



09004992/09  
1652

Nº 09/201 / /SMSDC  
LIVRO  
Fls.

**TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº. 02/2009 QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE E DEFESA CIVIL - SMSDC E A FUNDAÇÃO PARA DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO EM SAÚDE - FIOTEC, PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA AP 3.1 E À ALTERAÇÃO DO CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO, NO PROCESSO ADMINISTRATIVO 09/004992/2009.**

Pelo presente instrumento, de um lado o **MUNICÍPIO DE RIO DE JANEIRO**, por intermédio da Secretaria Municipal da Saúde e Defesa Civil, com sede nesta cidade na Rua Afonso Cavalcante, nº. 455, Bloco 1, 7º andar, neste ato representado por seu Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil, **HANS FERNANDO ROCHA DOHMANN**, brasileiro, médico, casado, portador da Cédula de Identidade CRM/RJ nº. 5256908 e do CPF nº. 834.202.317-68, doravante denominada **CONTRATANTE**, e de outro lado a **FUNDAÇÃO PARA DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO EM SAÚDE - FIOTEC**, inscrita no CNPJ sob o nº. 02.385.669/0001-74, com endereço à Avenida Brasil, 4.036 – 10º andar, Manguinhos, CEP: 21040-361, Rio de Janeiro/RJ, neste ato representado por seu Diretor Executivo **MAURÍCIO ZUMA MEDEIROS**, portador da Cédula de Identidade nº. 04395631-7-DETRAN/RJ, CPF nº. 603.466.717-87, em conformidade com as disposições constantes no processo nº. 09/004992/2009, tendo em vista o que dispõe a Lei Federal nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, o Decreto nº. 30.780, de 2 de junho de 2009, que regulamenta a Lei Municipal nº. 5.026, de 19 de maio de 2009, e:

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

O presente TERMO ADITIVO tem por objeto a prorrogação por 24 (vinte e quatro) meses e o acréscimo de valor de R\$ 54.929.935,62 (cinquenta e quatro milhões, novecentos e vinte e nove mil e novecentos e trinta e cinco reais e sessenta e dois centavos) para o 3º ano do contrato de gestão e o valor total de R\$55.094.053,04 (cinquenta e cinco milhões, noventa e quatro mil e cinquenta e três reais e quatro centavos) para o 4º ano do contrato de gestão, correspondente a execução da atividade de saúde (TEIA e UPA) na área de planejamento 3.1, no CONTRATO DE GESTÃO nº 02/2009, conforme cronograma físico e financeiro em anexo (Anexo 06) e anexos 01 à 05.

**CLÁUSULA SEGUNDA - DO VALOR**

Pelo acréscimo da atividade objeto deste TERMO ADITIVO, a **CONTRATANTE** repassará à **CONTRATADA** o valor total de R\$110.023.988,67 (cento e dez milhões, vinte e três mil, novecentos e oitenta e oito reais e sessenta e sete centavos)

**CLÁUSULA TERCEIRA - DAS CONDIÇÕES DO REPASSE**

Os valores dos repasses estão especificados no Cronograma de Desembolso, em anexo (Anexo 06), parte integrante do presente instrumento, no montante total mencionado na Cláusula Segunda.

**CLÁUSULA QUARTA - DO CONTROLE BIOMÉTRICO**

A entidade deverá implementar controle de ponto e acesso biométrico dos funcionários contratados para a execução do objeto do presente Contrato de Gestão, visando controle de horário efetivamente trabalhado.

*(Handwritten signatures)*



1655

§1º Para a implementação da ação indicada, a entidade deverá, no prazo de 45 dias apresentar projeto básico com três orçamentos, afim de que seja adequado ao cronograma financeiro proposto.

§2º A entidade deverá apresentar a cada três meses, anexo ao relatório trimestral de cumprimento de metas, relatório de freqüência com base no controle biométrico implementado.

#### **CLÁUSULA QUINTA - DA REMUNERAÇÃO DOS DIRIGENTES E PROFISSIONAIS DA ATIVIDADE MEIO**

A remuneração de todos os dirigentes e profissionais envolvidos com a atividade meio da entidade não poderá ultrapassar a 10% do valor total do Contrato de Gestão.

§1º entende-se por atividade meio a que não está relacionada com a finalidade da entidade, isto é, caracteriza-se pelo fato de ser acessória quanto ao objeto contratado.

§2º A efetivação desta cláusula se dará no prazo máximo de 60 dias, mediante comprovação pela entidade contratada através da apresentação do relatório demonstrativo de despesa.

#### **CLÁUSULA SEXTA - DA RATIFICAÇÃO**

Ficam mantidas as demais cláusulas e condições do CONTRATO DE GESTÃO nº. 02/2009, e demais alterações posteriores, não atingidas pelas alterações introduzidas por este TERMO ADITIVO.

#### **CLÁUSULA SÉTIMA - DO CONTROLE ORÇAMENTÁRIO E FINANCEIRO**

A SMSDC providenciará a remessa de cópias do presente Termo Aditivo à Gerência Setorial de Contabilidade e Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil e ao Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro, nos prazos de 05 (cinco) dias, contados de sua assinatura e de 10 (dez) dias contados da publicação de seu extrato, respectivamente.

#### **CLÁUSULA OITAVA - DA PUBLICAÇÃO**

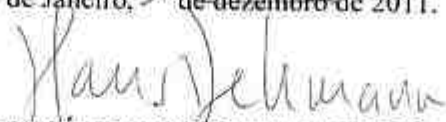
O presente TERMO ADITIVO será publicado às expensas da CONTRATADA no Diário Oficial do Município, no prazo até o 10 dias úteis do mês seguinte ao da sua assinatura.

#### **CLÁUSULA NONA - FORO**

As questões que não possam ser dirimidas administrativamente serão processadas e julgadas no Foro da Justiça Estadual da Comarca da Capital do Estado do Rio de Janeiro.

E, por estarem justas as CONTRATANTES, assinam o presente TERMO ADITIVO em 04 (quatro) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

Rio de Janeiro, 30<sup>NOVEMBRO</sup> de dezembro de 2011.

  
**MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**  
**HANS FERNANDO ROCHA DOHMANN**  
Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil

  
**MAURÍCIO ZUMA MEDEIROS**  
Diretor Executivo / FIOTEC

  
FLÁVIO CARNEIRO GUEDES ALCORDE  
Subsecretário  
Subsecretaria de Gestão - SMSU  
Mat. 60/259.094.1





09004992/09  
1656

TESTEMUNHAS:

1- 

Monique P. Laranja do Amaral  
Analista de Licitações e Contratos  
Jurídico - FIOTEC

2- 

Débora Costa  
Secretária Executiva DRT/RJ n°10783  
FIOTEC/Direção

OBS.: FOLHA DE ASSINATURA DAS TESTEMUNHAS DO TERMO ADITIVO DO CONTRATO DE GESTÃO Nº. 02/2009.



3



## ANEXO TÉCNICO 1 DO CONTRATO DE GESTÃO: GESTÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE PELA ORGANIZAÇÃO SOCIAL – TEIAS – MANGUINHOS

### 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 termo aditivo ao Contrato de Gestão.

#### A.1. OBJETO

Gerenciamento e administração, pela CONTRATADA, da prestação dos serviços de saúde, assim como das adaptações e programação visual das unidades e dos gastos operacionais atribuídos à CONTRATADA previstos nos planos de trabalho das unidades de saúde onde estes serviços estão localizados.

#### A.2. ESPECIFICAÇÕES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Abaixo serão especificados todos os serviços a serem executados no território de abrangência do Complexo de Manguinhos, tal como definido no final do Contrato de Gestão.

##### A.2.1. Carteira de Serviços de Saúde

Todos os itens especificados na Carteira de Serviços para a Atenção Primária definidos pela SMSDC devem ser implementados e garantidos em todas as unidades de saúde.

##### A.2.1.1. Produção mínima de procedimentos esperado.

Cadastramento no período de três meses de todos os usuários da área de abrangência de cada nova equipe de saúde da família, respeitando a linha de base para territorialização, que forem aplicável ao Complexo listado neste Edital.

##### A.2.1.2. Produção mínima de procedimentos esperado para fazer jus a parte fixa do contrato de gestão

Estes parâmetros de referência integram a Política Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

#### Equipe de Saúde da Família:

Profissional	Nº de turnos / semana (A)	Nº de ações de saúde por turno (B)	Nº de ações de saúde por semana (C) = (A*B)	Meta mínima de acompanhamento (D) = (C*4)
Médico de Família	6	Consulta - 12	72	288
Médico de Família	1	Interconsulta (telemedicina ou consulta com o serviço de apoio especializado / NASF) –	10	40

		10 (**)		
Médico de Família	1	Visita domiciliar - 4	4	16
Médico de Família	1	Atividade de grupo e nas escolas e creches da área - 1 (**)	1	4
Médico de Família	1	Reunião de equipe (**)	-	Não se aplica
Enfermeiro de Família	5	Consulta de enfermagem -12	60	240
Enfermeiro de Família	1	Interconsulta (telemedicina ou consulta com o serviço de apoio especializado/NASF) - 10 (**)	10	40
Enfermeiro de Família	2	Visita domiciliar - 4	8	32
Enfermagem de Família	1	Atividade de grupo e nas escolas e creches da área - 1 (**)	1	4
Enfermeiro de Família	1	Reunião de equipe (**)	-	Não se aplica
Técnico de enfermagem	6	Sala de curativo, vacina, pré-consulta	-	-
Técnico de enfermagem	2	Visita domiciliar - 4	8	32
Técnico de enfermagem	1	Atividade de grupo e nas escolas e creches da área - 1 (**)	1	4
Técnico de enfermagem	1	Reuniões de equipe (**)	-	Não se aplica
ACS	6	Visita domiciliar de acompanhamento - 6	36	144
ACS	2	Acolhimento e humanização na unidade	-	-
ACS	1	Sala dos ACS - atualização no prontuário	Não se aplica	Não se aplica
ACS	1	Reuniões de equipe (**)	Não se aplica	Não se aplica



 2 

Profissional	Nº de turnos / semana (A)	Nº de ações de saúde por turno (B)	Nº de ações de saúde por semana (C) = (A*B)	Meta mínima de acompanhamento (D) = (C*4)
Agente de vigilância em saúde (endemias)	6	Visita domiciliar - 8	48	192
Agente de vigilância em saúde (endemias)	2	Busca ativa e vigilância em saúde	-	Não se aplica
Agente de vigilância em saúde (endemias)	1	Atividade de grupo e nas escolas e creches da área - 1	4	4
Agente de vigilância em saúde (endemias)	1	Reunião de equipe e atividades de Educação Permanente	-	Não se aplica

(\*) para as semanas onde não houver interconsulta com NASF ou teleconsulta, considerar o parâmetro de 12 consultas em consultório como mínimo;

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

Obs. A avaliação da produção mínima 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.

#### Equipe de Saúde Bucal:

Profissional	Nº de turnos / semana (A)	Nº de ações de saúde por turno (B)	Nº de ações de saúde por semana (C) = (A*B)	Meta mínima de acompanhamento (D) = (C*4)
Cirurgião dentista de Família	6	Procedimentos conclusivos - 12	72	288
Cirurgião dentista de Família	1	Interconsulta, Telemedicina ou consulta com o serviço de apoio especializado/NASF) - 8 (*)	8	32
Cirurgião dentista de Família	1	Visita domiciliar - 4	4	16
Cirurgião dentista de Família	1	Atividade de grupo nas escolas e creches da área e outros espaços da comunidade- 2 (**)	2	8
Cirurgião dentista de Família	1	Reuniões de Equipe (**)	-	Não se aplica
Técnico de Saúde Bucal de Família	4	Procedimentos conclusivos - 9	36	144
Técnico de Saúde Bucal de Família	2	Visita domiciliar - 4	8	32
Técnico de Saúde Bucal de Família	3	Atividade de grupo nas escolas e creches da área e outros espaços da comunidade - 1 (**)	3	12
Técnico de Saúde	1	Reuniões de equipe (**)	-	Não se aplica

Handwritten signatures and initials at the bottom right of the page.

10000499214  
1660

Bucal de Família				
Auxiliar de Saúde Bucal de Família	6	Consulta – Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
Auxiliar de Saúde Bucal de Família	1	Visita domiciliar – 4	4	16
Auxiliar de Saúde Bucal de Família	2	Atividade de grupo e nas escolas e creches da área – 1 (**)	2	8
Auxiliar de Saúde Bucal de Família	1	Reuniões de equipe (**)	-	Não se aplica

(\*) O turno de Interconsulta (consulta com apoio do NASF) ou Telemedicina poderá ser substituído, quando necessário, por mais um turno de atividade em consultório ou atividade de grupo nas escolas e creches da área e de outros espaços da comunidade;

(\*\*) quando não houver atividade de reunião ou atividade de grupo na semana, considerar mais um turno de atividade em consultório;

Obs. A avaliação da produção mínima 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.

#### Agente de Defesa Civil:

Profissional	Nº de turnos / semana (A)	Nº de ações de saúde por turno (B)	Nº de ações de saúde por semana (C) = (A*B)	Meta mínima de acompanhamento (D) = (C*4)
Agente de defesa civil	8	Atividade de grupo na comunidade	-	Não se aplica
Agente de defesa civil	1	Reuniões de equipe e atividades de Educação Permanente	-	Não se aplica
Agente de defesa civil	1	Reuniões com comando central da área	-	Não se aplica

#### Serviço de Apoio Especializado à Saúde da Família:

Trata-se de um serviço de Apoio Especializado 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.

Preferencialmente as equipes de apoio especializado devem seguir as diretrizes do Ministério da Saúde através da Portaria GM 154 de 24 de Janeiro de 2008 (republicada no dia 04 de março de 2008), tanto na sua composição quanto na proporção de apoio às equipes de saúde

*Handwritten signatures and initials*

da família. Nesse caso, todas as equipes devem ser cadastradas como equipe NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) na base do CNES.

**SERVIÇO DE APOIO ESPECIALIZADO (INCLUINDO NASF):**

Profissional	Nº de turnos / semana (A)	Nº de ações de saúde por turno (B)	Nº de ações de saúde por semana (C) = (A*B)	Meta mínima de acompanhamento (D) = (C*4) (**)
Médico	6	Consulta - 12	72	288
Médico	4	Interconsulta e discussão de casos - 10	40	160
Assistente social	4	Atendimento individual - 10	40	160
Assistente social	6	Atividades junto às equipes de Saúde da Família (interconsulta, visitas, grupo, etc)	-	Relatório da Atividade
Nutricionista	4	Atendimento individual - 8	32	128
Nutricionista	6	Atividades junto às equipes de Saúde da Família (interconsulta, visitas, grupo, etc)	-	Relatório da Atividade
Fono-audiólogo	4	Atendimento individual - 8	32	128
Fono-audiólogo	6	Atividades junto às equipes de Saúde da Família (interconsulta, visitas, grupo, etc)	-	Relatório da Atividade
Farmacêutico	4	Assistência farmacêutica e uso racional de medicamentos	-	Não se aplica
Farmacêutico	6	Atividades junto às equipes de Saúde da Família (interconsulta, visitas, grupo, etc)	-	Relatório da Atividade
Fisioterapeuta	4	Atendimento individual - 8	32	128
Fisioterapeuta	6	Atividades junto às equipes de Saúde da Família (interconsulta, visitas, grupo, etc)	-	Relatório da Atividade
Psicólogo	4	Atendimento individual - 8	32	128
Psicólogo	6	Atividades junto às equipes de Saúde da Família (interconsulta, visitas, grupo, etc)	-	Relatório da Atividade
Educador Físico	2	Apoio aos profissionais de saúde da família e articulação intersetorial	-	Relatório da Atividade
Educador Físico	8	Academia Carioca (promoção de prática de atividade física)	-	Relatório da Atividade





(\*)A avaliação da produção mínima 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.

(\*\*) Foi considerada carga horária semanal de 40 horas para os profissionais do NASF.

**CENTRO DE ESPECIALIDADE ODONTOLÓGICA (CEO):**

Profissional	Nº de turnos / semana (A)	Nº de ações de saúde por turno (B)	Nº de ações de saúde por semana (C) = (A*B)	Meta mínima de acompanhamento (D) = (C*4) (**)
Dentista endodontista	5	Consulta - 4	20	80
Dentista Periodontista	5	Consulta - 6	30	120
Dentista Cirurgia Oral Menor	5	Consulta - 6	30	120
Dentista de Pacientes Especiais	5	Consulta - 6	30	120
Dentista Estômatologista	5	Consulta - 6	30	120
Auxiliar de Consultório Dentário	10	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
Administrativo	10	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica

(\*) A avaliação da produção mínima 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.

**LRPD: Laboratório Regional de Prótese Dentária**

Profissional	Nº de turnos / semana (A)	Nº de ações de saúde por (B)	Nº de ações de saúde por semana (C) = (A*B)	Meta mínima de acompanhamento (D) = (C*4) (**)
Protético	10	Próteses confeccionadas	6	24
Auxiliar de Laboratório de Prótese	10	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica

**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 PSF, 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.

**CAPSi (CAPS infantil):**

Profissional	Nº de turnos / semana (A)	Nº de ações de saúde por turno (B)	Meta mínima de acompanhamento
Diretor	1	Supervisão	Não se aplica
	8	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares ou desenvolvimento de atividades de direção (incluindo reuniões institucionais e representação da unidade em eventos)	Projeto Terapêutico
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
Coordenador Técnico	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica

*[Handwritten signatures and marks]*

	8	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares ou desenvolvimento de atividades de coordenação ou substituição da direção nas atividades destinadas a esta.	Projeto Terapêutico
Psiquiatra	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	4	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares	Projeto Terapêutico
Enfermeiro	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	5	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares e cuidados de enfermagem.	Projeto Terapêutico
Técnico de enfermagem	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	5	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares e cuidados de enfermagem.	Projeto Terapêutico
Psicólogo	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	5	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares	Projeto Terapêutico
Nutricionista	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	5	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares e acompanhamento nutricional dos usuários. Organização e supervisão do serviço de nutrição da unidade.	Projeto Terapêutico
Farmacêutico	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	4	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares. Organização, dispensação e solicitação de medicamentos.	Projeto Terapêutico

(continua...)

Profissional	Nº de turnos / semana (A)	Nº de ações de saúde por turno (B)	Meta mínima de acompanhamento
Musicoterapeuta	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	5	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares	Projeto Terapêutico
Terapeuta Ocupacional	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	5	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares	Projeto Terapêutico
Fonoaudiólogo	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	4	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares	Projeto Terapêutico
Supervisor	3	Supervisão clínica do CAPS e do território (ambulatórios, PSF, educação, etc.) com discussão de casos e estratégias no cuidados aos usuários. Participação nos fóruns de saúde mental.	Não se aplica
	2	Articulações intersetoriais de educação continuada (palestras, cursos, grupos)	Não se aplica
Assistente Social	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	5	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares, seguindo a direção do SIMAS.	Projeto Terapêutico

(\*) A avaliação da produção mínima 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.





**CAPS ad (CAPS para Álcool e outras Drogas):**

<b>Profissional</b>	<b>Nº de turnos / semana (A)</b>	<b>Nº de ações de saúde por turno (B)</b>	<b>Meta mínima de acompanhamento</b>
Diretor	1	Supervisão	Não se aplica
	8	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares ou desenvolvimento de atividades de direção (incluindo reuniões institucionais e representação da unidade em eventos)	Projeto Terapêutico
Coordenador Técnico	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	8	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares ou desenvolvimento de atividades de coordenação ou substituição da direção nas atividades destinadas a esta.	Projeto Terapêutico
Psiquiatra	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	4	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares	Projeto Terapêutico
Enfermeiro	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	5	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares e cuidados de enfermagem	Projeto Terapêutico

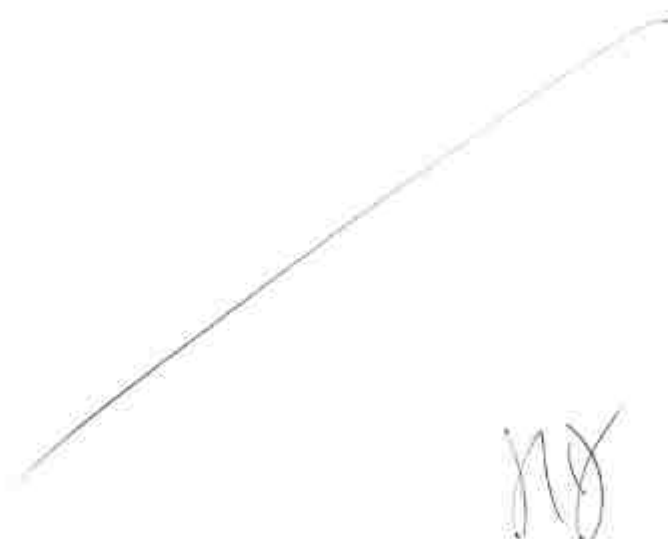
(continua...)

*Handwritten signatures and initials*

*Handwritten mark*

Profissional	Nº de turnos / semana (A)	Nº de ações de saúde por turno (B)	Meta mínima de acompanhamento
Técnico de enfermagem	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	5	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares e cuidados de enfermagem	Projeto Terapêutico
Oficineiro	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	8	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares	Projeto Terapêutico
Psicólogo	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	5	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares	Projeto Terapêutico
Nutricionista	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	5	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares e acompanhamento nutricional dos usuários. Organização e supervisão do serviço de nutrição da unidade	Projeto Terapêutico

(continua...)




Profissional	Nº de turnos / semana (A)	Nº de ações de saúde por turno (B)	Meta mínima de acompanhamento
Farmacêutico	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	4	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares. Organização, dispensação e solicitação de medicamentos.	Projeto Terapêutico
Musicoterapeuta	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	5	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares	Projeto Terapêutico
Terapeuta Ocupacional	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	5	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares	Projeto Terapêutico
Médico Clínico	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	5	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares	
Supervisor	3	Supervisão clínica do CAPS e do território (ambulatórios, PSF, educação, etc..) com discussão de casos e estratégias no cuidados aos usuários. Participação nos fóruns de saúde mental.	Não se aplica
	2	Articulações intersetoriais de educação continuada (palestras, cursos, grupos)	Não se aplica
Assistente Social	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	5	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares	Projeto Terapêutico


(\*) A avaliação da produção mínima 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.

*[Handwritten signatures and marks]*

**CAPS III:**

<b>Profissional</b>	<b>Nº de turnos / semana (A)</b>	<b>Nº de ações de saúde por turno (B)</b>	<b>Meta mínima de acompanhamento</b>
Diretor	1	Supervisão	Não se aplica
	8	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares ou desenvolvimento de atividades de direção (incluindo reuniões institucionais e representação da unidade em eventos)	Projeto Terapêutico
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
Coordenador Técnico	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	8	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares ou desenvolvimento de atividades de coordenação ou substituição da direção nas atividades destinadas a esta.	Projeto Terapêutico
Psiquiatra	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	4	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares	Projeto Terapêutico
Enfermeiro	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	5	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares e cuidados de enfermagem	Projeto Terapêutico

(continua...)





Profissional	Nº de turnos / semana (A)	Nº de ações de saúde por turno (B)	Meta mínima de acompanhamento
Técnico de enfermagem	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	5	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares e cuidados de enfermagem	Projeto Terapêutico
Oficineiro	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	8	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares	Projeto Terapêutico
Psicólogo	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	5	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares	Projeto Terapêutico
Nutricionista	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	5	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares familiares e acompanhamento nutricional dos usuários. Organização e supervisão do serviço de nutrição da unidade	Projeto Terapêutico

(continua...)

*[Handwritten signatures and marks]*

Profissional	Nº de turnos / semana (A)	Nº de ações de saúde por turno (B)	Meta mínima de acompanhamento
Farmacêutico	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	4	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares. Organização, dispensação e solicitação de medicamentos.	Projeto Terapêutico
Musicoterapeuta	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	5	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares	Projeto Terapêutico
Terapeuta Ocupacional	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	5	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares	Projeto Terapêutico
Supervisor	3	Supervisão clínica do CAPS e do território (ambulatórios, PSF, educação, etc.) com discussão de casos e estratégias no cuidados aos usuários. Participação nos fóruns de saúde mental.	Não se aplica
	2	Articulações intersetoriais de educação continuada (palestras, cursos, grupos)	Não se aplica
Assistente Social	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	5	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares	Projeto Terapêutico

(\*) A avaliação da produção mínima 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.

*[Handwritten signatures and marks]*

## **A.2.2. Plano de Assistência em Situações de Surto ou Emergência em Saúde Pública**

### **A.2.2.1.1. 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 a saúde.

A existência de uma rede de atenção primária bem estruturada e um Programa 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 subseqüentes. 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.

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.

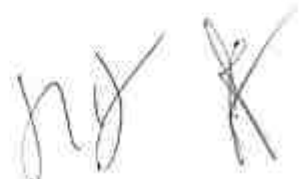
Com o intuito de assistir de forma adequada a população, poderão ser utilizadas várias estratégias definidas pela SMSDC-RJ como as seguintes:

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

## **A.2.3. Qualidade dos Serviços Prestados**

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

- Prontuários Eletrônicos Clínicos (PEC) ou Prontuários Eletrônicos do Paciente (PEP);
- Implantação da Comissão de Prontuários;
- Realização de auditoria interna quanto ao uso e qualidade dos registros no prontuário clínico, a partir de conteúdos e metodologia comum para o município do Rio de Janeiro junto com a SMSDC.
- 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 termo aditivo de acordo com território e população apontados na área de abrangência definida pela SMSDC-Rio no Complexo de Manginhos para a atenção primária em saúde.

##### 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 médico, 01 enfermeiro, 01 técnico (ou auxiliar) de enfermagem, no mínimo 01 agente comunitário de saúde e 01 agente de vigilância em saúde.

Cada equipe de Saúde da Família é responsável por realizar a cobertura de uma área que corresponde ao conjunto de microáreas – 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 cerca de 4.000 pessoas.

Em média, para cada 3 equipes de Saúde da Família (ESF) existe uma equipe de saúde bucal (ESB). A linha de base para a territorialização das equipes deverá considerar o Anexo Específico ao Contrato de Gestão.

A equipe de saúde da família poderá ser composta por médicos residentes vinculados à COREME da SMSDC 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 4.000 pessoas para a equipe.

**ANEXO TÉCNICO 2 DO CONTRATO DE GESTÃO: ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO, AVALIAÇÃO E METAS PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE**

<b>B.1. CRITÉRIOS GERAIS PARA O ACOMPANHAMENTO DOS CONTRATOS</b>	
B.1.1. Responsabilidade no Acompanhamento	
B.1.2. Comissão Técnica de Acompanhamento (CTA)	
B.1.3. Composição	
B.1.4. Funções	
<b>B.2. ÂMBITOS DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO</b>	
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 contrareferência	
B.2.5. Implementação de atividades de promoção da saúde e prevenção de Doenças	
<b>B.3. PAGAMENTO DA PARTE VARIÁVEL - INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS</b>	
B.3.1. Aspectos gerais	
<b>B.3.2. Parte variável 01 - incentivo institucional à gestão do TEIAS</b>	
<b>B.3.3. Parte variável 02 - incentivo à qualificação das unidades de saúde</b>	
B.3.3.1. Parâmetros de valores de metas para 1º ano de contrato – parte variável 02	
B.3.3.2. Contratualização dos Incentivos Financeiros com os Profissionais – parte variável 02	
B.3.3.3. Monitoramento dos Indicadores (parte variável 02)	
B.3.3.4. Orientações para Pagamento por Performance quanto a Satisfação do Usuário	
<b>B.3.4. Parte variável 03 - incentivo à gestão da clínica</b>	
B.3.4.1. Contratualização dos Incentivos Financeiros com os Profissionais – parte variável 03	
<b>B.4. ATRIBUIÇÕES DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL EM RELAÇÃO AOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE</b>	
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. CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	
B.4.1.3. SIA – Sistema de Informação Ambulatorial	
B.4.1.4. SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica	
B.4.1.5. SISPRENATAL – Sistema de Informação do Pré-natal	
B.4.1.6. SISCOLO - Sistema de Informação sobre Rastreamento de Citopatológico do Colo Uterino	
B.4.1.7. HIPERDIA – Sistema de Cadastramento do Hipertenso e do Diabético	
B.4.1.8. SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação	
B.4.1.9. SI-PNI/API – Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações/Avaliação do Programa de Imunizações	

hD

8

## **B.1. CRITÉRIOS GERAIS PARA O ACOMPANHAMENTO DOS CONTRATOS**

Este contrato de gestão tem como principal objetivo induzir a melhora do desempenho das unidades funcionais, através 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 para se poder alcançar maiores ganhos em 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 e Defesa Civil do Rio de Janeiro – SMSDC, através da CTA elaborará os instrumentos para o monitoramento e avaliação e realizará o acompanhamento dos contratos, juntamente com representantes da Subsecretaria responsável pelas ações e serviços de saúde.

### **B.1.1. RESPONSABILIDADE NO ACOMPANHAMENTO**

A SMSDC/RJ como entidade CONTRATANTE é responsável de que se levem 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 será criada uma Comissão Técnica de Acompanhamento (CTA) que articule e efetive o processo de acompanhamento e avaliação.

### **B.1.2. COMISSÃO TÉCNICA DE ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO**

A Comissão Técnica de Acompanhamento (CTA) realizará o seguimento e a avaliação do funcionamento dos serviços de saúde contratados de acordo com os critérios, parâmetros e calendário previamente acordados com a Organização Social.

A coordenação das reuniões da CTA caberá ao Coordenador da AP.

Sempre que necessário, outras pessoas poderão ser convidados para participar das reuniões de acompanhamento.

### **B.1.3. COMPOSIÇÃO**

A CTA é constituída, no mínimo de 10 pessoas:



- 2 representantes da S/GAB;
- 2 representante da S/SUBPAV;
- 2 representantes da S/SUBPAV/SAP;
- 2 representantes do S/SUBG;
- 2 representantes da S/SUBPAV/CAP 3.1.

#### B.1.4. FUNÇÕES

As funções da comissão serão:

- Realizar reuniões periódicas, segundo calendário elaborado de forma consensual pelos membros que a compõem;
- Sempre que solicitado pelo SMSDC ou pela contratada, realizar reuniões extraordinárias;
- Registrar em ata todas as reuniões realizadas que deverão ser assinadas pelos componentes da CTA e participantes presentes;
- Avaliação dos indicadores de acompanhamento e avaliação pactuados e informação em geral sobre o funcionamento dos serviços, assim como, dos aspectos econômico-financeiros da atuação da instituição parceira, analisando os desvios ocorridos em relação ao orçamento estabelecido no Contrato de Gestão;
- Análises das causas que originaram desvios e ocorrências no funcionamento dos serviços;
- Análise da rotatividade dos profissionais de saúde;
- Observação direta e discussões com a entidade provedora sobre o funcionamento dos serviços;
- Estabelecer acordos e a implementação de medidas corretivas, quando necessárias;
- Analisar preliminarmente propostas de implantação de novos serviços;
- Elaborar relatórios à SMSDC/RJ e ao Conselho Distrital sobre os dados analisados.

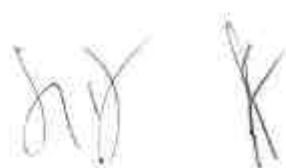
#### B.2. ÂMBITOS DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

##### B.2.1. ASPECTOS BÁSICOS ORGANIZACIONAIS

Caberá 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 SMSDC-Rio de Janeiro;
- Meios de acesso da população aos serviços de saúde ofertados;
- Recepção e encaminhamento dos usuários aos serviços;
- Registros a serem utilizados na atividade assistencial;
- Registros a serem utilizados nos procedimentos administrativos;
- Referência e contra-referência dos usuários a outros serviços ou outros níveis assistenciais, assim como os registros que se utilizarão.

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 – Ministério da Saúde).



## B.2.2. BOA PRÁTICA CLÍNICA

As referências que apóiam 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 SMSDC/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 SMSDC-Rio de Janeiro e a PNAB / 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.

## 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 outros 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 CONTRA-REFERÊNCIA

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 se dará de acordo com critérios estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil.

Para assegurar a continuidade no processo assistencial serão necessários:





09002092709  
1678

- Consenso clínico sobre as patologias e os processos que possam ser solucionados nos serviços da rede básica;
- Utilização pelos profissionais de saúde das referências e contrareferências estabelecidas;
- Acordos entre os profissionais sobre a informação clínica necessária, tanto desde a rede básica até a atenção especializada como 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 SUBPAV / SMSDC – 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 no Saúde da Família, e nos sistemas universais como o SUS. Esta proposta tem por objetivo acelerar a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. A má qualidade quase sempre aumenta os custos através da ineficiência, prolongamento da necessidade de cuidados, de tratamentos e cirurgias complementares.

Os programas de pagamento por desempenho visam a melhoria da qualidade, premiando a excelência ao mesmo tempo que promove 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 SMSDC 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, 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

Handwritten signatures and marks at the bottom of the page.

mesmo prontuário. Esses indicadores da equipe deverão ser enviados de forma automatizada por email 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 email mensalmente aos profissionais.

A qualquer momento a CAP, a CTA ou a SMSDC poderão solicitar a memória de cálculo que levou a gerar os indicadores e a 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 SMSDC. 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 de Indicadores de Acompanhamento e Avaliação.

A **CONTRATADA** para fazer jus aos recursos orçamentários da parte variável 01, com periodicidade trimestral, que corresponde a até 2 % do valor total conforme cronograma de desembolso (excluindo-se o item de adaptação de unidades), deverá apresentar um relatório contendo os indicadores pré-estabelecidos pela SMSDC/RJ, definidos no Quadro 3.1.1

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 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,

(ii) cumprimento de 60 a 79% das metas implica em destinação do total de 1% dos recursos orçamentários pré-definidos a OSS. O 1% restante deverá ser executado mediante plano de aplicação elaborado pela Coordenação de Área de Planejamento, alocado na rubrica "adaptação de unidades de atenção primária".

(iii) cumprimento de menos de 60% das metas implica em destinação do total do recurso (2%), mediante plano de aplicação elaborado pela Coordenação de Área de Planejamento, alocado na rubrica "adaptação de unidades de atenção primária".

A avaliação do cumprimento do conjunto de metas estabelecidas será realizada trimestralmente pela Comissão Técnica de Acompanhamento – CTA, que é parte integrante da

39 004332-09  
168C

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

*[A large diagonal line is drawn across the page, likely indicating that the content has been crossed out or is a placeholder.]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten mark]*

Quadro de indicadores da **Parte variável 01** - incentivo institucional à gestão do TEIAS.

Indicador	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade da avaliação	Meta	Observação
01	Implantação de comissões de prontuários nas unidades	Proporção de unidades de saúde da família com comissões de prontuários implantadas	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ N° de unidades com comissões implantadas (D) N° de unidades com equipes de Saúde da Família	Prontuário Eletrônico (PEP)	A partir do 7º mês de contrato. (se contrato novo) Trimestral	100%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade se existe comissão de prontuário
02	Acompanhamento do cadastramento no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)	Proporção de profissionais de saúde cadastrados	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ N° de profissionais cadastrados no SCNES (D) N° de profissionais contratados e cadastrados no prontuário	Prontuário Eletrônico (PEP) + arquivo exportação do CNES	Trimestral	90%	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.
03	Percentagem de consultas ao paciente pelo seu próprio médico de família	Proporção de consultas realizadas pelo próprio médico de família	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ N° de consultas médicas realizadas a pacientes da equipe pelo próprio médico da equipe (D) N° de consultas médicas realizadas a pacientes da equipe na unidade	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	60 a 80 %	
04	Acompanhamento do plano de trabalho odontológico	Proporção de altas no tratamento odontológico, dos usuários cadastrados	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ N° de altas realizadas (D) total de usuários que iniciaram o tratamento. <i>(acumulativo para os últimos 12 meses para numerador e denominador)</i>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral (a partir do 7º mês de implantação ou de nova unidade de saúde / equipe)	80%	* considerar a possibilidade de a equipe de SB registrar "alta por abandono". * incluir uma nova coluna ao lado do denominador (D) para visualizar o número de altas por abandono no período.
05	Programação anual de atividades das unidades	Proporção de unidades com programação entregue até 05 de fevereiro do ano corrente ou até 30 dias após inauguração de nova clínica	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ N° de programação recebidas (D) Total de unidades	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	100%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade a programação anual das atividades. Esta programação deve ficar disponível para todos os profissionais da unidade pelo prontuário.
06	Acompanhamento do cronograma de atividades propostas pelas unidades	Proporção de atividades realizadas	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ Número de atividades realizadas (D) total de atividades previstas no trimestre	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral (a partir do 4º mês de implantação da clínica)	80%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade a programação anual das atividades. Esta programação deve ficar disponível para todos os profissionais da unidade pelo prontuário.
07	Percentual de escolas no território com atividades de promoção,	Proporção de escolas cobertas na área da unidade	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ N° de escolas que receberam alguma ação de saúde no período (D)	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	80%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade as escolas e creches na área de abrangência com

	prevenção e assistência acompanhadas pelas ESF e ESB		Total de escolas da área				informações como Endereço, Nome do estabelecimento, número de alunos. Cada equipe de SF e SB deve registrar as atividades realizadas a partir desse cadastro realizado.
08	Informatização dos postos de trabalho	Proporção de consultórios e salas de procedimentos com terminais do prontuário eletrônico	$\frac{(N)}{\text{total de consultórios e outros postos de trabalho registrados no CNES (*)}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	100%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade a quantidade de postos de trabalho informatizados detalhando por sala. Como parâmetro cada unidade deve ter um computador com o prontuário instalado em cada consultório da unidade além dos demais postos de trabalho previstos descritos na observação (*).
09	Acesso a utilização de insumos para saúde bucal	Percentual de escovação dental supervisionada com entrega de kits de Saúde Bucal nas escolas e creches públicas no território	$\frac{(N)}{\text{total de alunos das escolas e creches públicas da área de abrangência da unidade (**)}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	90%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade as escolas e creches na área de abrangência com informações como Endereço, Nome do estabelecimento, número de alunos. Cada equipe de SB deve registrar as atividades realizadas e número de kits individuais entregues a partir desse cadastro realizado.
10	Custo médio de medicamentos prescritos por usuário	Custo médio de medicamentos prescritos por usuário	$\frac{(N)}{\text{Nº total de usuários atendidos pelos médicos das ESF nos últimos 3 meses}}$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral (a partir do 4º mês de clínica)	Máx 51,78	
11	Custo médio de serviços de apoio a diagnóstico e terapia prescritos por usuário	Custo médio de serviços de apoio a diagnóstico e terapia prescritos por usuário	$\frac{(N)}{\text{Nº total de usuários atendidos pelos médicos das ESF nos últimos 3 meses}}$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral (a partir do 4º mês de clínica)	Máx 41,80	
12	Abastecimento regular das unidades	Proporção de unidades de saúde com declaração que estão	$\frac{(N)}{\text{nº de unidades recebendo}} \times 100$	Declaração de abastecimento feito pelo diretor	Trimestral	100%	

		regularmente abastecidas pelo diretor/gerente	apoio a gestão	/ gerente da unidade			
13	Descentralização do fornecimento de insulina	Proporção de unidades que realizam o fornecimento	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ N° de unidades que realizam o fornecimento registrados pelo prontuário (D) N° total de unidades na área (***)	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	100%	
14	Descentralização do fornecimento de medicamentos para asma	Proporção de unidades que realizam o fornecimento	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ N° de unidades que realizam o fornecimento registrados pelo prontuário (D) N° total de unidades na área (***)	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	100%	
15	Descentralização do fornecimento de medicamentos para tuberculose e hanseníase	Proporção de unidades que realizam o fornecimento	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ N° de unidades que realizam o fornecimento registrados pelo prontuário (D) N° total de unidades na área (***)	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	100%	
16	Descentralização do fornecimento de medicamentos controlados	Proporção de unidades que realizam o fornecimento.	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ N° de unidades que realizam o fornecimento registrados pelo prontuário (D) N° total de unidades na área (***)	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	80%	
17	Regularidade no envio da produção (BPA e SIAB)	Proporção de unidades que informaram em dia.	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ N° de unidades com comprovação de envio pelo prontuário (D) N° total de unidades na área	Protocolo de envio pelo Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	100%	O calendário de envio para o SIAB é até dia 22 de cada mês e para o SAI é até 2º dia útil de cada mês.
18	Regularidade no envio dos indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3) aos profissionais das equipes	Proporção de profissionais da ESF e ESB que receberam mensalmente por email pelo PEP o envio do resultado de indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3) de sua unidade. SIA e SIAB	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ N° de profissionais das ESF e ESB que receberam mensalmente por email pelo PEP o envio do resultado de indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3), SIA e SIAB de sua unidade (D) N° total de profissionais de ESF e ESB na área	Protocolo de envio de email pelo Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	100%	Todos os profissionais das equipes devem receber mensalmente por email, automaticamente a partir do prontuário o resultado dos indicadores de desempenho, SIA e SIAB

(\*) entende-se como outros postos de trabalho, sala imunização, acolhimento mãe-bebê, sala da criança, sala da mulher, sala de hipertensão e diabetes, recepção (1 computador por equipe), sala de procedimentos, sala dos ACS e AVS (1 computador por equipe), farmácia, sala de administração, sala raio X (se houver) e sala ultrassonografia (se houver);

(\*\*) para o denominador que representa o número de alunos em escolas e creches públicas, o prontuário eletrônico deve disponibilizar um cadastro de escolas e creches na área de abrangência, com as informações do número de alunos, endereço do estabelecimento e equipes de SF e de SB que estão vinculadas com ações de saúde;

(\*\*\*) considerando que a responsabilidade de compra de medicações não cabe às OSS, deve-se avaliar se há condições (estrutura, treinamento, etc) para a dispensação, além de solicitação regular da medicação bem

Handwritten signatures and the number 27.

como a dispensação propriamente dita; Caso tenham sido garantidas as condições acima e a SMSDC não tiver enviado a medicação por qualquer motivo, esse indicador não se aplica.

Estes indicadores deverão ser disponibilizados através de um painel em um Sistema de Informação on line pela OSS a S/SUBPAV.

No decorrer do Plano de Trabalho, caso algum Sistema de Informação oficial do Ministério da Saúde ou da SMSDC – 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 OS 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 SMSDC – Rio de Janeiro 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 pré-estabelecido segundo o número de equipes, a ser aplicado na própria unidade de atenção primária. O valor é de 3.000/trimestre por equipe de saúde da família.

Exemplos: uma unidade que tenha três equipes de saúde da família, receberá  $3 \times 3.000 = 9.000$ /trimestre; uma unidade de atenção primária que tenha oito equipes de saúde da família, receberá,  $8 \times 3.000 = 24.000$ /trimestre.

A não apresentação dos indicadores estabelecidos para o trimestre (conforme box a seguir) ou o não cumprimento das metas acordadas acarretará na sua destinação à rubrica "adaptação de unidades de atenção primária", devendo ser executado mediante plano de aplicação elaborado pela Coordenação de Área de Planejamento.

A matriz de indicadores a ser utilizada na contratualização da parte variável 02 é constituída por 18 indicadores agrupados em quatro grandes áreas: **acesso, desempenho assistencial, qualidade percebida e desempenho econômico**, conforme Quadro a seguir.

Quadro de indicadores da **Parte variável 02** - incentivo à qualificação das unidades de saúde

#### A) Acesso

- A1. Percentagem de consultas realizadas pelo seu próprio médico de família
- A2. Percentagem demanda espontânea (acolhimento da demanda não programada ou encaminhadas por outras unidades) em relação a programada (médicos, enfermeiros e dentistas)
- A3. Taxa de visitas domiciliares por 1.000 inscritos
- A4. Taxa de grupos educativos por 1.000 inscritos
- A5. Taxa de itens da carteira de serviço implementados
- A6. Percentagem de consultas agendadas por telefone, email ou plataforma web do prontuário eletrônico

#### D) Desempenho Assistencial

- D1. Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia registrado nos últimos 3 anos
- D2. Percentagem de diabéticos com pelo menos duas consultas registradas nos últimos doze meses, desde que abranjam dois semestres
- D3. Percentagem de hipertensos com registro de pressão arterial nos últimos seis meses
- D4. Percentagem de crianças com calendário vacinal em dia (atualizado) aos 2 anos
- D5. Percentagem de crianças com calendário vacinal em dia (atualizado) aos 6 anos
- D6. Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre
- D7. Percentagem de primeiras consultas de puericultura efetuadas até aos 28 dias
- D8. Proporção de altas, no tratamento odontológico, dos usuários com tratamento iniciado (acumulativo para os últimos 12 meses)
- D9. Proporção de kits de saúde bucal (kits familiares) distribuídos para famílias com vulnerabilidade social

#### S) Satisfação dos Pacientes

- S1. Percentagem de usuários satisfeitos/muito satisfeitos (questionário padronizado pela SMSDC)

#### E) Eficiência

- E1. Custo médio de medicamentos prescritos por usuário
- E2. Custo médio de serviços de apoio a diagnóstico e terapia prescritos por usuário,
- E3. Percentagem de medicamentos prescritos da REMUME
- E4. Percentagem de pacientes encaminhados
- E5. Percentagem de absenteísmo nas consultas/procedimentos agendadas pelo SISREG

Para o item "D4. Percentagem de crianças com calendário vacinal em dia (atualizado) aos 2 anos" e "D5. Percentagem de crianças com calendário vacinal em dia (atualizado) aos 6 anos" a atualização cadastral deve ser interpretada de acordo com os registros de resultados de vacinação dos pacientes no PEP. Não será permitida interpretação binária (sim ou não) dos profissionais quanto à atualização vacinal. Ou seja, uma vez constando que a pessoa está com calendário vacinal atualizado, ou em dia, todos os registros de vacinas com base no calendário vacinal oficial do Município devem estar registradas para aquele paciente.

#### B.3.3.1. QUADRO DE PARÂMETROS DE VALORES DE METAS (parte variável 02).

A seguir estão descritos os valores de parâmetro para as metas dos indicadores da parte variável 02.

	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade	Meta	Observação
A1	Acesso	Percentagem de consultas ao paciente pelo seu próprio médico de família	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>(N) N° de consultas médicas realizadas a pacientes da equipe pelo próprio médico da equipe (D) N° de consultas médicas realizadas a pacientes da equipe na unidade</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	60% a 80%	

hw

8



1086

<b>A2</b>	Acesso	Percentagem de demanda espontânea em relação à programada	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>(N) Nº consultas realizadas sem agendamento prévio (demanda espontânea) por médicos, enfermeiros e dentistas da equipe</p> <p>(D) Nº total de consultas realizadas (médicos, enfermeiros e dentistas) pela equipe</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	<b>mínimo 40%</b>	
<b>A3</b>	Acesso	Taxa de visitas domiciliares por 1.000 inscritos	$\frac{(N)}{(D)} \times 1.000$ <p>(N) Nº de visitas domiciliares realizadas pela equipe em 3 meses (médicos, enfermeiros, tecn enf, ACS, CDs, ASB, TSB)</p> <p>(D) nº de cadastrados na área da equipe</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	<b>Mínimo</b> <b>230</b> /1.000 (sem SB) ou <b>260</b> /1.000 (com SB)	Contar todas as VDs para: Médicos, enfermeiros, ACS, técnicos de enfermagem, CDs, ASBs e TSBs.  Considerar para <b>3 meses</b> : 230/1.000 sem SB e 260/1.000 com SB
<b>A4</b>	Acesso	Taxa de grupos educativos por 1.000 inscritos	$\frac{(N)}{(D)} \times 1.000$ <p>(N) Nº de atividades educativas realizadas pela equipe em 3 meses (médicos, enfermeiros, tecn enf, ACS, CDs, ASB, TSB)</p> <p>(D) Total de cadastrados na área da equipe</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	<b>Mínimo</b> <b>6</b> /1.000 (sem SB) ou <b>12</b> /1.000 (com SB)	Contar todas as atividades em grupos de: Médicos, enfermeiros, Tec. De Enfermagem, CDs, ASB e TSB.  Considerar para <b>3 meses</b> : 6/1.000 sem SB e 12/1.000 com SB
<b>A5</b>	Acesso	Taxa de itens da Carteira de Serviços implementados	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>(N) Nº de ações da carteira de serviços executadas pela equipe de SF e SB</p> <p>(D) Total de ações da carteira de serviços</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	<b>mínimo 80%</b>	O prontuário deve gerar automaticamente a informação a partir do registro de atividades das equipes para a maior parte dos itens da carteira de serviço. Os itens que não forem possíveis devem ser cadastrados no prontuário pelo gerente/diretor da unidade no módulo de cadastro da unidade (ex. se tem maleta de emergência, se tem responsável técnico, se tem receita azul, etc).
<b>A6</b>	Acesso	Percentagem de consultas agendadas por telefone, email ou plataforma web do prontuário eletrônico	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>(N) Percentagem de consultas (médicos, enfermeiros e dentistas da ESF e ESB) agendadas por telefone, email ou plataforma web do prontuário eletrônico</p> <p>(D) total de consultas (médicos, enfermeiros e dentistas) realizados no mês pelas ESF e ESB da unidade</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	<b>mínimo 5%</b>	Ao agendar a consulta o prontuário deve permitir classificar como foi realizada a consulta ("presencial", "pelo telefone", "por email", "plataforma web", "outro")
<b>D1</b>	Desempenho assistencial	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia registrado nos últimos 3 anos	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>(N) Nº de mulheres entre 25 e 64 anos pertencentes à área de abrangência da equipe com registro de colpocitologia nos últimos 3 anos</p> <p>(D) Nº total de mulheres entre 25 e 64</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	<b>mínimo 80%</b>	Para o cálculo do indicador, considerar "mulheres" e não "procedimentos" (p. ex. se a mesma mulher realizou 3x o exame, considerar apenas 1x). Para fim de acompanhamento gerar nova coluna mostrando nº de procedimentos.



			anos cadastradas na área de abrangência da equipe				
D2	Desempenho assistencial	% de diabéticos com pelo menos duas consultas registradas nos últimos 12 meses	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>(N) Nº de diabéticos pertencentes a área de abrangência da equipe com pelo menos duas consultas registradas nos últimos 12 meses</p> <p>(D) Nº total de diabéticos cadastrados na área de abrangência da equipe</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	mínimo 80%	<p>Para o cálculo do indicador, considerar como denominador (D) apenas diabéticos que tiveram diagnóstico validado pelo médico da equipe.</p> <p>Para fim de acompanhamento mostrar em nova coluna ao lado de (D) o no de diabéticos na área da equipe (pelo cadastro do ACS (ficha B) + aqueles que foram validados pelo médico).</p>
D3	Desempenho assistencial	% de hipertensos com registro de pressão arterial nos últimos 6 meses	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>(N) Nº de hipertensos pertencentes a área de abrangência da equipe com registro de aferição de pressão arterial nos últimos 6 meses</p> <p>(D) Nº total de hipertensos cadastrados na área de abrangência da equipe</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	mínimo 80%	<p>Para o cálculo do indicador, considerar como denominador (D) apenas hipertensos que tiveram diagnóstico validado pelo médico ou enfermeiro da equipe.</p> <p>Para fim de acompanhamento mostrar em nova coluna ao lado de (D) o no de hipertensos na área da equipe (pelo cadastro do ACS (ficha B) + aqueles que foram validados pelo médico ou enfermeiro).</p>
D4	Desempenho assistencial	% de crianças com vacinas em dia, atualizado aos 2 anos	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>(N) Nº de crianças até 2 anos pertencentes a área de abrangência da equipe com registro de todas as vacinas do calendário vacinal em dia</p> <p>(D) Nº total de crianças até 2 anos cadastrados na área de abrangência da equipe</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	mínimo 80%	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Permitir que o médico, enfermeiro e técnico de enfermagem possam realizar atualização cadastral e aprazar as vacinas.</li> <li>* permitir gerar lista de pacientes com vacinas atrasadas na equipe.</li> </ul>
D5	Desempenho assistencial	% de crianças com vacinas em dia, atualizado aos 6 anos	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>(N) Nº de crianças até 6 anos pertencentes a área de abrangência da equipe com registro de todas as vacinas do calendário vacinal em dia</p> <p>(D) Nº total de crianças até 6 anos cadastrados na área de abrangência da equipe</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	mínimo 80%	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Permitir que o médico, enfermeiro e técnico de enfermagem possam realizar atualização cadastral e aprazar as vacinas.</li> <li>* permitir gerar lista de pacientes com vacinas atrasadas na equipe.</li> </ul>
D6	Desempenho assistencial	% de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>(N) Nº de gestantes pertencentes a área de abrangência da equipe com registro de consulta no primeiro trimestre de gravidez</p> <p>(D) Nº total de gestantes acompanhando na área de abrangência da equipe</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	mínimo 80%	<ul style="list-style-type: none"> <li>* considerar todas as gestantes no período de análise (3 meses)</li> </ul>
D7	Desempenho assistencial	% de primeiras consultas de puericultura efetuadas até 28 dias	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>(N) Nº de crianças que completaram 3 meses no período em análise pertencentes a área de abrangência da equipe com registro de consulta realizada até 28 dias de vida</p> <p>(D) Nº total de crianças que completaram 3 meses no período em análise cadastradas na área de</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	mínimo 80%	<ul style="list-style-type: none"> <li>* considerar todas as crianças que completaram 3 meses no período de análise (últimos 3 meses)</li> </ul>

			abrangência da equipe				
D8	Desempenho assistencial	Proporção de altas, no tratamento odontológico, dos usuários que iniciaram tratamento	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>Nº de altas odontológicas realizadas nos últimos 12 meses</p> <p>(D) total de usuários que iniciaram o tratamento nos últimos 12 meses (considerar 6 meses se nova unidade de saúde)</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral (a partir do 7º mês de implantação de nova unidade de saúde / equipe)	minimo 80%	<p>* considerar a possibilidade de a ESB registrar "alta por abandono".</p> <p>* incluir uma nova coluna ao lado do denominador (D) para visualizar o número de altas por abandono no período.</p>
D9	Desempenho assistencial	Proporção kits odontológicos familiares distribuídos para famílias com vulnerabilidade social	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>Nº de "kits familiares" distribuídos pelos ACS ou Equipe de SB</p> <p>(D) total de famílias cadastradas com vulnerabilidade social na área da equipe de SF</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	100% das famílias com vulnerabilidade	<p>* O total de famílias cadastradas com vulnerabilidade social na área de abrangência da equipe de SF deve ser estipulada por cada equipe de SF e/ou SB (validada pela gerência e a GAP)</p> <p>* o registro de vulnerabilidade social deve ser registrado no prontuário, na Ficha A da família</p>
S1	Satisfação dos usuários	Porcentagem de usuários satisfeitos/muito satisfeitos	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>Nº de usuários satisfeitos/muito satisfeitos atendidos na unidade de saúde</p> <p>(D) total de usuários que foram atendidos no período em análise</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	minimo 80%	<p>Questionário padronizado pela SMSDC. Deve ser utilizado "total" de atendimento que deve utilizar o prontuário para registro.</p>
E1	Eficiência	Custo médio dos medicamentos prescritos por usuário	$\frac{(N)}{(D)}$ <p>Somatório do valor das prescrições pelo médico de cada equipe nos últimos 3 meses (REMUME e não REMUME)</p> <p>(D) nº total de usuários atendidos pelos médicos de cada equipe nos últimos 3 meses (com prescrição + sem prescrição)</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral (a partir do 4º mês da Clínica)	Max. R\$51,78	<p>* Considerar como denominador (D) todos os usuários atendidos pelo médico de cada equipe (pacientes da área e atendidos fora de área pelo médico) independente de ter sido prescrita medicação ou não.</p> <p>* Apresentar nova coluna ao lado de (D) com o número de pacientes atendidos que tiveram medicação prescrita</p>
E2	Eficiência	Custo médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia previstos por usuário	$\frac{(N)}{(D)}$ <p>Somatório do valor dos exames de SADT solicitados pelos médicos de cada equipe (fonte valores tabela SIGTAP)</p> <p>(D) nº total de usuários atendidos pelos médicos de cada equipe nos últimos 3 meses</p>	Prontuário Eletrônico (PEP) (*tabela SIGTAP como parâmetro)	Trimestral (a partir do 4º mês da Clínica)	Max. R\$41,80	<p>* Considerar como denominador (D) todos os usuários atendidos pelo médico de cada equipe (pacientes da área e atendidos fora de área pelo médico) independente de ter sido solicitado exame ou não.</p> <p>* Apresentar nova coluna ao lado de (D) com o número de pacientes atendidos que tiveram solicitação de exames.</p>

E3	Eficiência	% de medicamentos prescritos da REMUME	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>(N) N° de itens diferentes de medicamentos pertencentes a REMUME prescritos pelos médicos de cada equipe nos últimos 3 meses.</p> <p>(D) N° total de itens diferentes de medicamentos prescritos pelos médicos de cada equipe últimos 3 meses</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	mínimo 90%	* Para visualização, apresentar nova coluna ao lado de (D) com o número de pacientes atendidos pelo médico de cada equipe.
E4	Eficiência	% de pacientes encaminhados em relação ao número de pacientes atendidos	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>(N) N° 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.</p> <p>(D) N° total de pacientes atendidos pelo médico de cada equipe (pacientes da área e fora de área) nos últimos 3 meses</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	máximo 10%	
E5	Eficiência	% de absenteísmo nas consultas/procedimentos agendados no SISREG	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>(N) N° de pacientes que faltaram a consulta especializada ou a realização de exame complementar pertencentes a área de abrangência da equipe, nos últimos 3 meses</p> <p>(D) N° 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.</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	máximo 30%	* O prontuário deve permitir aos administrativos da unidade ou a qualquer outro componente da equipe, registrar o resultado dos exames ou contra-referência de encaminhamento. Deve permitir ainda registrar o não comparecimento à consulta de especialidade via SISREG ou a exame. * Apresentar nova coluna ao lado de (D) com o número de pacientes com encaminhamento ou solicitação de exames sem registro de resultado ou de falta pelo SISREG.

### B.3.3.2. CONTRATUALIZAÇÃO DOS INCENTIVOS FINANCEIROS COM OS PROFISSIONAIS (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 SMSDC 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 SMSDC.

### B.3.3.3. MONITORAMENTO DOS INDICADORES (parte variável 02).

01004020  
1696

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 / SMSDC, de modo a permitir comparações entre as AP's. O indicador final que medirá a satisfação dos usuários será oriundo de um *casemix* pré-estabelecido pela SMSDC.

A unidade deverá elaborar um relatório de atividades que indique o compromisso assistencial realizado em relação ao contratualizado e remeter-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 SMSDC 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 CTA 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.

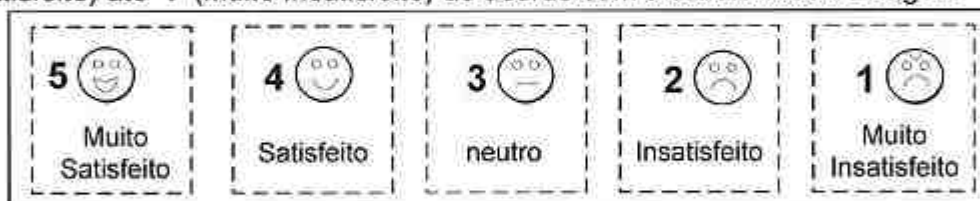
O Plano de Aplicação dos Incentivos deverá traduzir-se, nomeadamente, na distribuição de informação técnica, na participação em conferências, simpósios, colóquios e seminários sobre matérias de diferentes atividades da carteira de serviços da unidade, no apoio à investigação ou no aumento das amenidades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

#### B.3.3.4. ORIENTAÇÕES PARA PAGAMENTO POR PERFORMANCE QUANTO A SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

A satisfação dos usuários é um dos indicadores que compõem a **variável 02** do Pagamento por Performance.

Os critérios mínimos para uniformização da avaliação desse indicador são os seguintes:


- A satisfação do usuário deve seguir escala gradual de satisfação que varia de '5' (*Muito Satisfeito*) até '1' (*Muito Insatisfeito*) de acordo com a escala visual a seguir:



*Handwritten signatures and marks*


*Handwritten mark*

- As seguintes informações devem ser coletadas no momento da pesquisa de satisfação da unidade, de acordo com o layout:



Saúde Presente

## TERMINAL DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO








RIO PREFEITURA  
SAÚDE E BEM-ESTAR

*Caro usuário, sua opinião é muito importante para nós!!!!*

**NOME:**

**EQUIPE:** *(preenchida automaticamente)*

**Motivo de procura:** *(preenchida automaticamente)*

<b>5</b>  Muito Satisfeito	<b>4</b>  Satisfeito	<b>3</b>  neutro	<b>2</b>  Insatisfeito	<b>1</b>  Muito Insatisfeito
--	--	--	--	--

Para o campo "**Motivo de Procura**" as opções são:

- CONSULTA
- PROCEDIMENTO
- FARMÁCIA
- EXAMES
- INFORMAÇÕES

Essas opções devem ser preenchidas de acordo com o tipo de motivo de procura na unidade.

- 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 disponibilizada 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;



090645021032  
16/12

- A Coordenação de Área de Planejamento 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

O cumprimento de indicadores específicos relacionados a cada equipe de saúde da família e saúde bucal destinará um valor variável de recursos a serem recebidos trimestralmente por cada equipe a título de remuneração por desempenho, sendo este de no máximo 10% do salário-base mensal. Caso a equipe atinja menos de 20% das metas acordadas para o trimestre, isto acarretará em destinação dos recursos orçamentários para utilização na rubrica "adaptação de unidades de atenção primária", tendo plano de aplicação definido pela respectiva Coordenação de Área de Planejamento.

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 e ligação 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 de centros de saúde, com especial ênfase no Saúde da Família Familiar (PNAB, 2006 e Decreto Municipal N° 30.780 de 2009),

Os Centros de Saúde e as Clínicas da Família são unidades operativas das CAPs com autonomia funcional e técnica que devem garantir aos cidadãos inscritos uma carteira básica de serviços definida pela Superintendência de Atenção Primária da SMSDC.

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 – Tipos de modelos de atenção primária existentes no município do Rio de Janeiro no ano de 2010

**Modelo A.** Todo o território é coberto pelas equipes de saúde da família e saúde bucal, nesta unidade todo usuário deve saber nominalmente os profissionais de referência para cada área, a unidade está dividida por equipes.

**Modelo B.** Somente uma parte do território é coberto com as equipes de saúde da família e saúde bucal.

**Modelo C.** A unidade ainda não trabalha na estratégia de saúde da família .

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



Durante o ano de 2010, a PCRJ e a SMSDC identificou 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, decorrente da 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 uma dezena de conjuntos 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 quantas gestantes que, além da captação precoce, as equipes realizaram um bom pré-natal em quantas gestantes? Para realizar um bom prenatal, além de realizar captação precoce da gestante, há alguns outros indicadores importantes, como ter realizado exames VDRL e HIV, ter realizado um mínimo de 6 consultas, dentre outros.

#### **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 maior transformações organizacionais onde o trabalho nas equipe de saúde família já estão adequados a política nacional de atenção básica. Nesta os profissionais os profissionais deverão a aceitar um nível de contratualização de **patamares de desempenho mais exigentes**.

A remuneração por desempenho será calculada pelas Unidades Contábeis (UC) alcançadas.

Uma equipe terá como teto o alcance de 300 unidades contábeis no trimestre e, como limite mínimo para receber o incentivo, 60 UCs no trimestre (20%).

Baseado na reforma dos cuidado primários em Portugal, na matriz de avaliação da atenção primária no *National Health Service* (NHS) Inglês, na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2006, Ministério da Saúde), definimos um conjunto de ações de acompanhamento a serem remuneradas como parte variável dos vencimentos a ser pago 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 da Coordenação de Linha de Cuidado e Programas Especiais (CLCPE) da SAP/SUBPAV/SMSDC, 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 familiar, de uma mulher em idade fértil, por ano	01
02	Acompanhamento em planejamento familiar, de uma mulher em idade fértil, com inserção de DIU ou pré-operatório para laqueadura	03
03	Acompanhamento de uma gravidez	08
04	Acompanhamento de uma criança, no primeiro ano de vida, por ano	07
05	Acompanhamento de uma criança, no segundo ano de vida, por ano	03
06	Acompanhamento de uma pessoa diabética, por ano	04
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 paciente tabagista, alcoolista e outras drogas	4
11	As equipes com alunos de graduação (equipe docente assistencial)	10
12	As equipes com residentes (equipe docente assistencial)	20
13	As equipes que aderiram ao PMAQ (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica)	

A descrição de cada ação de acompanhamento é apresentada a seguir.

Grupo de ações	Descrição	UC
01	<b>Acompanhamento em planejamento familiar, de uma mulher em idade fértil, por ano</b>	01
<p><b><u>PLANEAMENTO FAMILIAR I</u></b></p> <p>Uma usuária é considerada neste grupo se for verdadeira a condição [A e B e C e D e E e F e G]: <b>uma mulher em idade fértil, por ano</b></p> <p>A. Sexo feminino.            B. Ter entre [15; 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 que permitem codificar o planejamento familiar (W10, W11, W12, W13, W14 ou W15).            D. Nas mulheres com idades entre [25, 50[ anos, ter pelo menos um registro de resultado de colpocitologia nos 36 meses que antecedem a data fim do período em análise.            E. Estar cadastrada na unidade;            F. Estar com o calendário vacinal atualizado e todos os registros no prontuário;            G. Ter pelo menos um registro de atividade educativa em grupo de saúde registrada</p>		

*Handwritten signatures and initials*

*Handwritten mark*

pelo ACS , pelo médico, pelo enfermeiro, dentista, TSB ou ASB .

Grupo de ações	Descrição	UC
02	<b>Acompanhamento em planejamento familiar, de uma mulher em idade fértil, com inserção de DIU ou pré-operatório para vasectomia ou laqueadura</b>	03

**PLANEAMENTO FAMILIAR 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 e (H ou I)]: **uma mulher em idade fértil, por ano**

- A. Sexo feminino.
- B. Ter entre [15; 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 que permitem codificar o planejamento familiar (W10, W11, W12, W13, W14 ou W15).
- D. Nas mulheres com idades entre [25, 50[ anos, ter pelo menos um registro de resultado de colpocitologia nos 36 meses que antecedem a data fim do período em análise.
- E. Estar cadastrada na unidade;
- F. Estar com o calendário vacinal atualizado e todos os registros no prontuário;
- G. Ter pelo menos um registro de atividade educativa em grupo de saúde registrada pelo ACS , pelo médico, pelo enfermeiro, dentista, TSB ou ASB.
- H. Consulta médica com a inserção de DIU.
- I. Preparação para esterilização **masculina** ou **feminina** (aconselhamento, atividade educativa, consentimento informado, pré-operatório para laqueadura tubária) e registro no prontuário da realização do procedimento.

Grupo de ações	Descrição	UC
03	<b>Acompanhamento de uma gravidez</b>	08

**SAÚDE MATERNA:**

Uma usuária é considerada neste grupo se forem verdadeira a condição [A e B e C e D e E e F e G e H e I]:

- A. Sexo feminino com pré-natal encerrado no período de vigência (deve ter sido cadastrada no prontuário eletrônico o número do SISPRENATAL para a gestação atual).
- B. Ter efetuado consulta médica ou de enfermagem de revisão do puerpério no período em análise e, no máximo, 20 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 das 12 semanas - [0; 12[ de gestação.
- D. Ter realizado pelo menos 6 consultas médicas de pré-natal até à 38ª semana - [0; 39[ semanas - de gravidez. Estas consultas devem ter registro parametrizado que permitem codificar gravidez (W78, W79 ou W84).

Handwritten signatures and initials.

- E. Ter registro de resultado de VDRL realizado até a 24ª semana de gestação.
- F. Usuária deve estar cadastrada na equipe.
- G. Ter registro de ter pelo menos 2 visitas do ACS até a 38ª semana - [0; 39[ de gravidez.
- H. Ter pelo menos um registro de resultado anti-HIV solicitado até a 24ª semana de gestação [24[.
- I. Ter realizado pelo menos um registro de atendimento (procedimento odontológico individual ou atividade educativa em grupo de saúde) registrado pelo CD, TSB ou ASB.

Grupo de ações	Descrição	UC
04	<b>Acompanhamento de uma criança, no primeiro ano de vida, por ano</b>	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 28º dia de vida [0, 28 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 1 registro 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 duas visitas domiciliares do ACS, sendo a primeira realizada até os primeiros 10 [0, 10] dias de vida e a segunda até aos 11 meses 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 do resultado do teste do pezinho (realizado entre 4º e 7º dias de vida) e realização do reflexo vermelho.
- H. Ter avaliação do risco nutricional em toda consulta (registro de peso e altura).
- I. Ter registro de orientação por qualquer profissional da equipe ESB.
- J. Não ter recebido UC no grupo de ação 04 para o mesmo paciente

Grupo de ações	Descrição	UC
05	<b>Acompanhamento de uma criança, no segundo ano de vida, por ano</b>	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 e G]:

1697

- A. Ter completado dois anos de vida durante o período em análise,
- B. Ter realizado pelo menos 1 consulta médica e 1 consulta de enfermagem de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (puericultura) entre os 12 e os 24 meses de vida - ]365, 730] dias com registro de peso e altura,
- C. Ter pelo menos 2 registros parametrizados de avaliação do desenvolvimento psicomotor (por médico/enfermeiro) entre os 12 e os 24 meses de vida - ]365, 730] dias.
- D. Ter recebido do ACS ao menos duas visitas de vigilância em saúde infantil entre os 12 e os 24 meses de vida - ]365, 730] dias,
- E. Estar com o calendário vacinal completo e todos os registros preenchidos no prontuário eletrônico,
- F. Ter realizado no mínimo 1 consulta, ou grupo educativo com dentista, ou TSB ou ASB nos últimos 24 meses,
- G. 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 e J e K]

- A. Ter o diagnóstico de Diabetes Mellitus na lista de problemas,
- B. Não ter recebido UC no grupo de ação 06 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses,
- C. Ter realizado pelo menos duas consultas médicas ou de enfermagem durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise,
- D. Ter pelo menos dois registros de pressão arterial (realizados em dias diferentes) durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise,
- F. Ter pelo menos um registro de resultado de **hemoglobina A1C** inferior ou igual a 9%, realizado durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise,
- E. Ter pelo menos uma visita do ACS, realizada durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise,
- F. Ter pelo menos 1 registro de resultados de colesterol total (código 02.02.01.029-5) E colesterol HDL (código 02.02.01.027-9) E triglicerídeos (código 02.02.01.067-8), 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 com registro de fundoscopia no último ano (não necessariamente realizada pelo próprio médico da equipe),
- I. Ter registro de orientação por qualquer profissional da equipe ESB.
- J. Ter realizado pelo menos um registro de atendimento nos últimos 12 meses (procedimento odontológico individual ou atividade educativa em grupo de saúde) registrado pelo CD, TSB ou ASB.
- K. Não ter recebido UC no grupo de ação 06 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.

*Handwritten signatures and marks*

*B*

Grupo de ações	Descrição	UC
07	<b>Acompanhamento de uma pessoa hipertensa, por ano</b>	02
<p><b><u>HIPERTENSÃO</u></b></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) na lista de problemas, com estado ativo,</p> <p>B. Ter realizado pelo menos 2 consultas médicas ou 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 (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 150 mmHg e de pressão arterial diastólica inferior ou igual a 90 mmHg,</p> <p>D. Ter pelo menos 1 registro de resultados de colesterol total (código 02.02.01.029-5), colesterol HDL (código 02.02.01.027-9) e triglicerídeos (código 02.02.01.067-8) realizados durante os 24 meses que antecedem a data final do período em análise.</p> <p>E. Ter registro de entrada no programa do tabagismo da unidade (caso o paciente não seja tabagista, considerar este item atendido desde que não tenha registro 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	<b>Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de tuberculose</b>	08
<p><b><u>TUBERCULOSE</u></b></p> <p>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]:</p> <p>A. Ter registro do número do SINAN no prontuário para o paciente acompanhado,</p> <p>B. Ter realizado pelo menos 5 consultas médicas ou de enfermagem no período do tratamento,</p> <p>C. Ter alta por cura da tuberculose registrado no prontuário e no SINAN,</p> <p>D. Ter registro do resultado de pelo menos duas baciloscopias de escarro,</p> <p>E. Ter registro de resultado de exame anti-HIV,</p> <p>F. Ter registro de avaliação de todos os contactantes,</p> <p>G. Ter recebido do ACS pelo menos 12 visitas (ao menos uma em cada mês), durante o período de análise,</p> <p>H. Ter realizado pelo menos um registro de atendimento nos últimos 12 meses (procedimento odontológico individual ou atividade educativa em grupo de</p>		

saúde) registrado pelo CD, TSB ou ASB.

I. Não ter recebido UC no grupo de ação 08 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.

Grupo de ações	Descrição	UC
09	<b>Acompanhamento de uma pessoa com alta por cura hanseníase</b>	10
<p><b><u>HANSENIASE</u></b></p> <p>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]:</p> <p>A. Ter registro de alta por cura da hanseníase no prontuário eletrônico,            B. Ter realizado pelo menos 7 consultas médicas ou de enfermagem no período do tratamento,            C. Ter recebido do ACS ao menos 7 visitas de acompanhamento para hanseníase,            D. Ter registro e encerramento do caso no SINAN,            E. Ter registro de vacinação BCG em todos os contactantes,            F. Ter registro de avaliação e de prevenção de incapacidades,            G. Ter realizado pelo menos um registro de atendimento nos últimos 12 meses (procedimento odontológico individual ou atividade educativa em grupo de saúde) registrado pelo CD, TSB ou ASB.            H. Não ter recebido UC no grupo de ação 08 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.            I. Não ter recebido UC no grupo de ação 09 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.</p>		

Grupo de ações	Descrição	UC
10	<b>Acompanhamento de paciente tabagista, alcoolista e outras drogas</b>	04
<p><b><u>Paciente Tabagista, Alcoolista ou outras drogas</u></b></p> <p>Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras a condição [ (A ou B ou C) e D e E e F e G e H e I e J e K]:</p> <p>A. Ter diagnóstico de uso crônico e abusivo de álcool            B. Ter diagnóstico de tabagismo            C. Fazer uso crônico de outras drogas (crack, etc)            D. Ter realizado pelo menos 6 consultas médicas ou de enfermagem (ou grupo terapêutico) nos últimos 6 meses.            E. Ter recebido do ACS ao menos 6 visitas de vigilância nos últimos 6 meses (para tabagismo não se aplica)            F. Ter registro de anti-HIV nos últimos 12 meses (caso usuário de droga injetável).            G. Ter registro de ao menos uma consulta familiar nos últimos 6 meses (para</p>		

*Handwritten signatures*

tabagismo não se aplica)  
 H. Ter vacinação anti-tetânica em dia (para tabagismo não se aplica)  
 I. Ter registro de vacinação para Hepatite em dia.  
 J. Ter realizado pelo menos um registro de atendimento nos últimos 12 meses (procedimento odontológico individual ou atividade educativa em grupo de saúde) registrado pelo CD, TSB ou ASB.  
 K. Ter registro no prontuário de vinculação ao programa de controle do tabagismo (caso tabagista)

**\* Se o paciente for usuário crônico de álcool e/ou outras drogas e realizar desintoxicação na unidade de saúde, por período maior de 3 semanas consecutivas, acrescentar 10 UC.**

**\*\* Se o paciente for Tabagista e realizar tratamento na unidade de saúde, por período maior de 3 semanas consecutivas, acrescentar 5 UC.**

Grupo de ações	Descrição	UC
11	As equipes com alunos de graduação (equipe docente-assistencial)	10

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

A equipe recebe o número fixo de 10 UCs no mês caso tenha registro de aluno por mais de 15 dias no mês, atuando na equipe.

Grupo de ações	Descrição	UC
12	As equipes com residentes (equipe docente-assistencial)	20

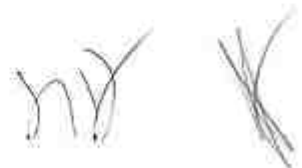
**EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

A equipe recebe o número fixo de 20 UCs no mês caso tenha registro de residente por mais de 15 dias no mês, atuando na equipe.

Grupo de ações	Descrição	UC
13	As equipes que aderiram ao PMAQ (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica)	10

**PMAQ**

A equipe recebe o número fixo de 10 UCs no mês caso a adesão ao PMAQ (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) tenha sido efetivada.



073-533709  
1701

#### B4. COMO GERAR OS RELATÓRIOS GERENCIAIS

Para a realização do acompanhamento dos serviços de saúde contratados para o Saúde da Família foram estabelecidos recursos relativos a parte variável 1, 2 e 3.

A avaliação da parte variável deve ser realizada da seguinte forma:

- a. **Parte variável 01** – Deve-se registrar para a parte variável 01, o "percentual de metas dos indicadores cumpridas para o período em análise". Para tanto deve-se utilizar a fórmula de cálculo:

Numerador: **Número de metas cumpridas no período avaliado x100**  
 Denominador: **Total de metas na variável**

Exemplo1:

	AÇÃO	RESULTADO
1	Implantação de comissões de prontuários nas unidades	ATINGIU
2	Acompanhamento do cadastramento no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)	ATINGIU
3	Percentagem de consultas ao paciente pelo seu próprio médico de família	NÃO ATINGIU
4	Acompanhamento do plano de trabalho odontológico	NÃO ATINGIU
5	Programação anual de atividades das unidades	ATINGIU
6	Acompanhamento do cronograma de atividades propostas pelas unidades.	ATINGIU
7	Percentual de escolas no território com atividades de promoção, prevenção e assistência acompanhadas pelas ESF e ESB	ATINGIU
8	Informatização dos postos de trabalho	ATINGIU
9	Acesso a utilização de insumos para saúde bucal	ATINGIU
10	Custo médio de medicamentos prescritos por usuário,	ATINGIU
11	Custo médio de serviços de apoio a diagnóstico e terapia prescritos por usuário	ATINGIU

ny X  
45 8



12	Abastecimento regular das unidades	ATINGIU
13	Descentralização do fornecimento de insulina	ATINGIU
14	Descentralização do fornecimento de medicamentos para asma	ATINGIU
15	Descentralização do fornecimento de medicamentos para Tuberculose e hanseníase	ATINGIU
16	Descentralização do fornecimento de medicamentos controlados	ATINGIU
17	Regularidade no envio da produção (BPA) e SIAB	ATINGIU
18	Regularidade no envio dos indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3) aos profissionais das equipes	ATINGIU

Numerador:  $\frac{\text{Número de metas cumpridas no período avaliado}}{\text{Total de metas na variável}} = \frac{16}{18} \times 100 = 88,89\%$   
 Denominador:

Observações:

- i. O resultado deve ser registrado em percentagem, com 02 (duas) casas decimais. Deve-se arredondar para o valor mais próximo (ou para o valor acima em caso da 3ª casa decimal ser "5"). Ex. 88,887111% para 88,89%, 88,884111% para 88,88% e 88,885111% para 88,89%.
  - ii. Caso haja algum indicador que não seja aplicável no período em análise, deve-se diminuir da quantidade total de indicadores. No exemplo acima, caso um dos indicadores que "NÃO ATINGIU" fosse justificável e a justificativa aceita pela CTA, esta deveria ser considerada como "NÃO SE APLICA" e denominador passaria a ser 17. Neste caso o resultado seria 94,12% (17/18) de cumprimento da meta.
- b. **Parte variável 02** – Deve-se registrar para a parte variável 02, o "percentual de metas dos indicadores cumpridas para o período em análise". Para chegar ao resultado de cada indicador para **cada unidade de saúde**, deve-se realizar **uma média simples dos resultados atingidos para cada equipe de saúde da família**. Para tanto deve-se utilizar a fórmula de cálculo:

Numerador:  $\frac{\text{Número de metas cumpridas no período avaliado} \times 100}{\text{Total de metas na variável}}$

Numerador:  $\frac{\text{Número de metas cumpridas no período avaliado}}{\text{Total de metas na variável}} = \frac{15}{20} \times 100 = 75,00\%$   
 Denominador:

**Observações:**

- i. O resultado deve ser registrado em porcentagem, com 02 (duas) casas decimais. Deve-se arredondar para o valor mais próximo (ou para o valor acima em caso da 3ª casa decimal ser "5"). Ex. 88,887111% para 88,89%, 88,884111% para 88,88% e 88,885111% para 88,89%.
  - ii. Caso haja algum indicador que não seja aplicável no período em análise, deve-se diminuir da quantidade total de indicadores. No exemplo acima, caso um dos indicadores que "NÃO ATINGIU" fosse justificável e a justificativa aceita pela CTA, esta deveria ser considerada como "NÃO SE APLICA" e denominador passaria a ser 19. Neste caso o resultado seria 78,95% (15/19) de cumprimento da meta.
  - iii. Caso a unidade de saúde consiga atingir o cumprimento das metas em todas os indicadores propostos, multiplica-se o valor de R\$ 3.000,00 para o período trimestral em análise por equipe de saúde da família. Do contrário nenhuma equipe da unidade de saúde em questão receberá o valor.
  - iv. Caso o período de análise seja diferente de 3 meses, o valor a ser pago é proporcional ao período analisado. Por exemplo, em uma análise de CTA de 2 meses de contrato, o valor será de R\$ 2.000 por equipe.
- c. **Parte variável 03** – Deve-se registrar para a parte variável 03, a "quantidade de metas cumpridas por cada equipe de saúde da família". Para chegar ao resultado de cada indicador para cada equipe de saúde da família. Para tanto deve-se utilizar a fórmula de cálculo:

Total de unidades contábeis (UCs) para cada grupo de ação: **Quantidade de pacientes com cumprimento das metas X total de UCs para o grupo de ação**

Total de UCs para cada Equipe: **Soma do total de UCS atingidas para cada grupo de ações (Max de 300 UCs por trimestre)**

A quantidade de UCs para cada grupo de indicadores com cumprimento de metas está apresentado na tabela abaixo.

Grupo de ações	Descrição	UC	Quantidade de pacientes com cumprimento das metas	Total de UCs
01	Acompanhamento em planejamento familiar, de uma mulher em idade fértil, por ano	01		
02	Acompanhamento em planejamento familiar, de uma mulher em idade fértil, com inserção de DIU ou pré-operatório para laqueadura	03		
03	Acompanhamento de uma gravidez	08		
04	Acompanhamento de uma criança, no primeiro ano de vida, por ano	07		

05	Acompanhamento de uma criança, no segundo ano de vida, por ano	03		
06	Acompanhamento de uma pessoa diabética, por ano	04		
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 paciente tabagista, alcoolista e outras drogas	4		
11	As equipes com alunos de graduação (equipe docente assistencial)	10	-----	
12	As equipes com residentes (equipe docente assistencial)	20	-----	
13	As equipes que aderiram ao PMAQ (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica)	10	-----	

Exemplo: uma equipe de saúde da família cumpriu todas as metas dos grupos de ações "03 - Acompanhamento de uma gravidez" e "07 - Acompanhamento de uma pessoa hipertensa, por ano" para 13 e 32 pacientes, respectivamente. Nesse exemplo, a ESF receberia  $13 \times 8UC = 104UC$  para o grupo de ações "03" e  $32 \times 2UC = 64UC$  para o grupo de ações "07", totalizando  $104 + 64 = 168UC$  para o período de análise em questão. Nesse exemplo, caso o período de análise seja de apenas 1 mês, a ESF receberia apenas o teto de 100UC.

**Observações:**

- i. O resultado deve ser registrado em percentagem, com 02 (duas) casas decimais. Deve-se arredondar para o valor mais próximo (ou para o valor acima em caso da 3ª casa decimal ser "5"). Ex. 88,887111% para 88,89%, 88,884111% para 88,88% e 88,885111% para 88,89%.
- ii. O teto máximo de UCs por equipe de saúde da família é de 300UCs por trimestre ou proporcional caso seja período de análise diferente de 3 meses. Exemplo: Caso em uma análise de CTA a equipe conquiste 150UCs para um mês, 70 UCs para o 2º mês e 50UCs para o 3º mês, considera-se  $150 + 70 + 50 = 270UCs$ , não atingindo o teto máximo. Caso a soma para os 3 meses fosse de 320, a equipe em questão faria jus a 300UC, **não sendo acumulativo para próximo período avaliatório.**
- iii. Caso a unidade de saúde consiga atingir o cumprimento das metas em todas os indicadores propostos, multiplica-se o valor de R\$ 3.000,00 para o período trimestral em análise por equipe de saúde da família. Do contrário nenhuma equipe da unidade de saúde em questão receberá o valor.

- iv. Caso o período de análise seja diferente de 3 meses, o valor a ser pago é proporcional ao período analisado. Por exemplo, em uma análise de CTA de 2 meses de contrato, o valor será de R\$ 2.000 por equipe.

## **B.5. 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 e Defesa Civil 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, Coordenação da AP local e Coordenação de Saúde da Família;
- Implantar/atualizar os sistemas de informação definidos pela SMSDC/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 SMSDC-Rio de Janeiro.

### **B.5.1. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

#### **B.5.1.1. 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 SMSDC 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. Deve permitir gerar arquivos com estrutura de dados (layout) compatíveis

#### **B.5.1.2. 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 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 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.

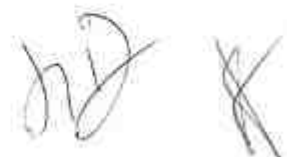
No caso de cadastramento de profissional que exerça 2 (dois) cargos ou empregos privativos de profissionais de saúde, deve ficar comprovada a compatibilidade de horários, conforme disposto no Art. 37, inciso XVI, alínea 'c', da Constituição Federal de 1998.

Para o profissional pertencente à equipe da Estratégia 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](http://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;

O Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF é considerado um "serviço especializado" e portanto não pode ter um número CNES exclusivo de estabelecimento de saúde, mas sim cadastrado em uma unidade de saúde. Quanto às unidades, este 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 a Saúde da Família;**

Os estabelecimentos isolados onde funciona apenas este serviço especializado deverão ser cadastrado como Tipo de Estabelecimento 71-Centro de Apoio a Saúde da Família;

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

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

### B.5.1.3 - 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).

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 SMSDC/RJ;
- 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 SMSDC.

#### B.5.1.4. SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

O SIAB é o sistema obrigatório para os municípios que, enquanto reorganização da Atenção Básica, optaram pela estratégia do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS/Programa de Saúde da Família - PSF. É um sistema de informação voltado às equipes de PACS ou de PSF e tem um caráter basicamente gerencial, devendo ser implantado apenas nas unidades que possuam equipes do PSF e/ou do PACS.

Instrumentos de coleta de dados do SIAB:

- Ficha A (Cadastro da família). Este instrumento deve ser preenchido para as famílias de cada micro-área (cada micro-área é de responsabilidade de um ACS). O preenchimento deve ocorrer no início da implantação do PSF/PACS, com a finalidade de fazer o diagnóstico da situação de vida e saúde da população adstrita ao território da equipe. As fichas A e as atualizações deverão ser preenchidas fisicamente em formulário de cadastramento dos cidadãos e digitadas diretamente no Prontuário Eletrônico (PEP). Somente será considerado para fins de número populacional de área de abrangência os registros inseridos no prontuário;
- Ficha B (Hanseníase, Diabéticos, Hipertensos, Gestantes e Tuberculose). As fichas B são utilizadas para acompanhamento domiciliar dos grupos prioritários para monitoramento, só devendo ser abertas para os casos confirmados. Os dados destas fichas deverão ser atualizados a cada visita mensal do ACS. Estas fichas também deverão ser guardadas no prontuário da família, devendo ser digitadas no prontuário eletrônico. Cada ACS fica responsável pelo preenchimento do consolidado de sua microárea e cabe ao Enfermeiro e/ou ao Médico da equipe de SF efetuar o consolidado do SSA2 da área (constando o SSA2 de cada microárea) em ficha física (papel).
- Ficha C Cópia da caderneta de vacinação;
- Ficha D Registro da atividade de cada profissional e de marcadores para da situação de saúde. As Fichas D do médico, dos auxiliares e da enfermeira de cada equipe devem ser consolidadas no final de cada mês e em seguida digitadas no aplicativo SIAB – Relatório PMA2 - e no SIASUS. As fichas D de cada agente comunitário devem ser consolidadas no final de cada mês.

Todas as equipes de Saúde da Família do Município são obrigadas a alimentar os dados referentes ao SIAB e informar mensalmente para o nível central (S/SUBPAV/SAP/CSF), dados sobre a produção (PMA2), acompanhamento de pacientes pelos ACS (SSA2) e os cadastros de usuários (FICHA A).

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 SMSDC.

Mensalmente as unidades devem gerar o arquivo SIAB da competência vigente e enviar ao nível central S/SUBPAV/SAP seguindo cronograma estabelecido. Além disso, deve gerar um arquivo em meio eletrônico, a partir do prontuário eletrônico (PDF) um relatório de todos os indicadores (PMA2, SSA2 e ficha A) por unidade de saúde, por equipe e por microárea (SSA2 e Ficha A). Esses relatórios devem ser impressos e colhidas assinaturas dos membros da equipe, de ciência e concordância dos resultados obtidos e esses devem ser arquivados na unidade de saúde por 5 anos.

#### B.5.1.5. 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 SMSDC.

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.5.1.6. SISCOLO – 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 SMSDC.

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 SMSDC.

#### **B.5.1.7. HIPERDIA – Sistema de Cadastramento do Hipertenso e do Diabético**

O sistema informatizado permite cadastrar e acompanhar os portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde, gerando informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde. O Sistema de cadastramento e acompanhamento dos portadores, Sistema HiperDia, é uma ferramenta útil para profissionais da rede básica e para gestores do SUS no enfrentamento destas doenças (DATASUS). Este sistema é obrigatório apenas para os municípios que aderiram ao Programa de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus.

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.

Instrumento de coleta de dados do HIPERDIA:

- Ficha de Cadastramento dos hipertensos e diabéticos.

O profissional médico deve cadastrar no prontuário eletrônico (PEP) todos os usuários portadores de hipertensão e/ou Diabetes Mellitus, com diagnóstico confirmado em sua área de abrangência e registrar o acompanhamento desses pacientes.

#### **B.5.1.8. 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 SVS / SUBPAV.

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 SMSDC.

#### **B.5.1.9. 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 SMSDC/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 SMSDC.

### **ANEXO TÉCNICO 3 DO CONTRATO DE GESTÃO: LINHA DE BASE PARA TERRITORIALIZAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA – TEIAS - MANGUINHOS**

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.

### **ANEXO TÉCNICO 4 DO CONTRATO DE GESTÃO: TERMO DE PERMISSÃO DE USO – TEIAS - MANGUINHOS**

I – Fica permitido, na forma da Lei 5.026/09, o uso dos bens públicos relacionados no Apenso, de acordo com o Contrato de Gestão oriundo do processo administrativo para a AP 3.1 - Manguinhos, 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.

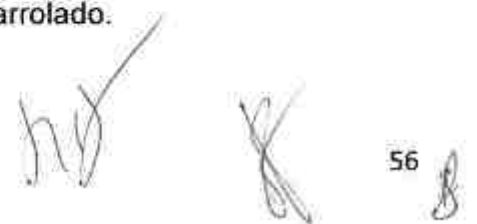
III - Quaisquer construções ou benfeitorias realizadas no imóvel, bem como, a instalação de bens móveis ou imobilizados nos equipamentos objeto da permissão de uso, serão incorporados ao patrimônio municipal, sem direito a retenção.

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 deste Contrato, deverão ser incorporados ao patrimônio da Prefeitura do Município do Rio de Janeiro, hipótese em que a CONTRATADA deverá entregar à SMSDC a documentação necessária ao processo de incorporação dos bens patrimoniais.

VI - A realização de benfeitorias ou acréscimos nos bens arrolados deverá ser realizada mediante aprovação 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.

VIII - Não poderá ser permitido a terceiro a utilização do bem público cedido sem prévia autorização, 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 do bem imóvel cedido.

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

Rio de Janeiro, <sup>noventa e</sup> 30 de dezembro de 2011



MAURICIO ZUMA

Diretor Executivo da Fiotec



HANS FERNANDO ROCHA DOHMANN

Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil

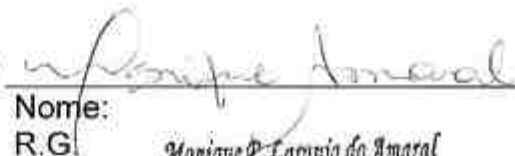
Testemunhas:

1)  
Nome:  
R.G



Débora Costa  
Secretária-Executiva DRT/RJ n° 10793  
FIOTEC/ Direção

2)  
Nome:  
R.G



Monique P. Laranja do Amaral  
Analista de Licitações e Contratos  
Jurídico - FIOTEC



PAULO CARNEIRO GUEDES ALCOPOCHAE  
Subsecretário  
Subsecretaria de Gestão - SMSG  
Insc. 509269/064-1



**ANEXO TÉCNICO 5:**

**DETALHAMENTO DOS PLANOS DE TRABALHO DE CADA SUBPROJETO CONFORME CRONOGRAMA DE METAS FÍSICAS E RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS DESCRITO NO ANEXO 6**

*[Handwritten signature]*

09004992/09  
*[Handwritten initials]*

**INDICE**

Código	Nome do Subprojeto	Descrição do Subprojeto / detalhamento	Unidade de medida (das metas a serem acompanhadas pela CTA)
1A	TEIAS - MANGUINHOS	1) Apoio a Gestão da OSS	Apoio a equipe de gestão da OSS
		2) Apoio a Gestão da CAP	Apoio a equipe de gestão da CAP
		3) Clínicas da Família /Equipes de Saúde da Família	Número de equipes completas, conforme CNES
		4) Clínicas da Família /Equipes de Atenção Farmacêutica	Número de equipes
		5) Clínicas da Família /Equipes de Saúde Bucal	Número de equipes completas, conforme CNES
		6) NASF	Número de equipes, conforme CNES
		7) Clínica da Família – manutenção das unidades	Número de unidades de saúde
		8) Clínica de Família – adaptação de unidade	Número de unidades de saúde
1B	CURSOS DE NÍVEL SUPERIOR, PESQUISA E APOIO A CEREST	1) Curso de Especialização em Saúde Pública	Número de vagas
		2) Curso de Formação - Atenção Farmacêutica	Número de vagas
		3) Residência Multiprofissional em Saúde da Família	Número de alunos
		4) Mestrado Profissional em Atenção Primária com ênfase em Saúde da Família	Número de vagas
		5) Pesquisa em Saúde da Família	Número de ações e pesquisas realizadas
		6) Projetos de Formação Medicina de Família e Comunidade	Número de ações realizadas

03004992709  
8/71




		7) Saúde do Trabalhador e atenção primária	Apoio ao CEREST
<b>IC</b>	CURSOS TÉCNICOS	1) Curso Técnico de Agentes de Vigilância em Saúde (CTAVS)	Número de vagas
		2) Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde	Número de vagas
<b>ID</b>	INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA, VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE	1) Apoio a estruturação de Estações OTICS-RIO - integração vigilância em saúde e atenção primária - SUBPAV	Número de novas Estações
		2) Apoio às ações de vigilância em saúde	Numero de ações realizadas
		3) Ações promoção da saúde, vigilância e atenção primária	Número de Estações Observatório mantidas
<b>IE</b>	CRIE	CRIE	CRIE mantido e diversas metas, vide plano de trabalho
<b>IF</b>	Integração em vigilância em saúde e promoção da saúde - SPS/SUBPAV	Ações de promoção em saúde	Produtos realizados e aprovados pela SPS, vide Quadro, no plano de trabalho
<b>IG</b>	Pesquisa Clínica	Apoio a pesquisa clínica	Numero de equipes de pesquisa clínica
<b>IH</b>	UPA	Manutenção das ações de Unidade de Pronto Atendimento (UPA Manguinhos)	Unidade mantida

9 00 49 92 /

*[Handwritten signatures]*

## **Subprojeto 1A – TEIAS Manguinhos**

Este subprojeto contempla o apoio a gestão e manutenção de equipes de saúde da família, equipe de saúde bucal e Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF) no complexo de Manguinhos, conforme definido no termo aditivo ao contrato de gestão e cujas metas encontram-se no cronograma de recursos físicos- Anexo 6.

## **Subprojeto 1B - CURSOS DE NIVEL SUPERIOR, PESQUISA E APOIO A CEREST**

Este subprojeto contempla um conjunto de sete ações: 1) Curso de Especialização em Saúde Pública, 2) Curso de Formação - Atenção Farmacêutica, 3) Residência Multiprofissional em Saúde da Família, 4) Mestrado Profissional em Atenção Primária com ênfase em Saúde da Família, 5) Pesquisa em Saúde da Família, 6) Fortalecimento da atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro através do apoio a formação, qualificação e avaliação das ações em saúde, 7) Saúde do Trabalhador e atenção primária

### **1. CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

#### **JUSTIFICATIVA**

O curso de especialização em saúde pública, se constitui no primeiro degrau da formação de quadros especialistas em saúde pública, recuperando o papel antes desempenhado pelas residências em medicina preventiva e social. Representa também, importante espaço para a formação dos profissionais que estão envolvidos na organização do sistema de saúde, na organização do processo de trabalho em saúde bem como na redefinição das práticas de saúde reconstruindo a ação de saúde.

A década de 90, foi marcada pelas diversas estratégias formuladas para implantação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Os currículos de formação do sanitarista tem acompanhado essa evolução, articulando os quadro teórico conceitual do que poderíamos considerar conceitos que estruturam a área da saúde pública as grande questões definidas nas macro políticas setoriais.

Trabalhando através de grandes eixos temáticos como Vigilância a Saúde, Promoção a Saúde num contexto de reconstrução de modelos de atenção o curso vai de encontro as chamadas funções essenciais da saúde pública, procurando construir competências específicas para cada uma de suas onze funções.

09004992/09  
B-7-15



Seus blocos temáticos inserem-se nos cinco eixos do ensino estratégico, definidos no âmbito da Coordenação de Escola de Governo.

#### **OBJETIVO GERAL**

Gerar competências gerais e específicas na área da saúde pública tendo como marco de referência as funções essenciais da saúde pública.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- a) apresentar e refletir sobre os conceitos estruturantes correspondentes às sub-áreas constitutivas da saúde pública.
- b) capacitar o aluno para a identificação de problemas prioritários na área da saúde buscando soluções criativas para os mesmos;
- c) aplicar técnicas e instrumentos adequados as características da situação de saúde e do sistema de saúde brasileiro;
- d) capacitar para obtenção de novos conhecimentos através da pratica da investigação científica.
- e) apoiar ações de atenção primária, vigilância e promoção da saúde, no âmbito da SUBPAV-SMSDC-RJ.

#### **METAS PARA ACOMPANHAMENTO DA CTA:**

O Curso de Especialização em Saúde Pública pretende desenvolver uma turma por ano, com um total de 30 vagas para a SUBPAV/SMSDC-RJ

#### **2. CURSO DE FORMAÇÃO – ATENÇÃO FARMACÉUTICA**

##### **JUSTIFICATIVA**

A Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil 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.

#### **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 no ano de 2011
- d) Implementar mecanismos de sustentabilidade da atualização do conhecimento por meio de sua incorporação na rotina dos serviços.

#### **METAS PARA ACOMPANHAMENTO DA CTA:**

- Indicadores de desempenho dos serviços farmacêuticos definidos - 1 proposta de indicadores validados
- Projetos de implementação formulados pelos alunos das turmas de atualização implementados - 4 projetos
- Realizar o curso de Atualização Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária de Saúde Alunos - egressos de curso de atualização - 1 turma concluída (30 vagas na turma)
- Mecanismos de sustentabilidade da atualização de conhecimentos definidos - 1 projeto de sustentabilidade apresentado



### 3. RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

#### JUSTIFICATIVA

A concepção de TEIAS Escola Manguinhos está diretamente relacionada a 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 esta diretamente relacionada a 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 sub-projeto.

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 e Defesa Civil (SMSDC-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.

#### OBJETIVO GERAL

09004592149  
1720

1. 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.

2. 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 preceptoría 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 preceptoría na atenção primária em saúde, necessária à formação em serviço dos residentes

#### **METAS PARA ACOMPANHAMENTO DA CTA:**

O Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pretende desenvolver uma turma por ano, com um total de no mínimo 20 vagas para a SUBPAV/SMSDC-RJ.



0 3 00 49 92 / 09  
1721  
8

#### 4. MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA COM ÊNFASE EM SAÚDE DA FAMÍLIA

##### JUSTIFICATIVA

Um sistema de saúde com forte referencial na Atenção Primária à Saúde é mais efetivo, mais satisfatório para a população, tem custos menores e é mais equitativo, mesmo em contextos de grande iniquidade social ( Starfield, 2002).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem dentre suas finalidades melhorar o acesso e a qualidade da atenção primária em todo o país; seu caráter estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. A estratégia busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos no que se refere à avaliação dos usuários, dos gestores e dos profissionais de saúde.

A expansão da ESF tem se dado de forma acelerada no país, assim com o na cidade do Rio de Janeiro, com cobertura de 5% em 2009 e 25% ao final de 2011. Como suporte estratégico para essa ampliação, qualificando práticas assistenciais e de gestão local, produzindo conhecimento aplicável e transformador da realidade, a formação profissional especializada é necessidade estruturante e premente.

A ENSP tem atuação de destaque como instituição parceira da SMSDC Rio de Janeiro, não apenas ao assumir a co-gestão da atenção primária no território de Mangueiras – projeto Teias Escola Mangueiras – mas também contribuindo para a formação e produção de conhecimento. O Teias, que tem como objetivo “desenvolver um território de atenção à saúde integrado em rede com serviços, e um espaço de inovação das práticas do cuidado, do ensino e da pesquisa para melhoria da condição de saúde e vida da população” assume o desafio de fomentar esses desafios para a Cidade do Rio de Janeiro. Pretende-se contribuir para iniciativas defensoras do Sistema Único de Saúde (SUS) local, afirmando os valores constitucionais de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social, favorecendo a superação de obstáculos estruturais, para consolidação da Estratégia de Saúde da Família como política pública efetiva.

Na formação em Saúde da Família, espera-se formar lideranças para exercer atividades de investigação e de ensino em serviço, sem afastarem-se de suas atividades na atenção ou gestão da ESF; fomentar o trabalho em equipe através do diálogo entre profissionais da equipe básica e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família; articular elementos da educação, atenção, gestão e investigação no aprimoramento da ESF; fortalecer as atividades de produção do conhecimento e ensino na atenção primária na cidade do Rio de Janeiro, integrando parcerias entre instituições acadêmicas e a rede municipal de saúde.

A opção pelo formato do mestrado profissional (MP), proposta aqui apresentada, enfatiza a desejável parceria entre a ENSP e gestores municipais, e o fortalecimento de redes de saúde-escola. Implica em compreender os serviços de saúde como locais de produção de conhecimento e não apenas de retirada de dados. Para tal, o MP buscará fomentar o conhecimento metodológico, o desenvolvimento do potencial analítico e da capacidade de reflexão crítica dos



8  
177

09004992109

profissionais envolvidos com a Estratégia Saúde da Família (ESF) e com a mudança no modelo assistencial. Entende-se que a ESF enfoca a atenção ao indivíduo inserido no contexto das suas relações sociais e adota-se como premissa que o adequado cuidado individual é inseparável da compreensão das dinâmicas coletivas. Dada a complexidade dos problemas sociais e a ampliação do conceito de saúde envolvendo diversos determinantes, a multiprofissionalidade e a intersectorialidade se apresentam como estratégias para o compartilhamento de saberes e promoção de um efeito sinérgico para promoção da qualidade de vida. O desenho curricular está baseado nos referenciais da educação por competências, entendendo por competência a capacidade de articular, mobilizar e colocar em prática valores, conhecimentos, habilidades e atitudes necessários ao adequado desempenho de atividades requeridas pela natureza do trabalho.

O curso irá fortalecer a capacidade crítica e analítica de profissionais que atuam na ESF, potencializando a preceptoria, as inovações na atenção em saúde, e a produção do conhecimento na atenção básica. Realizou-se processo seletivo público em 3 etapas (prova de inglês, prova discursiva e entrevista) no qual foram aprovados 24 candidatos. As atividades teóricas tiveram início em setembro de 2011 e serão concluídas em fevereiro de 2013; os seis meses restantes, serão para elaboração do Trabalho de Conclusão de curso.

#### **OBJETIVO GERAL**

Sistematizar o conhecimento técnico-científico produzido na prática dos profissionais de saúde, visando à ampliação e o desenvolvimento de competências que qualifiquem o trabalho na Atenção Primária e contribuam para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

1. Desenvolver competência para realizar ações de Promoção da Saúde
2. Desenvolver competência para atuar na Atenção à Saúde
3. Desenvolver competência para realizar a Gestão da Clínica do indivíduo, da família e da comunidade
4. Desenvolver competência para utilizar Informações em Saúde na Atenção Primária.
5. Desenvolver competência para realizar atividades de Educação em Saúde (preceptoria, educação permanente, metodologias de ensino e aprendizagem) no âmbito da Atenção Primária



6. Desenvolver competência para realizar ações de Planejamento e Avaliação na Atenção Primária
7. Desenvolver competência para a Produção de Conhecimento em Serviços de Saúde

**METAS PARA ACOMPANHAMENTO DA CTA:**

- 1) Atualmente existem 24 alunos cursando a 1ª turma, a meta inicial essa primeira turma era de 10 vagas.
- 2) O Mestrado Profissional pretende desenvolver uma nova turma para o período 2012/2013, com um total de 24 vagas para a SUBPAV/SMSDC-RJ.

**5. PESQUISA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Este subprojeto pretende desenvolver no mínimo uma pesquisa com a Estratégia de Saúde da Família.

**METAS PARA ACOMPANHAMENTO DA CTA:**

Desenvolvimento de no mínimo uma pesquisa com a Estratégia de Saúde da Família na AP 3.1.

**6. PROJETO DE FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO ATRAVÉS DO APOIO À FORMAÇÃO, QUALIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES EM SAÚDE**

**JUSTIFICATIVA**



12102  
B-1725

O Município do Rio de Janeiro está vivenciando 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 a APS como coordenadora do cuidado e eixo estruturante dos TEIAS.

A Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC) 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.

Houve um incremento de mais de 590 equipes de saúde da família no Município desde 2009. Destas, muitas encontram-se incompletas, correspondendo a aproximadamente 20% das equipes por falta de profissional Médico na maioria das vezes.

A Atenção Primária à Saúde (APS) demanda a formação de profissionais com formação específica para atuação na área. No Brasil, como na grande maioria dos países desenvolvidos, há uma especialidade médica voltada especificamente para atuação na APS, denominada Medicina de Família e Comunidade (MFC). A importância do especialista em Medicina de Família e Comunidade na qualificação das ações da APS tem sido reconhecida e enfatizada internacionalmente em diferentes estudos.

O grande desafio na 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, em especial o profissional médico. Hoje somente em torno de 10% das equipes do município conta com médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade, sendo que a melhor forma de enfrentar este problema é investir na formação destes profissionais através da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade. Esta estratégia vem sendo incentivada pelo Ministério da Saúde, que tem adotado ações para melhorar a qualificação dos profissionais da APS e para ampliar as vagas de residência na área da Medicina de Família e Comunidade.

Este conjunto de fatores constitui um novo desafio para os programas locais de residência médica que se organizavam, até então, para formar um número limitado de Médicos de Família e Comunidade, visto as restrições do mercado de trabalho representado pelo pequeno número de equipes de SF existentes anteriormente na cidade. Sendo assim, a SMSDC viabilizou junto às universidades parceiras (UERJ, UFRJ e Estácio de Sá) a expansão de vagas de residência médica em MFC e a criação de um programa de Residência Médica em MFC do próprio do município. Tais profissionais desempenharão as suas atividades nas Clínicas da Família e Centros Municipais de Saúde deste município, fazendo parte das equipes de Saúde da Família destas unidades.

Servem de fundamentação para a ação:

- a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a Lei Orgânica da Saúde, que 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;





- a responsabilidade constitucional de incrementar o desenvolvimento científico e 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;
- a Política Nacional de Atenção Básica que define a Saúde da Família como eixo ordenador do sistema de saúde;
- a 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;
- a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, realizada em março de 2006, e suas deliberações para integração entre ensino e serviço;
- a necessidade de incentivar a formação profissional nas unidades básicas de saúde municipais e a adequação dos serviços para o desenvolvimento de práticas pedagógicas no SUS;
- os projetos de estímulo às mudanças curriculares em curso, em especial o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde, com ênfase na Atenção Básica, tendo em vista a atuação na Estratégia Saúde da Família, em execução pelos Municípios brasileiros;
- as mudanças curriculares nos cursos incluídos no Pró-Saúde e a decorrente necessidade de estimular a formação de docentes com um novo perfil, mais adequado às necessidades do SUS;
- a necessidade no processo de integração ensino-serviço e capacitação pedagógica de criar estímulo para que os profissionais que desempenham atividades na área da Atenção Básica à Saúde possam orientar os estudantes de graduação e pós-graduação, tendo o serviço público de saúde como cenário de prática;
- o Termo de Cooperação e Assistência Técnica, firmado em 29 de maio de 2008 entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, com o objetivo de desenvolver ações de capacitação de recursos humanos da área da saúde.

Com a formação de profissionais médicos com perfil para atuarem na APS, espera-se, além de melhorar a qualidade dos serviços e ações em saúde, ampliando a resolutividade e eficiência dessas equipes de saúde da família, como a fixação e preenchimento da vacância das vagas de algumas equipes. Além da formação de pós-graduação que já vem sendo estimulada pela SMSDC, o apoio à reforma curricular das universidades a alunos de graduação em cursos afins como medicina, enfermagem e odontologia é de grande importância no sentido de formação de profissionais mais qualificados e com perfil mais adequado para a APS. Neste sentido a inserção precoce desses alunos se faz muito importante nas unidades da rede municipal de APS. Assim deve-se desenvolver unidades docentes-assistenciais voltadas para o treinamento em serviço dos profissionais das equipes, bem como dos alunos e residentes.

Com a expansão da rede assistencial na atenção primária, em que muitas unidades e equipes são instaladas em pouco espaço de tempo, deve-se haver uma qualificação dessas ações. Para tanto, a carteira de serviços para a Atenção Primária foi uma iniciativa para uniformizar as ações que devem ser oferecidas em todas as unidades de APS. Muitas dessas ações ainda não são plenamente

oferecidas por falta de treinamento para algumas habilidades específicas ou para a instrumentalização dessas equipes. Atualmente as equipes dos Núcleos de Apoio às equipes de Saúde da Família (NASF) desenvolvem ações nos sentido de apoiar essas equipes, porém essas ações podem ser potencializadas sobremaneira com a elaboração e revisão de diretrizes clínicas, treinamento específico para algumas habilidades nas equipes de saúde da família e nas equipes NASF, preparação de material didático, dentre outras ações. Uma vez implementadas ações de qualificação da rede de APS, faz-se necessária a avaliação de desempenho, com a análise de indicadores e metas, monitoramento de vacância de equipes (acompanhamento de contratação de médicos para completar as equipes), implementação de todos os sistemas de informação oficiais do Ministério da Saúde e da SMSDC nos prontuários eletrônicos, manutenção dos bancos de dados do Município para a assistência como SIAB, SCNES, Bolsa Família, SISPRENATAL, SISCOLO, dentre outros.

#### **OBJETIVO GERAL**

Apoiar a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC) no fortalecimento e qualificação da Atenção Primária à Saúde através do desenvolvimento de ações de Formação, treinamento em serviço, estímulo a boas práticas clínicas e avaliação das ações em saúde.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- a) Apoiar a operacionalização dos programas de residência médica em Medicina de Família e Comunidade vinculados à SMSDC.
- b) Apoiar a preceptoría dos programas de residência em Medicina de Família e Comunidade vinculados à SMSDC e inserção precoce dos alunos nas unidades de atenção primária.
- c) Apoiar a Estruturação através da qualificação da Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro, em consonância com o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) do Ministério da Saúde
- d) Elaborar e revisar as diretrizes clínicas em Atenção Primária à Saúde para utilização pelas equipes de Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro

090049921



1709  
827

- c) Estruturar o Programa de Estímulo a Boas Práticas em Saúde na Atenção Primária.
- f) Monitorar e analisar a qualidade das ações através dos indicadores de saúde, e manutenção dos sistemas de informação.

### **METAS E AÇÕES PARA ACOMPANHAMENTO DA CTA:**

Formação – Apoiar a operacionalização dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade vinculados à SMSDC.

Ações previstas:

- ☐ Coordenação geral dos diferentes Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC): que prevê o total de 110 vagas de residentes do primeiro ano. Destas vagas, 60 serão próprias da SMSDCRJ sem chanceia das universidades e as 50 restantes através de universidades como a UERJ, a UFRJ, a ENSP e a Estácio;
- ☐ Coordenação Operacional da Residência: serão contratados apoiadores para o PRMFC, a fim de confecção de material pedagógico, alinhamento conceitual entre os programas, monitoramento das ações desenvolvidas em território, buscar parcerias e manutenção dos campos de estágios dos residentes, elaboração e acompanhamento da grade curricular, acompanhamento das competências e habilidades dos residentes e dos preceptores;
- ☐ Preceptoria no Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade: pagamento de bolsa mensal para os médicos preceptores desempenharem as ações de preceptoria, no valor de R\$1.500,00. Previsão: de 110 médicos residentes (R1) no 1º ano e de 220 a partir do 2º ano (110 R1 e 110R2). A proporção de residentes para cada preceptor é de 4:1. Com isso estima-se 28 preceptores para o 1º ano e 56 para o 2º ano;
- ☐ Aulas do conteúdo teórico: Pagamento de horas-aula, 1x por semana (em 4 locais distintos). Serão 4 pólos formadores distribuídos pelo Município (centro, zona sul, zona norte e zona oeste);
- ☐ Secretaria acadêmica: contratação de secretário para atividades administrativas; ☐ Apoio Logístico: Gráfica, impressão, diárias, passagens, material didático, transporte, telemedicina;

METAS:

- A1) Apoiar a formação de 100% dos residentes em Medicina de Família e Comunidade (previsão de 110 vagas)



A2) Prestar preceptoría para 100% dos residentes em Medicina de Família e Comunidade do Município

b) Formação – Apoiar a preceptoría dos programas de residência em Medicina de Família e Comunidade vinculados à SMSDC e inserção precoce dos alunos nas unidades de atenção primária

Ações previstas:

- Tutoria a distância para preceptores, residentes em Medicina de Família e Comunidade e Alunos (Telemedicina);
- Curso de preceptoría de Medicina de Família e Comunidade a ser ministradas aos preceptores do programa a serem realizadas uma vez ao mês aos sábados e ministradas por profissionais com expertise no tema selecionado.
- Preceptoría de graduação para Medicina, Enfermagem e Odontologia
- Aquisição de materiais permanentes e de mobiliários para as unidades docente-assistenciais: Compra de livros, estantes para biblioteca, computadores para laboratório de informática, datashow
- Apoio Logístico: Organização das aulas presenciais para preceptoría da residência (materiais, aluguel de sala, alimentação...)

METAS:

B1) Treinar adequadamente 100% dos preceptores dos programas de residência em Medicina de Família e Comunidade do Município.

B2) Realizar preceptoría com 30 profissionais para estudantes de Medicina, Enfermagem e Odontologia favorecendo a inserção precoce nas unidades de saúde.

c) Qualificação – Apoiar a Estruturação através da qualificação da Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro, em consonância com o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) do Ministério da Saúde.

Ações previstas:

- Apoio matricial às Coordenações de Áreas Programáticas e as equipes de Saúde da Família visando o aperfeiçoamento dos seus processos de trabalho;

- Desenvolvimento e validação de instrumento de acreditação das equipes de Saúde da Família do município,
- Consultoria para apoio ao desenvolvimento de instrumentos de acreditação (produto);
- Sensibilização dos profissionais da Atenção Primária ao Processo de Acreditação e de Contratualização de indicadores: 1. Oficina municipal sobre Acreditação/Contratualização em APS
- Realização de eventos relacionados ao processo de acreditação/Contratualização de indicadores: Logística (deslocamentos, material gráfico, Aluguel de Sala, Alimentação...)

**METAS:**

C1) Ter o teto de equipes de Saúde da Família previsto pelo Ministério da Saúde com adesão no PMAQ.

C2) Ter ao menos 50% das equipes de Saúde da Família que passaram pelo Programa de Acreditação/Contratualização de Indicadores da APS do município do Rio de Janeiro. Treinar adequadamente 100% dos preceptores dos programas de residência em Medicina de Família e Comunidade do Município.

d) Qualificação – Elaborar e revisar as diretrizes clínicas em Atenção Primária à Saúde para utilização pelas equipes de Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro

**Ações previstas:**

- Desenvolvimento de diretrizes em temas clínicos relacionadas à Atenção Primária à Saúde: Consultoria/pessoa jurídica para o desenvolvimento de diretrizes /vídeos para manejo clínico (produto);

Apoio Logístico: Serviço gráfico, editoração, comunicação em saúde;

**METAS:**

D1) Desenvolver 5 diretrizes clínicas/vídeos voltadas para aplicação na Atenção Primária à Saúde

D2) Revisar todos os protocolos clínicos da SMSDC



c) Qualificação – Estruturar o Programa de Estímulo a Boas Práticas em Saúde na Atenção Primária

Ações previstas:

- Consultoria para estruturação do Programa: 2 Consultores Sênior para o desenvolvimento do Programa e supervisão de todo o processo (produto);
- Treinamento inicial de profissionais das TEIAS (preferencialmente dos NASF) para se tornarem consultores em Boas Práticas em Saúde;
- Preparação de material didático e execução de aulas visando o treinamento específico dos consultores em Boas Práticas em Saúde nos temas selecionados pelo município;
- Oferecer Apoio a todas as equipes de Saúde da Família para a sensibilização na adoção de Boas Práticas em Saúde.

METAS:

E1) Treinar 40 consultores de Boas Práticas entre os Profissionais dos TEIAS,

E2) Prestar apoio a 100% das equipes de Saúde da Família sobre Boas Práticas em Saúde.

F) Avaliação – Monitorar e analisar a qualidade das ações através dos indicadores de saúde, e manutenção dos sistemas de informação.

Ações previstas:

- Monitoramento de vacância de equipes / acompanhamento de contratação de médicos;
- Análise de indicadores de saúde e de desempenho das equipes de saúde da família;
- Apoio para as unidades de saúde para os sistemas de informação, ambulatoriais (SIA, SIAB, SCNES, HIPERDIA, SISPRENATAL);
- Manutenção dos bancos de dados e desenvolvimento para integração dos sistemas

METAS:

F1) Acompanhar mensalmente as equipes completas no Município e buscar estratégias de contratação de médicos.

09004992/09  
173  
75

- F2) Acompanhar e analisar mensalmente os indicadores de saúde,
- F3) Promover a integração e consolidação dos sistemas de informação com os prontuários eletrônicos.

## 7. SAÚDE DO TRABALHADOR E ATENÇÃO PRIMÁRIA

### JUSTIFICATIVA

A Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST, decreto 7602 de 7 de novembro de 2011 atribui como responsáveis pela implementação e execução os Ministérios do Trabalho e Emprego, da Saúde e da Previdência Social...

Tem por objetivos a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e de danos à saúde advindos, relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho.

Como princípios destaca: universalidade, integralidade, prevenção, diálogo social e prioridade nas ações de promoção, proteção e prevenção.

Sua implementação deverá ser por meio da articulação continuada das ações de governo no campo das relações de trabalho, produção, consumo, ambiente e saúde, em conjunto com as organizações representativas de trabalhadores e empregadores.

A operacionalização das diretrizes e estratégias desta Política deve ser garantida nos planos de saúde nacional, estadual e municipal, atendendo as atribuições e responsabilidades precípuas de cada nível de gestão do SUS.

Compete ao Ministério da Saúde:

- fomentar a estruturação da atenção integral à saúde dos trabalhadores, envolvendo a promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis, o fortalecimento da vigilância de ambientes, processos e agravos relacionados ao trabalho, a assistência integral à saúde dos trabalhadores, reabilitação física e psicossocial e a adequação e ampliação da capacidade institucional;
- definir, em conjunto com as secretarias de saúde dos Estados e dos Municípios, normas, parâmetros e indicadores para o acompanhamento das ações de saúde do trabalhador a serem desenvolvidas no Sistema Único de Saúde, segundo seus níveis de complexidade;

- contribuir para a estruturação e operacionalização da rede integrada de informações em saúde do trabalhador;
- promover a revisão periódica da listagem oficial de doenças relacionadas ao trabalho;
- apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas em saúde do trabalhador;
- estimular o desenvolvimento de processos de capacitação de recursos humanos em saúde do trabalhador;
- promover a participação da comunidade na gestão das ações em saúde do trabalhador.

O Ministério da Saúde instituiu no SUS, a RENAST, através da Portaria Ministerial GM/MS nº 1.679 de 20/10/2002, objetivando a atenção integral à saúde do trabalhador face à demanda do SUS, gerada por Agravos à Saúde Relacionados ao Trabalho considerados relevantes para a Saúde Pública, por sua magnitude, e elevado ônus humano, social e econômico.

A rede nacional em saúde do trabalhador, RENAST, é composta por mais de 200 Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST's), e por uma rede sentinela de mais de 1.500 serviços médicos e ambulatoriais de média e alta complexidade. Estes são responsáveis por diagnosticar os acidentes e doenças relacionados ao trabalho, e pela formalização dos registros em seu sistema próprio, criado para tal, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-NET).

A Portaria GM/MS 2.728 de Dezembro de 2009, que regulamenta o funcionamento e estruturação dos centros de referência, determina a ampliação da RENAST, de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Prevê o envolvimento de órgãos de diversos setores dessas esferas, executores de ações relacionadas com a Saúde do Trabalhador, além de instituições colaboradoras nessa área.

As ações em Saúde do Trabalhador deverão ser desenvolvidas, de forma descentralizada e hierarquizada, assim como preceitua o SUS, em todos os níveis de atenção, incluindo as atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, em seus diversos níveis de complexidade. A RENAST integraliza a rede de serviços, observando a promoção, a assistência e a vigilância, sugerindo sua implementação da seguinte forma:

I - Estruturação da rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST):





II - Inclusão das ações de saúde do trabalhador na atenção básica, por meio da definição de protocolos, estabelecimento de linhas de cuidado, e outros instrumentos que favoreçam a integralidade;

III - Implementação das ações de promoção e vigilância em saúde do trabalhador;

IV - Instituição e indicação de serviços de Saúde do Trabalhador de retaguarda, de média e alta complexidade já instalados, ora chamados de Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador;

V - Caracterização de Municípios Sentinela em Saúde do Trabalhador.

### **OBJETIVO GERAL**

Estabelecer os princípios gerais que regulamentarão o intercâmbio de conhecimento e informação com utilização de recursos materiais e humanos como apoio na estruturação do fluxo de ações em doenças relacionadas ao trabalho e acidentes de trabalho no município do Rio de Janeiro, inserindo ações na Atenção Primária conforme definição da Portaria nº 2.728 de 11 de novembro de 2009 no seu Anexo III e conforme o Plano Anual de Saúde – PAS

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- 1) Implantar Programas de Saúde do Trabalhador nas Áreas Programáticas 5.2 e 5.3 considerando as demandas das unidades de saúde e das equipes de saúde da família;
- 2) Prover suporte técnico às ações de atenção, promoção, formação e vigilância em saúde do trabalhador;
- 3) Estruturar as ações integradas para o combate ao trabalho infantil e proteção à saúde dos trabalhadores e trabalhadoras ;
- 4) Estimular o processo de educação e comunicação em saúde na construção de um diálogo permanente com os trabalhadores das APs 5.2 e 5.3 sob o enfoque de gênero;
- 5) Promover a integração intersetorial em especial com o Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério Público do Trabalho e o Ministério da Previdência Social visando desenvolver ações de saúde e promoção à saúde dos trabalhadores.



09004992109  
17/03/09

### **METAS PARA ACOMPANHAMENTO DA CTA:**

Serão elaborados relatórios técnicos que comprovarão as seguintes ações:

- Proposta de trabalho para os profissionais do PST 5.2 e 5.3 elaborada;
- Identificação das demandas de saúde do trabalho e ambiente e definição das atividades de atenção, informação, capacitação e promoção à saúde dos trabalhadores e as ações de vigilância em saúde do trabalhador nas APs 5.2 e 5.3;;
- Capacitação dos PST 5.2 e 5.3 e das equipes de Saúde da Família na discussão da temática Saúde do Trabalhador, principalmente, em casos de doenças e acidentes de trabalho;
- Mapeamento das ações de Saúde do Trabalhador para a construção da rede sentinela;
- Execução das ações de Saúde do Trabalhador em conjunto com as equipes de saúde da família para ampliar a notificação dos acidentes e doenças do trabalho, promoção no trabalho e prevenção dos riscos à saúde dos trabalhadores da AP 5.2 e 5.3.

### **Subprojetos 1C – Cursos Técnicos**

Este subprojeto contempla dois Cursos Técnicos.

#### **1. CURSO TÉCNICO DE AGENTE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

##### **JUSTIFICATIVA**

Em conformidade com as disposições da Lei 11.350, a Secretaria de Saúde e Defesa Civil do Município do Rio de Janeiro está promovendo a despreciação 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

09004090/08173

específica (dengue) e na busca ineficaz de indicadores de produtividade, requer mudanças tanto no âmbito da gestão como da formação dos trabalhadores. Este subprojeto pretende dar continuidade a 2ª etapa de formação do Curso PROFORMAR-RIO, isto é, complementar a formação para nível técnico através do Curso Técnicos de Agentes de Vigilância em Saúde (CTAVS)

#### **OBJETIVO GERAL**

Desenvolver Curso Técnico de Agentes de Vigilância em Saúde para quadro de trabalhadores que concluíram a primeira etapa do Curso PROFORMAR-RIO.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- 1) 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;
- 2) 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;
- 3) Contribuir para formação de trabalhadores-cidadãos comprometidos com as novas práticas em saúde e com os avanços tecnológicos do SUS;
- 4) 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 PARA ACOMPANHAMENTO DA CTA:**

Formar 10 turmas de alunos (300 vagas).

#### **2. CURSO TÉCNICO DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**

Este Curso teve início em novembro de 2011 e terá continuidade entre os anos de 2012 e 2013.



09 00 40 92 / 09  
8-1736

## **JUSTIFICATIVA**

A proposta curricular do Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde (CTACS) tem como base o Referencial Curricular publicado pelos Ministérios da Saúde e da Educação em 2004, que instituiu um itinerário formativo composto de três módulos, ao final dos quais se integraliza a formação técnica dos ACS.

Até a publicação deste Referencial Curricular, prevaleceu a ausência de uma política efetiva de educação profissional para esses trabalhadores. Ademais do ponto de vista da regulamentação do trabalho, também se observa um quadro de precarização que não está em conformidade com os direitos conquistados pelos trabalhadores no Brasil. Assim, a construção sócio-histórica do profissional ACS compõe um perfil profissional difuso, com dificuldades de legitimação técnica e política no âmbito do setor saúde.

Nesse contexto, a luta dos ACS soma-se à luta histórica de várias categorias profissionais de nível médio e técnico por qualificação, condição essencial para o estabelecimento de uma atenção à saúde de qualidade. E têm logrado mudanças importantes, mesmo que não suficientes, no cenário legislativo brasileiro a fim de regularizarem suas condições de trabalho.

Assim, esta proposta de implementação das II e III etapas formativas do Curso Técnico de ACS no município do Rio de Janeiro busca interferir sobre um contexto fortalecendo a luta pela qualificação profissional desses trabalhadores, identificados como uma categoria profissional que têm hoje um papel fundamental na efetivação da principal estratégia de reorganização da atenção básica em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

## **OBJETIVO GERAL**

Profissionalizar e certificar 210 ACS da estratégia saúde da família do município do Rio de Janeiro, de modo a qualificar sua atuação profissional, fortalecê-los enquanto categoria profissional e potencializar o seu papel no processo de transformação do modelo de atenção à saúde, observando adequadamente o compromisso social e a ética profissional.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

Os objetivos específicos se relacionam ao perfil profissional esperado ao final do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde:

- 1) Capacidade de compreender o seu trabalho como um fenômeno historicamente instituído no contexto de uma política pública de Estado que intervém em questões sociais, econômicas e culturais, e seus desdobramentos, atuando como sujeito político na construção do Sistema Único de Saúde, e capaz de intervir e contribuir para transformar os serviços e as práticas de saúde;
- 2) Capacidade de compreender e desenvolver educação em saúde como potencializadora da reorientação do modelo de atenção e da conquista da cidadania e autonomia da população;





- 3) Capacidade de desenvolver processos de pesquisa, reconhecendo-se como protagonista na produção do conhecimento em saúde;
- 4) Capacidade de planejar, desenvolver e avaliar ações, em conjunto com a equipe de saúde da família e a comunidade, reconhecendo e valorizando as atribuições e papéis de cada ator;
- 5) Capacidade de promover a integralidade por meio de ações de cuidado, promoção e vigilância em saúde;
- 6) Capacidade de compreender-se como cidadão.

#### **METAS PARA ACOMPANHAMENTO DA CTA:**

Formar 7 turmas de alunos (210 vagas).

#### **SUBPROJETOS ID - INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA, VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Este subprojeto contempla três conjuntos de ações.

#### **1. APOIO A ESTRUTURAÇÃO DE NOVAS ESTAÇÕES OTICS-RIO**

##### **JUSTIFICATIVA**

Entre 2010 e 2011, a estruturação de 11 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 no mínimo por um auditório, um laboratório de informática, uma sala de reunião / tutoria.

##### **OBJETIVO GERAL**

Estruturar pelo menos três novas Estações OTICS-RIO nas áreas de planejamento da cidade do Rio de Janeiro.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- 1) Apoiar junto a SMSDC-RJ a especificação dos projetos básicos para a estruturação das novas Estações;

#### **METAS PARA ACOMPANHAMENTO DA CTA:**

Estruturação e manutenção de no mínimo três novas Estações OTICS-RIO.

#### **2. APOIO AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

Este subprojeto envolve um conjunto de ações para o fortalecimento da rede municipal de vigilância em saúde do Rio de Janeiro

#### **JUSTIFICATIVA**

A área de vigilância em saúde abrange as ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, devendo constituir espaço articulado de conhecimentos e técnicas.

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 da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária.

Possui como diretrizes o planejamento e programação integrados; a integração de territórios e processos de trabalho; monitoramento e avaliação conjuntos; educação permanente em saúde; promoção da saúde e participação e controle social.

Seus principais desafios são a definição de responsabilidades, a consolidação de redes de atenção à saúde; a definição de base territorial e compatibilização de territórios e a eleição de prioridades, utilizando metodologias/ ferramentas da vigilância epidemiológica.

Entre fevereiro e agosto de 2011, realizaram-se levantamentos sobre a estrutura tecnológica e de recursos humanos das Divisões de Vigilância em Saúde (DVS) das Coordenadorias de Saúde de Área de Planejamento (CAP), dos Serviços de Vigilância em Saúde (SVS) e dos Núcleos Hospitalares de Vigilância em Saúde (NHVS) do município do Rio de Janeiro.

Como resultado, foram identificadas fragilidades nas áreas de recursos tecnológicos e de recursos humanos, que apontam para a necessidade de se realizar um investimento financeiro nos setores avaliados.

Situação semelhante pode ser verificada em algumas áreas técnicas da Superintendência de Vigilância em Saúde que integra a Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (S/SUBPAV/SVS).

Este projeto surge dentro deste cenário, e terá como prioridade inicial o fortalecimento dos serviços estruturados de vigilância em saúde do município do Rio de Janeiro.

Além disso, considerando que a vigilância em saúde deve estar cotidianamente inserida em todos os níveis de atenção da saúde e deve constituir-se em um esforço para integrar as várias dimensões do processo saúde-doença, pretende avançar na definição do papel de cada unidade da Rede Municipal de Vigilância em Saúde.

#### **OBJETIVO GERAL**

Fortalecer a Rede Municipal de Vigilância em Saúde do município do Rio de Janeiro.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- 1) Definir o papel dos estabelecimentos que integram a Rede Municipal de Vigilância em Saúde do Rio de Janeiro por níveis de ação;
- 2) Estabelecer os recursos mínimos necessários para o funcionamento dos serviços de vigilância em saúde do município do Rio de Janeiro;
- 3) Ampliar o número de Serviços de Vigilância em Saúde no município do Rio de Janeiro;
- 4) Apoiar os Serviços de Vigilância em Saúde do município do Rio de Janeiro, através de contratação de recursos humanos e compra de equipamentos/ material permanente;
- 5) Apoiar as áreas técnicas da Superintendência de Vigilância em Saúde da Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, através da contratação de recursos humanos e adequação da estrutura física e tecnológica.

#### **METAS PARA ACOMPANHAMENTO DA CTA:**

09004992/09

Serão desenvolvidas um conjunto de oito ações:

- 1) Ampliar o número de serviços de vigilância em saúde de 24 para 40.
- 2) Distribuir computadores e impressoras para os serviços de vigilância em saúde do município do Rio de Janeiro.
- 3) Distribuir pelo menos 80 estações de trabalho e Coordenações da SVS, para os serviços de vigilância em saúde que serão implantados no município do Rio de Janeiro.
- 4) Distribuir mobiliário para os serviços de vigilância em saúde que serão implantados no município do Rio de Janeiro.
- 5) Ampliar o apoio de técnicos de nível superior e médio atuando nos serviços de vigilância em saúde que serão implantados no município do Rio de Janeiro, bem como o desenvolvimento de novos projetos das áreas técnicas da SVS
- 6) Apoiar a realização e a participação de eventos científicos da S/SUBPAV/SVS.
- 7) Apoiar pelo menos 04 unidades externas da S/SUBPAV/SVS/CVAS com adequação de espaço físico.
- 8) Estruturar infra-estrutura para S/SUBPAV/SVS/CIEVS.

### **3. AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, VIGILÂNCIA E ATENÇÃO PRIMARIA**

#### **JUSTIFICATIVA**

Entre 2010 e 2011, a estruturação de 12 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

09 00 49 9 2 / 09 11





laboratório de informática, uma sala de reunião / tutoria. Estão localizadas na AP 1.0-Centro, AP 2.1-Rocinha, AP 2.2-Tijuca, AP 3.1-Jardim América, AP 3.1-Penha, AP 3.2 – Lins de Vasconcelos, AP 3.3 – Irajá, AP 4.0-Barra da Tijuca, AP 5.1-Bangu, AP 5.1-Padre Miguel, AP 5.2 – Pedra de Guaratiba, AP 5.3 – Santa Cruz.

#### **OBJETIVO GERAL**

Manter as 12 Estações OTICS-RIO nas áreas de planejamento da cidade do Rio de Janeiro atualmente existentes.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- 1) Apoiar a estruturação e manutenção dos blogs do Saúde da Família nas unidades tipo “A” e “B”.
- 2) Desenvolver vídeos de curta duração para a Estratégia de Saúde da Família.
- 3) Sediar os cursos estratégicos de formação da SUBPAV para a Atenção Primária em Saúde.
- 4) Apoiar as áreas de planejamento para o desenvolvimento de ações de educação em saúde.

#### **METAS PARA ACOMPANHAMENTO DA CTA:**

Manutenção das 12 Estações OTICS-RIO, que envolve: (1) atualização de Rede de Blogs, (2) no mínimo seis vídeos por Estação OTICS-RIO, (3) apoio a realização dos Cursos Estratégicos realizados em suas dependências, (4) registro fotográfico e descritivo através de relatórios mensais.

#### **Subprojeto 1E – CENTRO DE REFERÊNCIA DE IMUNOBIOLOGICOS ESPECIAIS - CRIE no IPEC/FIOCRUZ**

#### **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 implantação de um CRIE objetiva facilitar o acesso destes usuários, isto é, indivíduos que por uma suscetibilidade aumentada às doenças ou risco de complicações para si ou para outros, decorrente de motivos biológicos como imunodepressão, necessitam de proteção adicional. Por se tratar de estrutura direcionada ao atendimento diferenciado, o CRIE no IPEC/Fiocruz 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 (SMSDC) na consolidação e manutenção do Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais – CRIE no IPEC, 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.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

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

**1) Apoio a gestão do projeto** - prover apoio através de contratação de pessoal para o funcionamento do CRIE.

**2) Apoio a adequação da estrutura física** – manter a estrutura física adequada, com ambientes de trabalho saudáveis e incorporando tecnologias necessárias ao fluxo de informações esperado.

09004992/09

17/09

- 3) **Apoio ao desenvolvimento tecnológico** - prover os equipamentos necessários para operação das unidades de vigilância, apoiar o desenvolvimento de profissionais para atuar no novo modelo e colaborar com a reorganização dos processos de trabalho. O IPEC estabelecerá para cada uma das áreas de atuação da vigilância em saúde um serviço de referência.
- 4) **Apoio Logístico** - prover as condições necessárias para o bom funcionamento dos serviços de vigilância apoiando a operacionalização das atividades propostas no modelo integrado atenção primária/vigilância em saúde.
- 5) **Apoio para a capacitação e serviços laboratoriais de referência para tuberculose** - prover as condições necessárias para o desenvolvimento de ações e capacitação de atenção primária no âmbito do serviço de diagnóstico de tuberculose.
- 6) **Apoio para a capacitação e serviços laboratoriais de referência para tuberculose** - prover as condições necessárias para o desenvolvimento de ações e capacitação de atenção primária no âmbito do serviço de diagnóstico de tuberculose.
- 7) **Apoio para epidemias que configurem possíveis emergências em saúde pública, como por exemplo dengue** - prover as condições necessárias para o desenvolvimento de ações e capacitação de atenção para o caso de configuração de emergências em saúde pública.

#### **METAS PARA ACOMPANHAMENTO DA CTA:**

A primeira meta desse subprojeto é a manutenção e funcionamento do CRIE..

Além disso, implantar, avaliar e monitorar os 5 indicadores propostos:

#### **INDICADORES DE PRODUÇÃO:**

- 1) Número de doses de Imunobiológicos aplicados ou dispensados por faixa etária
- 2) Número de doses de Imunobiológicos aplicados ou dispensados por patologia / indicação



**INDICADORES DE QUALIDADE:**

- 3) 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
- 4) Número de EAPV's graves atendidos / Número de EAPV's notificados ao Sistema

**INDICADOR DE ADESÃO:**

- 5) Número de retornos / Número de programados

**Subprojeto 1F – INTEGRAÇÃO VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE – SPS/SUBPAV**

Este subprojeto envolve um conjunto de ações para a qualificação da comunicação científica e tecnológica da SUBPAV / SMSDC-RJ.

**1. AÇÕES DE PROMOÇÃO EM SAÚDE**

**JUSTIFICATIVA**

A necessidade de ampliar a comunicação em saúde da SUBPAV / SMSDC-RJ, tendo em vista a expansão do Saúde da Família é uma estratégia importante para a disseminação dos resultados obtidos.

**OBJETIVO GERAL**



5 9 3 6 4 7 8 9 / 11  
175  
89

Qualificar em Informação, Comunicação e Ciência e Tecnologia em Saúde, com vistas ao fortalecimento e a consolidação dos projetos e ações da SMSDCRJ, na perspectiva do aprendizado de longo prazo e da promoção da inteligência institucional, em particular no que diz respeito à educação permanente em promoção e atenção primária em saúde.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- 1) Promover a realização de cursos e oficinas voltados para a qualificação de trabalhadores da SMSDC-RJ;
- 2) Apoiar atividades de editoração;
- 3) Consolidar o Portal Observatório, realizando ao longo do projeto a transferência tecnológica para servidor do IPLAN / PCRJ, para posterior manutenção do mesmo pela SMSDC-RJ.
- 4) Apoiar atividades de participação da sociedade no campo da saúde.

#### **METAS PARA ACOMPANHAMENTO DA CTA:**

O Quadro a seguir resume as metas a serem acompanhadas pela CTA

<b>OBJETIVO</b>	<b>PRODUTO(S)</b>	<b>META/INDICADOR</b>	<b>N de produtos</b>
<b>1) Promover cursos de qualificação profissional</b>	Curso de Extensão, Curso de Aperfeiçoamento e Oficinas nas temáticas: <ul style="list-style-type: none"><li>• Violência e Saúde; Informação, comunicação e ação.</li><li>• Gestão de Projetos.</li><li>• Marketing Social</li><li>• Usos da informação e do Otics no cotidiano do trabalho em</li></ul>	300 profissional/alunos	1

09004992/09  
17/09

	<p>saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informação e educação permanente em saúde</li> <li>• Gestão de processos editoriais em saúde;</li> </ul>		
<p>2) Atividades de editoração</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coletâneas em Saúde - conjunto de textos com experiências da SMSDC (publicações e oficinas de apoio)</li> <li>• Revista Saúde em Foco</li> <li>• Circulador</li> <li>• Glossário SMSDC - RIO</li> </ul>	<p>Dois (2) títulos publicados</p> <p>Quatro (4) números publicados</p> <p>Dois (2) números publicados</p> <p>Hum (1)</p>	<p>9</p>
<p>3) Registro de imagens e organização de acervos audiovisuais em saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acervos audiovisuais produzidos/registrados</li> <li>• Videotecas Saúde organizadas</li> </ul>	<p>12 registros/ano</p> <p>70 Clínicas de Família e</p> <p>10 CAPs</p>	<p>12</p>
<p>4) Elaboração do Plano de Comunicação da SMSDCRJ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plano de Comunicação da SMSDC</li> </ul>	<p>01 Plano de Comunicação</p>	<p>1</p>
<p>5) Apoiar atividades de promoção e educação no campo da saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Campanha de comunicação para prevenção de acidentes no trânsito</li> <li>• Realização de concurso de mídias audiovisuais em saúde.</li> <li>• Materiais educativos diversos (criação e reprodução).</li> <li>• Congresso Internacional (Apoio a divulgação, material de comunicação e informação, inscrições, passagens e diárias)</li> </ul>	<p>01 campanha produzida</p> <p>02 (dois) Concursos realizados</p> <p>1 KIT com 25 (vinte e</p>	<p>6</p>

<p>6) Manter o Portal Otics-Rio e desenvolver estratégias e soluções tecnológicas e operacionais para fortalecimento da competência institucional e suporte à tomada de decisão. Realizar transferência tecnológica para PCRJ.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolvimento de novas funcionalidades, conforme demandas</li> <li>• Revisão da arquitetura de informação do Portal OTICS-Rio</li> <li>• Atualização do lay out</li> <li>• Construção de uma política de comunicação do Portal</li> <li>• Criação de condições para compartilhar informações produzidas pela rede municipal de atenção primária em saúde</li> <li>• Transferência tecnológica para servidor da PCRJ para manutenção e uso do Portal pela SMSDC-RJ.</li> </ul>	<p>cinco) materiais finalizados</p> <p>02 (01 World Nutricion e 01 Rede Unida)</p> <p>Portal redesenhado, atualizado e transferência tecnológica para PCRJ.</p>	<p>1</p>
<p><b>TOTAL de produtos</b></p>			<p><b>30</b></p>

## SUBPROJETO 1G – PESQUISA CLÍNICA - BIOMANGUINHOS

Este subprojeto contempla a implantação de três equipes de saúde da família no CMS Heitor Beltrão e apoio para reforma desta unidade, tendo em vista o desenvolvimento de ações de pesquisa clínica.

### I. APOIO A PESQUISA CLÍNICA



09004992/09

17/09

92

## JUSTIFICATIVA

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


Essas procuram as unidades 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 e Defesa Civil (SMSDC) tem atuado em parceria com a Assessoria Clínica (ASCLIN) de Bio-Manguinhos desde o ano de 2003. Neste período, foram realizados 5 estudos clínicos diferentes, 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 Bio-Manguinhos para atuarem como centros de pesquisa. O processo de preparo das unidades exige não só aquisição de equipamentos e insumos, como também a capacitação de pessoal nos procedimentos do estudo e nos preceitos éticos e regulatórios para a condução de pesquisa em seres humanos (Boas Práticas Clínicas). A parceria entre a SMSDC-RJ e Bio-Manguinhos, nos últimos 7 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 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 2000). Em seu entorno estão as comunidades do Borel e da Casa Branca que são acompanhados por equipes de saúde de saúde da família e mais duas comunidades, Salgueiro e Coréia que aguardam a implantação ESF. Além de ter diversas especialidades que prestam assistência e desenvolvem os programas de saúde, como pediatria, infectologia, pneumologia.

## OBJETIVO GERAL

Implantar unidade de pesquisa clínica, manter três equipes de saúde da família e estruturar a unidade para receber este serviço.

0040622/00





**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- a) apoiar o desenvolvimento de pesquisa clínica.
- b) desenvolver serviço de atenção primária de referência para a SVS / SUBPAV e Biomanguinhos/Fiocruz.

**METAS PARA ACOMPANHAMENTO DA CTA:**

Este subprojeto prevê a reforma da unidade de saúde que abrigará o centro de pesquisa clínica em atenção primária e três equipes de saúde da família.

**SUBPROJETO IH – UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE MANGUINHOS**

**JUSTIFICATIVA**

A UPA, Unidade de Pronto Atendimento, 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**

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



**METAS PARA ACOMPANHAMENTO DA CTA:**

As metas deste subprojeto estão descritas no Quadro a seguir

**QUADRO DE METAS – UPA DE MANGUINHOS para acompanhamento da CTA**

	dez/11	jan/12	fev/12	mar/12	abr/12	mai/12	jun/12	jul/12	ago/12	set/12	out/12	nov/12
<b>Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU)</b>												
1		5										
2		5										
3						2,5						2,5
4			2,5			2,5			2,5			2,5
5	10	5	5	7,5	7,5	5	7,5	7,5	5	7,5	7,5	5
<b>Educação Continuada</b>												
6	10											
7		7,5	5	7,5	7,5	5	7,5	7,5	5	7,5	7,5	5
<b>Atenção à Saúde</b>												
8		7,5										
9			5			5			5			5
10	10	5	5	10	10	5	10	10	5	10	10	5
11			7,5			5			7,5			5

09 00 499 2 / 09



	10	5	5	10	10	5	10	10	5	10	10	5	10	10	5
12	preenchimento da Ficha do SINAN nos Casos previstos														
13	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
<b>Qualidade da Assistência</b>															
14	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
15	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
16	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
17	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
18	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
<b>Gerenciamento da Unidade</b>															
19	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
20	2,5	2,5	2,5	5	5	2,5	5	2,5	5	5	5	2,5	5	5	2,5
21	2,5	2,5	2,5	5	5	2,5	5	2,5	5	5	5	2,5	5	5	2,5
22			5			5			5			5			5
<b>TOTAL</b>	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

	dez/12	jan/13	fev/13	mar/13	abr/13	mai/13	jun/13	jul/13	ago/13	set/13	out/13	nov/13
<b>Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU)</b>												
1		5										
2		5										
3						2,5						2,5
4			2,5			2,5			2,5			2,5
5	10	5	5	7,5	7,5	5	7,5	7,5	5	7,5	7,5	5

Educação Continuada												
6	Plano anual de Educação Continuada	10										
7	Relatório de atividade mensais de Educação Continuada	7,5	5	7,5	5	7,5	5	7,5	5	7,5	5	7,5
Atenção à Saúde												
8	Comissão de óbitos, infecção hospitalar e revisão de prontuário implantadas	7,5										
9	Comissão de óbitos, infecção hospitalar e revisão de prontuário atuantes		5								5	
10	Prontuário eletrônico organizado com assinatura eletrônica do profissional responsável	10	5	10	5	10	5	10	5	10	5	10
11	Implantação dos protocolos clínicos pactuados pela SMSDC		7,5								7,5	
12	preenchimento da Ficha do SINAN nos Casos previstos	10	5	10	5	10	5	10	5	10	5	10
13	Participação no complexo regulador da SMSDC	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Qualidade da Assistência												
14	Mortalidade avaliada pela comissão	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
15	Tempo médio de permanência ≤ 24h	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
16	Taxa de regulação 100%	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
17	Tempo médio de espera dentro do protocolo de acolhimento e classificação de risco	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
18	100% das consultas pactuadas realizadas	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Gerenciamento da Unidade												
19	Atualização Cadastral mensal CNES	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
20	Relatórios das Atividades Assistenciais dentro das normas da SMSDC	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
21	Relatório das Atividades Financeiras dentro dos Prazos estabelecidos pela SMSDC	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
22	Relatório das pactuações regionais de referência contra referência		5								5	
	<b>TOTAL</b>	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

	Mês 37 (dez-2012)	Mês 38 (jan-2013)	Mês 39 (fev-2013)	Mês 40 (mar-2013)	Mês 41 (abr-2013)	Mês 42 (maio-2013)	Mês 43 (jun-2013)	Mês 44 (jul-2013)	Mês 45 (ago-2013)	Mês 46 (set-2013)	Mês 47 (out-2013)	Mês 48 (nov-2013)	Total 12 meses
TEIAS	3.537.902,09	3.537.902,09	3.748.872,09	3.785.152,09	3.740.152,09	3.690.632,09	3.555.152,09	3.555.152,09	3.615.152,09	3.631.152,09	3.446.152,09	0,00	40.333.373,04
UPA	1.230.390,00	1.230.390,00	1.230.390,00	1.230.390,00	1.230.390,00	1.230.390,00	1.230.390,00	1.230.390,00	1.230.390,00	1.230.390,00	1.230.390,00	1.230.390,00	14.764.680,00
TOTAL GERAL	4.768.292,09	4.768.292,09	4.988.262,09	5.015.542,09	4.970.542,09	4.921.022,09	4.785.542,09	4.785.542,09	4.845.542,09	4.861.542,09	4.676.542,09	1.230.390,00	55.098.053,04

TABELA 1A - PROJETO TEIAS - MANGUINHOS - EQUIPES DE SAUDE DA FAMILIA E SAUDE BUCAL

	Mês 37 (dez-2012)	Mês 38 (jan-2013)	Mês 39 (fev-2013)	Mês 40 (mar-2013)	Mês 41 (abr-2013)	Mês 42 (maio-2013)	Mês 43 (jun-2013)	Mês 44 (jul-2013)	Mês 45 (ago-2013)	Mês 46 (set-2013)	Mês 47 (out-2013)	Mês 48 (nov-2013)	Total 12 meses
Fam. Bsa - recursos humanos (A)	1.034.616,78	1.034.616,78	1.034.616,78	1.034.616,78	1.034.616,78	1.034.616,78	1.034.616,78	1.034.616,78	1.034.616,78	1.034.616,78	1.034.616,78	0,00	11.380.734,63
Agua e Cozinha (A)	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	0,00	1.200.000,00
Agua e Cozinha (B)	30.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	0,00	300.000,00
União de Famílias - Equipes de Saúde da Família	771.127,33	771.127,33	771.127,33	771.127,33	771.127,33	771.127,33	771.127,33	771.127,33	771.127,33	771.127,33	771.127,33	0,00	8.482.406,68
Clínica de Família - Equipes de Atenção Especializada	10.735,84	10.735,84	10.735,84	10.735,84	10.735,84	10.735,84	10.735,84	10.735,84	10.735,84	10.735,84	10.735,84	0,00	118.094,37
Clínica de Família - Equipes de Saúde Bucal	36.584,23	36.584,23	36.584,23	36.584,23	36.584,23	36.584,23	36.584,23	36.584,23	36.584,23	36.584,23	36.584,23	0,00	422.426,61
MAE	46.109,38	46.109,38	46.109,38	46.109,38	46.109,38	46.109,38	46.109,38	46.109,38	46.109,38	46.109,38	46.109,38	0,00	517.863,17
Parte fixa - consumo (consumos, equipamentos)	152.237,74	152.237,74	152.237,74	152.237,74	152.237,74	152.237,74	152.237,74	152.237,74	152.237,74	152.237,74	152.237,74	0,00	1.674.615,14
Clínica de Família - materialização	152.237,74	152.237,74	152.237,74	152.237,74	152.237,74	152.237,74	152.237,74	152.237,74	152.237,74	152.237,74	152.237,74	0,00	1.674.615,14
Parte fixa - materiais de bioinertes (C)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
União de Famílias - materiais de saúde da família	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
SUBTOTAL (I)	1.186.854,52	1.186.854,52	1.186.854,52	1.186.854,52	1.186.854,52	1.186.854,52	1.186.854,52	1.186.854,52	1.186.854,52	1.186.854,52	1.186.854,52	0,00	13.055.399,27
Parte variável - 1 (2% ao mês) / mês	23.737,09	23.737,09	23.737,09	23.737,09	23.737,09	23.737,09	23.737,09	23.737,09	23.737,09	23.737,09	23.737,09	0,00	261.198,00
Parte variável - 2 (unidade de saúde)	16.000,00	16.000,00	16.000,00	16.000,00	16.000,00	16.000,00	16.000,00	16.000,00	16.000,00	16.000,00	16.000,00	0,00	176.000,00
Parte variável - 3 (profissional)	29.380,00	29.380,00	29.380,00	29.380,00	29.380,00	29.380,00	29.380,00	29.380,00	29.380,00	29.380,00	29.380,00	0,00	324.180,00
TOTAL (II)	62.798,58	62.798,58	62.798,58	62.798,58	62.798,58	62.798,58	62.798,58	62.798,58	62.798,58	62.798,58	62.798,58	0,00	693.788,23
valor a ser liberado	1.193.173,03	1.193.173,03	1.193.173,03	1.193.173,03	1.193.173,03	1.193.173,03	1.193.173,03	1.193.173,03	1.193.173,03	1.193.173,03	1.193.173,03	0,00	13.124.983,37

09004992/0  
1755

TABELA 1B - PROJETO - CURSOS DE NIVEL SUPERIOR, POS-GRADUACAO E PES - SA

	Mês 37 (dez-2013)	Mês 38 (jan-2013)	Mês 39 (fev-2013)	Mês 40 (mar-2013)	Mês 41 (abr-2013)	Mês 42 (maio-2013)	Mês 43 (jun-2013)	Mês 44 (jul-2013)	Mês 45 (ago-2013)	Mês 46 (set-2013)	Mês 47 (out-2013)	Mês 48 (nov-2013)	Total 12 meses
40) Curso de Especialização em Saúde Pública	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	600.000,00
<b>valor a ser liberado</b>	47.500,00	47.500,00	47.500,00	47.500,00	47.500,00	47.500,00	47.500,00	47.500,00	47.500,00	47.500,00	47.500,00	47.500,00	565.000,00
43) Curso de Farmácia - Farmácia	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	300.000,00
<b>valor a ser liberado</b>	23.750,00	23.750,00	23.750,00	23.750,00	23.750,00	23.750,00	23.750,00	23.750,00	23.750,00	23.750,00	23.750,00	23.750,00	285.000,00
45) Pós-graduação em Saúde Pública	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	600.000,00
<b>valor a ser liberado</b>	47.500,00	47.500,00	47.500,00	47.500,00	47.500,00	47.500,00	47.500,00	47.500,00	47.500,00	47.500,00	47.500,00	47.500,00	565.000,00
46) Pós-graduação em Saúde Pública	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	300.000,00
<b>valor a ser liberado</b>	23.750,00	23.750,00	23.750,00	23.750,00	23.750,00	23.750,00	23.750,00	23.750,00	23.750,00	23.750,00	23.750,00	23.750,00	285.000,00
47) Pós-graduação em Saúde Pública	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	1.200.000,00
<b>valor a ser liberado</b>	95.000,00	95.000,00	95.000,00	95.000,00	95.000,00	95.000,00	95.000,00	95.000,00	95.000,00	95.000,00	95.000,00	95.000,00	1.140.000,00
<b>TOTAL</b>	90.879,58	90.879,58	90.879,58	90.879,58	90.879,58	90.879,58	90.879,58	90.879,58	90.879,58	90.879,58	90.879,58	90.879,58	1.090.435,39

TABELA 1C - PROJETO - CURSOS TECNICOS

	Mês 37 (dez-2013)	Mês 38 (jan-2013)	Mês 39 (fev-2013)	Mês 40 (mar-2013)	Mês 41 (abr-2013)	Mês 42 (maio-2013)	Mês 43 (jun-2013)	Mês 44 (jul-2013)	Mês 45 (ago-2013)	Mês 46 (set-2013)	Mês 47 (out-2013)	Mês 48 (nov-2013)	Total 12 meses
Curso Técnico de Agente (ACTS)	198.841,40	198.841,40	198.841,40	198.841,40	198.841,40	198.841,40	198.841,40	198.841,40	198.841,40	198.841,40	198.841,40	198.841,40	2.386.096,80
<b>valor a ser liberado</b>	188.899,33	188.899,33	188.899,33	188.899,33	188.899,33	188.899,33	188.899,33	188.899,33	188.899,33	188.899,33	188.899,33	188.899,33	2.277.892,33
Curso Técnico de Agente (ACTS)	140.958,80	140.958,80	140.958,80	140.958,80	140.958,80	140.958,80	140.958,80	140.958,80	140.958,80	140.958,80	140.958,80	140.958,80	1.691.505,60
<b>valor a ser liberado</b>	142.460,36	142.460,36	142.460,36	142.460,36	142.460,36	142.460,36	142.460,36	142.460,36	142.460,36	142.460,36	142.460,36	142.460,36	1.707.841,08
<b>TOTAL</b>	339.800,20	339.800,20	339.800,20	339.800,20	339.800,20	339.800,20	339.800,20	339.800,20	339.800,20	339.800,20	339.800,20	339.800,20	4.087.602,40
<b>valor a ser liberado</b>	331.360,19	331.360,19	331.360,19	331.360,19	331.360,19	331.360,19	331.360,19	331.360,19	331.360,19	331.360,19	331.360,19	331.360,19	3.985.733,41

Handwritten signatures and numbers: 12756, 576, and a large 'X' mark.

TABELA 1D - PROJETO - INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA, VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE

	Mês 37 (dez-2012)	Mês 38 (jan-2013)	Mês 39 (fev-2013)	Mês 40 (mar-2013)	Mês 41 (abr-2013)	Mês 42 (maio-2013)	Mês 43 (jun-2013)	Mês 44 (jul-2013)	Mês 45 (ago-2013)	Mês 46 (set-2013)	Mês 47 (out-2013)	Mês 48 (nov-2013)	Total 12 meses
Ativação e manutenção de Equipes CIEPS (RCS - integração e capacitação saúde e assistência primária - SUBPAVISV)	200.000,00	200.000,00	200.000,00	200.000,00	200.000,00	200.000,00	200.000,00	150.000,00	150.000,00	150.000,00	150.000,00	0,00	2.000.000,00
<b>valor a ser liberado</b>	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	7.500,00	7.500,00	7.500,00	7.500,00	0,00	100.000,00
<b>valor a ser liberado</b>	190.000,00	190.000,00	190.000,00	190.000,00	190.000,00	190.000,00	142.500,00	142.500,00	142.500,00	142.500,00	142.500,00	0,00	1.900.000,00
Ativação de Vigilância em Saúde - RVS	701.432,76	701.432,76	701.432,76	701.432,76	701.432,76	701.432,76	701.432,76	701.432,76	701.432,76	701.432,76	701.432,76	0,00	7.715.760,56
<b>valor a ser liberado</b>	35.071,64	35.071,64	35.071,64	35.071,64	35.071,64	35.071,64	35.071,64	35.071,64	35.071,64	35.071,64	35.071,64	0,00	385.788,00
<b>valor a ser liberado</b>	666.361,14	666.361,14	666.361,14	666.361,14	666.361,14	666.361,14	666.361,14	666.361,14	666.361,14	666.361,14	666.361,14	0,00	7.330.972,56
Equipes CIECS-300 - SUBPAVISV	210.000,00	210.000,00	210.000,00	210.000,00	210.000,00	210.000,00	210.000,00	210.000,00	210.000,00	210.000,00	210.000,00	0,00	2.310.000,00
<b>valor a ser liberado</b>	10.500,00	10.500,00	10.500,00	10.500,00	10.500,00	10.500,00	10.500,00	10.500,00	10.500,00	10.500,00	10.500,00	0,00	115.500,00
<b>valor a ser liberado</b>	199.500,00	199.500,00	199.500,00	199.500,00	199.500,00	199.500,00	199.500,00	199.500,00	199.500,00	199.500,00	199.500,00	0,00	2.194.500,00

TABELA 1E - CRIE - IPEC

	Mês 37 (dez-2012)	Mês 38 (jan-2013)	Mês 39 (fev-2013)	Mês 40 (mar-2013)	Mês 41 (abr-2013)	Mês 42 (maio-2013)	Mês 43 (jun-2013)	Mês 44 (jul-2013)	Mês 45 (ago-2013)	Mês 46 (set-2013)	Mês 47 (out-2013)	Mês 48 (nov-2013)	Total 12 meses
CRIC	88.777,50	88.777,50	88.777,50	88.777,50	88.777,50	88.777,50	88.777,50	88.777,50	88.777,50	88.777,50	88.777,50	0,00	976.552,50
<b>valor a ser liberado</b>	4.438,88	4.438,88	4.438,88	4.438,88	4.438,88	4.438,88	4.438,88	4.438,88	4.438,88	4.438,88	4.438,88	0,00	48.827,63
<b>valor a ser liberado</b>	84.338,63	84.338,63	84.338,63	84.338,63	84.338,63	84.338,63	84.338,63	84.338,63	84.338,63	84.338,63	84.338,63	0,00	927.274,45
<b>TOTAL (A)</b>	1.209.210,28	1.209.210,28	1.209.210,28	1.209.210,28	1.209.210,28	1.209.210,28	1.159.210,28	1.159.210,28	1.159.210,28	1.159.210,28	1.159.210,28	0,00	13.002.313,03

TABELA 1F - ICICT - SUBPAVISV

	Mês 37 (dez-2012)	Mês 38 (jan-2013)	Mês 39 (fev-2013)	Mês 40 (mar-2013)	Mês 41 (abr-2013)	Mês 42 (maio-2013)	Mês 43 (jun-2013)	Mês 44 (jul-2013)	Mês 45 (ago-2013)	Mês 46 (set-2013)	Mês 47 (out-2013)	Mês 48 (nov-2013)	Total 12 meses
Temporário registrado em saúde - profissional saúde - SUBPAVISV	171.300,00	171.300,00	251.550,00	251.550,00	251.550,00	171.050,00	106.350,00	168.550,00	168.550,00	168.550,00	168.550,00	0,00	2.101.750,00
<b>valor a ser liberado</b>	8.462,00	8.462,00	11.662,50	12.677,50	12.677,50	8.701,20	8.427,50	8.427,50	8.427,50	8.427,50	8.427,50	0,00	103.087,50
<b>valor a ser liberado</b>	162.838,00	162.838,00	241.662,50	241.662,50	241.662,50	162.348,80	97.922,50	160.122,50	160.122,50	160.122,50	160.122,50	0,00	1.998.662,50

TABELA 1G - BIOMANGUINHOS - SUBPAVISV

	Mês 37 (dez-2012)	Mês 38 (jan-2013)	Mês 39 (fev-2013)	Mês 40 (mar-2013)	Mês 41 (abr-2013)	Mês 42 (maio-2013)	Mês 43 (jun-2013)	Mês 44 (jul-2013)	Mês 45 (ago-2013)	Mês 46 (set-2013)	Mês 47 (out-2013)	Mês 48 (nov-2013)	Total 12 meses
Agente e pesquisador clínica	200.000,00	200.000,00	368.000,00	368.000,00	300.000,00	200.000,00	200.000,00	200.000,00	200.000,00	200.000,00	200.000,00	0,00	2.300.000,00
<b>valor a ser liberado</b>	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	0,00	110.000,00
<b>valor a ser liberado</b>	190.000,00	190.000,00	358.000,00	358.000,00	190.000,00	190.000,00	190.000,00	190.000,00	190.000,00	190.000,00	190.000,00	0,00	2.090.000,00

TABELA 1H - UPB DE MANGUINHOS

	Mês 37 (dez-2012)	Mês 38 (jan-2013)	Mês 39 (fev-2013)	Mês 40 (mar-2013)	Mês 41 (abr-2013)	Mês 42 (maio-2013)	Mês 43 (jun-2013)	Mês 44 (jul-2013)	Mês 45 (ago-2013)	Mês 46 (set-2013)	Mês 47 (out-2013)	Mês 48 (nov-2013)	Total 12 meses
UPA (TOTAL - 6)	1.230.390,00	1.230.390,00	1.230.390,00	1.230.390,00	1.230.390,00	1.230.390,00	1.230.390,00	1.230.390,00	1.230.390,00	1.230.390,00	1.230.390,00	0,00	14.764.680,00
Zona Variável 4 (25% após a Escala)	24.667,80	24.667,80	24.667,80	24.667,80	24.667,80	24.667,80	24.667,80	24.667,80	24.667,80	24.667,80	24.667,80	0,00	295.253,60
Subtotal	1.205.722,20	1.205.722,20	1.205.722,20	1.205.722,20	1.205.722,20	1.205.722,20	1.205.722,20	1.205.722,20	1.205.722,20	1.205.722,20	1.205.722,20	0,00	14.469.386,40
Planos Variáveis 3 (10% após a Escala)	36.911,70	36.911,70	36.911,70	36.911,70	36.911,70	36.911,70	36.911,70	36.911,70	36.911,70	36.911,70	36.911,70	0,00	442.940,20
<b>valor a ser liberado</b>	1.168.810,50	1.168.810,50	1.168.810,50	1.168.810,50	1.168.810,50	1.168.810,50	1.168.810,50	1.168.810,50	1.168.810,50	1.168.810,50	1.168.810,50	0,00	14.016.466,60




**METAS FISICAS - 4º ANO**

**TABELA 1A - PROJETO TEIAS - MANGUINHOS - EQUIPES DE SAUDE DA FAMILIA E SAUDE BUCAL**

Descrição	Mês 37 (dez-2012)	Mês 38 (jan-2013)	Mês 39 (fev-2013)	Mês 40 (mar-2013)	Mês 41 (abr-2013)	Mês 42 (mai-2013)	Mês 43 (jun-2013)	Mês 44 (jul-2013)	Mês 45 (ago-2013)	Mês 46 (set-2013)	Mês 47 (out-2013)	Mês 48 (nov-2013)
Parte fixa - recursos humanos (A)												
Apoio à Gestão da OSS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Apoio à Gestão da CAP	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Clínicas da Família - Equipes de Saúde da Família	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
Clínicas da Família - Equipes de Atenção Farmacêutica	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Clínicas da Família - Equipes de Saúde Bucal	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
NAEF	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Parte fixa - contrato / consórcio - subprojetos (B)												
b) Clínica da Família - manutenção	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Parte fixa - adaptações de instalações (C)												
Clínica da Família - postos de saúde da família existentes	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

**TABELA 1B - PROJETO - CURSOS DE NIVEL SUPERIOR, PESQUISA E APOIO A CEREST**

Descrição	Mês 37 (dez-2012)	Mês 38 (jan-2013)	Mês 39 (fev-2013)	Mês 40 (mar-2013)	Mês 41 (abr-2013)	Mês 42 (mai-2013)	Mês 43 (jun-2013)	Mês 44 (jul-2013)	Mês 45 (ago-2013)	Mês 46 (set-2013)	Mês 47 (out-2013)	Mês 48 (nov-2013)
a) Curso de Especialização em Saúde Pública	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
a2) Curso de Formação - Atuação Farmacêutica	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
a3) Residência Multiprofissional	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
a4) Mestrado Profissional	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
a5) Projeto de Pesquisa (co-gestão com SAPI/S/DEPAV)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
a6) Projetos S&P (S/DEPAV, parceria com o ENSP)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

09 004992/09  




67) Saúde do Trabalhador e atenção primária	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

TABELA 1C - PROJETO - CURSOS TECNICOS

Descrição	Mês 37 (dez-2012)	Mês 38 (jan-2013)	Mês 39 (fev-2013)	Mês 40 (mar-2013)	Mês 41 (abr-2013)	Mês 42 (mai-2013)	Mês 43 (jun-2013)	Mês 44 (jul-2013)	Mês 45 (ago-2013)	Mês 46 (set-2013)	Mês 47 (out-2013)	Mês 48 (nov-2013)
	Unidade de medida (dias, metas)	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300
Curso Técnico de Agentes (ASS, IO turno)	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210
Curso Técnico de Agentes (ACS, 7 turno)												

TABELA 1D - PROJETO - INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA, VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Descrição	Mês 37 (dez-2012)	Mês 38 (jan-2013)	Mês 39 (fev-2013)	Mês 40 (mar-2013)	Mês 41 (abr-2013)	Mês 42 (mai-2013)	Mês 43 (jun-2013)	Mês 44 (jul-2013)	Mês 45 (ago-2013)	Mês 46 (set-2013)	Mês 47 (out-2013)	Mês 48 (nov-2013)
	Unidade de medida (dias, metas)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Apoio a construção de Escolas-OTICs: RCD - integração vigilância em saúde e atenção primária - SUBPAV	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Apoio as ações de vigilância em saúde	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
Ações promoção da saúde, vigilância e atenção primária	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12

TABELA 1E - PROJETO - CRIE - IPEC

Descrição	Mês 37 (dez-2012)	Mês 38 (jan-2013)	Mês 39 (fev-2013)	Mês 40 (mar-2013)	Mês 41 (abr-2013)	Mês 42 (mai-2013)	Mês 43 (jun-2013)	Mês 44 (jul-2013)	Mês 45 (ago-2013)	Mês 46 (set-2013)	Mês 47 (out-2013)	Mês 48 (nov-2013)
	Unidade de medida (dias, metas)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
CRIE mantido	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

TABELA 1F - ICICT - SUBPAV/SPS

Unidade de medida (dias, metas)	Mês 37 (dez-2012)	Mês 38 (jan-2013)	Mês 39 (fev-2013)	Mês 40 (mar-2013)	Mês 41 (abr-2013)	Mês 42 (mai-2013)	Mês 43 (jun-2013)	Mês 44 (jul-2013)	Mês 45 (ago-2013)	Mês 46 (set-2013)	Mês 47 (out-2013)	Mês 48 (nov-2013)
	Produtos realizados e aprovados pela SPS	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

TABELA 1G - BIOMANGUINHOS - SUBPAV/SPS

Unidade de medida (dias, metas)	Mês 37 (dez-2012)	Mês 38 (jan-2013)	Mês 39 (fev-2013)	Mês 40 (mar-2013)	Mês 41 (abr-2013)	Mês 42 (mai-2013)	Mês 43 (jun-2013)	Mês 44 (jul-2013)	Mês 45 (ago-2013)	Mês 46 (set-2013)	Mês 47 (out-2013)	Mês 48 (nov-2013)

*[Handwritten signatures and initials]*

09 00 49 92 / 09  
1760

Apóio à pesquisa clínica	3	1	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

TABELA 1H - PROJETO - UPA DE MANGUINHOS

Descrição	Unidade de medida (das metas)	Mês 37 (dez- 2012)	Mês 38 (jan- 2013)	Mês 39 (fev- 2013)	Mês 40 (mar- 2013)	Mês 41 (abr- 2013)	Mês 42 (mai- 2013)	Mês 43 (jun- 2013)	Mês 44 (jul- 2013)	Mês 45 (ago- 2013)	Mês 46 (set- 2013)	Mês 47 (out- 2013)	Mês 48 (nov- 2013)
UPA	unidade medida	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1



CRONOGRAMA DE RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS - 3o ANO - DEZ/2011 / 3o V/2012

cod	Mês 25 (dez-2011)	Mês 26 (jan-2012)	Mês 27 (fev-2012)	Mês 28 (mar-2012)	Mês 29 (abr-2012)	Mês 30 (mai-2012)	Mês 31 (jun-2012)	Mês 32 (jul-2012)	Mês 33 (ago-2012)	Mês 34 (set-2012)	Mês 35 (out-2012)	Mês 36 (nov-2012)	Total 12 meses
TEIAS	0,00	3.737.902,00	3.740.871,00	3.705.152,00	3.740.182,00	3.650.032,00	3.640.152,00	3.595.152,00	3.615.152,00	3.631.152,00	3.640.152,00	3.571.794,07	40.165.255,62
EPA	1.130.390,00	1.220.390,00	1.230.390,00	1.230.390,00	1.230.390,00	1.230.390,00	1.230.390,00	1.230.390,00	1.230.390,00	1.230.390,00	1.230.390,00	1.230.390,00	14.764.690,00
TOTAL GERAL	1.130.390,00	4.958.292,00	4.970.262,00	4.935.542,00	4.970.572,00	4.880.422,00	4.870.542,00	4.825.542,00	4.845.542,00	4.861.542,00	4.870.542,00	4.804.174,07	54.929.945,62

TABELA 1A - PROJETO TEIAS - MANGUINHOS - EQUIPES DE SAUDE DA FAMILIA E SAUDE BUCAL

	Mês 25 (dez-2011)	Mês 26 (jan-2012)	Mês 27 (fev-2012)	Mês 28 (mar-2012)	Mês 29 (abr-2012)	Mês 30 (mai-2012)	Mês 31 (jun-2012)	Mês 32 (jul-2012)	Mês 33 (ago-2012)	Mês 34 (set-2012)	Mês 35 (out-2012)	Mês 36 (nov-2012)	Total 12 meses
Parte fixa - recursos humanos (A)	0,00	1.034.616,78	1.034.616,78	1.034.616,78	1.034.616,78	1.034.616,78	1.034.616,78	1.034.616,78	1.034.616,78	1.034.616,78	1.034.616,78	1.034.616,78	11.380.784,63
Ativos e Custos de ODS	0,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	1.320.000,00
Ativos e Custos de CAP	0,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	340.000,00
Clínica de Família - Equipes de Saúde da Família	0,00	771.127,33	771.127,33	771.127,33	771.127,33	771.127,33	771.127,33	771.127,33	771.127,33	771.127,33	771.127,33	771.127,33	8.482.400,68
Clínica de Família - Equipes de Saúde Bucal	0,00	10.735,84	10.735,84	10.735,84	10.735,84	10.735,84	10.735,84	10.735,84	10.735,84	10.735,84	10.735,84	10.735,84	118.094,27
Clínica de Família - Equipe de Saúde Bucal	0,00	36.584,23	36.584,23	36.584,23	36.584,23	36.584,23	36.584,23	36.584,23	36.584,23	36.584,23	36.584,23	36.584,23	432.476,51
MAIO	0,00	46.169,38	46.169,38	46.169,38	46.169,38	46.169,38	46.169,38	46.169,38	46.169,38	46.169,38	46.169,38	46.169,38	567.863,27
Parte fixa - materiais/ consumo/ adprojeto (B)	0,00	152.237,74	152.237,74	152.237,74	152.237,74	152.237,74	152.237,74	152.237,74	152.237,74	152.237,74	152.237,74	152.237,74	1.674.615,14
Clínica de Família - materiais	0,00	152.237,74	152.237,74	152.237,74	152.237,74	152.237,74	152.237,74	152.237,74	152.237,74	152.237,74	152.237,74	152.237,74	1.674.615,14
Parte fixa - selographe de finalidades (C)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Clínica de Família - equipamentos de saúde da família - evidências	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
SUBTOTAL (D)	0,00	1.186.854,52	1.186.854,52	1.186.854,52	1.186.854,52	1.186.854,52	1.186.854,52	1.186.854,52	1.186.854,52	1.186.854,52	1.186.854,52	1.186.854,52	13.055.279,77
Parte variável - 1 (2% do mês) / mês	0,00	23.737,09	23.737,09	23.737,09	23.737,09	23.737,09	23.737,09	23.737,09	23.737,09	23.737,09	23.737,09	23.737,09	281.104,09
Parte variável - 2 (unidade de saúde) de saúde	0,00	16.000,00	16.000,00	16.000,00	16.000,00	16.000,00	16.000,00	16.000,00	16.000,00	16.000,00	16.000,00	16.000,00	176.000,00
Parte variável - 3 (profissional)	0,00	29.380,00	29.380,00	29.380,00	29.380,00	29.380,00	29.380,00	29.380,00	29.380,00	29.380,00	29.380,00	29.380,00	312.180,00
TOTAL (E)	0,00	1.255.971,61	1.255.971,61	1.255.971,61	1.255.971,61	1.255.971,61	1.255.971,61	1.255.971,61	1.255.971,61	1.255.971,61	1.255.971,61	1.255.971,61	14.812.687,76
valor a ser liberado	0,00	1.193.173,03	1.193.173,03	1.193.173,03	1.193.173,03	1.193.173,03	1.193.173,03	1.193.173,03	1.193.173,03	1.193.173,03	1.193.173,03	1.193.173,03	13.134.903,37

4761

RP

TABELA 1B - PROJETO - CURSOS DE NIVEL SUPERIOR, POS-GRADUACAO E PESQI

	Mês 25 (abr-2011)	Mês 26 (jun-2012)	Mês 27 (fev-2012)	Mês 28 (mar-2012)	Mês 29 (mai-2012)	Mês 30 (jun-2012)	Mês 31 (jul-2012)	Mês 32 (ago-2012)	Mês 33 (set-2012)	Mês 34 (out-2012)	Mês 35 (nov-2012)	Mês 36 (dez-2012)	Total 12 meses
43) Cursos de Especialização em Saúde Pública	0,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	250.000,00
<b>valor a ser liberado</b>	<b>0,00</b>	<b>47.500,00</b>	<b>47.500,00</b>	<b>47.500,00</b>	<b>47.500,00</b>	<b>47.500,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>237.500,00</b>
44) Curso de Especialização em Saúde Pública	0,00	25.000,00	25.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	50.000,00
<b>valor a ser liberado</b>	<b>0,00</b>	<b>23.750,00</b>	<b>23.750,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>47.500,00</b>
45) Residência Multiprofissional	0,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	400.000,00
<b>valor a ser liberado</b>	<b>0,00</b>	<b>27.500,00</b>	<b>27.500,00</b>	<b>27.500,00</b>	<b>27.500,00</b>	<b>27.500,00</b>	<b>27.500,00</b>	<b>27.500,00</b>	<b>27.500,00</b>	<b>27.500,00</b>	<b>27.500,00</b>	<b>27.500,00</b>	<b>360.000,00</b>
46) Natação Profissional	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>valor a ser liberado</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
47) Projeto de Pesquisa (pos-graduação com SAU/RS (0074))	0,00	25.000,00	25.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	50.000,00
<b>valor a ser liberado</b>	<b>0,00</b>	<b>23.750,00</b>	<b>23.750,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>47.500,00</b>
48) Projeto SGP S2010/PAV - pesquisa em Saúde Pública	0,00	311.000,00	311.000,00	311.000,00	311.000,00	311.000,00	311.000,00	311.000,00	311.000,00	311.000,00	311.000,00	311.000,00	3.762.820,00
<b>valor a ser liberado</b>	<b>0,00</b>	<b>296.000,00</b>	<b>296.000,00</b>	<b>296.000,00</b>	<b>296.000,00</b>	<b>296.000,00</b>	<b>296.000,00</b>	<b>296.000,00</b>	<b>296.000,00</b>	<b>296.000,00</b>	<b>296.000,00</b>	<b>296.000,00</b>	<b>3.593.670,00</b>
49) Saúde da Trabalhadora e família - pesquisa	0,00	110.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	300.000,00
<b>valor a ser liberado</b>	<b>0,00</b>	<b>95.000,00</b>	<b>47.500,00</b>	<b>47.500,00</b>	<b>47.500,00</b>	<b>47.500,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>285.000,00</b>
<b>TOTAL (2)</b>	<b>0,00</b>	<b>503.500,00</b>	<b>511.000,00</b>	<b>483.000,00</b>	<b>471.000,00</b>	<b>471.000,00</b>	<b>471.000,00</b>	<b>471.000,00</b>	<b>471.000,00</b>	<b>471.000,00</b>	<b>471.000,00</b>	<b>471.000,00</b>	<b>5.133.820,00</b>
<b>TOTAL</b>	<b>0,00</b>	<b>908.750,00</b>	<b>883.750,00</b>	<b>868.750,00</b>	<b>868.750,00</b>	<b>868.750,00</b>	<b>868.750,00</b>	<b>868.750,00</b>	<b>868.750,00</b>	<b>868.750,00</b>	<b>868.750,00</b>	<b>868.750,00</b>	<b>9.474.130,00</b>

09 004992/09  
1762

*[Handwritten signature]*



09 004992/09 1765

	Mês 25 (dez-2011)	Mês 26 (jan-2012)	Mês 27 (fev-2012)	Mês 28 (mar-2012)	Mês 29 (abr-2012)	Mês 30 (mai-2012)	Mês 31 (jun-2012)	Mês 32 (jul-2012)	Mês 33 (ago-2012)	Mês 34 (set-2012)	Mês 35 (out-2012)	Mês 36 (nov-2012)	Total 12 meses
Ativos e passivos líquidos	0,00	200.000,00	200.000,00	200.000,00	200.000,00	200.000,00	200.000,00	200.000,00	200.000,00	200.000,00	200.000,00	200.000,00	2.000.000,00
valor a ser liberado:	0,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	1.000.000,00

*[Handwritten mark]*

*[Large diagonal line across the page]*

*[Handwritten signature]*

TABELA 1H - UPA DE MANGUINHOS

	Mês 25 (dez-2011)	Mês 26 (jan-2012)	Mês 27 (fev-2012)	Mês 28 (mar-2012)	Mês 29 (abr-2012)	Mês 30 (mai-2012)	Mês 31 (jun-2012)	Mês 32 (jul-2012)	Mês 33 (ago-2012)	Mês 34 (set-2012)	Mês 35 (out-2012)	Mês 36 (nov-2012)	Total 12 meses
UPA TOTAL (R\$)	1.230.390,00	1.230.390,00	1.230.390,00	1.230.390,00	1.230.390,00	1.230.390,00	1.230.390,00	1.230.390,00	1.230.390,00	1.230.390,00	1.230.390,00	1.230.390,00	14.764.680,00
Parte Variável (CZs opor. e fixas)	24.607,80	24.607,80	24.607,80	24.607,80	24.607,80	24.607,80	24.607,80	24.607,80	24.607,80	24.607,80	24.607,80	24.607,80	295.293,60
Subtotal	1.205.782,20	1.205.782,20	1.205.782,20	1.205.782,20	1.205.782,20	1.205.782,20	1.205.782,20	1.205.782,20	1.205.782,20	1.205.782,20	1.205.782,20	1.205.782,20	14.469.386,40
Parte Variável CPs, cipele de profissionais	36.911,70	36.911,70	36.911,70	36.911,70	36.911,70	36.911,70	36.911,70	36.911,70	36.911,70	36.911,70	36.911,70	36.911,70	442.840,40
<b>valor a ser liberado</b>	<b>1.168.870,50</b>	<b>1.168.870,50</b>	<b>1.168.870,50</b>	<b>1.168.870,50</b>	<b>1.168.870,50</b>	<b>1.168.870,50</b>	<b>1.168.870,50</b>	<b>1.168.870,50</b>	<b>1.168.870,50</b>	<b>1.168.870,50</b>	<b>1.168.870,50</b>	<b>1.168.870,50</b>	<b>14.036.446,00</b>

*[Handwritten mark]*

09004992/09  
1765

*[Handwritten signature]*



**METAS FISICAS - 3º ANO**

**TABELA 1A - PROJETO TEIAS - MANGUINHOS - EQUIPES DE SAUDE DA FAMILIA E SAUDE BUCAL**

Descrição	Mês 25 (dez-2011)	Mês 26 (jan-2012)	Mês 27 (fev-2012)	Mês 28 (mar-2012)	Mês 29 (abr-2012)	Mês 30 (mai-2012)	Mês 31 (jun-2012)	Mês 32 (jul-2012)	Mês 33 (ago-2012)	Mês 34 (set-2012)	Mês 35 (out-2012)	Mês 36 (nov-2012)
Parte fixa - recursos humanos (A)												
Apoio a função da OSS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Apoio a Gestão da CAP	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Clínica da Família /Equipes de Saúde da Família	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
Clínica da Família /Equipes de Atenção Farmacêutica	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Clínica da Família /Equipes de Saúde Bucal	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
NASF	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Parte fixa - contrato / consumo, subprojetos (B)												
b) Clínica da Família - manutenção	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Parte fixa a- adaptações de instalações (C)												
Clínica de Família - pontos de saúde da família existentes	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

**TABELA 1B - PROJETO - CURSOS DE NIVEL SUPERIOR, PESQUISA E APOIO A CEREST**

Descrição	Mês 25 (dez-2011)	Mês 26 (jan-2012)	Mês 27 (fev-2012)	Mês 28 (mar-2012)	Mês 29 (abr-2012)	Mês 30 (mai-2012)	Mês 31 (jun-2012)	Mês 32 (jul-2012)	Mês 33 (ago-2012)	Mês 34 (set-2012)	Mês 35 (out-2012)	Mês 36 (nov-2012)
a1) Curso de Especialização em Saúde Pública	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
a2) Curso de Formação - Atuação Farmacêutica	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
a3) Residência Multiprofissional	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
a4) Mestrado Profissional	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
a5) Projeto de Pesquisa (a-z) com SAP/SI (BPAV)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
a6) Projetos SAP (SUBPAV, parceria com a ENSP)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

09 00 49 92 / 09

1766

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

Atividade	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

TABELA 1C - PROJETO - CURSOS TECNICOS

Descrição	Mês 25 (dez-2011)	Mês 26 (jan-2012)	Mês 27 (fev-2012)	Mês 28 (mar-2012)	Mês 29 (abr-2012)	Mês 30 (mai-2012)	Mês 31 (jun-2012)	Mês 32 (jul-2012)	Mês 33 (ago-2012)	Mês 34 (set-2012)	Mês 35 (out-2012)	Mês 36 (nov-2012)
Curso Técnico de Agentes (AVS, 10 turnos)	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300
Curso Técnico de Agentes (ACS, 7 turnos)	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210	210

TABELA 1D - PROJETO - INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA, VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Descrição	Mês 25 (dez-2011)	Mês 26 (jan-2012)	Mês 27 (fev-2012)	Mês 28 (mar-2012)	Mês 29 (abr-2012)	Mês 30 (mai-2012)	Mês 31 (jun-2012)	Mês 32 (jul-2012)	Mês 33 (ago-2012)	Mês 34 (set-2012)	Mês 35 (out-2012)	Mês 36 (nov-2012)
Apoio a elaboração de Etapas OTIC, RQ, inspeção vigilância em saúde e atenção primária - SCS/SPAV	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Apoio às ações mantidas	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
Ações promoção de saúde, vigilância e atenção primária	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12

TABELA 1E - PROJETO - CRIE - IPEC

Descrição	Mês 25 (dez-2011)	Mês 26 (jan-2012)	Mês 27 (fev-2012)	Mês 28 (mar-2012)	Mês 29 (abr-2012)	Mês 30 (mai-2012)	Mês 31 (jun-2012)	Mês 32 (jul-2012)	Mês 33 (ago-2012)	Mês 34 (set-2012)	Mês 35 (out-2012)	Mês 36 (nov-2012)
CRIE iniciado	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

TABELA 1F - ICICT - SUBPAV/SPS

Descrição	Mês 25 (dez-2011)	Mês 26 (jan-2012)	Mês 27 (fev-2012)	Mês 28 (mar-2012)	Mês 29 (abr-2012)	Mês 30 (mai-2012)	Mês 31 (jun-2012)	Mês 32 (jul-2012)	Mês 33 (ago-2012)	Mês 34 (set-2012)	Mês 35 (out-2012)	Mês 36 (nov-2012)
Inscrição vigilância em saúde e promoção de saúde - SPS/SPAV	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

TABELA 1G - BIOMANGUINHOS - SUBPAV/SPS

Descrição	Mês 25 (dez-2011)	Mês 26 (jan-2012)	Mês 27 (fev-2012)	Mês 28 (mar-2012)	Mês 29 (abr-2012)	Mês 30 (mai-2012)	Mês 31 (jun-2012)	Mês 32 (jul-2012)	Mês 33 (ago-2012)	Mês 34 (set-2012)	Mês 35 (out-2012)	Mês 36 (nov-2012)
Unidade de medida (das metas)												

09 004992 / 09 1767

*[Handwritten signature]*

Apou a pesquisa citada	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

TABELA 1H - PROJETO - UPA DE MANGUINHOS

Descrição	Unidade de medida (das metas)	Mês 25 (dez- 2011)	Mês 26 (jan- 2012)	Mês 27 (fev- 2012)	Mês 28 (mar- 2012)	Mês 29 (abr- 2012)	Mês 30 (mai- 2012)	Mês 31 (jun- 2012)	Mês 32 (jul- 2012)	Mês 33 (ago- 2012)	Mês 34 (set- 2012)	Mês 35 (out- 2012)	Mês 36 (nov- 2012)
UPA	quantidade mantida	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1



*R* *FB*