANTIL - 1º ANO DE VIDA

Um usuário é considerado neste grupo se for verdadeira a condição [A e B e C e D e E e F e G e H e I e J]:

A. Ter completado um ano de vida durante o período em análise.

B. Ter tido a primeira consulta médica ou de enfermagem até ao 15º dia de vida [0, 15 dias].

C. Ter realizado pelo menos 5 consultas médicas ou de enfermagem de acompanhamento em saúde infantil (puericultura) até aos 11 meses de vida - [0, 330] dias.

D. Ter pelo menos 3 registros parametrizado de avaliação do desenvolvimento psicomotor até os 11 meses de vida - [0, 330] dias. Podem ser realizados por médico ou por enfermeiro.

E. Ter recebido ao menos 5 visitas domiciliares do ACS aos 11 meses de vida, sendo a primeira até o 7º dia de vida - [0, 330] dias.

- F. Estar com o calendário vacinal em dia e todos os registros vacinais devidamente preenchidos no prontuário.
- G. Ter registro de coleta do teste do pezinho (realizado entre 3º e 5º dias de vida).
- H. Ter registro de avaliação nutricional com registro de IMC em cada consulta.
- I. Ter realizado pelo menos uma consulta odontológica ou participação em grupo educativo com dentista, TSB ou ASB. Caso não haja ESB vinculada à equipe, este item não se aplica.
- J. Não ter recebido UC no grupo de ação 04 para o mesmo paciente.

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
05	ACOMPANHAMENTO DE UMA CRIANÇA, NO SEGUNDO ANO DE VIDA, POR ANO	04

SAÚDE INFANTIL - 2º ANO DE VIDA

Um usuário é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A e B e C e D e E e F]:

- A. Ter completado dois anos de vida durante o período em análise.
- B. Ter pelo menos 3 consultas com registros parametrizados de avaliação do desenvolvimento psicomotor, peso e altura (pelo menos 1 consulta do médico e uma consulta do enfermeiro) entre os 12 e os 24 meses de vida - [365, 730] dias.
- C. Ter recebido pelo menos 2 visitas do ACS entre os 12 e os 24 meses de vida - [365, 730] dias.
- D. Estar com o calendário vacinal completo e todos os registros preenchidos no prontuário eletrônico.
- E. Ter realizado pelo menos uma consulta odontológica ou participação em grupo educativo com dentista, TSB ou ASB, entre 12 e 24 meses de vida. Caso não haja ESB vinculada à equipe, este item não se aplica.
- F. Não ter recebido UC no grupo de ação 05 para o mesmo paciente.

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
06	O ACOMPANHAMENTO DE UMA PESSOA DIABÉTICA, POR ANO	06

DIABETES

Um usuário é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A e B e C e D e E e F e G e H e I]

- A. Ter o diagnóstico de Diabetes Mellitus (códigos T89 ou T90 da ICPC-2 ou E10-E14.9) na lista de problemas, com estado ativo, e inserção na linha de cuidados correspondente.

B. Ter realizado pelo menos uma consulta médica e uma consulta de enfermagem durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.
C. Ter pelo menos dois registros de pressão arterial e IMC (realizados em dias diferentes) durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.
D. Ter pelo menos um registro de resultado de hemoglobina A1C inferior ou igual a 8%, realizado durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.
E. Ter pelo menos 3 visitas do ACS, realizadas durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.
F. Ter pelo menos 1 registro de resultado de colesterol total E colesterol HDL E triglicerídeos realizados durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.
G. Ter ao menos uma avaliação dos pés registrada durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.
H. Ter realizado pelo menos uma consulta odontológica ou orientação em Saúde Bucal por dentista nos últimos 12 meses. Caso não haja ESB vinculada à equipe, este item não se aplica.
I. Não ter recebido UC no grupo de ação 06 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
07	ACOMPANHAMENTO DE UMA PESSOA HIPERTENSA, POR ANO	02
<p><u>HIPERTENSÃO</u></p> <p>Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras a condição [A e B e C e D e E e F]:</p> <p>A. Ter o diagnóstico de hipertensão arterial (códigos K86 ou K87 da ICPC-2 ou I10-I15.9) na lista de problemas, com estado ativo e inserção na linha de cuidados correspondente.</p> <p>B. Ter realizado pelo menos uma consulta médica e uma consulta de enfermagem durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.</p> <p>C. Ter pelo menos 2 registros de pressão arterial e IMC (realizados em dias diferentes) durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise, sendo pelo menos um deles com valor de pressão arterial sistólica inferior ou igual a 140 mmHg e de pressão arterial diastólica inferior ou igual a 90 mmHg,</p> <p>D. Ter pelo menos um registro de resultados de colesterol total E colesterol HDL E triglicerídeos realizados durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.</p> <p>E. Ter registro de entrada no programa do tabagismo da unidade (CID-10 F17- F17.9; Z72.0; T65.2 e/ou grupo educativo com o tema tabagismo) (caso o paciente não seja tabagista, considerar este item atendido desde que tenha registro de não-tabagismo no prontuário).</p> <p>F. Não ter recebido UC no Grupo de Ação 07 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.</p>		

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
08	ACOMPANHAMENTO DE UMA PESSOA EM ALTA POR CURA DE TUBERCULOSE	08

TUBERCULOSE

Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A e B e C e D e E e F e G e H e I]:

- A. Ter registro do número do SINAN no PEP para o paciente acompanhado.
- B. Ter realizado pelo menos 2 consultas médicas e 4 de enfermagem no período do tratamento.
- C. Ter alta por cura da tuberculose registrada no PEP.
- D. Ter registro, no campo apropriado do PEP, do resultado de teste rápido molecular e/ou baciloscopia de escarro no momento do diagnóstico.
- E. Ter registro, no campo apropriado do PEP, de resultado de teste/exame anti-HIV até o 2o mês de tratamento.
- F. Ter registro, no campo apropriado do PEP, de avaliação de todos os contatos, com pelo menos uma consulta (CID Z20.1) e registro de raio X dentro dos 6 meses após o diagnóstico do caso índice.
- G. Ter recebido pelo menos uma visita durante o período de tratamento, com intervalos de 30 dias entre as visitas.
- H. Ter realizado pelo menos uma consulta odontológica ou participação em grupo educativo com dentista, TSB ou ASB, nos últimos 12 meses. Caso não haja ESB vinculada à equipe, este item não se aplica.
- I. Não ter recebido UC no Grupo de Ação 08 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
09	ACOMPANHAMENTO DE UMA PESSOA COM ALTA POR CURA HANSENÍASE	10

HANSENIASE

Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A e B e C e D e E e F e G]:

- A. Ter registro de alta por cura da hanseníase no PEP.
- B. Ter realizado pelo menos 3 consultas médicas e 7 de enfermagem para multibacilares e 2 consultas médicas e 4 de enfermagem para paucibacilares no período do tratamento.
- C. Ter recebido do ACS ao menos uma visita durante o período de tratamento da hanseníase, com intervalos de 30 dias entre as visitas (paucibacilares 6 meses, multibacilares 12 meses).

- D. Ter registro e encerramento do caso no PEP.
- E. Ter registro de avaliação de incapacidades físicas.
- F. Ter registro de exame clínico dos contatos intradomiciliares com vacinação BCG e exame dermatoneurológico.
- G. Não ter recebido UC no Grupo de Ação 09 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
10	ACOMPANHAMENTO DE UMA PESSOA COM TRANSTORNO OU NECESSIDADES RELACIONADAS AO CONSUMO DE ÁLCOOL E/OU OUTRAS DROGAS	04
<p>Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras a condição [(A ou B) e C e D e E e F]:</p> <p>A. Ter diagnóstico de transtorno mental e comportamental devido ao uso de álcool e/ou outras drogas* (CID F10, F11, F12, F13, F14, F15, F16, F18, F19).</p> <p>B. Ter diagnóstico de tabagismo (CID F17- F17.9; Z72.0; T65.2).</p> <p>C. Ter realizado pelo menos 4 consultas médicas ou de enfermagem ou grupo terapêutico por profissional de nível superior, nos últimos 6 meses.</p> <p>D. Ter recebido do ACS no mínimo 3 visitas nos últimos 6 meses.</p> <p>E. Ter registro, no mínimo, de uma avaliação de profissional de saúde mental (psicólogo, psiquiatra ou assistente social) do NASF. Este item não se aplica para equipes que não tenham NASF.</p> <p>F. Ter realizado pelo menos uma consulta odontológica ou orientação em Saúde Bucal por dentista nos últimos 12 meses.</p>		

INDICADORES UPA

Quadro I – Indicadores componentes da Variável 01.

	INDICADOR	FÓRMULA	META
DESEMPENHO DA GESTÃO			
1	Percentual de BAE dentro do padrão de conformidades.	$\frac{\text{Total de BAE dentro do padrão de conformidade}}{\text{Total de BAE analisados}} \times 100$	>90%
2	Índice de absenteísmo.	$\frac{\text{Horas líquidas faltantes}}{\text{Horas líquidas disponível}} \times 100$	<3%

3	Taxa de Turn-over.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Demissões} + \text{N}^\circ \text{ de Admissões}}{2} \times 100$ Nº de Funcionários ativo (no último dia do mês)	≤ 3,5
4	Treinamento hora homem.	$\frac{\text{Total de horas homem treinados no mês}}{\text{Número funcionários ativos no período.}}$	1,5h homem treinado /
5	Relatórios assistenciais e financeiros entregues no padrão e no prazo.	Relatórios assistenciais e financeiros entregues no padrão definido pela SMS até o 5º dia útil do mês.	Até o 5º dia útil
6	Preenchimento adequado de fichas SINAN em todos os casos previstos	$\frac{\text{Número de fichas SINAN preenchidas} \times 100}{\text{Total de situações com SINAN obrigatório}}$	100%

Quadro II – Repasse referente aos indicadores da variável 01

Nº	Indicadores para Variável 01	% a incidir sobre a variável 01	% a incidir sobre o total do contrato
1	Percentual de BAE dentro do padrão de conformidades	16%	0,24%
2	Índice de absenteísmo.	16%	0,24%
3	Taxa de Turn-over.	16%	0,24%
4	Treinamento hora homem.	16%	0,24%
5	Relatórios assistenciais e financeiros entregues no padrão e no prazo.	16%	0,24%
6	Preenchimento adequado de fichas SINAN em todos os casos previstos	20%	0,30%
Totais		100%	1,5%

1 – PARTE VARIÁVEL 02 – incentivo institucional à Unidade de Saúde

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

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

A **CONTRATADA** para fazer jus aos recursos orçamentários da parte variável 02, com periodicidade trimestral, que corresponde a até **2,0%** do valor total conforme cronograma de desembolso (item UPA), deverá apresentar um relatório contendo os indicadores pré-estabelecidos pela SMS/RJ,

definidos no Quadro III.

O valor está condicionado ao percentual cumprido do conjunto de metas estabelecidas para o respectivo trimestre, e para tal a UNIDADE DE SAÚDE deverá apresentar um PLANO DE APLICAÇÃO dos recursos. O percentual do repasse será calculado conforme quadro IV. Os recursos deverão ser aplicados em melhorias para a própria unidade.

Quadro III – Indicadores para a Variável 02.

	INDICADOR	FÓRMULA	META
DESEMPENHO ASSISTENCIAL			
1	Percentagem de pacientes atendidos por médico.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de atendimentos médicos}}{\text{total de pacientes acolhidos}} \times 100$	≥70%
2	Percentual de pacientes atendidos por médico após acolhimento e classificação de risco pelo enfermeiro conforme protocolo.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes atendidos por médico de acordo com tempo definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados com risco}} \times 100$	100% Observação: Vermelho: ≤ 15 minutos Amarelo: ≤ 30 minutos Verde: até 1 hora Azul: até 24hs ou redirecionado à rede
3	Tempo de permanência na emergência.	$\frac{\sum \text{do número de pacientes dia na observação}}{\text{Número de saídas}}$	< 24 horas
4	Taxa de Mortalidade na unidade de Emergência (sala amarela e vermelha) ≤24h.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de óbitos em pacientes em observação } \leq 24 \text{ (sala amarela +vermelha)}}{\text{Total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)}} \times 100$	< 4%
5	Taxa de Mortalidade na unidade de Emergência (sala amarela e vermelha) ≥ 24h.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de óbitos em pacientes em observação } \geq 24 \text{ (sala amarela +vermelha)}}{\text{Total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)}} \times 100$	< 7%
6	Percentual de pacientes com diagnóstico de sepses que iniciaram antibioticoterapia em até 2 horas.	$\frac{\text{Total de pacientes com antibióticos infundidos em um tempo } < 2 \text{ horas na SEPSE}}{\text{Total de pacientes com diagnóstico de sepses}} \times 100$	100%
7	Percentagem de tomografias realizadas em pacientes com AVC.	$\frac{\text{Total de pacientes com AVC que realizaram TC}}{\text{Total de pacientes com diagnóstico de AVC}} \times 100$	100%

8	Percentual de Trombólise realizadas no tratamento do IAM com supra de ST.	$\frac{\text{Total de pacientes IAM com Supra de ST Trombolizados}}{\text{Total de pacientes com diagnóstico de IAM com Supra de ST}}$	100%
---	---	--	------

Quadro IV – Repasse referente aos indicadores da variável 02

Nº	Indicadores para Variável 02	% a incidir sobre a variável 02	% a incidir sobre o total do contrato
1	Percentagem de pacientes atendidos por médico.	12%	0,24%
2	Percentual de pacientes atendidos por médico após acolhimento e classificação de risco pelo enfermeiro conforme protocolo.	12%	0,24%
3	Tempo de permanência na emergência.	12%	0,24%
4	Taxa de Mortalidade na unidade de Emergência (sala amarela e vermelha) $\leq 24h$.	14%	0,28%
5	Taxa de Mortalidade na unidade de Emergência (sala amarela e vermelha) $\geq 24h$.	14%	0,28%
6	Percentual de pacientes com diagnóstico de sepses que iniciaram antibioticoterapia em até 2 horas.	12%	0,24%
7	Percentagem de tomografias realizadas em pacientes com AVC.	12%	0,24%
8	Percentual de Trombólise realizadas no tratamento do IAM com supra de ST.	12%	0,24%
TOTAIS		100%	2,0%

2. PARTE VARIÁVEL 03 – incentivo institucional à Equipe

A variável 03 é composta por indicadores que avaliam a satisfação do usuário. O recurso pago trimestralmente, que corresponde a até **1,5%** do valor total do cronograma de desembolso (item UPA), é auferido conforme os indicadores do Quadro V, e deverá ser distribuído pela equipe técnica da unidade de saúde conforme plano de aplicação definido pela SMS.

Quadro V – Indicadores da Variável 03

INDICADOR	FÓRMULA	META
SATISFAÇÃO DO USUÁRIO		

1	Índice de questionários preenchidos pelos pacientes em observação.	$\frac{\text{Nº de Questionários preenchidos} \times 100}{\text{Total de pacientes em observação}}$	>15%
2	Percentual de usuários Satisfeitos / Muito Satisfeitos.	$\frac{\text{Nº de Conceitos satisfeito e muito satisfeito} \times 100}{\text{Total de Respostas efetivas}}$	>85%

Quadro VI – Repasses referentes à Variável 03

Nº	Indicadores para Variável 03	% a incidir sobre a variável 03	% a incidir sobre o total do contrato
1	Índice de questionários preenchidos pelos pacientes em observação.	50%	0,75%
2	Percentual de usuários Satisfeitos / Muito Satisfeitos.	50%	0,75%
TOTAIS		100%	1,5%

Os indicadores que avaliam a satisfação dos usuários pressupõem a aplicação de questionários – os modelos dos questionários deverão ser analisados e aprovados pela SMS.

Em casos excepcionais de surtos ou situações emergenciais em saúde pública, outros indicadores e estatísticas de doenças de notificação compulsória serão incluídos para fins de acompanhamento.

A unidade de saúde deverá colaborar com todo o trabalho relacionado à realização de **auditorias e ações de acompanhamento** que venham a ser determinadas pelos dados assistenciais da OS e os da Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ ou pelo Ministério da Saúde.

Ao receber a parte variável a OS deverá elaborar um Plano para a Aplicação da Variável, a ser submetido à Secretaria Municipal de Saúde para validação. Caberá a Comissão Técnica de Avaliação – CTA aprovar o Plano de Aplicação da variável, garantindo assim a destinação orçamentária para o valor em questão.

B.4. ATRIBUIÇÕES DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL EM RELAÇÃO AOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

A Organização Social deverá desenvolver, em consonância com as diretrizes gerais e da área de informação/informática da Secretaria Municipal da Saúde as seguintes ações:

- Produzir, analisar e divulgar informações sobre a situação de saúde da sua área de abrangência;
- Participar do processo de definição, elaboração e divulgação de indicadores para monitoramento da situação de saúde e para cada eixo de Indicadores (painel de monitoramento) e disponibilizar e divulgar essas informações segundo as necessidades das unidades de saúde, Coordenadoria Geral de Atenção Primária (CAP) e SMS.

- Implantar/atualizar os sistemas de informação definidos pela SMS/RJ; Organizar e definir procedimentos, fluxos e rotinas para coleta dos dados dos diferentes sistemas de informação em vigência ou a serem implantados;
- Organizar e definir os processos de trabalho para operação/alimentação dos diferentes sistemas de informação em vigência ou a serem implantados;
- Encaminhar as diferentes bases de dados conforme rotinas estabelecidas pela SMS.

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

B.4.1.1. Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) ou Prontuário Eletrônico Clínico (PEC) – Requisitos Mínimos

Para fins práticos, serão considerados neste presente instrumento o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) e o Prontuário Eletrônico Clínico (PEC) como sinônimos.

Todas as unidades de saúde sob apoio à gestão da Organização Social devem ter todos os postos de trabalho definidos pela SMS informatizados e com um Prontuário Eletrônico (PEP) instalado e em funcionamento.

Nessas unidades, o PEP deverá ser a fonte de dados única de registro de dados para qualquer sistema de informação oficial, permitindo a geração de arquivos com estrutura de dados (layout) compatíveis e relatórios consistentes.

Os campos número do CPF (para pessoas > 16 anos) e número da Declaração de Nascido Vivo (DN) ou CPF (para pessoas < 16 anos) e CNS (Cartão Nacional de Saúde) são de preenchimento obrigatório na Ficha de cadastro de usuários do Saúde da Família, devendo ser os primeiros campos a aparecerem no layout da ficha. Como mecanismo de busca de usuário (Ficha de cadastro), devem constar as opções “busca por CPF/DN/CNS”.

O valor contratual unitário para os prontuários eletrônicos é estimado para cada ESF incluindo a) a conectividade, b) licença do produto; c) datacenter (servidor); d) suporte e treinamento; e) customizações; f) Business Intelligence (BI) para gestão da unidade de saúde, CAP/OSS e nível central; g) solução móvel (atendimento clínico médico e enfermeiro e cadastramento dos ACS em tablet ou smartphone); h) plataforma de autoatendimento (plataforma para os pacientes); i) totem de autoatendimento como gerenciador de filas.

Os prontuários devem funcionar satisfatoriamente durante todo o período de funcionamento das unidades de saúde. Para tanto deve haver plano de contingenciamento para quedas de conectividade e velocidades baixas de conexão.

Os prontuários devem permitir sincronização de todos os dados clínicos e cadastrais entre todas as unidades da mesma empresa no âmbito do município do Rio em no máximo 2 horas.

Os PEPs devem permitir gerar minimamente os seguintes relatórios para qualquer profissional da equipe:

- resultado dos indicadores por desempenho de cada ESF;
- lista de hipertensos com dados de acompanhamento;
- lista de diabéticos com dados de acompanhamento;
- lista de gestantes com dados de acompanhamento;
- lista de crianças menores de 2 anos com dados de acompanhamento;
- lista de pacientes com tuberculose com dados de acompanhamento;
- lista de pacientes femininas entre 25 e 64 anos com dados de acompanhamento de citopatológico;

Além disso, o prontuário deve possibilitar a impressão dos formulários padrões da SUBPAV (encaminhamentos, atestados, receituários, requisição de exames etc.);

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

Dicionários de dados:

Os Prontuários Eletrônicos deverão encaminhar informações referentes à prática assistencial com base nos dicionários de dados previamente elaborados pela SUBPAV. Atualmente os dicionários de dados vigentes seguem orientação da Superintendência de Atenção Primária – S/SUBPAV/SAP:

1. Carteirômetro;
2. Indicadores das Variáveis do Pagamento por Desempenho;
3. Relação de Gestantes e dados de acompanhamento do Pré-Natal;
4. Relação de Diabéticos e Hipertensos cadastrados nas UBS do Município do Rio de Janeiro;
5. Informações de Saúde da Atenção Primária;
6. Relação de mulheres de 25 a 64a – Rastreio de Câncer de Colo de Útero;
7. Relação de pacientes com diagnóstico de Tuberculose nas UBS do Município com dados de acompanhamento.
8. Produção Ambulatorial de profissionais médicos que atuam nas UBS do Município do Rio de Janeiro.
9. Fichas e-SUS com relatórios de inconsistências.
10. CPF como campo obrigatório.
11. Estado Nutricional (SISVAN).
12. Atividades Coletivas.
13. Bolsa Família e Cartão Família Carioca.
14. Relatório de exames solicitados e realizados com código da tabela SIGTAP.

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

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

Os dados deverão ser atualizados mensalmente.

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

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

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

Os profissionais de saúde são corresponsáveis pelos seus dados cadastrais inseridos no CNES, devendo zelar pela correta informação, comunicando aos respectivos responsáveis pelo cadastramento toda e qualquer mudança de situação relativa a si.

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

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

Para o profissional pertencente à equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), além do cumprimento do disposto no 4 deste documento, ficam estabelecidas as seguintes regras:

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

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

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

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

Preferencialmente as equipes de apoio especializado devem seguir as diretrizes do Ministério da Saúde através da Portaria GM 2.488 de 21 de outubro de 2011, tanto na sua composição quanto na proporção de apoio às equipes de saúde da família. Nesse caso, todas as equipes devem ser cadastradas no CNES como equipe NASF modalidade 1 (Núcleos de Apoio à Saúde da Família) na base do CNES. Os NASF só poderão estar vinculados aos estabelecimentos de Saúde da Esfera Administrativa Pública e somente no tipo a seguir: 02 – Centro de Saúde/Unidade Básica.

B.4.1.3. SIA – Sistema de Informação Ambulatorial

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

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

B.4.1.4. – SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

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

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

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

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

Fichas de Cadastro Individual e Cadastro domiciliar (SISAB)

A Ficha de cadastro individual/domiciliar é preenchida nas primeiras visitas que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) faz às famílias de sua comunidade. As informações recolhidas - identificação da família, cadastro de todos os seus membros, situação de moradia e outras informações adicionais - permitem à equipe de saúde conhecer as condições de vida das pessoas da sua área de abrangência e a planejar melhor planejar suas intervenções. Todos os dados desta ficha devem ser atualizados sempre que houver alteração. O ACS deve estar atento para registrar, todo mês, a ocorrência de nascimentos, mortes e mudanças de atividade profissional (ocupação) dos membros da família e as condições de moradia e saneamento.

Fichas B - Fichas para acompanhamento domiciliar

As fichas do grupo B são utilizadas para o acompanhamento domiciliar dos grupos prioritários para monitoramento das ações em saúde. A cada visita domiciliar os dados destas fichas devem ser atualizados e digitadas no prontuário eletrônico.

Instrumentos de trabalho do ACS:

- Ficha de cadastro individual e domiciliar;
- acompanhamento de gestantes - Ficha B-GES;
- acompanhamento de hipertensos - Ficha B-HA;
- acompanhamento de diabéticos - Ficha B-DIA;

- acompanhamento de pacientes com tuberculose - Ficha B-TB;
- acompanhamento de pacientes com hanseníase - Ficha B-HAN;
- acompanhamento de crianças - Ficha C (Cartão da Criança);
- Ficha C Cópia da caderneta de vacinação;

B.4.1.5. SISPRENATAL – Sistema de Informação do Pré-natal

O SISPRENATAL é o aplicativo que foi desenvolvido pelo DATASUS, com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do Sistema Único de Saúde (DATASUS). No SISPRENATAL está definido o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada. Permite o acompanhamento das gestantes, desde o início da gravidez até a consulta de puerpério (DATASUS). O SISPRENATAL é obrigatório apenas para os municípios que aderiram ao Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento e produz informações que comprovam as condições necessárias ao repasse dos estímulos financeiros provenientes do MS.

- Ficha cadastramento da gestante e de registro diário dos atendimentos das gestantes no SISPRENATAL. Toda gestante que inicie o pré-natal na unidade, mesmo aquelas que estejam com mais de 120 dias de gestação deve ser cadastrada pelo profissional médico e/ou enfermeiro, através do preenchimento da ficha de cadastramento. Estas fichas preenchidas deverão ser digitadas no aplicativo SISPRENATAL e arquivadas no prontuário da gestante. Os atendimentos de pré-natal das gestantes cadastradas deverão ser registrados, a cada retorno na UBS, nos campos de registro diário dos atendimentos das gestantes no SISPRENATAL. Após a digitação das informações relativas ao acompanhamento, a ficha deverá ser rearquivada no prontuário da gestante de modo a estar acessível para a próxima consulta.

Para as unidades de atenção primária à saúde que estiverem com prontuário eletrônico (PEP) em funcionamento, todas as gestantes devem ser acompanhadas e ter todos os registros inseridos e atualizados diretamente no Prontuário Eletrônico (PEP), no módulo de pré-natal.

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

A numeração do SISPRENATAL deverá ser única para cada gestação de cada mulher e a série numérica deverá ser distribuída através da S/SUBPAV/SAP/GPM. Fica vedada a geração de numeração que não a autorizada pela S/SUBPAV/SAP/CLCPE/GPM para evitar duplicidade de numeração.

Todo profissional de saúde deve poder gerar uma lista nominal de todas as gestantes em acompanhamento pela sua equipe de saúde da família a qualquer momento.

B.4.1.6. SISCAN – Sistema de Informação sobre Rastreamento de Citopatológico do Colo Uterino

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

Os exames de colpocitologia oncótica devem ser registrados diretamente no Prontuário Eletrônico (PEP) cuja requisição de análise ao laboratório (INCA/SITEC) deve ser gerada a partir do PEP.

O sistema de PEP deve gerar relatórios gerenciais como busca de mulheres com exame não realizado/registrado há mais de 3 anos, cobertura de rastreamento de câncer de colo uterino, dentre outros definidos pela SMS.

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

B.4.1.7. SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

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

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

Instrumentos de coleta de dados do SINAN:

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

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

B.4.1.8. SI-PNI/API – Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações/Avaliação do Programa de Imunizações

O SI-PNI/API tem como objetivo acompanhar sistematicamente o quantitativo populacional vacinado por faixa etária, além de controlar as coberturas vacinais e taxas de abandono nos âmbitos Federal, Estadual e Municipal. O aplicativo informatizado é desenvolvido pelo DATASUS em consonância com orientações da Coordenação Nacional do PNI, subordinada à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

Instrumento de coleta de dados do API:

- Mapa de registro de doses aplicadas de vacina. Deve ser preenchida pelo profissional da sala de vacina que atendeu o paciente.
- Boletim mensal de doses aplicadas de vacina. Esta ficha é a compilação dos mapas de registro de doses aplicadas e deve ser preenchida pelo profissional da UBS responsável pela sala de vacina.

Fica também claro que outros aplicativos já implantados ou que venham a ser desenvolvidos com vistas a subsidiar projetos e programas prioritários da SMS/RJ farão parte das atribuições.

O Prontuário Eletrônico (PEP) deve gerar informações através de arquivo com estrutura de dados (layout) compatível com o Sistema oficial do DATASUS, permitindo a importação e consolidação dos dados no Município. Devem permitir ainda que cada equipe de saúde da família possa gerar relatórios gerenciais de acompanhamento dos indicadores desse sistema e demais indicadores definidos pela SMS.

B.4.1.9. SISREG – Sistema de Nacional de Regulação

O Prontuário Eletrônico (PEP) deve gerar informações através de arquivo com estrutura de dados (layout) compatível com o Sistema oficial do DATASUS, permitindo a importação e consolidação dos dados no Município.

Sistema on-line, ou seja, funciona com navegadores instalados em computadores conectados à internet. Esse sistema é oficial do Ministério da Saúde para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório, indo da rede de atenção primária à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e a otimização na utilização dos recursos, além de integrar a regulação com as áreas de avaliação, controle e auditoria.

Todo encaminhamento do Centro Municipal de Saúde ou Clínica da Família deve ser feito no formulário de "Encaminhamento (Referência e Contra referência)", exclusivamente via prontuário eletrônico.

O profissional solicitante deve sempre carimbar e assinar a solicitação;

O profissional deve informar ao usuário o agendamento da consulta com, no mínimo, um dia de antecedência;

Não é necessária a assinatura e carimbo do diretor da unidade em nenhum Formulário. Também não é necessária a assinatura ou consentimento escrito do paciente para nenhum exame, incluindo HIV;

É importante preencher o formulário com o máximo de informações relevantes sobre dados clínicos e resultados de exames complementares;

Utilizar os protocolos clínicos para embasar as solicitações para os procedimentos. Sempre procurar utilizar as evidências clínicas mais atuais para tomada de decisão;

Os profissionais devem orientar os usuários quanto ao preparo para os procedimentos;

Cancelar o agendamento da consulta assim que o usuário informar a desistência.

ANEXO TÉCNICO F
CRONOGRAMA E DESEMBOLSO E METAS FÍSICAS

Subprojeto	Unidade de medida	4. Apoio a Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE)					
		MÊS 01	MÊS 02	MÊS 03	MÊS 04	MÊS 05	MÊS 06
4. Apoio a Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE)	% EAPS	R\$ 133.239,07	R\$ 133.239,07	R\$ 133.239,07	R\$ 133.239,07	R\$ 133.239,07	R\$ 133.239,07
P) SUBTOTAL APOIO A CENTROS DE REFERÊNCIA DE IMUNOBIOLÓGICOS ESPECIAIS (CRIE)		R\$ 133.239,07	R\$ 133.239,07	R\$ 133.239,07	R\$ 133.239,07	R\$ 133.239,07	R\$ 133.239,07

Subprojeto	Unidade de medida	5. Apoio à Formação, Qualificação e Avaliação das Ações de Saúde					
		MÊS 01	MÊS 02	MÊS 03	MÊS 04	MÊS 05	MÊS 06
5.1. Residência em Medicina de Família e Comunidade	% de residentes e % de preceptores	R\$ 291.394,69	R\$ 291.394,69	R\$ 291.394,69	R\$ 291.394,69	R\$ 291.394,69	R\$ 291.394,69
5.2. Residência de Enfermagem em Saúde da Família e Comunidade	% de residentes e % de preceptores	R\$ 97.131,56	R\$ 97.131,56	R\$ 97.131,56	R\$ 97.131,56	R\$ 97.131,56	R\$ 97.131,56
5.3. Especialização em Vigilância em Saúde na Atenção Primária	% de alunos	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00
5.4. Projetos de Implantação e Avaliação de Modelos de Educação Permanente em Saúde	Número de Ciclos						
	% de Profissionais	R\$ 41.895,00	R\$ 35.910,00				
5.5. Apoio às Linhas de Cuidado e Projetos Especiais	% de Ciclos com material disponibilizado						
	Diretrizes clínicas revisadas e/ou vídeos desenvolvidos	R\$ 34.912,50	R\$ 34.912,50	R\$ 34.912,50	R\$ 34.912,50	R\$ 34.912,50	R\$ 34.912,50
5.6. Apoio ao Monitoramento e Análise de Qualidades de Ações	Protocolos clínicos revisados						
	Relatório confeccionado	R\$ 42.393,75	R\$ 42.393,75	R\$ 42.393,75	R\$ 42.393,75	R\$ 42.393,75	R\$ 42.393,75
5.7. Monitoramento de Vacâncias nas Equipes / Acompanhamento de contratação de Médicos	Relatório confeccionado	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00
	Manutenção de Estações OTICS	R\$ 376.182,19	R\$ 376.182,19	R\$ 376.182,19	R\$ 376.182,19	R\$ 376.182,19	R\$ 376.182,19
5.8 Apoio à manutenção das Estações OTICS-RIO	OTICS	R\$ 376.182,19	R\$ 376.182,19	R\$ 376.182,19	R\$ 376.182,19	R\$ 376.182,19	R\$ 376.182,19
Q) SUBTOTAL APOIO A FORMAÇÃO, QUALIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE		R\$ 983.659,69	R\$ 977.674,69				

Subprojeto	Unidade de medida	6. Integração das Ações da Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde					
		MÊS 01	MÊS 02	MÊS 03	MÊS 04	MÊS 05	MÊS 06
6.1. Qualificação das Ações e Informações em Vigilância	Número	R\$ 588.525,00	R\$ 588.525,00	R\$ 588.525,00	R\$ 588.525,00	R\$ 588.525,00	R\$ 628.425,00
	Percentual						
6.2. Curso Técnico de Agentes em Saúde	Número absoluto de vagas	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00
	% de vagas						
6.3. Gerenciamento, Operacionalização e Execução das Ações de Promoção da Saúde para os Serviços da APS / ESF	% de alunos						
	Campanha realizada	R\$ 384.433,82	R\$ 384.433,82	R\$ 384.433,82	R\$ 184.933,82	R\$ 184.933,82	R\$ 184.933,82
6.4. Ações Contingenciais para o enfrentamento da Tuberculose	Curso / Oficina Ministrado						
	Material elaborado	R\$ 164.587,50	R\$ 164.587,50	R\$ 164.587,50	R\$ 164.587,50	R\$ 164.587,50	R\$ 164.587,50
6.5. Qualificação das Ações de Vigilância ao Controle das DST / AIDS e Hepatites Virais	Percentual	R\$ 520.524,51	R\$ 221.274,51				
6.6. Pesquisa Clínica de Imunológicos	Número Absoluto	R\$ 19.950,00	R\$ 19.950,00	R\$ 19.950,00	R\$ 19.950,00	R\$ 19.950,00	R\$ 19.950,00
R) SUBTOTAL INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA, VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE		R\$ 1.727.895,82	R\$ 1.428.645,82	R\$ 1.428.645,82	R\$ 1.229.145,82	R\$ 1.229.145,82	R\$ 1.269.045,82

S) SUBTOTAL SUBPROJETOS (S) = (O+P+Q+R)	R\$ 2.923.763,33	R\$ 2.599.825,21	R\$ 2.599.825,21	R\$ 2.400.325,21	R\$ 2.400.325,21	R\$ 2.440.225,21
--	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

TEIAS MANGUINHOS		Estratégia de Saúde da Família, NASF, Centro de Atenção Psicossocial, Unidade de Pronto Atendimento e Projetos Estratégicos					
Item		MÊS 01	MÊS 02	MÊS 03	MÊS 04	MÊS 05	MÊS 06
T) TOTAL (T) = (I+N+O+P+Q+R)		R\$ 5.702.977,57	R\$ 5.379.039,44	R\$ 5.379.039,44	R\$ 5.337.973,89	R\$ 5.337.973,89	R\$ 5.377.873,89

Subprojeto	Unidade de medida	4. Apoio a Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE)					
		MÊS 07	MÊS 08	MÊS 09	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
4. Apoio a Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE)	% EAPS	R\$ 133.239,07	R\$ 133.239,07	R\$ 133.239,07	R\$ 133.239,07	R\$ 133.239,07	R\$ 133.239,07
P) SUBTOTAL APOIO A CENTROS DE REFERÊNCIA DE IMUNOBIOLÓGICOS ESPECIAIS (CRIE)		R\$ 133.239,07	R\$ 133.239,07	R\$ 133.239,07	R\$ 133.239,07	R\$ 133.239,07	R\$ 133.239,07

Subprojeto	Unidade de medida	5. Apoio à Formação, Qualificação e Avaliação das Ações de Saúde					
		MÊS 07	MÊS 08	MÊS 09	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
5.1. Residência em Medicina de Família e Comunidade	% de residentes e % de preceptores	R\$ 291.394,69	R\$ 291.394,69	R\$ 291.394,69	R\$ 291.394,69	R\$ 291.394,69	R\$ 306.357,19
5.2. Residência de Enfermagem em Saúde da Família e Comunidade	% de residentes e % de preceptores	R\$ 97.131,56	R\$ 97.131,56	R\$ 97.131,56	R\$ 97.131,56	R\$ 97.131,56	R\$ 102.119,06
5.3. Especialização em Vigilância em Saúde na Atenção Primária	% de alunos	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00
5.4. Projetos de Implantação e Avaliação de Modelos de Educação Permanente em Saúde	Número de Ciclos						
	% de Profissionais	R\$ 35.910,00	R\$ 35.910,00	R\$ 35.910,00	R\$ 35.910,00	R\$ 35.910,00	R\$ 35.910,00
	% de Ciclos com material disponibilizado						
5.5. Apoio às Linhas de Cuidado e Projetos Especiais	Diretrizes clínicas revisadas e/ou vídeos desenvolvidos	R\$ 34.912,50	R\$ 34.912,50	R\$ 34.912,50	R\$ 34.912,50	R\$ 34.912,50	R\$ 34.912,50
	Protocolos clínicos revisados						
5.6. Apoio ao Monitoramento e Análise de Qualidades de Ações	Relatório confeccionado	R\$ 42.393,75	R\$ 42.393,75	R\$ 42.393,75	R\$ 42.393,75	R\$ 42.393,75	R\$ 42.393,75
5.7. Monitoramento de Vacâncias nas Equipes / Acompanhamento de contratação de Médicos	Relatório confeccionado	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00
5.8. Apoio à manutenção das Estações OTICS-RIO	Manutenção de Estações OTICS	R\$ 376.182,19	R\$ 376.182,19	R\$ 376.182,19	R\$ 376.182,19	R\$ 376.182,19	R\$ 376.182,19
Q) SUBTOTAL APOIO A FORMAÇÃO, QUALIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE		R\$ 977.674,69	R\$ 977.674,69	R\$ 977.674,69	R\$ 977.674,69	R\$ 977.674,69	R\$ 997.624,69

Subprojeto	Unidade de medida	6. Integração das Ações da Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde					
		MÊS 07	MÊS 08	MÊS 09	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
6.1. Qualificação das Ações e Informações em Vigilância	Número	R\$ 628.425,00	R\$ 628.425,00	R\$ 628.425,00	R\$ 683.287,50	R\$ 683.287,50	R\$ 676.305,00
	Percentual						
6.2. Curso Técnico de Agentes em Saúde	Número absoluto de vagas						
	% de vagas	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00	R\$ 49.875,00
	% de alunos						
6.3. Gerenciamento, Operacionalização e Execução das Ações de Promoção da Saúde para os Serviços da APS / ESF	Campanha realizada						
	Curso / Oficina Ministrado	R\$ 184.933,82	R\$ 184.933,82	R\$ 184.933,82	R\$ 184.933,82	R\$ 184.933,82	R\$ 184.933,82
	Material elaborado						
6.4. Ações Contingenciais para o enfrentamento da Tuberculose	Percentual	R\$ 164.587,50	R\$ 164.587,50	R\$ 164.587,50	R\$ 164.587,50	R\$ 164.587,50	R\$ 164.587,50
6.5. Qualificação das Ações de Vigilância ao Controle das DST / AIDS e Hepatites Virais	Percentual	R\$ 221.274,51	R\$ 221.274,51	R\$ 221.274,51	R\$ 221.274,51	R\$ 221.274,51	R\$ 221.274,51
6.6. Pesquisa Clínica de Imunológicos	Número Absoluto	R\$ 19.950,00	R\$ 19.950,00	R\$ 19.950,00	R\$ 19.950,00	R\$ 19.950,00	R\$ 19.950,00
R) SUBTOTAL INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA, VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE		R\$ 1.269.045,82	R\$ 1.269.045,82	R\$ 1.269.045,82	R\$ 1.323.908,32	R\$ 1.323.908,32	R\$ 1.316.925,82

S) SUBTOTAL SUBPROJETOS (S) = (O+P+Q+R)	R\$ 2.440.225,21	R\$ 2.440.225,21	R\$ 2.440.225,21	R\$ 2.495.087,71	R\$ 2.495.087,71	R\$ 2.508.055,21
--	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

TEIAS MANGUINHOS		Estratégia de Saúde da Família, NASF, Centro de Atenção Psicossocial, Unidade de Pronto Atendimento e Projetos Estratégicos					
Item		MÊS 07	MÊS 08	MÊS 09	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
T) TOTAL (T) = (I+N+O+P+Q+R)		R\$ 5.377.873,89	R\$ 5.377.873,89	R\$ 5.377.873,89	R\$ 5.432.736,39	R\$ 5.432.736,39	R\$ 5.445.703,89

Item	Unidade de medida	1. Estratégia de Saúde da Família, NASF e CAPS											
		MÊS 13		MÊS 14		MÊS 15		MÊS 16		MÊS 17		MÊS 18	
a1) Apoio a Gestão da CAP - Saúde da Família	nº de equipes	14	R\$ 12.573,31	14	R\$ 12.573,31	14	R\$ 12.573,31	14	R\$ 12.573,31	14	R\$ 12.573,31	14	R\$ 12.573,31
a2) Apoio a gestão do TEIAS - OSS - Saúde da Família	nº de equipes	14	R\$ 50.293,26	14	R\$ 50.293,26	14	R\$ 50.293,26	14	R\$ 50.293,26	14	R\$ 50.293,26	14	R\$ 50.293,26
a3) Rh Equipes de Saúde da Família e Consultório na Rua	nº de equipes	14	R\$ 809.494,87	14	R\$ 809.494,87	14	R\$ 809.494,87	14	R\$ 809.494,87	14	R\$ 809.494,87	14	R\$ 809.494,87
a4) Contratos, consumo e promoção - unidades de atenção primária	nº de equipes	14	R\$ 193.629,87	14	R\$ 193.629,87	14	R\$ 193.629,87	14	R\$ 193.629,87	14	R\$ 193.629,87	14	R\$ 193.629,87
a5) Serviços de Oftalmologia Básica, Raio-X, Ultrassom e Laboratório / Prótese Dentária	nº de equipes	14	R\$ 153.231,63	14	R\$ 153.231,63	14	R\$ 153.231,63	14	R\$ 153.231,63	14	R\$ 153.231,63	14	R\$ 153.231,63
a6) Sistemas de Informação / Conectividade / Telefonia Saúde da Família	nº de equipes	14	R\$ 14.490,00	14	R\$ 14.490,00	14	R\$ 14.490,00	14	R\$ 14.490,00	14	R\$ 14.490,00	14	R\$ 14.490,00
A) Equipes de Saúde da Família			R\$ 1.233.712,94		R\$ 1.233.712,94		R\$ 1.233.712,94		R\$ 1.233.712,94		R\$ 1.233.712,94		R\$ 1.233.712,94
b1) Rh Equipes de Serv Apoio Especializado/NASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado/NASF	1	R\$ 61.688,95	1	R\$ 61.688,95	1	R\$ 61.688,95	1	R\$ 61.688,95	1	R\$ 61.688,95	1	R\$ 61.688,95
b2) Sistemas de Informação / Conectividade/Telefonia -NASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado/NASF	1	R\$ 1.035,00	1	R\$ 1.035,00	1	R\$ 1.035,00	1	R\$ 1.035,00	1	R\$ 1.035,00	1	R\$ 1.035,00
B) Serviços de Apoio Especializado e Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF)			R\$ 62.723,95		R\$ 62.723,95		R\$ 62.723,95		R\$ 62.723,95		R\$ 62.723,95		R\$ 62.723,95
c1) RH - CAPS		1	R\$ 214.425,42	1	R\$ 214.425,42	1	R\$ 214.425,42	1	R\$ 214.425,42	1	R\$ 214.425,42	1	R\$ 214.425,42
c2) Contratos e Consumo - CAPS		1	R\$ 91.318,25	1	R\$ 91.318,25	1	R\$ 91.318,25	1	R\$ 91.318,25	1	R\$ 91.318,25	1	R\$ 91.318,25
c3) Apoio a gestão CAPS		1	R\$ 18.174,15	1	R\$ 18.174,15	1	R\$ 18.174,15	1	R\$ 18.174,15	1	R\$ 18.174,15	1	R\$ 18.174,15
C) Centro de Atenção Psicossocial - CAPS			R\$ 323.917,82		R\$ 323.917,82		R\$ 323.917,82		R\$ 323.917,82		R\$ 323.917,82		R\$ 323.917,82
d1) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos	nº de Unidades	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -
D) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos			R\$ -		R\$ -		R\$ -		R\$ -		R\$ -		R\$ -
E) Subtotal parte Fixa (E)=A+B+C+D			R\$ 1.620.354,72		R\$ 1.620.354,72		R\$ 1.620.354,72		R\$ 1.620.354,72		R\$ 1.620.354,72		R\$ 1.620.354,72
F) Parte variável - 1 (2% de A+B) / mês			R\$ 25.928,74		R\$ 25.928,74		R\$ 25.928,74		R\$ 25.928,74		R\$ 25.928,74		R\$ 25.928,74
G) Parte variável - 2 (unidade de saúde)	A té R\$ 3.000/ESF/1trimestre		R\$ 14.000,00		R\$ 14.000,00		R\$ 14.000,00		R\$ 14.000,00		R\$ 14.000,00		R\$ 14.000,00
H) Parte variável - 3 (profissional)	Total dos salários-base de uma equipe (R\$)		R\$ 60.754,31		R\$ 60.754,31		R\$ 60.754,31		R\$ 60.754,31		R\$ 60.754,31		R\$ 60.754,31
I) Subtotal (I) = (E+F+G+H)			R\$ 1.721.037,77		R\$ 1.721.037,77		R\$ 1.721.037,77		R\$ 1.721.037,77		R\$ 1.721.037,77		R\$ 1.721.037,77

Item	Unidade de medida	2. Unidade de Pronto Atendimento (UPA)											
		MÊS 13		MÊS 14		MÊS 15		MÊS 16		MÊS 17		MÊS 18	
j1) Gestão RUE (Rede de Urgência e Emergência) - Unidade de Pronto Atendimento	nº de Unidades	1	R\$ 90.572,05	1	R\$ 90.572,05	1	R\$ 90.572,05	1	R\$ 90.572,05	1	R\$ 90.572,05	1	R\$ 90.572,05
j2) Rh - Unidade de Pronto Atendimento	nº de Unidades	1	R\$ 1.165.559,96	1	R\$ 1.165.559,96	1	R\$ 1.165.559,96	1	R\$ 1.165.559,96	1	R\$ 1.165.559,96	1	R\$ 1.165.559,96
J - Unidade de Pronto Atendimento			R\$ 1.256.132,01		R\$ 1.256.132,01		R\$ 1.256.132,01		R\$ 1.256.132,01		R\$ 1.256.132,01		R\$ 1.256.132,01
K) Parte variável - 1 (ATÉ 1,5% do gasto total com UPA)			R\$ 18.841,98		R\$ 18.841,98		R\$ 18.841,98		R\$ 18.841,98		R\$ 18.841,98		R\$ 18.841,98
L) Parte variável - 2 (ATÉ 2% do gasto total com UPA)			R\$ 25.122,64		R\$ 25.122,64		R\$ 25.122,64		R\$ 25.122,64		R\$ 25.122,64		R\$ 25.122,64
M) Parte variável - 3 (ATÉ 1,5% do gasto total com UPA)			R\$ 18.841,98		R\$ 18.841,98		R\$ 18.841,98		R\$ 18.841,98		R\$ 18.841,98		R\$ 18.841,98
N) Subtotal (N) = (J+K+L+M)			R\$ 1.318.938,61		R\$ 1.318.938,61		R\$ 1.318.938,61		R\$ 1.318.938,61		R\$ 1.318.938,61		R\$ 1.318.938,61

Subprojeto	Unidade de medida	3. Cursos de Nível Superior, Pós-Graduação e Pesquisa											
		MÊS 13		MÊS 14		MÊS 15		MÊS 16		MÊS 17		MÊS 18	
3.1. Curso de Formação em Atenção Farmacêutica	Número absoluto de vagas												
	% de alunos	R\$	10.473,75	R\$	6.546,09								
	Proposta												
3.2. Residência Multiprofissional em Saúde da Família	Número absoluto de vagas	R\$	41.895,00	R\$	26.184,38								
	% de alunos												
3.3. Pesquisa em Saúde da Família	Número de Pesquisas	R\$	30.548,44	R\$	30.548,44	R\$	30.548,44	R\$	30.548,44	R\$	30.548,44	R\$	30.548,44
O) SUBTOTAL CURSOS DE NÍVEL SUPERIOR, PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA		R\$	82.917,19	R\$	63.278,91								

Subprojeto	Unidade de medida	4. Apoio a Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE)					
		MÊS 13	MÊS 14	MÊS 15	MÊS 16	MÊS 17	MÊS 18
4. Apoio a Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE)	% EAPS	R\$ 139.901,02	R\$ 139.901,02	R\$ 139.901,02	R\$ 139.901,02	R\$ 139.901,02	R\$ 139.901,02
P) SUBTOTAL APOIO A CENTROS DE REFERÊNCIA DE IMUNOBIOLÓGICOS ESPECIAIS (CRIE)		R\$ 139.901,02	R\$ 139.901,02	R\$ 139.901,02	R\$ 139.901,02	R\$ 139.901,02	R\$ 139.901,02

Subprojeto	Unidade de medida	5. Apoio à Formação, Qualificação e Avaliação das Ações de Saúde					
		MÊS 13	MÊS 14	MÊS 15	MÊS 16	MÊS 17	MÊS 18
5.1. Residência em Medicina de Família e Comunidade	% de residentes e % de preceptores	R\$ 305.964,42	R\$ 305.964,42	R\$ 305.964,42	R\$ 305.964,42	R\$ 305.964,42	R\$ 305.964,42
5.2. Residência de Enfermagem em Saúde da Família e Comunidade	% de residentes e % de preceptores	R\$ 101.988,14	R\$ 101.988,14	R\$ 101.988,14	R\$ 101.988,14	R\$ 101.988,14	R\$ 101.988,14
5.3. Especialização em Vigilância em Saúde na Atenção Primária	% de alunos	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75
5.4. Projetos de Implantação e Avaliação de Modelos de Educação Permanente em Saúde	Número de Ciclos						
	% de Profissionais	R\$ 43.989,75	R\$ 37.705,50				
	% de Ciclos com material disponibilizado						
5.5. Apoio às Linhas de Cuidado e Projetos Especiais	Diretrizes clínicas revisadas e/ou vídeos desenvolvidos	R\$ 36.658,13	R\$ 36.658,13	R\$ 36.658,13	R\$ 36.658,13	R\$ 36.658,13	R\$ 36.658,13
	Protocolos clínicos revisados						
5.6. Apoio ao Monitoramento e Análise de Qualidades de Ações	Relatório confeccionado	R\$ 44.513,44	R\$ 44.513,44	R\$ 44.513,44	R\$ 44.513,44	R\$ 44.513,44	R\$ 44.513,44
5.7. Monitoramento de Vacâncias nas Equipes / Acompanhamento de contratação de Médicos	Relatório confeccionado	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75
5.8 Apoio à manutenção das Estações OTICS-RIO	Manutenção de Estações OTICS	R\$ 394.991,30	R\$ 394.991,30	R\$ 394.991,30	R\$ 394.991,30	R\$ 394.991,30	R\$ 394.991,30
Q) SUBTOTAL APOIO A FORMAÇÃO, QUALIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE		R\$ 1.032.842,67	R\$ 1.026.558,42				

Subprojeto	Unidade de medida	6. Integração das Ações da Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde					
		MÊS 13	MÊS 14	MÊS 15	MÊS 16	MÊS 17	MÊS 18
6.1. Qualificação das Ações e Informações em Vigilância	Número	R\$ 617.951,25	R\$ 617.951,25	R\$ 617.951,25	R\$ 617.951,25	R\$ 617.951,25	R\$ 659.846,25
	Percentual						
6.2. Curso Técnico de Agentes em Saúde	Número absoluto de vagas						
	% de vagas	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75
	% de alunos						
6.3. Gerenciamento, Operacionalização e Execução das Ações de Promoção da Saúde para os Serviços da APS / ESF	Campanha realizada						
	Curso / Oficina Ministrado	R\$ 403.655,51	R\$ 403.655,51	R\$ 403.655,51	R\$ 194.180,51	R\$ 194.180,51	R\$ 194.180,51
	Material elaborado						
6.4. Ações Contingenciais para o enfrentamento da Tuberculose	Percentual	R\$ 172.816,88	R\$ 172.816,88	R\$ 172.816,88	R\$ 172.816,88	R\$ 172.816,88	R\$ 172.816,88
6.5. Qualificação das Ações de Vigilância ao Controle das DST / AIDS e Hepatites Virais	Percentual	R\$ 546.550,73	R\$ 232.338,23				
6.6. Pesquisa Clínica de Imunológicos	Número Absoluto	R\$ 20.947,50	R\$ 20.947,50	R\$ 20.947,50	R\$ 20.947,50	R\$ 20.947,50	R\$ 20.947,50
R) SUBTOTAL INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA, VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE		R\$ 1.814.290,62	R\$ 1.500.078,12	R\$ 1.500.078,12	R\$ 1.290.603,12	R\$ 1.290.603,12	R\$ 1.332.498,12

S) SUBTOTAL SUBPROJETOS (S) = (O+P+Q+R)	R\$ 3.069.951,50	R\$ 2.729.816,47	R\$ 2.729.816,47	R\$ 2.520.341,47	R\$ 2.520.341,47	R\$ 2.562.236,47
--	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

TEIAS MANGUINHOS		Estratégia de Saúde da Família, NASF, Centro de Atenção Psicossocial, Unidade de Pronto Atendimento e Projetos Estratégicos					
Item		MÊS 13	MÊS 14	MÊS 15	MÊS 16	MÊS 17	MÊS 18
T) TOTAL (T) = (I+N+O+P+Q+R)		R\$ 6.109.927,88	R\$ 5.769.792,85	R\$ 5.769.792,85	R\$ 5.560.317,85	R\$ 5.560.317,85	R\$ 5.602.212,85

Item	Unidade de medida	1. Estratégia de Saúde da Família, NASF e CAPS												TOTAL
		MÊS 19		MÊS 20		MÊS 21		MÊS 22		MÊS 23		MÊS 24		
a1) Apoio a Gestão da CAP - Saúde da Família	nº de equipes	14	R\$ 12.573,31	14	R\$ 12.573,31	14	R\$ 12.573,31	14	R\$ 12.573,31	14	R\$ 12.573,31	14	R\$ 12.573,31	R\$ 296.657,33
a2) Apoio a gestão do TEIAS - OSS - Saúde da Família	nº de equipes	14	R\$ 50.293,26	14	R\$ 50.293,26	14	R\$ 50.293,26	14	R\$ 50.293,26	14	R\$ 50.293,26	14	R\$ 50.293,26	R\$ 1.186.629,31
a3) Rh Equipes de Saúde da Família e Consultório na Rua	nº de equipes	14	R\$ 809.494,87	14	R\$ 809.494,87	14	R\$ 809.494,87	14	R\$ 809.494,87	14	R\$ 809.494,87	14	R\$ 809.494,87	R\$ 19.099.386,27
a4) Contratos, consumo e promoção - unidades de atenção primária	nº de equipes	14	R\$ 193.629,87	14	R\$ 193.629,87	14	R\$ 193.629,87	14	R\$ 193.629,87	14	R\$ 193.629,87	14	R\$ 193.629,87	R\$ 4.568.542,44
a5) Serviços de Oftalmologia Básica, Raio-X Ultrassom e Laboratório / Prótese Dentária	nº de equipes	14	R\$ 153.231,63	14	R\$ 153.231,63	14	R\$ 153.231,63	14	R\$ 153.231,63	14	R\$ 153.231,63	14	R\$ 153.231,63	R\$ 3.615.378,07
a6) Sistemas de Informação / Conectividade / Telefonia Saúde da Família	nº de equipes	14	R\$ 14.490,00	14	R\$ 14.490,00	14	R\$ 14.490,00	14	R\$ 14.490,00	14	R\$ 14.490,00	14	R\$ 14.490,00	R\$ 341.880,00
A) Equipes de Saúde da Família			R\$ 1.233.712,94		R\$ 1.233.712,94		R\$ 1.233.712,94		R\$ 1.233.712,94		R\$ 1.233.712,94		R\$ 1.233.712,94	R\$ 29.108.473,42
b1) Rh Equipes de Serv Apoio Especializado/NASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado/NASF	1	R\$ 61.688,95	1	R\$ 61.688,95	1	R\$ 61.688,95	1	R\$ 61.688,95	1	R\$ 61.688,95	1	R\$ 61.688,95	R\$ 1.455.501,72
b2) Sistemas de Informação / Conectividade/Telefonia - NASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado/NASF	1	R\$ 1.035,00	1	R\$ 1.035,00	1	R\$ 1.035,00	1	R\$ 1.035,00	1	R\$ 1.035,00	1	R\$ 1.035,00	R\$ 24.420,00
B) Serviços de Apoio Especializado e Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF)			R\$ 62.723,95		R\$ 62.723,95		R\$ 62.723,95		R\$ 62.723,95		R\$ 62.723,95		R\$ 62.723,95	R\$ 1.479.921,72
c1) RH - CAPS		1	R\$ 214.425,42	1	R\$ 214.425,42	1	R\$ 214.425,42	1	R\$ 214.425,42	1	R\$ 214.425,42	1	R\$ 214.425,42	R\$ 5.059.196,89
c2) Contratos e Consumo - CAPS		1	R\$ 91.318,25	1	R\$ 91.318,25	1	R\$ 91.318,25	1	R\$ 91.318,25	1	R\$ 91.318,25	1	R\$ 91.318,25	R\$ 2.154.581,24
c3) Apoio a gestão CAPS		1	R\$ 18.174,15	1	R\$ 18.174,15	1	R\$ 18.174,15	1	R\$ 18.174,15	1	R\$ 18.174,15	1	R\$ 18.174,15	R\$ 428.804,70
C) Centro de Atenção Psicossocial - CAPS			R\$ 323.917,82		R\$ 323.917,82		R\$ 323.917,82		R\$ 323.917,82		R\$ 323.917,82		R\$ 323.917,82	R\$ 7.642.582,83
d1) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos	nº de Unidades	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	R\$ -
D) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos			R\$ -		R\$ -		R\$ -		R\$ -		R\$ -		R\$ -	R\$ -
E) Subtotal parte Fixa (E)=A+B+C+D			R\$ 1.620.354,72		R\$ 1.620.354,72		R\$ 1.620.354,72		R\$ 1.620.354,72		R\$ 1.620.354,72		R\$ 1.620.354,72	R\$ 38.230.977,97
F) Parte variável - 1 (2% de A+B) / mês			R\$ 25.928,74		R\$ 25.928,74		R\$ 25.928,74		R\$ 25.928,74		R\$ 25.928,74		R\$ 25.928,74	R\$ 536.612,14
G) Parte variável - 2 (unidade de saúde)	Ano R\$ 3.000/ESF/ trimestre		R\$ 14.000,00		R\$ 14.000,00		R\$ 14.000,00		R\$ 14.000,00		R\$ 14.000,00		R\$ 14.000,00	R\$ 294.000,00
H) Parte variável - 3 (profissional)	Total dos salários-base de uma equipe (R\$)		R\$ 60.754,31		R\$ 60.754,31		R\$ 60.754,31		R\$ 60.754,31		R\$ 60.754,31		R\$ 60.754,31	R\$ 1.257.350,12
I) Subtotal (I) = (E+F+G+H)			R\$ 1.721.037,77		R\$ 1.721.037,77		R\$ 1.721.037,77		R\$ 1.721.037,77		R\$ 1.721.037,77		R\$ 1.721.037,77	R\$ 40.318.940,23

Item	Unidade de medida	2. Unidade de Pronto Atendimento (UPA)												TOTAL
		MÊS 19		MÊS 20		MÊS 21		MÊS 22		MÊS 23		MÊS 24		
1) Gestão RUE (Rede de Urgência e Emergência) - Unidade de Pronto Atendimento	nº de Unidades	1	R\$ 90.572,05	1	R\$ 90.572,05	1	R\$ 90.572,05	1	R\$ 90.572,05	1	R\$ 90.572,05	1	R\$ 90.572,05	R\$ 2.136.975,40
2) Rh - Unidade de Pronto Atendimento	nº de Unidades	1	R\$ 1.165.559,96	1	R\$ 1.165.559,96	1	R\$ 1.165.559,96	1	R\$ 1.165.559,96	1	R\$ 1.165.559,96	1	R\$ 1.165.559,96	R\$ 27.500.458,21
J - Unidade de Pronto Atendimento			R\$ 1.256.132,01		R\$ 1.256.132,01		R\$ 1.256.132,01		R\$ 1.256.132,01		R\$ 1.256.132,01		R\$ 1.256.132,01	R\$ 29.637.433,61
K) Parte variável - 1 (ATÉ 1,5% do gasto total com UPA)			R\$ 18.841,98		R\$ 18.841,98		R\$ 18.841,98		R\$ 18.841,98		R\$ 18.841,98		R\$ 18.841,98	R\$ 389.947,07
L) Parte variável - 2 (ATÉ 2% do gasto total com UPA)			R\$ 25.122,64		R\$ 25.122,64		R\$ 25.122,64		R\$ 25.122,64		R\$ 25.122,64		R\$ 25.122,64	R\$ 519.929,43
M) Parte variável - 3 (ATÉ 1,5% do gasto total com UPA)			R\$ 18.841,98		R\$ 18.841,98		R\$ 18.841,98		R\$ 18.841,98		R\$ 18.841,98		R\$ 18.841,98	R\$ 389.947,07
N) Subtotal (N) = (J+K+L+M)			R\$ 1.318.938,61		R\$ 1.318.938,61		R\$ 1.318.938,61		R\$ 1.318.938,61		R\$ 1.318.938,61		R\$ 1.318.938,61	R\$ 30.937.257,17

Subprojeto	Unidade de medida	3. Cursos de Nível Superior, Pós-Graduação e Pesquisa												TOTAL
		MÊS 19		MÊS 20		MÊS 21		MÊS 22		MÊS 23		MÊS 24		
3.1. Curso de Formação em Atenção Farmacêutica	Número absoluto de vagas													R\$ 161.033,91
	% de alunos	R\$ 6.546,09	R\$ 6.546,09	R\$ 6.546,09	R\$ 6.546,09	R\$ 6.546,09	R\$ 6.546,09	R\$ 6.546,09	R\$ 6.546,09	R\$ 6.546,09	R\$ 6.546,09	R\$ 6.546,09		
	Proposta													
3.2. Residência Multiprofissional em Saúde da Família	Número absoluto de vagas	R\$ 26.184,38	R\$ 26.184,38	R\$ 26.184,38	R\$ 26.184,38	R\$ 26.184,38	R\$ 26.184,38	R\$ 26.184,38	R\$ 26.184,38	R\$ 26.184,38	R\$ 26.184,38	R\$ 26.184,38	R\$ 26.184,38	R\$ 644.135,63
	% de alunos													
3.3. Pesquisa em Saúde da Família	Número de Pesquisas	R\$ 30.548,44	R\$ 30.548,44	R\$ 30.548,44	R\$ 30.548,44	R\$ 30.548,44	R\$ 30.548,44	R\$ 30.548,44	R\$ 30.548,44	R\$ 30.548,44	R\$ 30.548,44	R\$ 30.548,44	R\$ 30.548,44	R\$ 715.706,33
O) SUBTOTAL CURSOS DE NÍVEL SUPERIOR, POS GRADUAÇÃO E PESQUISA			R\$ 63.278,91		R\$ 63.278,91		R\$ 63.278,91		R\$ 63.278,91		R\$ 63.278,91		R\$ 63.278,91	R\$ 1.520.875,86

Subprojeto	Unidade de medida	4. Apoio a Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE)						TOTAL
		MÊS 19	MÊS 20	MÊS 21	MÊS 22	MÊS 23	MÊS 24	
		R\$ 139.901,02	R\$ 139.901,02	R\$ 139.901,02	R\$ 139.901,02	R\$ 139.901,02	R\$ 139.901,02	
4. Apoio a Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE)	% EAPS							R\$ 3.277.681,06
P) SUBTOTAL APOIO A CENTROS DE REFERÊNCIA DE IMUNIOBIOLÓGICOS ESPECIAIS (CRIE)		R\$ 139.901,02	R\$ 139.901,02	R\$ 139.901,02	R\$ 139.901,02	R\$ 139.901,02	R\$ 139.901,02	R\$ 3.277.681,06

Subprojeto	Unidade de medida	5. Apoio à Formação, Qualificação e Avaliação das Ações de Saúde						TOTAL
		MÊS 19	MÊS 20	MÊS 21	MÊS 22	MÊS 23	MÊS 24	
		R\$ 305.964,42	R\$ 305.964,42	R\$ 305.964,42	R\$ 305.964,42	R\$ 305.964,42	R\$ 321.675,05	
5.1. Residência em Medicina de Família e Comunidade	% de residentes e % de preceptores							R\$ 7.198.982,44
5.2. Residência de Enfermagem em Saúde da Família e Comunidade	% de residentes e % de preceptores	R\$ 101.988,14	R\$ 101.988,14	R\$ 101.988,14	R\$ 101.988,14	R\$ 101.988,14	R\$ 107.225,02	R\$ 2.399.660,81
5.3. Especialização em Vigilância em Saúde na Atenção Primária	% de alunos	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75	R\$ 1.226.925,00
5.4. Projetos de Implantação e Avaliação de Modelos de Educação Permanente em Saúde	Número de Ciclos							
	% de Profissionais % de Ciclos com material disponibilizado	R\$ 37.705,50	R\$ 37.705,50	R\$ 37.705,50	R\$ 37.705,50	R\$ 37.705,50	R\$ 37.705,50	R\$ 895.655,25
5.5. Apoio às Linhas de Cuidado e Projetos Especiais	Diretrizes clínicas revisadas e/ou vídeos desenvolvidos	R\$ 36.658,13	R\$ 36.658,13	R\$ 36.658,13	R\$ 36.658,13	R\$ 36.658,13	R\$ 36.658,13	R\$ 858.847,50
	Protocolos clínicos revisados							
5.6. Apoio ao Monitoramento e Análise de Qualidades de Ações	Relatório confeccionado	R\$ 44.513,44	R\$ 44.513,44	R\$ 44.513,44	R\$ 44.513,44	R\$ 44.513,44	R\$ 44.513,44	R\$ 1.042.886,25
5.7. Monitoramento de Vacâncias nas Equipes / Acomodamento de contratação de Médicos	Relatório confeccionado	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75	R\$ 1.226.925,00
5.8. Apoio à manutenção das Estações OTICS-RIO	Manutenção das Estações OTICS	R\$ 394.991,30	R\$ 394.991,30	R\$ 394.991,30	R\$ 394.991,30	R\$ 394.991,30	R\$ 394.991,30	R\$ 9.254.081,81
Q) SUBTOTAL APOIO A FORMAÇÃO, QUALIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE		R\$ 1.026.558,42	R\$ 1.026.558,42	R\$ 1.026.558,42	R\$ 1.026.558,42	R\$ 1.026.558,42	R\$ 1.047.505,92	R\$ 24.103.964,06

Subprojeto	Unidade de medida	6. Integração das Ações da Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde						TOTAL
		MÊS 19	MÊS 20	MÊS 21	MÊS 22	MÊS 23	MÊS 24	
		R\$ 659.846,25	R\$ 659.846,25	R\$ 659.846,25	R\$ 717.451,88	R\$ 717.451,88	R\$ 710.120,25	
6.1. Qualificação das Ações e Informações em Vigilância	Número							
	Percentual	R\$ 659.846,25	R\$ 659.846,25	R\$ 659.846,25	R\$ 717.451,88	R\$ 717.451,88	R\$ 710.120,25	R\$ 15.373.370,25
6.2. Curso Técnico de Agentes em Saúde	Número absoluto de vagas							
	% de vagas % de alunos	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75	R\$ 52.368,75	R\$ 1.226.925,00
6.3. Gerenciamento, Operacionalização e Execução das Ações de Promoção da Saúde para os Serviços da APS / ESF	Campanha realizada							
	Curso / Oficina Ministrado	R\$ 194.180,51	R\$ 194.180,51	R\$ 194.180,51	R\$ 194.180,51	R\$ 194.180,51	R\$ 194.180,51	R\$ 5.776.296,89
6.4. Ações Contingenciais para o enfrentamento da Tuberculose	Material elaborado							
6.5. Qualificação das Ações de Vigilância ao Controle das DST / AIDS e Hpatites Virais	Percentual	R\$ 172.816,88	R\$ 172.816,88	R\$ 172.816,88	R\$ 172.816,88	R\$ 172.816,88	R\$ 172.816,88	R\$ 4.048.852,50
6.6. Pesquisa Clínica de Imunológicos	Percentual	R\$ 232.338,23	R\$ 232.338,23	R\$ 232.338,23	R\$ 232.338,23	R\$ 232.338,23	R\$ 232.338,23	R\$ 6.056.815,38
6.6. Pesquisa Clínica de Imunológicos	Número Absoluto	R\$ 20.947,50	R\$ 20.947,50	R\$ 20.947,50	R\$ 20.947,50	R\$ 20.947,50	R\$ 20.947,50	R\$ 490.770,00
R) SUBTOTAL INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA, VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE		R\$ 1.332.498,12	R\$ 1.332.498,12	R\$ 1.332.498,12	R\$ 1.390.103,74	R\$ 1.390.103,74	R\$ 1.382.772,12	R\$ 32.973.030,02

S) SUBTOTAL SUBPROJETOS (S) = (O+P+Q+R)	R\$ 2.562.236,47	R\$ 2.562.236,47	R\$ 2.562.236,47	R\$ 2.619.842,09	R\$ 2.619.842,09	R\$ 2.633.457,97	R\$ 61.875.551,01
--	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	--------------------------

TEIAS MANGUINHOS		Estratégia de Saúde da Família, NASF, Centro de Atenção Psicossocial, Unidade de Pronto Atendimento e Projetos Estratégicos						TOTAL
Item		MÊS 19	MÊS 20	MÊS 21	MÊS 22	MÊS 23	MÊS 24	
T) TOTAL (T) = (I+N+O+P+Q+R)		R\$ 5.602.212,85	R\$ 5.602.212,85	R\$ 5.602.212,85	R\$ 5.659.818,48	R\$ 5.659.818,48	R\$ 5.673.434,35	R\$ 133.131.748,41

TEIAS AP 3.1 Manguinhos				
Resumo por Exercício Financeiro - TEIAS				
Ano	ESF/NASF/CAPS	UPA	rojetos Estratégico	Total
1º ano	R\$ 19.666.487,02	R\$ 15.109.993,79	R\$ 30.183.195,61	R\$ 64.959.676,42
2º ano	R\$ 20.652.453,21	R\$ 15.827.263,38	R\$ 31.692.355,39	R\$ 68.172.071,99
Total	R\$ 40.318.940,23	R\$ 30.937.257,17	R\$ 61.875.551,01	R\$ 133.131.748,41

TEIAS AP 3.1 Manguinhos				
Resumo por Exercício Financeiro - TEIAS				
Ano	ESF/NASF/CAPS	UPA	rojetos Estratégico	Total
2021	R\$ 16.339.863,31	R\$ 12.561.320,14	R\$ 25.180.052,70	R\$ 54.081.236,15
2022	R\$ 20.537.001,38	R\$ 15.738.059,80	R\$ 31.442.198,25	R\$ 67.717.259,43
2023	R\$ 3.442.075,54	R\$ 2.637.877,23	R\$ 5.253.300,06	R\$ 11.333.252,83
Total	R\$ 40.318.940,23	R\$ 30.937.257,17	R\$ 61.875.551,01	R\$ 133.131.748,41

ANEXO TÉCNICO G

NORMAS PARA CUSTEIO DAS DESPESAS ADMINISTRATIVAS

1. Utilização dos recursos orçamentários referentes à Gestão Indireta das Organizações Sociais – Rubrica Apoio a Gestão do TEIAS – OSS.

Os recursos orçamentários para gestão indireta das Organizações Sociais previstos na Rubrica Apoio a gestão do TEIAS – OSS do cronograma de desembolso (ANEXO F), consistem em um valor fixo preestabelecido, não superior à 5% por cento do valor total da despesa contratada, destinados ao custeio das despesas administrativas da Organização Social necessárias à prestação dos serviços contratados.

As despesas referentes aos custos indiretos da Organização Social estão restritas ao valor estabelecido na rubrica Apoio a gestão do TEIAS - OSS (ANEXO F) e deverão respeitar as regras de rateio abaixo:

1.1 Só serão consideradas as remunerações dos dirigentes e quadros administrativos da OS dentro dos limites de:

CARGO	TIPO DOS CARGO	TETO SALARIAL DO CARGO	QUANTIDADE POR CARGO
Presidente/Diretores/ Superintendentes	GEI-1 (Gestão Executiva Indireta - Nível 1)	Remuneração inferior, em seu valor bruto, a 70% do limite estabelecido para remuneração de servidores do poder executivo federal.	5 vezes o valor de 70% do limite estabelecido para remuneração de servidores do Poder Executivo Federal
Coordenadores/ Assessores	GEI-2 (Gestão Executiva Indireta - Nível 2)	Remuneração inferior, em seu valor bruto, a 50% do limite estabelecido para remuneração de servidores do poder executivo federal.	7 vezes o valor de 50% do limite estabelecido para remuneração de servidores do Poder Executivo Federal
Gerentes	GEI-3 (Gestão Executiva Indireta - Nível 3)	Remuneração inferior, em seu valor bruto, a 35% do limite estabelecido para remuneração de servidores do poder executivo federal.	10 vezes o valor de 35% do limite estabelecido para remuneração de servidores do Poder Executivo Federal

1.1.1- Todas as demais remunerações referentes a cargos rateados e alocados nestas rubricas deverão ser inferiores em seu valor bruto a 35% do limite estabelecido para a remuneração de servidores do Poder Executivo Federal respeitando os valores praticados no mercado.

1.1.2- A Organização Social deverá informar em sua prestação de contas mensal a categoria em que se insere o profissional cujo salário está sendo rateado, com base no quadro acima.

1.1.3- Todas as remunerações rateadas deverão ser relativas a profissionais que tenham vínculo empregatício com a Organização Social.

1.2 A OSS deverá cumprir as regras de rateio de despesas administrativas conforme descrito na seção II, Art.8º da INSTRUÇÃO NORMATIVA CODESP Nº 01/2018, publicada no Diário oficial de 27 de dezembro de 2018 e suas atualizações.

O presente Anexo Técnico consiste em diretriz da CONTRATANTE e sua observância e cumprimento fazem parte das obrigações da CONTRATADA nos termos do Inciso IV da Cláusula Nona do Contrato de Gestão. E seu descumprimento total ou parcial poderá incidir nas sanções administrativas previstas na Cláusula Décima Quinta do Contrato de Gestão.

ANEXO III AO EDITAL DE CONVOCAÇÃO PÚBLICA - Nº CP 03/2021

(MODELO)

CARTA DE CREDENCIAMENTO

(em papel timbrado da Organização Social)

Ao _____ [órgão ou entidade licitante]

Rua _____ - Rio de Janeiro

Prezados Senhores,

Pela presente, fica credenciado(a) o(a) Sr(a). _____, portador(a) da Carteira de Identidade nº _____, expedida pelo _____, para representar a Organização Social _____, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas - CNPJ sob o nº _____, na Convocação Pública - nº CP ____/____ a ser realizada em __/__/__, podendo para tanto praticar todos os atos necessários, inclusive prestar esclarecimentos, receber notificações, interpor recursos e manifestar-se sobre a sua renúncia e eventual desistência.

Atenciosamente,

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____.

Representante Legal da Organização Social

(Nome, cargo e carimbo da Organização Social)

ANEXO IV AO EDITAL DE CONVOCAÇÃO PÚBLICA - Nº CP / ____

(MODELO) DECLARAÇÃO DE VISITA

(Em papel timbrado da Organização Social)

[Denominação/razão social da Organização Social]

Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas - CNPJ nº _____.

[Endereço da Organização Social] _____

[nome completo do representante legal da Organização Social], DECLARO que o(a) Sr(a).

_____ [nome completo do profissional indicado da
Organização Social], profissional indicado por essa Organização Social, realizou visita para fins de
vistoria técnica ao _____ [local ou equipamento visitado],
acompanhado do respectivo responsável, tendo tomado ciência de todas as condições locais para o
cumprimento das obrigações inerentes ao objeto da Convocação Pública - nº CP ____/____, as quais
serão consideradas quando da elaboração da proposta que vier a ser apresentada.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____.

Agente Público

(Nome, cargo, matrícula e lotação)

ANEXO V AO EDITAL DE CONVOCAÇÃO PÚBLICA - Nº CP /____
(MODELO) DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO SUPERVENIENTE
(Em papel timbrado da Organização Social)

[denominação/razão social da Organização Social]

Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas - CNPJ nº ____.

[endereço da Organização Social]

DECLARAMOS, sob as penalidades cabíveis, que não existe fato superveniente ao cadastramento que possa impedir nossa habilitação.

Rio de Janeiro, ____ de ____ de ____.

Representante Legal da Organização Social
(Nome, cargo e carimbo da Organização Social)

ANEXO VI AO EDITAL DE CONVOCAÇÃO PÚBLICA - Nº CP /____

(MODELO)

DECLARAÇÃO DO ART. 2º, DO DECRETO 19.381/01 E DE AUSÊNCIA DE PARTICIPAÇÃO DE PESSOA DA DIRETORIA EM OUTRA ORGANIZAÇÃO SOCIAL

(Em papel timbrado da Organização Social)

[denominação/razão social da Organização Social]

Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas - CNPJnº _____.

[endereço da Organização Social]

DECLARAMOS, sob as penalidades cabíveis, que não possuímos funcionários que pertençam ao 1º e 2º escalão da Administração Pública Municipal, nos últimos 12 (doze) meses, nos termos do parágrafo único do artigo 2º do Decreto Municipal nº 19.381/01 e que em nossa Diretoria não há pessoa que participe da Diretoria de outra Organização Social e que não somos controlados por grupo de pessoas físicas ou jurídicas que controla outra Organização Social.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Representante Legal da Organização Social

(Nome, cargo e carimbo da Organização Social)

ANEXO VII - EDITAL DE CONVOCAÇÃO PÚBLICA – Nº CP 000/2021

(MODELO)

DECLARAÇÃO DE QUE A INSTITUIÇÃO NÃO EMPREGA MENOR DE DEZOITO ANOS EM TRABALHO NOTURNO, PERIGOSO OU INSALUBRE, E DE QUE NÃO EMPREGA MENOR DE DEZESSEIS ANOS

(em papel timbrado da Organização Social)

[denominação/razão social da Organização Social]

Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ nº _____.

[endereço da Organização Social]

_____ [denominação/razão social da Organização Social], inscrito no CNPJ nº _____, por intermédio de seu representante legal o (a) Sr(a) _____, portador(a) da Carteira de Identidade nº _____ e do CPF nº _____, DECLARA, para fins do disposto no inciso V do art. 27 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei nº 9.854, de 27 de outubro de 1999, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, e de que não emprega menor de dezesseis anos.

Ressalva: () Emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

REPRESENTANTE LEGAL DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL

(Nome, cargo e carimbo da Organização Social)

ANEXO VIII - EDITAL DE CONVOCAÇÃO PÚBLICA – Nº CP 000/2021
(MODELO) DECLARAÇÃO REFERENTE AO DECRETO MUNICIPAL Nº 41.212/2016
(Em papel timbrado da Organização Social)

[denominação/razão social da Organização Social]

Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ nº _____.

[endereço da Organização Social]

DECLARAMOS ainda, sob as penalidades cabíveis, que não possuímos em nossos quadros cônjuges ou parentes até o 3º (terceiro) grau, de Diretores e Conselheiros.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

REPRESENTANTE LEGAL DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL

(Nome, cargo e carimbo da Organização Social)

ANEXO IX - EDITAL DE CONVOCAÇÃO PÚBLICA – Nº CP 000/2021

(MODELO)

DECLARAÇÃO REFERENTE AO DECRETO MUNICIPAL Nº 41.213/2016

(em papel timbrado da Organização Social)

[denominação/razão social da Organização Social]

Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ nº _____.

[Endereço da Organização Social]

DECLARAMOS ainda, sob as penalidades cabíveis, que não possuímos qualquer contrato com pessoa jurídica que tenha, em seu Quadro Societário, cônjuge ou parentes de Diretores e Conselheiros da Organização Social nos Contratos de Gestão celebrados com o Município do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

REPRESENTANTE LEGAL DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL

(Nome, cargo e carimbo da Organização Social)

ANEXO X - EDITAL DE CONVOCAÇÃO PÚBLICA – Nº CP 000/2021

(MODELO)

DECLARAÇÃO REFERENTE ÀS RESOLUÇÕES SMS Nº 2734/2015 E Nº 3208/2017

(em papel timbrado da Organização Social)

[denominação/razão social da Organização Social]

Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ nº _____.

[Endereço da Organização Social]

DECLARAMOS que esta Organização Social cumpre as normas previstas na Legislação Trabalhista e Previdenciária vigente, bem como nas decisões definidas em Convenção Coletiva de Trabalho, Acordo Coletivo de Trabalho e/ou Dissídio Coletivo de Trabalho.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

REPRESENTANTE LEGAL DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL

(Nome, cargo e carimbo da Organização Social)