



Termo Aditivo nº 037/2013

**TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO N° 002/2009, QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - SMS E A FUNDAÇÃO PARA DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO EM SAÚDE-FIOTEC, COM VISTAS À REGULAMENTAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO ÂMBITO DO TERRITÓRIO INTEGRAL DE ATENÇÃO À SAÚDE (TEIAS) DE MANGUINHOS**

Pelo presente instrumento, de um lado o Município de Rio de Janeiro, por intermédio da Secretaria Municipal da Saúde, com sede nesta cidade na Rua Afonso Cavalcante, nº455, Bloco 1, 7º andar, neste ato representado por seu Secretário Municipal de Saúde, HANS FERNANDO ROCHA DOHMANN, brasileiro, casado, portador da Cédula de Identidade R.G: IFP nº 05461657-8, CPF nº 834202317/68-, doravante denominada CONTRATANTE, e de outro lado a **FUNDAÇÃO PARA DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO EM SAÚDE - FIOTEC**, inscrita no CNPJ sob o número 02.385.669/0001-74, com endereço à Avenida Brasil, 4.036 – 10º andar, Manguinhos, CEP: 21.040-361, Rio de Janeiro/RJ, neste ato representada por seu Diretor Executivo, **MAURÍCIO ZUMA MEDEIROS**, brasileiro, portador da cédula de identidade nº 04395631-7-DETRAN/RJ, CPF nº 603.466.717-87 doravante denominada CONTRATADA, realizada através do processo administrativo nº09/004.992/2009, tendo em vista o que dispõe o

*(Handwritten mark)*





Decreto-Lei nº 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Federal 8080 de 19 de setembro de 1990, o Decreto Municipal nº 30.780 de 2 de junho de 2009, que regulamenta a Lei Municipal nº 5026 de 19 de maio de 2009, bem como, o disposto no artigo 24, inciso XXIV, da Lei Federal nº 8.666 de 21 de junho de 1993, RESOLVEM celebrar o presente TERMO ADITIVO referente à execução da atividade de saúde (TEIAS e UPA) na área de planejamento 3.1.

#### CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

I.1 O presente TERMO ADITIVO tem por objeto formalizar:

I - a prorrogação do contrato de gestão nº 002/2009, correspondente à execução das atividades de saúde (TEIAS e UPA) na Área de Planejamento 3.1, por 12 meses no valor de R\$ 57.848.755,70 (Cinquenta e sete milhões, oitocentos e quarenta e oito mil, setecentos e cinquenta e cinco reais e setenta centavos).

II – Alterar o Anexo Técnico II do Contrato de Gestão – Acompanhamento do Contrato, Avaliação e Metas para os Serviços de saúde

III – Alterar o Anexo Técnico V do Contrato de Gestão – Detalhamento dos Planos de Trabalho de cada subprojeto conforme cronograma de metas físicas e recursos orçamentários descrito no anexo

IV – Alterar o Anexo Técnico VI do Contrato de Gestão – Cronograma de Desembolso e Metas Físicas (dez-2013 a nov-2014).

V – Re-ratificar as cláusulas do contrato de gestão aditado

#### PARÁGRAFO PRIMEIRO

Este TERMO ADITIVO segue os preceitos descritos no art. 8º do Decreto 30.780/09:

I - especificação do programa de trabalho, estipulação das metas a serem atingidas e respectivos prazos de execução, bem como previsão expressa dos critérios objetivos de



avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de qualidade e produtividade;

II - estipulação dos limites e critérios para a despesa com a remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidas pelos dirigentes e empregados das Organizações Sociais, no exercício de suas funções;

III - disponibilidade permanente de documentação para auditoria do Poder Público;

IV - atendimento à disposição do § 2.º do artigo 5.º da Lei Municipal n.º. 5026, de 19 de maio de 2009;

V - vedação à cessão total ou parcial do contrato de gestão pela Organização Social;

VI - atendimento exclusivo aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS, no caso das Organizações Sociais da Saúde;

VII - o orçamento, o Cronograma Mensal de Desembolso e Metas Físicas e as fontes de receita para a sua execução (Anexo VI do Contrato de Gestão);

VIII - vinculação dos repasses financeiros que forem realizados pelo Poder Público ao cumprimento das metas pactuadas no contrato de gestão;

IX - discriminação dos bens públicos cujo uso será permitido à Organização Social quando houver, conforme específico do contrato de gestão;

X - em caso de rescisão do contrato de gestão, do patrimônio, dos legados ou das doações que lhe foram destinados, bem como dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, em caso de extinção ou desqualificação da entidade, ao patrimônio de outra organização social qualificada no âmbito do Município do Rio de Janeiro, da mesma área de atuação, ou ao patrimônio do Município do Rio de Janeiro, na proporção dos





recursos e bens por este alocados. Para o patrimoniamto de bens, deve constar o número do CNES/Ministério da Saúde da referida unidade de saúde na placa do patrimônio ao qual está alocado o referido bem.

## CLÁUSULA SEGUNDA

### OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

2.1 São da responsabilidade da CONTRATADA, além daquelas obrigações constantes das especificações técnicas contidas nos Anexos Técnicos do Contrato de Gestão, ficam fazendo parte integrante, as estabelecidas na legislação referente ao SUS, bem como nos diplomas federal e municipal que regem a presente contratação, as seguintes:

2.1.1 Prestar os serviços de saúde que estão especificados nos Anexos Técnicos de acordo com o estabelecido neste termo aditivo e nos exatos termos da legislação pertinente ao SUS – Sistema Único de Saúde, especialmente o disposto no Decreto-Lei nº 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990; a Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990, com observância dos princípios veiculados pela legislação, e em especial:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde;

II - integralidade da assistência, entendida como sendo o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em atuação conjunta com os demais equipamentos do Sistema Único de Saúde existentes no Município;

III – gratuidade de assistência, sendo vedada a cobrança em face de pacientes ou seus representantes, responsabilizando-se a CONTRATADA por cobrança indevida feita por seu empregado ou preposto;

IV - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

V - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

VI - direito de informação às pessoas assistidas, sobre sua saúde;





VII - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VIII – fomento dos meios para participação da comunidade por intermédio de Conselhos Gestores Locais e demais fóruns de participação popular;

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

2.1.2 Na prestação dos serviços descritos no item anterior, a CONTRATADA deverá observar:

I – Respeito aos direitos dos pacientes, atendendo-os com dignidade de modo universal e igualitário;

II – Manutenção da qualidade na prestação dos serviços;

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

IV – Garantia do sigilo dos dados e informações relativas aos pacientes;

V – Garantia do direito de assistência religiosa e espiritual aos pacientes, por ministro de qualquer culto religioso;

VI - Esclarecimento dos direitos aos pacientes, quanto aos serviços oferecidos.

VII – Responsabilidade civil e criminal pelo risco de sua atividade;

VIII – Inserção obrigatória dos procedimentos autorizados e dos medicamentos dispensados nos protocolos terapêuticos estabelecidos pelas instâncias municipal, federal e estadual;

IX - Atendimento, exclusivo, aos usuários do SUS, como determina o artigo 8º. VI. do Decreto Municipal nº 30.780/2009 (item 6.6)

X - Receber médicos residentes vinculados à COREME da SMS ou a universidades conveniadas.

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





2.3 Estabelecer o controle e a apuração da frequência dos funcionários contratados pelas Organizações Sociais, com contrato de gestão celebrados com a Secretaria Municipal de Saúde - SMS, por meio de Registro Biométrico de Ponto e de acordo com o Decreto nº 33.536 de 25 de março de 2011 da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro.

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

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

2.6 Apoiar e integrar o complexo regulador da SMS-RJ

2.7 Utilizar processo seletivo para a contratação de pessoal, critérios exclusivamente técnicos inclusive quanto ao gerenciamento e controle de recursos humanos, observando as normas legais vigentes, em especial as trabalhistas e previdenciárias.

2.8 Contratar serviços de terceiro para atividades acessórias e/ou específicas sempre que necessário, responsabilizando-se pelos encargos daí decorrentes.

2.9 Responsabilizar-se civil e criminalmente perante pacientes por eventual indenização de danos morais decorrentes de ação, omissão, negligência, imperícia ou imprudência decorrentes de atos praticados por profissionais subordinados à CONTRATADA e também por danos materiais e pelos decorrentes do serviço por ele prestado, inclusive perante terceiros.





2.10 Manter controle de riscos da atividade e seguro de responsabilidade civil nos casos que entender pertinentes.

2.11 Manter em seus quadros técnicos para a gestão, profissionais com a qualificação mencionada no Edital de Convocação Pública.

2.12 Adotar o símbolo e o nome designativo da unidade de saúde cujo uso lhe for permitido, seguido pelo nome designativo "Com os logos oficiais do Município, Secretaria Municipal da Saúde e do Sistema Único de Saúde, Organização Social", devendo afixar aviso, em lugar visível, de sua condição de entidade qualificada como Organização Social, e dos serviços prestados nessa condição pertencem ao Sistema Único de Saúde sendo vedada a cobrança ao usuário;

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

2.14 Administrar os bens móveis e imóveis, cujo uso lhe seja permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos termos de cessão/permissão de uso que deverão definir as responsabilidades da CONTRATADA, até sua restituição ao Poder Público, bem como realizar adaptações/reformas com a anuência deste nas Unidades já existentes;

2.14.1 A permissão/cessão de uso, mencionada no item anterior, deverá observar as condições estabelecidas na Lei nº. 5.026, de 19 de maio de 2009, e da Lei Orgânica do Município, devendo ser realizada mediante a formalização de termo específico, após detalhado inventário e identificação dos referidos bens, a ser realizado pela Superintendência de Patrimônio da Secretaria Municipal de Fazenda.

2.14.2 O termo especificará os bens e o seu estado de conservação e definirá as responsabilidades da CONTRATADA quanto à sua guarda e manutenção.

2.14.3 A instalação de bens móveis ou imobilizados nos equipamentos objeto da permissão/cessão de uso, e as benfeitorias realizadas naqueles já existentes serão

7  
TEC FIOTEC



incorporados ao patrimônio municipal, sem possibilidade retenção ou retirada sem prévia autorização do Poder Público.

2.14.4 Os equipamentos e instrumental necessários para a realização dos serviços contratados deverão ser mantidos pela CONTRATADA em perfeitas condições;

2.14.5 Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes que porventura venham a ser adquiridos com recursos oriundos deste Termo Aditivo, serão automaticamente incorporados ao patrimônio da Prefeitura do Município do Rio de Janeiro, hipótese em que a CONTRATADA deverá entregar à SMS a documentação necessária ao processo de incorporação dos referidos bens;

2.15 Utilizar sistema informalizado para execução das atividades de gestão assistencial, administrativa e econômico-financeira, permitindo o acesso de profissionais previamente indicados pela CONTRATANTE;

2.15.1 O sistema utilizado pela CONTRATADA deverá permitir customizações que possibilitem sua integração com outros sistemas que a CONTRATANTE já utilize ou outros que venha a utilizar durante a vigência deste termo aditivo;

2.16 Alimentar o Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais, [www.osinfo.com.br](http://www.osinfo.com.br), instrumento institucional de acompanhamento, avaliação e controle dos Contratos de Gestão firmados entre a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e as Organizações Sociais para o gerenciamento de unidades e programas de saúde, conforme Decreto Municipal nº 37.709/13.

2.17 Adotar valores compatíveis com os níveis médios de remuneração, praticados no mercado da área de saúde, no pagamento de salários e de vantagens de qualquer natureza de dirigentes e empregados das Organizações Sociais;

2.18 Restituir ao Poder Público o saldo dos recursos líquidos resultantes dos valores repassados, em caso de desqualificação e consequente extinção da Organização Social;

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten mark]*







2.18.1 Na ocorrência do acima exposto, a CONTRATADA deverá transferir, integralmente, à CONTRATANTE, os legados ou doações que lhe foram destinados, benfeitorias, bens móveis e imobilizados instalados nos equipamentos de saúde, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde, constantes deste Termo Aditivo.

2.19 Responsabilizar-se integralmente pela contratação e pagamento do pessoal necessário à execução dos serviços inerentes às atividades da Instituição Executora, ficando esta como a única responsável pelo pagamento dos encargos sociais e obrigações trabalhistas decorrentes, respondendo integral e exclusivamente, em juízo ou fora dele, isentando o Município de quaisquer obrigações, presentes ou futuras, desde que os repasses de recursos financeiros tenham obedecido ao cronograma estabelecido entre as partes.

2.19.1 Uma vez constatada a existência de débitos previdenciários decorrentes da execução do presente Termo Aditivo pela CONTRATADA, que resulte no ajuizamento de reclamação trabalhista, com a inclusão do Município do Rio de Janeiro no pólo passivo como responsável subsidiário, o CONTRATANTE poderá reter, das parcelas vincendas, o correspondente a três vezes o montante dos valores em cobrança, que serão complementados a qualquer tempo com nova retenção em caso de insuficiência.

2.19.2 A retenção prevista no item 2.19.1 será realizada na data do conhecimento pelo Município do Rio de Janeiro da existência da ação trabalhista ou da verificação da existência de débitos previdenciários.

2.19.3 A retenção somente será liberada com o trânsito em julgado da decisão de improcedência dos pedidos ou do efetivo pagamento do título executivo judicial ou do débito previdenciário pela Adjudicatária.

2.19.4 Em não ocorrendo nenhuma das hipóteses previstas no item anterior o CONTRATANTE efetuará o pagamento devido nas ações trabalhistas ou dos encargos previdenciários, com o valor retido, não cabendo, em nenhuma hipótese, ressarcimento à CONTRATADA.



2.19.5 Ocorrendo o término do contrato sem que tenha se dado a decisão final da ação trabalhista ou decisão final sobre o débito previdenciário, o valor ficará retido e será pleiteado em processo administrativo após o trânsito em julgado e/ou o pagamento da condenação/dívida.

2.20. Abrir conta corrente bancária específica para movimentação dos recursos provenientes do presente Termo Aditivo, no Banco SANTANDER (Brasil) S.A., em conformidade com a Resolução SMF nº 2.754, de 17.01.2013 e manter em boa ordem e guarda todos os documentos originais que comprovem as despesas realizadas no decorrer do termo aditivo, além de disponibilizar extrato mensalmente à SMS.

2.21 Dispor de suficiente nível técnico-assistencial, capacidade e condições de prestação de serviços que permitam o maior nível de qualidade nos serviços contratados conforme a especialidade e características da demanda.

2.22 Não estar sujeita a nenhum tipo de restrição legal que incapacite seu titular para firmar este TERMO ADITIVO com a SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE.

2.23 Comprometer-se a manter neste Termo Aditivo, profissionais com a qualificação mencionada no Edital de Convocação Pública.

2.24 Responsabilizar-se por todos os ônus, encargos e obrigações comerciais, fiscais, sociais, tributárias, ou quaisquer outras previstas na legislação em vigor, bem como com todos os gastos e encargos com material (Decreto 28.937/08).

2.25 Não distribuir, sob nenhuma forma, lucros ou resultados entre seus diretores ou empregados.

2.27 Disponibilizar permanentemente toda e qualquer documentação para análise e consulta do Poder Público;

2.28 Produzir, guardar e fornecer quaisquer dados e informações solicitados pela CONTRATANTE, na forma e periodicidade por esta determinada;





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

2.30 Não estar sujeita a nenhum tipo de restrição legal que incapacite seu representante legal para firmar este Termo Aditivo com a CONTRATANTE;

2.31 Apresentar a Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas comprovando a inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, nos termos da Lei nº 12.440/11, que deverá ser atualizada antes do término do seu prazo de validade de 180 dias, conforme art. 55, XIII e 58, III da Lei 8.666/93.

2.32 Responsabilizar-se por todas as ações de desmobilização das unidades, objeto deste contrato, inclusive a transferência dos bens adquiridos à Organização Social que vier a assumir este contrato de gestão.

Parágrafo único – No término da vigência deste contrato será celebrado um Termo de Desmobilização entre a CONTRATADA e a nova Organização Social, com interveniência da CONTRATANTE, para pactuação das ações de transferência das unidades.

### **CLÁUSULA TERCEIRA DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE**

3.1 Para execução dos serviços objeto do presente Termo Aditivo, a CONTRATANTE obriga-se a:

3.1.1 Disponibilizar à CONTRATADA os meios necessários à execução do presente objeto, conforme previsto neste Termo Aditivo e em seus anexos;





3.1.2 Garantir os recursos financeiros para a execução do objeto deste Termo Aditivo, no Plano de Trabalho específico, fazendo o repasse trimestral nos termos do Anexo Técnico 6 Cronograma de Desembolso.

3.1.2.1 Programar no orçamento do Município, para os exercícios subsequentes ao da assinatura do presente Termo Aditivo, os recursos necessários, para fins de custeio da execução do objeto contratual;

3.1.3 Permitir o uso dos bens móveis e imóveis, nos termos da Lei nº 5.026, de 19 de maio de 2009 e da Lei Orgânica do Município, mediante termo de permissão de uso. Para a formalização do termo, a CONTRATANTE deverá inventariar, avaliar e identificar previamente os bens;

3.1.4 Analisar, anualmente, a capacidade e as condições da Organização Social para a continuidade da prestação dos serviços, com vistas à identificação do seu nível técnico-assistencial;

3.1.5 Acompanhar a execução do presente Termo Aditivo, através da Comissão Técnica de Acompanhamento (CTA), com fulcro no estabelecido no presente Termo Aditivo e respectivos anexos.

#### **CLÁUSULA QUARTA DA AVALIAÇÃO**

A Comissão de Avaliação a ser nomeada por resolução do Sr. Secretário Municipal de Saúde, em conformidade com o disposto no artigo 8º e respectivos parágrafos, da Lei nº. 5.026 de 19 de maio de 2009 procederá à avaliação trimestral do desenvolvimento das atividades e resultados obtidos pela Organização Social com a aplicação dos recursos sob sua gestão, elaborando relatório conclusivo que deverá ser encaminhado em duas vias ao Secretário Municipal da Saúde, em meio digital.

#### **PARÁGRAFO PRIMEIRO**

A avaliação de que trata o "caput" desta cláusula restringir-se-á aos resultados obtidos na execução do Termo Aditivo, através dos indicadores de desempenho estabelecidos, e seu



confronto com as metas pactuadas e com a economicidade no desenvolvimento das respectivas atividades.

#### PARÁGRAFO SEGUNDO

A Comissão de Avaliação referida nesta cláusula deverá elaborar relatório trimestral ou a qualquer momento definido pela CTA, em duas vias, cujas cópias deverão ser encaminhadas para a SMS.

#### PARÁGRAFO TERCEIRO

O Termo Aditivo prevê a possibilidade do Poder Público requerer a apresentação, pela entidade qualificada, ao término de cada exercício ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, de relatório pertinente à execução do termo aditivo, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro, assim como suas publicações no Diário Oficial do Município.

#### PARÁGRAFO QUARTO

No caso do não atingimento das metas pactuadas ou da verificação de qualquer desconformidade na execução do termo aditivo, a Comissão de Avaliação deverá encaminhar relatório ao Secretário Municipal de Saúde.

#### CLÁUSULA QUINTA

##### DO PRAZO DE VIGÊNCIA

O prazo de vigência do presente termo aditivo será de 12 meses, a partir de 01 de dezembro de 2013 até 30 de novembro de 2014, e, no caso de haver renovação, deverá haver comprovação prévia da consecução de, no mínimo, 80% (oitenta por cento) das metas físicas de número de Equipes de Saúde da Família estabelecidas para a CONTRATADA para o período de execução do presente termo aditivo, no anexo 6.



### PARÁGRAFO ÚNICO

O prazo de vigência do Termo Aditivo não exime a **CONTRATANTE** da comprovação da existência de recursos orçamentários para a efetiva continuidade da prestação dos serviços nos exercícios financeiros subsequentes.

### CLÁUSULA SEXTA

#### DO VALOR

O valor do presente Termo Aditivo é de R\$ 57.848.755,70 (cinquenta e sete milhões, oitocentos e quarenta e oito mil, setecentos e cinquenta e cinco reais e setenta centavos) cuja composição se encontra especificada na planilha que constitui o Anexo Técnico 6 do Contrato de Gestão, que dele é parte integrante.

### CLÁUSULA SÉTIMA

#### DOS RECURSOS FINANCEIROS

Pela prestação dos serviços objeto deste Termo Aditivo especificados nos Anexos Técnicos, a **CONTRATANTE** repassará à **CONTRATADA** os valores definidos no Anexo Técnico 6 do Contrato de Gestão, à conta do Programa de Trabalho 1808.10.301.0330.2854 para o Saúde da Família, PT 1801.10.302.0331.2777 para a Unidade 24h e PT 1801.10.305.0308.2856 para a Vigilância em Saúde no exercício de 2013 e para o exercício de 2014 o PT 1808.10.301.0330.2854 para o Saúde da Família, o PT 1801.10.302.0331.2777 para a Unidade 24h, e os PTs 1801.10.305.0308.2856, 1801.10.305.0308.2003 e 1808.10.301.0330.2090, código de despesa nº 33.50.92.01 do orçamento em vigor, tendo sido emitida nota de empenho nº 2013/000555.

### PARÁGRAFO PRIMEIRO

Os recursos transferidos pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** serão mantidos por esta em conta especialmente aberta, conforme item 2.20 deste termo aditivo, para a execução do presente Termo Aditivo. Os respectivos saldos serão obrigatoriamente aplicados, conforme Decreto Municipal 33.010 de 03 de novembro de 2010.



#### PARÁGRAFO SEGUNDO

Fica facultado à organização social como Unidade do Sistema Único de Saúde solicitar o ressarcimento pelas operadoras, as quais alude o art. 1º da Lei 9656/98 de 03 de junho de 1998. Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelos planos e seguros.

#### PARÁGRAFO TERCEIRO

Todos os recursos usados na execução do objeto do presente TERMO ADITIVO deverão ser contabilizados, com identificação de sua origem e de seu destino, através de contabilidade auditada por profissional legalmente habilitado.

#### PARÁGRAFO QUARTO

Os recursos financeiros, necessários à execução do objeto do presente TERMO ADITIVO poderão ser obtidos mediante transferências provenientes do Poder Público, doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações dos ativos financeiros da Organização Social e de outros pertencentes ao patrimônio que estiver sob a administração da Organização, bem como, nos termos do artigo 29 do Regulamento Geral aprovado pelo Decreto nº 30.780 de 02.06.2009, contrair empréstimos junto a organismos nacionais e internacionais.

#### PARÁGRAFO QUINTO

A CONTRATADA deverá movimentar os recursos que lhe forem repassados pela CONTRATANTE em conta corrente específica e exclusiva, de modo que não sejam confundidos com os recursos próprios da entidade qualificada como OS contratada para a execução do presente TERMO ADITIVO. Os respectivos extratos de movimentação mensal deverão ser encaminhados mensalmente à CONTRATANTE.

#### PARÁGRAFO SEXTO

O saldo do termo aditivo, enquanto não utilizado, deverá ser aplicado conforme dispõe o Decreto 33.010 de 3/11/2010.





#### PARÁGRAFO SÉTIMO

Despesas administrativas ou custos operacionais serão aqueles gerados para a execução, fiscalização e supervisão do desenvolvimento do objeto contratual. O percentual máximo desse item será de cinco por cento sobre o total do valor do termo aditivo.

#### PARÁGRAFO OITAVO

A cobrança de qualquer taxa de administração é vedada.

#### PARÁGRAFO NONO

O montante de recursos previstos e repassados a contratada a título de provisionamento deverão ser depositados em conta específica, preferencialmente em conta de poupança, que só poderá ser movimentada com prévia autorização da Subsecretaria de Gestão da SMS/RJ, ficando vedada a utilização desses recursos para custear despesas que não sejam oriundas de processos rescisórios ou de provisionamentos obrigatórios.

#### CLÁUSULA OITAVA

##### DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

Os valores dos pagamentos, fixos e variáveis, o número de parcelas e as respectivas condições, estão definidos no ANEXO Técnico 6 do Contrato de Gestão.

#### PARÁGRAFO PRIMEIRO

O pagamento será creditado em conta bancária da CONTRATADA cadastrada junto à Coordenação do Tesouro Municipal, conforme o disposto na Resolução SMF nº 2.754, de 17.01.2013, efetuados somente em c/c aberta no Banco SANTANDER, conforme contrato 103/2011-SMF de 07 de dezembro de 2011, decorrente da licitação – CEL SMF-PP-01/2011.







## CLÁUSULA NONA

### DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

A prestação de contas deve se dar por meio da alimentação do Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais, [www.osinfo.com.br](http://www.osinfo.com.br), instrumento institucional de acompanhamento, avaliação e controle dos Contratos de Gestão firmados entre a Secretaria Municipal de Saúde e as Organizações Sociais para o gerenciamento de unidades e programas de saúde, conforme Decreto Municipal nº 37.709/13.

### PARÁGRAFO PRIMEIRO

Compõem as informações gerenciais que deverão ser alimentadas no Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais, para fins de prestação de contas:

- Detalhamento de toda receita dos contratos, como repasses realizados, rendimentos de aplicação financeira e estornos.
- Detalhamento de todas despesas dos contratos de gestão, com apropriação por centro de custo, por tipo de despesa, por tipo de rubrica.
- Informação detalhada de todos os contratos de serviço e/ou consumo, assinado pela OS com terceiros durante todo o período de vigência do Contrato de Gestão.
- Informações detalhadas de todos os bens permanentes adquiridos com recursos do Contrato de gestão.
- Informações detalhadas de todo pessoal contratado pela OS para execução do objeto contratado, como nome, CPF, cargo, forma de contratação, carga horária, CNES, salário, benefícios, encargos patronais e provisionamento para férias, 13º salário e rescisões.
- Além de todos os documentos fiscais que comprovam a execução financeira como: nota fiscal, recibo, contratos assinados, extratos bancários de conta corrente e aplicação financeira, etc. Todos os documentos serão anexados em forma de imagem (PDF) ao sistema.
- Resultados alcançados para cada meta/indicador pactuados nos contratos de gestão assim como dados de produção atinentes ao objeto do contrato de gestão.





## PARÁGRAFO SEGUNDO

Os dados enviados pela Organização Social serão certificados pela representante legal da entidade.

## CLÁUSULA DÉCIMA

### DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL

O CONTRATO DE GESTÃO, bem como os seus anexos, poderão ser anualmente atualizados e revistos, mediante prévia justificativa por escrito que conterà a declaração de interesse de ambas as partes.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** – A alteração do CONTRATO DE GESTÃO, bem como dos anexos que o integram, deverá ser submetida à autorização do Secretário Municipal da Saúde, após parecer fundamentado da Comissão Técnica de Avaliação - CTA.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** – Os anexos que compõem o CONTRATO DE GESTÃO, em razão de seu caráter transitório, são passíveis de adequação e atualização, a fim de contemplar novas diretrizes do Sistema Único de Saúde, vigentes nos novos períodos de contratualização, assegurando os direitos da CONTRATADA.

**PARÁGRAFO TERCEIRO** - À CONTRATANTE será permitida a alteração do CONTRATO DE GESTÃO para melhor adequação às finalidades de interesse público ou para adequação técnica do projeto aos seus objetivos, assegurados os direitos da CONTRATADA.

## CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA

### RESCISÃO

A rescisão do presente Contrato obedecerá às disposições contidas nos artigos 77 a 80, da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores.

## PARÁGRAFO PRIMEIRO



Verificada qualquer das hipóteses ensejadoras de rescisão contratual prevista no artigo 78, da Lei nº 8.666/93, o Poder Executivo providenciará a rescisão dos termos de uso dos bens públicos e a cessação dos afastamentos dos servidores públicos colocados à disposição da CONTRATADA, não cabendo à Organização Social direito a indenização sob qualquer forma, salvo na hipótese prevista no § 2º, do artigo 79, da Lei Federal nº 8.666/93.

#### PARÁGRAFO SEGUNDO

A rescisão se dará por ato do titular da SMS, após manifestação da CTA e da Procuradoria Geral do Município.

#### PARÁGRAFO TERCEIRO

Em caso de rescisão unilateral por parte da CONTRATANTE, que não decorra de má gestão, culpa ou dolo da CONTRATADA, a SMS ressarcirá exclusivamente danos materiais, excluídos os custos relativos à dispensa do pessoal contratado pela Organização Social para a execução do objeto deste termo aditivo, que poderão ser abatidos do excedente financeiro de que trata o inciso XII do art 8º do Decreto 30780/09, desde que os repasses de recursos financeiros tenham obedecido ao cronograma estabelecido entre as partes.

#### PARÁGRAFO QUARTO

Em caso de rescisão amigável, a CONTRATADA fica obrigada a continuar prestando os serviços de saúde ora contratados, salvo dispensa da obrigação por parte da CONTRATANTE, por um prazo mínimo de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir da renúncia do Contrato, devendo, no mesmo prazo, quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão à CONTRATANTE.

#### CLÁUSULA DÉCIMA-SEGUNDA

##### DAS PENALIDADES

A inobservância pela CONTRATADA de cláusula ou obrigação constante deste Termo Aditivo ou seus Anexos, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente,



autorizará a CONTRATANTE, garantida a prévia defesa, a aplicar, em cada caso, as sanções previstas nos artigos 84, 86, 87 e 88 todos da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores, combinado com o disposto no § 2º, do artigo 7º, da Portaria nº 1286/93, do Ministério da Saúde, quais sejam:

I) Advertência;

II) Multa de mora de 1% (um por cento) por dia útil sobre o valor do contrato, até o período máximo de 30 (trinta) dias úteis;

III) Multa de até 20% (vinte por cento) sobre o valor do contrato, após esgotado o prazo fixado no subitem anterior;

IV) Suspensão temporária de participar de licitações e de contratar com a Administração, por prazo não superior a 2 (dois) anos;

V) Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação.

VI) Perda de qualificação como Organização Social no âmbito do Município do Rio de Janeiro.

#### PARÁGRAFO PRIMEIRO

A imposição das penalidades previstas nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, consideradas as circunstâncias objetivas que o tenham norteado, e dela será notificada a CONTRATADA.

#### PARÁGRAFO SEGUNDO

As sanções previstas nos itens I, IV, e V desta cláusula poderão ser aplicadas conjuntamente com os itens II, III e VI.

#### PARÁGRAFO TERCEIRO

O valor da multa que vier a ser aplicada será comunicado à CONTRATADA e o respectivo montante será descontado das transferências de recursos referentes aos pagamentos devidos em decorrência da execução do objeto contratual, garantindo-lhe pleno direito de defesa.



#### PARÁGRAFO QUARTO

Da data de publicação da aplicação das penalidades a CONTRATADA terá o prazo de 05 (cinco) dias úteis para interpor recurso, dirigido ao Secretário Municipal da Saúde.

#### PARÁGRAFO QUINTO

O valor da multa que vier a ser aplicada será comunicado à CONTRATADA e o respectivo montante será descontado dos pagamentos devidos em decorrência da execução do objeto contratual, garantido o direito de defesa.

#### PARÁGRAFO SEXTO

A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula não elidirá o direito de a CONTRATANTE exigir indenização integral pelos prejuízos que o fato gerador da penalidade acarretar para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminal e/ou ética do autor do fato.

#### CLÁUSULA DÉCIMA-TERCEIRA

#### DISPOSIÇÕES FINAIS

#### PARÁGRAFO PRIMEIRO

Fica expressamente vedada a cobrança por serviços de saúde ou outros complementares da assistência devida ao paciente.

#### PARÁGRAFO SEGUNDO

Fica vedada a cessão total ou parcial do objeto deste Termo Aditivo pela CONTRATADA.

#### PARÁGRAFO TERCEIRO

Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercidas pela CONTRATANTE sobre a execução do presente Termo Aditivo, a CONTRATADA reconhece a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS – Sistema Único de Saúde, decorrente da Lei nº 8080/90 (Lei



Orgânica da Saúde), ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de TERMO ADITIVO, ou de notificação dirigida à CONTRATADA.

#### PARÁGRAFO QUARTO

A CONTRATADA poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa apresentada ao Secretário Municipal da Saúde e ao Prefeito Municipal, propor a devolução de bens ao Poder Público Municipal, cujo uso fora a ela permitido e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

#### PARÁGRAFO QUINTO

Em caso de reversão dos bens ao patrimônio do Município, os mesmos deverão ser submetidos à avaliação da Superintendência de Patrimônio da Secretaria Municipal de Fazenda.

#### PARÁGRAFO SEXTO

O Município providenciará a remessa de cópias do presente TERMO ADITIVO à Câmara Municipal dos Vereadores do Rio de Janeiro e ao órgão de controle interno do Município, no prazo de 5 (cinco) dias, contados de sua assinatura e ao Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro, no prazo de 10 (dez) dias contados da publicação de seu extrato, respectivamente.

#### CLÁUSULA DÉCIMA-QUARTA DA PUBLICAÇÃO

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

#### CLÁUSULA DÉCIMA-QUINTA DO FORO



Fica eleito o Foro da Comarca da Capital do Estado do Rio de Janeiro, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente Contrato de Gestão, renunciando as partes desde já a qualquer outro, por mais especial ou privilegiado que seja.


E, por estarem justas as CONTRATANTES, assinam o presente TERMO ADITIVO em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

Rio de Janeiro, 30 de NOVEMBRO de 2013.

  
HANS FERNANDO ROCHA DOHMANN  
Secretário Municipal de Saúde

  
MAURÍCIO ZUMA MEDEIROS  
FIOTEC  
Mauricio Zuma Medeiros  
Diretor Executivo - FIOTEC  
CPF Nº 003.466.717-87

Testemunhas:

1)   
Nome: FLAVIO CARNEIRO GUEES ALDOFORADO  
R.G: Subsecretário  
Supsecretaria de Gestão - DMG  
Mat. 60253 024-1

2)   
Nome: Debora Costa  
R.G: Secretária Executiva - FIOTEC  
FIOTEC - Saúde





**ANEXO TÉCNICO II 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 contrarreferência	
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 – 2013/2014</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. Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) ou Prontuário Eletrônico Clínico (PEC) – Requisitos Mínimos	
B.4.2. CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	
B.4.3. SIA – Sistema de Informação Ambulatorial	





B.4.4. SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica	
B.4.5. SISPRENATAL – Sistema de Informação do Pré-natal	
B.4.6. SISCOLO - Sistema de Informação sobre Rastreio de Citopatológico do Colo Uterino	
B.4.7. HIPERDIA – Sistema de Cadastramento do Hipertenso e do Diabético	
B.4.8. SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação	
B.4.9. SI-PNI/API – Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações/Avaliação do Programa de Imunizações	

## 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 do Rio de Janeiro – SMS, através da CTA conta com os instrumentos para o monitoramento e avaliação e realizará o acompanhamento dos contratos através do painel de gestão OSINFO, juntamente com representantes da Subsecretaria responsável pelas ações e serviços de saúde.

### B.1.1. RESPONSABILIDADE NO ACOMPANHAMENTO

A SMS/RJ como entidade CONTRATANTE é responsável de que se levem a cabo as ações que derivam do processo de acompanhamento visando à qualidade e otimização dos recursos e a correção de possíveis desvios. É atribuição da Comissão Técnica de Acompanhamento (CTA) articular e efetivar o processo de acompanhamento e avaliação e garantir a melhor utilização dos recursos disponíveis no cronograma de desembolso não permitindo que estes valores ultrapassem o teto previsto.

### 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. O pagamento da parte fixa do contrato está condicionado a implantação das equipes previstas no cronograma de desembolso, bem como o cadastro de população acima de 3.000 pessoas por equipe na média entre as equipes. A coordenação das reuniões da CTA caberá ao Coordenador da área de planejamento e seu respectivo coordenador de gestão administrativa.

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 9 membros, sendo 6 titulares e 3 suplentes, conforme detalhado abaixo:

- 1 titular da S/SMS/SUBPAV;
- 1 titular da S/SMS/SUBPAV/SAP;
- 1 titular da S/SMS/SUBG;
- 1 titular da S/SMS/SUBGER
- 2 titulares da S/SMS/SUBPAV/CAP;
- 1 suplente da S/SMS/SUBG;
- 1 suplente da S/SMS/SUBPAV;
- 1 suplente da S/SMS/SUBPAV/CAP

### 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 SMS 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 SMS/RJ e ao Conselho Distrital sobre os dados analisados.
- Na liberação da parte fixa e a prestação mensal, excepcionalmente deverão ter no mínimo 3 assinaturas.
- Somente pode ser liberada a parte fixa mediante a apresentação do cadastro do CNES das equipes previstas nas metas físicas do contrato, em caso de implantação de novas equipes aceitasse a carência de 3 meses a partir do início apontado em cronograma.
- Para a liberação da parte variável é necessária a avaliação dos indicadores apresentados no sistema OSINFO.
- No caso de recomendação para o cancelamento do contrato ou renovação é necessário a assinatura de todos os membros da CTA.

## 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 SMS-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 – PNAB(2011) – Ministério da Saúde).

### B.2.2. BOA PRÁTICA CLÍNICA

As referências que apoiam a boa prática clínica são:

- O consenso de sociedades científicas e associações profissionais;
- Processos de trabalho consensuados pelos profissionais que pertencem ao serviço de saúde contratado ou a outros no âmbito territorial, Orientações estabelecidas pela SMS/RJ;
- As três práticas não são excludentes, e sim complementares e sua operatividade dependerá do que se determine em cada caso. Os parâmetros que se relacionam diretamente com a boa prática clínica e que possam ser objeto de avaliação por parte da CTA são:
  - Utilização do prontuário clínico;
  - Respeito ao Plano de Educação Permanente da SMS-Rio de Janeiro e a PNAB(2011) / 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;
  - Cada organização social deve ter seu centro de estudo próprio e é vedada a cobrança de qualquer valor para a instituição de ensino.

### B.2.3. ATENÇÃO AO USUÁRIO



Esses critérios, de forma genérica, serão utilizados para avaliar a atenção ao usuário:

- Grau de informação do usuário sobre o conteúdo, organização e funcionamento dos serviços de saúde contratados;
- Boa comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários;
- Incentivo a autonomia dos usuários;
- Tratamento individualizado e personalizado;
- Percepção do usuário em relação ao funcionamento dos serviços de saúde, através de pesquisas de satisfação, sendo estas, sempre que a população ultrapasse um número recomendado pelas Ciências Estatísticas, de caráter amostral.
- Vigilância em saúde dos principais agravos, já previstos por acompanhamento dos agentes pelas fichas B do SIAB.

#### **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.

Para assegurar a continuidade no processo assistencial serão necessários:

- 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 em consonância com a necessidade do território.

### **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 SMS ou pela CTA.

Todos os indicadores deverão ser gerados a partir do registro das informações no prontuário eletrônico. Por exemplo, para comprovar que uma pessoa está com calendário vacinal atualizado, não basta perguntar ao profissional se o calendário está atualizado, mas sim, 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 pelo e-mail cadastrado no CNES, mensalmente relatórios gerenciais para todos os profissionais, de forma que os mesmos possam visualizar os indicadores de sua equipe e compará-los com indicadores de qualquer outra equipe no município que utilize o mesmo prontuário. Esses indicadores da equipe deverão ser enviados de

X

30



8



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 e-mail cadastrado no CNES mensalmente aos profissionais e formato eletrônico para inserção de qualquer dado oficial sem dupla ou redigitação.

A qualquer momento a CAP, a CTA ou a SMS 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 SMS. Este recurso somente pode ser utilizado no objeto do contrato de gestão não cabendo a SMS interferir nesta aplicação desde que pertinente ao objeto do contrato.

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 SMS/RJ, definidos no QUADRO de indicadores da parte variável 01.

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 é composta por 20 indicadores e pode ser dividida em três faixas de recursos orçamentários:

(i) cumprimento de 80 a 100% ou seja ao menos 16 metas alcançadas implica em destinação do total de até 2% dos recursos orçamentários pré-definidos a OSS,

(ii) cumprimento de 60 a 79% das metas implica em destinação do total de até 1% dos recursos orçamentários pré-definidos a OSS. OS 2% restantes deverão ser executados 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 12 metas (60%) implica em destinação do total do recurso, 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 SMS/RJ. Esta se reunirá periodicamente e analisará os documentos entregues pela CONTRATADA, já mencionados anteriormente.







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	Manutenção de comissões de prontuários nas unidades	Proporção de unidades de saúde da família com comissões de prontuários mantidas	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>(N) Nº de unidades com comissões com atividade mensal</p> <p>(D) Nº de unidades com equipes de Saúde da Família</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral (A partir do 7º mês de funcionamento da unidade)	100%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade se existe comissão de prontuário, a periodicidade das reuniões e a ata das reuniões. Mínimo de reuniões para ser considerada ativa é de 1 reunião mensal.
02	Acompanhamento do cadastramento e atualização no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)	Proporção de profissionais de saúde cadastrados	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>(N) Nº de profissionais das equipes de SF e SB cadastrados no prontuário com correspondência ao SCNES</p> <p>(D) Nº de profissionais das ESF e ESB cadastrados no prontuário</p>	Prontuário Eletrônico (PEP) + arquivo exportação do CNES	Trimestral	100%	Este indicador visa medir a percentagem de profissionais que estão atuando nas ESF e ESB e devidamente atualizados no SCNES. Para o numerador deve-se considerar correspondência do CNES e de código de equipe para os profissionais. Mensalmente as empresas de prontuário devem atualizar toda a base do SCNES enviada ao DATASUS (N). Deve-se comparar a proporção de profissionais cadastrados no PEP com aqueles devidamente registrados no CNES.
03	Percentual de Funcionamento do Prontuário	Percentual de horas em que o prontuário esteve sem funcionamento no período	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>(N) Soma do nº de horas em que o prontuário ficou sem funcionamento em cada uma das unidades no período</p> <p>(D) Nº de unidades com prontuário eletrônico X nº de meses de análise</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Máx 6 horas	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade a quantidade de horas que o prontuário deixou de funcionar plenamente (sem acesso ou velocidade insatisfatória). Para o denominador multiplicar o nº de unidades pelo nº de meses de análise.
04	Abastecimento regular das unidades	Proporção de unidades de saúde com declaração que estão regularmente abastecidas pelo	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>(N) Nº de declarações de abastecimento adequado</p> <p>(D) nº de unidades recebendo apoio a gestão</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	95%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade mensalmente se o abastecimento dos insumos e equipamentos de atribuição de CSS (excetuam-se os medicamentos) está regular em percentagem de itens



		diretor/gerente					padronizados. (Considera-se regular o abastecimento 95% dos itens no trimestre)
05	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 N° total de unidades na área (***)	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	80%	O prontuário deve gerar por mês a quantidade de itens de medicamento controlado distribuídos por unidade. Considera-se que a unidade dispensa medicamento controlado se houver registro regular de dispensação deste item no prontuário. Deve permitir detalhar a lista de pacientes que recebem o insumo.
06	Regularidade no envio da produção (BPA, SIAB e OSINFO)	Proporção de unidades que informaram em dia.	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ N° de unidades com comprovação de envio pelo prontuário N° total de unidades na área	Protocolo de envio pelo Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	100%	O calendário de envio para o SIAB e para o SIA é até 2º dia útil de cada mês. O Painel OS INFO deve ser informado conforme regulamentação da CCGOS. O prontuário deve gerar relação das unidades com a data e a competência de envio nos 3 meses em análise.
07	Regularidade no envio dos indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3), SIAB e SIA 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 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. O prontuário deve gerar uma relação de todos os profissionais de saúde por unidade e por equipe com a data de envio automático dos indicadores por email, o email de cada um deles e o cargo dos mesmos.
08	Porcentagem de equipes de saúde da família completas	Proporção de equipes de saúde da família completa	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ N° de equipes completas cadastradas no CNES Número de equipes implantadas	CNES base municipal	Mensal	95%	Pretende-se avaliar o número de equipes completas com 4 (quatro) médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e 6 (seis) agentes comunitários. No momento da contratação a OSS deve imediatamente enviar a ficha de cadastro do SCNES proporcionando a atualização da base. A base das CAP podem ser enviadas para o nível central sempre que houver alteração. Em até 1 dia útil a base municipal será atualizada.
09	Relação de	Proporção de	(N)	Prestação	Trimestral	7%	Avaliação da eficiência da



	gasto administrativo em relação ao total de gastos	gasto administrativo em relação ao total do gasto	Valor gasto com a rubrica gestão TEIAS $\frac{\text{---}}{\text{---}} \times 100$ (D) Valor total gasto no trimestre	o de contas	I		gestão
10	Compra de itens abaixo do valor médio do banco de preços em saúde do MS ou da SMS	Proporção de itens adquiridos com valor abaixo da média do banco de preços do MS em saúde ou SMS	(N) Totais itens comprados abaixo da média $\frac{\text{---}}{\text{---}} \times 100$ (D) Total de itens adquiridos	Prestação de contas	Trimestra I	100%	Eficiência das aquisições e uso adequado dos recursos do projeto  Apresentação da curva ABC
11	Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados	Proporção de gerentes que consideraram de boa qualidade os itens adquiridos e os serviços prestados.	(N) Nº de declarações dos gerentes de materiais de qualidade e serviços prestados de qualidade $\frac{\text{---}}{\text{---}} \times 100$ (D) nº de unidades recebendo apoio a gestão	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestra I	95%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade mensalmente se os itens de consumo recebidos e serviços prestados são considerados de qualidade. (O gerente deve dar a declaração caso considere mais de 90% dos itens e serviços prestados adequados).
12	Valor médio de medicamentos prescritos por usuário	Valor médio de medicamentos prescritos por usuário	(N) Somatório do valor das prescrições médicas das ESF nos últimos 3 meses (REMUME e não REMUME) $\frac{\text{---}}{\text{---}}$ (D) Nº total de usuários atendidos pelos médicos das ESF nos últimos 3 meses	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestra I (a partir do 4º mês da clínica)	Máx R\$ 51,78	Para que o indicador seja corretamente avaliado, os profissionais DEVEM SEMPRE utilizar o prontuário eletrônico para prescrição de medicamentos, mesmo os não REMUME.
13	Valor médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia prescritos por usuário	Valor médio de serviços de apoio a diagnóstico e terapia prescritos por usuário	(N) Somatório do valor dos exames de SADT solicitados por médicos das ESF (fonte valores tabela SIGTAP) $\frac{\text{---}}{\text{---}}$ (D) Nº total de usuários atendidos pelos médicos das ESF nos últimos 3 meses	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestra I (a partir do 4º mês da clínica)	Máx R\$ 41,80	Para que o indicador seja corretamente avaliado, os profissionais DEVEM SEMPRE utilizar o prontuário eletrônico para solicitação de exames.
14	Proporção de abandono de Tuberculose	Proporção de pacientes encerrados como abandono de Tuberculose no período	(N) Nº pacientes com Tuberculose encerrados como abandono na área no período em	SINAN	Trimestra I	Máx. 10%	RIPSA Proporção de pacientes encerrados na área de contrato



			$\frac{\text{análise}}{\text{(D)}} \times 100$ <p>Nº total de pacientes com Tuberculose encerrados na área no período em análise</p>				
15	Acompanhamento de Sífilis na Gestação	Proporção de Notificações de Sífilis na Gestação com tratamento adequado	$\frac{\text{(N)}}{\text{(D)}} \times 100$ <p>Nº de gestantes residentes na abrangência das equipes notificadas para Sífilis na Gestação com tratamento adequado no ano</p>	SINAN	Trimestra I	100%	<p>a) Considera-se tratamento ADEQUADO: 1) prescrição adequada para o tipo de sífilis (primária, secundária, latente); E 2) Tratamento do parceiro; E 3) Tratamento realizado antes de 30 dias de data do parto;</p> <p>b) Para atingir o indicador deve-se fazer o diagnóstico precocemente (importância do teste rápido) e tratar o parceiro;</p> <p>c) Considera-se também casos de gestantes residentes na área das equipes notificadas na maternidade. Para isso, havendo inconsistências nessas notificações é possível a correção na base do SINAN, desde que a equipe fique atenta e comprove que o tratamento foi adequado;</p>
16	Proporção de gestantes com 6 ou mais consultas	Proporção de gestantes com 6 ou mais consultas de pré-natal registradas no PEP	$\frac{\text{(N)}}{\text{(D)}} \times 100$ <p>Nº de mulheres que encerraram o pré-natal com 6 ou mais consultas (médico e/ou enfermeiro) na área no período em análise</p>	PEP e SINASC	Trimestra I	80%	<p>*Considerar todos os registros de consultas de pré-natal do médico e/ou do enfermeiro.</p> <p>*O número de consultas registrado no prontuário deve ser igual ao registrado no SINASC. Havendo divergência deve-se informar a S/SUBPAV/SAP/CLCPE/ GPM para que haja correção no banco do SINASC.</p>
17	Proporção de cadastros definitivos com número único (CPF ou DNV)	Proporção de cadastros definitivos com número único (CPF ou DNV) em relação ao total de cadastros	$\frac{\text{(N)}}{\text{(D)}} \times 100$ <p>Nº de pessoas cadastradas no PEP com preenchimento do campo CPF ou DNV</p>	PEP	Trimestra I	80%	<p>*DNV – é o número da Declaração de Nascimento Vivo.</p> <p>*Considerar total de cadastros ficha A.</p> <p>*Na própria unidade de saúde é possível pela internet realizar o registro de CPF para os pacientes no site da receita federal.</p>
18	Rotatividade de	Rotatividade (turnover) de	$\frac{\text{(N)}}{\text{(D)}} \times 100$ <p>Nº de profissionais</p>	CNES	Trimestra I	Máx 15%	* forma clássica de cálculo do turnover número de



	profissionais nas equipes	profissionais nas equipes de saúde da família	substituídos + N° de profissionais admitidos/2  (D) N° total de profissionais ativos no período				demissões mais número de admissões/2 dividido pelo número de funcionários ativos * consideram-se apenas os profissionais da equipe mínima de ESF e ESB * para substituição consideram-se demissões, transferências, substituições por licença
19	Proporção de pessoas beneficiárias do Bolsa Família e Cartão Família Carioca com condicionalidade acompanhadas	Número de pessoas beneficiárias com condicionalidade acompanhadas no período pelo total de beneficiários com condicionalidade	(N) N° de beneficiários com condicionalidade para o BF e/ou CFC acompanhados  (D) N° total de beneficiários com condicionalidade para o BF e/ou CFC	PEP ou Portal BF/SUBPAV	Trimestra I	100%	* A relação de beneficiários é atualizada a cada 6 meses e é enviada pela S/SUBPAV/SAP. * para o cálculo, considera-se essa relação de beneficiários enviada. Não são permitidas novas inclusões ou exclusões a partir das equipes.
20	Percentual de despesas pagas no vencimento	Somatório das despesas pagas no vencimento pelo total de despesas no período	Valor de despesas pagas no vencimento:  (D) Valor total de despesas no período	OSINFO	Trimestra I	80%	Verificar notas e despesas em aberto do período, garantir que não haverá déficit não apresentado.

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 SMS – Rio de Janeiro, venha a ser alterado, o mesmo deverá acontecer em relação as “Fontes” descritas para cada indicador, tendo a OSS que proceder a mudança no mês seguinte a esta alteração.

No caso de surto ou situação de emergência em saúde pública, outros indicadores e estatísticas de doenças de notificação compulsória serão incluídos para acompanhamento.

Ao final de 12 meses de acompanhamento, a SMS – 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. Caso uma das equipes não obtenha o cumprimento das metas na variável 2, nenhuma equipe da unidade receberá o valor.

A não apresentação dos indicadores estabelecidos para o trimestre (conforme caixa 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 SMS)

#### 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 1º ANO DE CONTRATO (parte variável 02).

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

Ação	Indicadores	Parâmetro a ser utilizado	Meta	Unidade	Fonte
------	-------------	---------------------------	------	---------	-------



- 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 SMS)
- 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 1º ANO DE CONTRATO (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.	$\frac{\text{(N) N}^\circ \text{ de consultas médicas realizadas a pacientes da equipe pelo próprio médico da equipe}}{\text{(D) N}^\circ \text{ de consultas médicas realizadas a pacientes da equipe na unidade}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	70% a 90%	
A2	Acesso	Percentagem de demanda espontânea em relação à programada.	$\frac{\text{(N) N}^\circ \text{ consultas realizadas sem agendamento prévio (demanda espontânea) por médicos, enfermeiros e dentistas da equipe}}{\text{(D) N}^\circ \text{ total de consultas realizadas (médicos, enfermeiros e dentistas) pela equipe}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	mínimo 40%	Considera-se demanda espontânea aquela consulta que é realizada no mesmo dia, sem agendamento prévio. Não estão contemplados atendimentos coletivos, grupos ou outras atividades que não consultas.
A3	Acesso	Taxa de visitas domiciliares por 1.000 inscritos	$\frac{\text{(N) N}^\circ \text{ de visitas domiciliares realizadas pela equipe em 3 meses (médicos, enfermeiros, tecn enf, ACS, CDs, ASB, TSB)}}{\text{(D) n}^\circ \text{ de cadastrados na área da equipe}} \times 1.000$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 230 /1.000 (sem SB) ou 260 /1.000 (com SB)	Contar todas as VDs para: Médicos, enfermeiros, ACS, técnicos de enfermagem, CDs, ASBs e TSBs. Considerar para <u>3 meses</u> 230/1.000 sem SB e 260/1.000 com SB
A4	Acesso	Taxa de grupos educativos por 1.000 inscritos	$\frac{\text{(N) N}^\circ \text{ de atividades educativas realizadas pela equipe em 3 meses (médicos, enfermeiros, tecn enf, ACS, CDs, ASB, TSB)}}{\text{(D) Total de cadastrados na área da equipe}} \times 1.000$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 6 /1.000 (sem SB) ou 12 /1.000 (com SB)	Contar todas as atividades em grupos de: Médicos, enfermeiros, Tec. De Enfermagem, CDs, ASB e TSB. Considerar para <u>3 meses</u> : 6/1.000 sem SB e 12/1.000 com SB
A5	Acesso	Taxa de Itens da Carteira de Serviços realizados no período	$\frac{\text{(N) N}^\circ \text{ de ações da carteira de serviços executadas pela equipe de SF e SB no período de análise}}{\text{(D) Total de ações da carteira de serviços}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	mínimo 80%	*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. *O arquivo de exportação para a avaliação da realização dos itens da carteira de serviços deve ser enviado à S/SUBPAV/SAF mensalmente seguindo o dicionário de dados informado em ofício circular, contendo número de ações realizadas no período po



							<p>equipe.</p> <p>* Os itens considerados no período são:</p> <p>a) teste do pezinho; b) vacina; c) curativo; d) nebulização; e) sutura; f) inserção de DIU; g) preventivo; h) remoção de cerume; i) remoção de unha; j) drenagem de abscesso; Dispensação de (k, l, m, n): k) insulina; l) controlados; m) medicamento para asma; n) med. Tuberculose; o) pré nata pelo enfermeiro; p) PN pelo médico; q) pueric. pelo enfermeiro; r) pueric. pelo médico; s) teste reflexo vermelho; t) atív. Física; u) planej. Familiar; v) tabagismo; w) dos. Alcoólica; x) notificação compuls. y) teste rápido HIV; z) teste rápido sífilis</p>
A6	Acesso	<p>Percentagem de consultas agenda, das não presencialmente, por telefone, email ou plataformas web do prontuário eletrônico</p>	<p>(N) Percentagem de consultas (médicos, enfermeiros e dentistas da ESF e ESB) agendadas por telefone, email ou plataforma web do prontuário eletrônico</p> $\frac{\text{(D)}}{\text{total de consultas (médicos, enfermeiros e dentistas) realizados no mês pelas ESF e ESB da unidade}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	<p>minim o 5%</p>	<p>Ao agendar a consulta o prontuário deve permitir classificar como foi realizada a consulta ("presencial", "pelo telefone", "por email", "plataforma web", "outro"). As consultas agendadas não presencialmente pelas modalidades acima devem entrar no cálculo.</p> <p>Caso seja agendada pela plataforma, essa informação deve ser registrada automaticamente.</p> <p>* Todo prontuário deve ter uma plataforma web que possibilite aos pacientes agendarem consultas com os profissionais das equipes.</p>
D1	Desempenho assistencial	<p>Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia registrada nos últimos 3 anos.</p>	<p>(N) Nº de mulheres entre 25 e 64 anos pertencentes a área de abrangência da equipe com registro de colpocitologia do colo uterino nos últimos 3 anos</p> $\frac{\text{(D)}}{\text{Nº total de mulheres entre 25 e 64 anos cadastradas na área de abrangência da equipe}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	<p>minim o 80%</p>	<p>Para o cálculo do indicador considerar "mulheres" e não "procedimentos" (p. ex. se a mesma mulher realizou 3x o exame, considerar apenas 1x).</p> <p>Para fim de acompanhamento gerar nova coluna mostrando nº de procedimentos.</p> <p>Todo prontuário deve permitir qualquer profissional gerar uma relação de mulheres entre 25 e 64 anos de sua equipe, com idade, data do último exame colpocitológico, o número de exames nos últimos 3 anos e a data prevista para próximo exame, o endereço e os telefones. Deve ainda permitir relacionar as pacientes com atraso para busca ativa.</p>



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 à 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 ACE (ficha B) + aqueles que foram validados pelo médico).</p> <p>Todo prontuário deve permitir qualquer profissional gerar uma relação de diabéticos de sua equipe com a data última consulta, nº de consultas últimos 12 meses, endereço e telefone.</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 à 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 ACE (ficha B) + aqueles que foram validados pelo médico ou enfermeiro).</p> <p>Todo prontuário deve permitir qualquer profissional gerar uma relação de hipertensos de sua equipe, com a data última consulta, nº de consultas últimos 12 meses, PA última consulta, endereço e telefone.</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 à 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%	<p>* Permitir que o médico, enfermeiro e técnico de enfermagem possam realizar atualização cadastral e apurar as vacinas.</p> <p>* permitir gerar lista de pacientes com vacinas atrasadas na equipe.</p> <p>Todo prontuário deve permitir qualquer profissional gerar uma relação de pacientes até 2 anos de sua equipe, com a situação vacinal ("em dia" ou "atrasada"), data da próxima vacina, endereço e telefone. Deve ainda permitir relacionar os pacientes com atraso para busca ativa.</p>
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 à 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%	<p>* Permitir que o médico, enfermeiro e técnico de enfermagem possam realizar atualização cadastral e apurar as vacinas.</p> <p>* permitir gerar lista de pacientes com vacinas atrasadas na equipe.</p> <p>Todo prontuário deve permitir qualquer profissional gerar uma relação de pacientes até 6 anos</p>





SABOII



			abrangência da equipe				de sua equipe, com a situação vacinal ("em dia" ou "atrasada"), data da próxima vacina, endereço e telefone. Deve ainda permitir relacionar as pacientes com atraso para busca ativa.
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 em acompanhamento na unidade com registro de consulta no primeiro trimestre de gravidez</p> <p>(D) Nº total de gestantes acompanhado na área de abrangência da equipe.</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	mínimo 80%	* considerar todas as gestantes da equipe em acompanhamento na unidade no período de análise (3 meses). Todo prontuário deve permitir a qualquer profissional gerar uma relação de pacientes gestantes de sua equipe, com a data da última consulta, nº de consultas realizadas, semana gestacional 1ª da consulta, data prevista de parto, endereço e telefone.
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 abrangência da equipe.</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	mínimo 80%	* considerar todas as crianças que completaram 3 meses no período de análise (últimos 3 meses). Todo prontuário deve permitir a qualquer profissional gerar uma relação de pacientes recém-nascidos até 28 dias de sua equipe com a data da última consulta, data do parto, nome da puérpera, endereço e telefone.
D8	Desempenho assistencial	Proporção de altas, no tratamento odontológico, dos usuários que iniciaram tratamento	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>(N) 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)	mínimo 80%	* considerar a possibilidade de o ESB registrar "alta por abandono". * incluir uma nova coluna ao lado do denominador (D) para visualizar o número de altas por abandono no período. * considera-se "alta por abandono" o paciente que se mudou ou que não pertence mais a lista de inscritos na unidade, ou seja, que não mais pertence à área de abrangência da unidade.
D9	Desempenho assistencial	Proporção kits odontológicos familiares distribuídos para famílias com vulnerabilidade social	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>(N) 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%	* O total de famílias cadastradas com vulnerabilidade social na área de abrangência da equipe de SF deve ser estipulado por cada equipe de SF e/ou SB (validado pela gerência e a CAP). * o registro de vulnerabilidade social deve ser registrado no prontuário, na Ficha A da família. Todo prontuário deve permitir a qualquer profissional gerar uma relação de pessoas com vulnerabilidade social de sua equipe, número da microárea número da família, se recebi



							bolsa familia, NIS, data última consulta, endereço e telefone.
S1	Satisfação dos usuários	Porcentagem de usuários satisfeitos/muito satisfeitos	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>(N) Nº de usuários satisfeitos/muito satisfeitos atendidos na unidade de saúde</p> <p>(D) total de usuários que preencheram o registro de satisfação no período em análise</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	minim o 80%	Questionário padronizado pelo SMS. Deve ser utilizado "totem" de atendimento que deve utilizar o prontuário para registro. Informação pode ser preenchida ainda em plataforma web que os pacientes cadastrados podem manifestar o registro. Para que o indicador seja considerado satisfatório, no mínimo 5% dos usuários atendidos devem ter preenchido o inquérito de satisfação.
E1	Eficiência	Custo médio dos medicamentos prescritos por usuário	$\frac{(N)}{(D)}$ <p>(N) 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	* 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. * Apresentar nova coluna ao lado de (D) com o número de pacientes atendidos que tiveram medicação prescrita. * deve permitir detalhar os pacientes, a medicação que foi prescrita e o custo da prescrição e quantidade de medicamentos prescritos que foi entregue na farmácia da unidade.
E2	Eficiência	Custo médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia previstos por usuário	$\frac{(N)}{(D)}$ <p>(N) Somatório do valor dos exames de SADI 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	* 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. * Apresentar nova coluna ao lado de (D) com o número de pacientes atendidos que tiveram solicitação de exames/procedimentos. * deve permitir detalhar os pacientes, o exame/procedimento que foi solicitado e o custo do exame/procedimento. * deve-se permitir registrar o resultado do exame e a data de realização do mesmo.

Handwritten signatures and initials.



09/004.992/09

2252



E3	Eficiência	% de medicamentos prescritos da REMUME	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>(N) Nº de itens diferentes de medicamentos pertencentes a REMUME prescritos pelos médicos de cada equipe nos últimos 3 meses.</p> <p>(D) Nº total de itens diferentes de medicamentos prescritos pelos médicos de cada equipe últimos 3 meses</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	minim o 90%	* Para visualização, apresenta nova coluna ao lado de (D) com o número de pacientes atendidos pelo médico de cada equipe. Para contabilizar, soma-se cada item de medicamento de cada prescrição, podendo os itens se repetir em prescrições dos demais pacientes.
E4	Eficiência	% de pacientes encaminhados em relação ao número de pacientes atendidos	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>(N) Nº de pacientes atendidos pelo médico de cada equipe (pacientes da área e fora de área) nos últimos 3 meses e que foram encaminhados a algum serviço/especialidade.</p> <p>(D) Nº 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%	* deve-se permitir gerar relatório por profissional das especialidades mais encaminhadas. * deve-se permitir registrar se o paciente compareceu à consulta ao especialista com a data da consulta para cada encaminhamento.
E5	Eficiência	% de absenteísmo nas consultas/procedimentos agendados no SISREG	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>(N) Nº de pacientes que faltaram a consulta especializada ou a realização de exame complementar pertencentes a área de abrangência da equipe, nos últimos 3 meses</p> <p>(D) Nº total de pacientes agendados para exames ou encaminhamentos especialistas no SISREG (para consultas ou exames) pertencentes à área de abrangência da equipe nos últimos 3 meses</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.

\*Valores de referência. Para a avaliação serão consideradas as metas pactuadas pelas Equipes.

### 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.

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten mark]*





No primeiro ano do contrato de gestão a SMS definirá as metas, que servirão, junto com a série histórica dos indicadores por equipe de saúde da família, para a pactuação que deverá ser feita entre a CAP e cada equipe de saúde da família. Esta pactuação deverá ser realizada por escrito, equipe a equipe, em forma de contrato de gestão celebrado entre ambas as partes.

Nos indicadores de eficiência, uma vez que ainda existem limitações nos sistemas de informação de suporte ao processo de contratualização para o primeiro ano do contrato de gestão, estes serão contratualizados apenas em relação aos medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica disponíveis pelo SUS, considerando-se o preço de compra pela SMS.

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

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

As OSS devem enviar mensalmente pelo OSINFO os dados de acompanhamento da 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 pelos DAPS das CAP.

Os indicadores que avaliam a satisfação dos usuários e dos profissionais pressupõem a aplicação de questionários – modelo definido pela Superintendência de Atenção Primária, 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 SMS.

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

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

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



09/004.292/09

2254



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 e deve ser aferida por questionário com amostra representativa por unidade.

**B.3.4. Parte variável 03**

A variável 3 consiste em um recurso pago trimestralmente tendo como valor de referência o salário base de cada profissional. O limite máximo de Unidades Contábeis (UC) por trimestre é de 300 UCs, o que corresponde a 10% da soma dos salários base do trimestre (o que equivale a 10% do salário base mensal).

A quantidade de UCs a ser repassada está condicionada ao cumprimento de indicadores específicos relacionados a cada equipe de saúde da família e saúde bucal.

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são o pilar central do sistema de saúde. Os centros de saúde com equipes de saúde da família e saúde bucal constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de assistência, além de promoção da saúde e prevenção da doença 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 (MS,2011 e Decreto Municipal Nº 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

Handwritten signatures and stamps, including a circular stamp with the text "OTEC FIOTEC FI" and the number "47".





carteira básica de serviços definida pela Superintendência de Atenção Primária da S/SMS/SUBPAV.

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 e apresentada no site [www.subpav.org.br/ondeseratendido.html](http://www.subpav.org.br/ondeseratendido.html) (login:subpav, senha:1234).

Durante os anos de 2009 a 2013, a PCRJ e a SMS 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, ao atribuir aos profissionais gratificações associadas ao desempenho, 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.

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 diversos indicadores.

*[Handwritten signatures]*





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. ORIENTAÇÕES PARA REPASSE DOS INCENTIVOS FINANCEIROS AOS PROFISSIONAIS (parte variável 03).**

A remuneração por desempenho será calculada pelas Unidades Contábeis (UC) alcançadas pela equipe. Portanto, em uma mesma unidade, as diferentes equipes de saúde da família poderão ter quantidade de UCs diferentes entre as equipes no trimestre.

O valor de uma UC corresponde a 0,01% do salário do profissional contemplado.

A remuneração por desempenho incide apenas para os profissionais da equipe mínima de saúde da família (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários) e de saúde bucal (dentista, TSB e ASB).

Uma equipe terá como teto o alcance de 300 unidades contábeis no trimestre (sem limite mínimo a ser alcançado), o que corresponde até 10% da soma dos salários base dos 3 meses.

Dentro da mesma equipe de saúde da família, todos os profissionais da equipe mínima terão obtido a mesma quantidade de UCs no trimestre. O cálculo do valor em reais (R\$) a ser repassado para cada profissional no trimestre é realizado multiplicando o número de UCs alcançado no trimestre pela equipe pela soma dos salários base do profissional no trimestre.

No caso das equipes de saúde bucal, o cálculo deverá ser feito proporcionalmente ao valor atingido por cada uma das equipes de SF as quais esta equipe de saúde bucal

Handwritten signatures and stamps, including a circular stamp with the text 'FOTEC FIOTEC'.



estiver vinculada não podendo exceder a 100 UC ao mês independente de equipes de saúde da família que estiver vinculada.

#### B.3.4.2: 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 equipes 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**.

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, 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/SMS, 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	06
05	Acompanhamento de uma criança, no segundo ano de vida, por ano	04
06	Acompanhamento de uma pessoa diabética, por ano	06
07	Acompanhamento de uma pessoa hipertensa, por ano	02
08	Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de tuberculose	08



09	Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de hanseníase	10
10	Acompanhamento de paciente tabagista, alcoolista e outras drogas	04
11	As equipes com alunos de graduação (equipe docente assistencial)	30
12	As equipes com residentes (equipe docente assistencial)	60
13	As equipes que aderiram ao PMAQ (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica)	30

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

#### PLANEAMENTO FAMILIAR I

Uma usuária é considerada neste grupo se for verdadeira a condição [A e B e C e D e E]: **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) ou ter pelo menos um registro de atividade educativa em grupo de saúde registrada pelo ACS, pelo médico, pelo enfermeiro, dentista, TSB ou ASB.

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;

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



091004 998/09

2259



### 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 ou G)]; **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) ou ter pelo menos um registro de atividade educativa em grupo de saúde registrada pelo ACS , pelo médico, pelo enfermeiro, dentista, TSB ou ASB.

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. Consulta médica com a inserção de DIU.

G. 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]:

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 -

V





- [0; 12[ de gestação.
- D. Ter realizado pelo menos 6 consultas de pré-natal médicas e/ou de enfermagem até à 38ª semana - [0; 39[ semanas - de gravidez. Estas consultas devem ter registro parametrizado que permitem codificar gravidez (W78, W79 ou W84).
- 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 1 visita do ACS até a 38ª semana - [0; 39[ de gravidez.
- H. Ter pelo menos um registro de resultado anti-HIV realizado até a 24ª semana de gestação [24[.

\* toda gestante com mais de 40 dias da data prevista de parto deve ser automaticamente excluída da lista de gestantes ativas do prontuário.

\* para considerar uma gestante ativa no prontuário, basta o profissional registrar uma consulta com o código do CID10 de gestação (Z348) ou o procedimento SIASUS de consulta a gestante;

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]:

- 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 1 visita domiciliar do ACS 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).

53





I. 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]:

- 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 1 registro parametrizado 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 1 visita 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. Não ter recebido UC no grupo de ação 05 para o mesmo paciente.

Grupo de ações	Descrição	UC
06	<b>O acompanhamento de uma pessoa diabética, por ano</b>	06

### DIABETES

Um usuário é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A e B e C e D e E e F e G e H e I]

- A. Ter o diagnóstico de Diabetes Mellitus 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



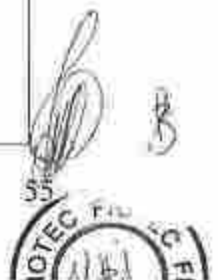
- durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise,
- D. Ter pelo menos dois registros de pressão arterial (realizados em dias diferentes) durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise,
- E. Ter pelo menos um registro de resultado de **hemoglobina A1C** inferior ou igual a 7%, realizado durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise,
- F. Ter pelo menos uma visita do ACS, realizada durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise,
- G. 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,
- H. Ter ao menos uma avaliação dos pés registrada durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise,
- I. Não ter recebido UC no grupo de ação 06 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.

Grupo de ações	Descrição	UC
07	<b>Acompanhamento de uma pessoa hipertensa, por ano</b>	02

### HIPERTENSÃO

Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras a condição [A e B e C e D e E]:

- A. Ter o diagnóstico de hipertensão arterial (códigos K86 ou K87 da ICPC-2) na lista de problemas, com estado ativo,
- B. Ter realizado pelo menos 2 consultas médicas ou de enfermagem durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise,
- 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,
- 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.
- E. Não ter recebido UC no grupo de ação 07 para o mesmo paciente nos







últimos 12 meses.

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, F e G e H]:</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 registrada 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 até o 2º mês de tratamento.</p> <p>F. Ter registro de avaliação de todos os contatos.</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. Não ter recebido UC no grupo de ação 08 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.</p>		

\*a CAP deve disponibilizar acesso ao banco do SINAN a todos os profissionais das equipes.

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]:</p> <p>A. Ter registro de alta por cura da hanseníase no prontuário eletrônico.</p> <p>B. Ter realizado pelo menos 7 consultas médicas ou de enfermagem no</p>		



período do tratamento,  
 C. Ter recebido do ACS ao menos 7 visitas de acompanhamento para hanseníase,  
 D. Ter registro de encerramento de caso no SINAN.\*  
 E. Ter registro de vacinação de BCG em todos os contatos,  
 F. Ter registro de avaliação e de prevenção de incapacidades,  
 G. Não ter recebido UC no grupo de ação 08 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses,  
 H. Não ter recebido UC no grupo de ação 09 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.

\*a CAP deve disponibilizar acesso ao banco do SINAN a todos os profissionais das equipes.

Grupo de ações	Descrição	UC
10	<b>Acompanhamento de paciente tabagista, alcoolista e outras drogas</b>	04

**Paciente Tabagista, Alcoolista ou outras drogas**

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]:

- 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 4 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 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 (para tabagismo não se aplica).
- J. Ter realizado pelo menos um registro de atendimento em saúde bucal 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	<b>As equipes com alunos de graduação (equipe docente-assistencial)</b>	30

#### EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A equipe recebe o número fixo de 30 UCs no trimestre caso tenha registro de aluno por mais de 15 dias no mês, atuando na equipe.

Grupo de ações	Descrição	UC
12	<b>As equipes com residentes (equipe docente-assistencial)</b>	60

#### EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A equipe recebe o número fixo de 60 UCs no trimestre caso tenha registro de residente por mais de 15 dias no mês, atuando na equipe.

Grupo de ações	Descrição	UC
13	<b>As equipes que aderiram ao PMAQ (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica)</b>	30

#### PMAQ

A equipe recebe o número fixo de 30 UCs no trimestre caso a adesão ao PMAQ (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) tenha sido efetivada.



**\*\* Acrescentar 60 UC por trimestre caso a equipe tenha obtido pontuação acima da média do município no ano anterior.**

#### **B.4. ATRIBUIÇÕES DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL EM RELAÇÃO AOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE**

A Organização Social deverá desenvolver, em consonância com as diretrizes gerais e da área de informação/informática da Secretaria Municipal da Saúde 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 SMS/RJ;
- Organizar e definir procedimentos, fluxos e rotinas para coleta dos dados dos diferentes sistemas de informação em vigência ou a serem implantados;
- Organizar e definir os processos de trabalho para operação/alimentação dos diferentes sistemas de informação em vigência ou a serem implantados;
- Encaminhar as diferentes bases de dados conforme rotinas estabelecidas pela SMS- Rio de Janeiro.

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



#### **B.4.1.1. Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) ou Prontuário Eletrônico Clínico (PEC) – Requisitos Mínimos**

Para fins práticos, serão considerados neste presente instrumento o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) e o Prontuário Eletrônico Clínico (PEC) como sinônimo.

Todas as unidades de saúde sob apoio à gestão da Organização Social devem ter todos os postos de trabalho definidos pela SMS informatizados e com Prontuário Eletrônico (PEP) instalado e em funcionamento além de gerenciador de senha e fluxos interligados ao prontuário. (a definição de postos de trabalho deve seguir o manual de implantação de Saúde da Família, SMS).

Nessas unidades, o PEP deverá ser a fonte de dados única de registro de dados para qualquer sistema de informação oficial. No caso de coleta de dados em domicílio deve ser disponibilizado ao profissional equipamento digital para coleta de dado, garantindo que não haja necessidade de redigitação.

Os campos número do CPF (para pessoas > 16 anos) e número da Declaração de Nascido Vivo (DN) (para pessoas < 16 anos) são de preenchimento obrigatório na Ficha A de cadastro de usuários do Saúde da Família, devendo ser os primeiros campos a aparecerem no layout da ficha. Como mecanismo de busca de usuário (Ficha A), devem constar as opções "busca por CPF/DN".

O nome completo ou nome social data de nascimento CPF ou DNV é requisito obrigatório para a impressão de receitas eletivas, realização de exames eletivos, e encaminhamento pelo sistema de referência e contra referência.

Ações prioritárias, como o Cartão Família Carioca, Bolsa Família, entrada de dados de exames complementares de imagem ou laboratoriais, e saúde nas escolas que necessariamente tem integração com outros sistemas devem ser requisitos para a escolha do prontuário.

#### **B.4.1.2. 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.

09/004 992/09

2268



Os dados deverão ser atualizados mensalmente.

Todos os cadastros de profissionais de saúde, serviços e equipamentos médicos 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 N° 134 de 04 de abril de 2011, que constitui responsabilidades dos gestores quanto a correta atualização do SCNES;

Todo estabelecimento de saúde do 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. É de responsabilidade do Gerente/diretor do CNES a conferência e garantia de que o CNES da unidade esteja atualizado.

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 1988.

Para o profissional pertencente à equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), além do cumprimento do disposto nos 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

*[Handwritten signatures]*





permittedo 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 de apoio à atenção primária" e devem ser cadastrados;

O Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF 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 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 NACARTEIRA DE SERVIÇOS	ABREVIACÃO	TIPO UNIDADE NO CNES
Clinica da Família	CF	02 - Centro de Saúde/Unidade Básica
Centro Municipal de Saúde	CMS	02 - Centro de Saúde/Unidade Básica

#### B.4.1.3. SIA – Sistema de Informação Ambulatorial

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



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 SMS/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 SMS.

#### **B.4.1.4. 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 microárea (cada microárea 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 SMS.

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.4.1.5. SISPRENATAL – Sistema de Informação do Pré-natal

O SISPRENATAL é o aplicativo que foi desenvolvido pelo DATASUS, com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do Sistema Único de Saúde (DATASUS). No SISPRENATAL está definido o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada. Permite o acompanhamento das gestantes, desde o início da gravidez até a consulta de puerpério (DATASUS). O SISPRENATAL é obrigatório apenas para os municípios que aderiram ao Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento e produz informações que comprovam as condições necessárias ao repasse dos estímulos financeiros provenientes do MS:

- Ficha cadastramento da gestante e de registro diário dos atendimentos das gestantes no SISPRENATAL. Toda gestante que inicie o pré-natal na unidade, mesmo aquelas que estejam com mais de 120 dias de gestação deve ser cadastrada pelo profissional médico e/ou enfermeiro, através do preenchimento da ficha de cadastramento. Estas fichas preenchidas deverão ser digitadas no aplicativo SISPRENATAL e arquivadas no prontuário da gestante. Os atendimentos de pré-natal das gestantes cadastradas deverão ser registrados, a cada retorno na UBS, nos campos de registro diário dos atendimentos das gestantes no SISPRENATAL. Após a digitação das informações relativas ao acompanhamento, a ficha deverá ser re-arquivada 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

X

65  
FIOTEC FIOTEC FIC



acompanhamento dos indicadores desse sistema e demais indicadores definidos pela SMS.

A numeração do SISPRENATAL deverá ser única para cada gestação de cada mulher e a série numérica deverá ser distribuída através da S/SUBPAV/SAP/GPM. Fica vedada a geração de numeração que não a autorizada pela S/SUBPAV/SAP/CLCPE/GPM para evitar duplicidade de numeração.

Todo profissional de saúde deve poder gerar uma lista nominal de todas as gestantes em acompanhamento pela sua equipe de saúde da família a qualquer momento.

**B.4.1.6. 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 devem ser registrados diretamente no Prontuário Eletrônico (PEP) cuja requisição de análise ao laboratório (INCA/SITEC) deve ser gerada a partir do PEP.

O sistema de PEP deve gerar relatórios gerenciais como busca de mulheres com exame não realizado/registrado há mais de 3 anos, cobertura de rastreamento de câncer de colo uterino, dentre outros definidos pela SMS.

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

**B.4.1.7. 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

X

Handwritten signature





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 Cadastro 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.4.1.6. SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

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

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

Instrumentos de coleta de dados do SINAN:

- Ficha de notificação do SINAN. Deve ser preenchida pelo profissional que atendeu o paciente e fez a suspeita da doença ou agravo objeto de notificação;
- Ficha de investigação do SINAN. Esta ficha é específica para cada doença ou agravo. Deve ser preenchida pelo profissional designado para esta





atividade após a realização da investigação epidemiológica, algumas vezes com o apoio de técnicos da 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 SMS.

#### **B.4.1.9. 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 SMS/RJ farão parte das atribuições.

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

091004-992/09 2276



**ANEXO TÉCNICO V:**

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

A handwritten signature in black ink.

A handwritten signature in black ink.

A handwritten signature in black ink.





## SUMÁRIO

Código	Nome do Subprojeto	Descrição do Subprojeto / detalhamento	Unidade de medida (das metas físicas a serem acompanhadas pela CTA)
1	Apoio a gestão do TEIAS – Manguinhos – CMS e Clínica da Família	1) Apoio a Gestão da OSS	Apoio a equipe de gestão da OSS
		2) Clínicas da Família /Equipes de Saúde da Família	Numero de equipes completas, conforme CNES
		3) Clínicas da Família /Equipes de Atenção Farmacêutica	Numero de equipes
		4) Clínicas da Família /Equipes de Saúde Bucal	Numero de equipes completas, conforme CNES
		5) NASF	Numero de equipes, conforme CNES
		6) Clínica da Família – manutenção das unidades	Numero de unidades de saúde
		7) Clínica de Família – adaptação de unidade	Numero de unidades de saúde
2	Cursos de nível superior, pós-graduação e pesquisa	1) Curso de Especialização em Saúde Pública	Numero de vagas
		2) Curso de Formação - Atenção Farmacêutica	Numero de vagas
		3) Residência Multiprofissional em Saúde da Família	Numero de alunos
		4) Mestrado Profissional em Atenção Primária com ênfase em Saúde da Família	Numero de vagas
		5) Pesquisa em Saúde da Família	Numero de ações e pesquisas realizadas
3	Curso Técnico	1) Curso Técnico de Agentes de Vigilância em Saúde (CTAVS)	Numero de vagas
4	CRIE (Vigilância em Saúde)	CRIE	CRIE mantido e diversas metas, vide plano de trabalho
5	Integração 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

V

*[Handwritten signature]*





<b>Código</b>	<b>Nome do Subprojeto</b>	<b>Descrição do Subprojeto / detalhamento</b>	<b>Unidade de medida (das metas físicas a serem acompanhadas pela CTA)</b>
6	Curso	2) Curso para Agentes Comunitários de Saúde	Número de vagas
7	Medicina de Família e Comunidade	Projetos de Formação Medicina de Família e Comunidade	Número de ações realizadas (apoio a regulação ambulatorial e Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade)
8	Integração das ações de atenção primária, vigilância em saúde 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 as ações de vigilância em saúde	Numero de ações realizadas
		3) Ações promoção da saúde, vigilância e atenção primária	Número de Estações Observatório mantidas
9	Pesquisa Clínica	Apoio a pesquisa clínica	Numero de equipes de pesquisa clínica
10	Apoio a Gestão da CAP	Apoio a gestão do TEIAS na CAP	Apoio a equipe de gestão da CAP
11	UPA	Manutenção das ações de Unidade de Pronto Atendimento (UPA Manguinhos)	Unidade mantida

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*







## **Subprojeto 1 – Apoio a gestão do TEIAS – Manguinhos – CMS e Clínica da Família**

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 físicas encontram-se no cronograma de recursos físicos- Anexo 6.

## **Subprojeto 2 - CURSOS DE NIVEL SUPERIOR, POS-GRADUAÇÃO E PESQUISA**

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.

### **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.

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-SMS-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/SMS-RJ

**2. CURSO DE FORMAÇÃO – ATENÇÃO FARMACÊUTICA**



091004992/09

222A



## 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

Handwritten signatures and stamps at the bottom right of the page, including a circular stamp with the text "FOTEC FIOTEC".



### 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 subprojeto.

Fruto da experiência com trabalhadores, pretende-se apoiar o Programa de Residência Residência Multiprofissional em saúde da família, O programa terá 2 (dois) anos de duração, em tempo integral, com atividades teóricas e teórico-práticas (20%) e atividades práticas de formação em serviço (80%). A formação em serviço, feita sob supervisão de preceptores, é desenvolvida junto às equipes de saúde da família da Secretaria Municipal de Saúde (SMS-RJ), localizadas em comunidades do município do Rio de Janeiro. As atividades teóricas e teórico-práticas são desenvolvidas, principalmente nas dependências da ENSP, sendo acompanhadas por docentes e pesquisadores. Essas atividades são estruturadas de forma a possibilitar a problematização da realidade por meio de orientações específicas, seminários, estudos de caso, aulas dialogadas e expositivas e outras formas de ensino. Pretende-se capacitar os residentes para integrar as instituições de ensino e serviços de saúde por meio de ações que visem à mudança das práticas de formação e atenção, da organização do processo de trabalho, do cuidado individual, coletivo e familiar, da formação e educação na saúde e da construção do conhecimento, a partir das necessidades dos usuários.

Compreendemos de fundamental importância o papel do preceptor na formação de cursos de graduação, especialização e residências, valorizando a oportunidade de continuidade da formação acadêmica dos jovens profissionais que se integram ao serviço público. Dessa forma, os profissionais envolvidos na formação dos Residentes serão identificados como professores, orientadores, facilitadores e condutores da aprendizagem, cabendo a eles a responsabilidade de gerar dúvidas, estimular a reflexão crítica e a orientação das atividades, e a identificação de exercícios de reflexão da prática. Compreende-se que atuar na formação do aluno/residente exige entender a dinâmica do processo de ensino-aprendizagem a partir da prática, as especificidades que caracterizam o trabalho multiprofissional e interdisciplinar. Neste sentido a formação do preceptor é considerada atividade prioritária,

09/004, 992/09 2283



qualificando-se a formação de preceptores médicos e multiprofissional para atuação junto a saúde da família.

**OBJETIVO GERAL**

- 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 preceptoria da residência multiprofissional em saúde da família e residência médica.
- c) fomentar experiências de ensino, pesquisa e inovações na atenção primária no território de Manguinhos, entendendo-as como atividades interdependentes no nível local de ação.
- d) qualificar a atividade de preceptoria na atenção primária em saúde, necessária à formação em serviço dos residentes

**METAS PARA ACOMPANHAMENTO DA CTA:**

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/SMS-RJ.

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

Handwritten signatures and stamps, including a circular stamp with the text "TEC FIOTEC".



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 intersetorialidade se apresentam como estratégicas 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

Handwritten signatures and stamps, including a circular stamp with the text 'FOTEC' and '11/11'.



#### **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/SMS-RJ e acompanhar esta turma em 2014.

#### **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.

#### **Subprojeto 3 – 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 desprecarização progressiva dos vínculos dos trabalhadores desta área. Após a realização de concurso para contratação de novos servidores, inicia-se o processo de redefinição dos processos de trabalho com vistas à sua integração ao conjunto das ações da atenção básica. A superação de um modelo baseado no combate a uma doença específica (dengue) e na busca ineficaz de indicadores de produtividade, requer mudanças tanto no âmbito da gestão como da formação dos trabalhadores. Este subprojeto pretende dar continuidade a 1ª etapa de formação de um Curso Técnico, através do Curso PROFORMAR-RIO.

#### **OBJETIVO GERAL**

Capacitar o quadro de servidores municipais no 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 20 turmas de alunos (600 vagas).

### Subprojeto 4 – Apoio ao 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 manutenção de um CRIE objetiva facilitar o acesso destes usuários, isto é, indivíduos que por uma suscetibilidade aumentada às doenças ou risco de complicações para si ou para outros, decorrente de motivos biológicos como imunodepressão, necessitam de proteção adicional. Por se tratar de estrutura direcionada ao atendimento diferenciado. Cada CRIE conta com produtos imunobiológicos de moderna tecnologia e alto custo, com a finalidade de proporcionar melhor qualidade de vida à população brasileira.

### OBJETIVO GERAL

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

X





09/004-992/09

2088



de Saúde (CNES/MS) e informar sua produção mensal no Sistema de Informação do CRIE (SI-CRIE).

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

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

**METAS 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, alimentados através do SI-CRIE:

**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 EAPVs graves atendidos / Número de EAPVs notificados ao Sistema

Y



**INDICADOR DE ADESAO:**

5) Número de retornos / Número de programados

Ressalta-se a necessidade de envio trimestral a CTA, de acordo com o calendário da SMS/RJ, de Relatório de Produção dos cinco indicadores definidos anteriormente.

**Subprojeto 5 – Ações de promoção da saúde**

Este subprojeto envolve um conjunto de ações para a qualificação da promoção a saúde no âmbito da SUBPAV / SMS-RJ.

**JUSTIFICATIVA**

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

**OBJETIVO GERAL**

Qualificar em Informação, Comunicação e Ciência e Tecnologia em Saúde, com vistas ao fortalecimento e a consolidação dos projetos e ações da SMS-RJ, 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 SMS-RJ;
- 2) Apoiar atividades de editoração;
- 3) Apoiar atividades de participação da sociedade no campo da saúde, no que se refere a estruturação de um arranjo produtivo local.

**METAS PARA ACOMPANHAMENTO DA CTA:**

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



OBJETIVO	PRODUTO(S)	META/ INDICADOR	N de produtos
1) Promover cursos de qualificação profissional	<p>Curso de Extensão, Curso de Aperfeiçoamento e Oficinas nas temáticas:</p> <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>• Informação e educação permanente em saúde</li> <li>• Gestão de processos editoriais em saúde;</li> </ul>	300 profissional/alunos	1
2) Atividades de editoração	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coletâneas em Saúde - conjunto de textos com experiências da SMS (publicações e oficinas de apoio)</li> <li>• Revista Saúde em Foco</li> <li>• Circulador</li> <li>• Glossário SMSC - RIO</li> </ul>	<p>Dois (2) títulos publicados Quatro (4) números publicados Dois (2) números publicados Um (1)</p>	9
3) Registro de imagens e organização de acervos audiovisuais em saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acervos audiovisuais produzidos/registrados</li> <li>• Videotecas Saúde organizadas</li> </ul>	12 registros/ano 70 Clínicas de Família e 10 CAPs	12
4) Elaboração do Plano de Informação da SMS-RJ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plano de Informação da SMS</li> </ul>	01 Plano de Informação	1
5) Apoiar atividades de promoção e educação no campo da saúde	<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>	01 campanha produzida 02 (dois) Concursos realizados 1 KIT com 25 (vinte-e cinco) materiais finalizados	6

09/009 092/09

2291



<p>6) Manter o Portal da Promoção da Saúde 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.</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 SMS-RJ.</li> </ul>	<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 6 – 1ª etapa de formação de AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

**JUSTIFICATIVA**

A proposta curricular de formação dos ACS 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.

Handwritten signatures and stamps, including a circular stamp with the text "TEG FIOTEC" and the number "9.4".

09/004.992/09

22/02



Assim, esta proposta de implementação das I etapa formativa 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 600 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:

- 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 20 turmas de alunos (600 vagas).





**Subprojeto 7 - SAP/ SUBPAV Fortalecimento da atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro através do apoio a formação, qualificação e avaliação das ações em saúde.**

**JUSTIFICATIVA**

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

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 SMS viabilizou junto às universidades parceiras (UERJ, UFRJ e Estácio de Sá) a expansão de vagas de residência

09/004 92109

22/94



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 SMS,

8



09/004.992/09

2295



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 docente-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 no 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 SMS 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 (SMS) 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 SMS.
- b) Apoiar a preceptoría dos programas de residência em Medicina de Família e Comunidade vinculados à SMS e inserção precoce dos alunos nas unidades de atenção primária.

X

*[Handwritten signature]*





091004.992/09

2297



**B) Formação – Apoiar a preceptoria dos programas de residência em Medicina de Família e Comunidade vinculados à SMS 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 preceptoria 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.
- Preceptoria 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 preceptoria da residência (materiais, aluguel de sala, alimentação...)

**METAS:**

- B1) Treinar adequadamente no mínimo 80% dos preceptores dos programas de residência em Medicina de Família e Comunidade do Município,
- B2) Realizar preceptoria com 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 SMS

**E) 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:

X

B

TEC FIOTEC



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

#### **G) Regulação – Apoiar o complexo regulador ambulatorial do município do Rio de Janeiro.**

##### Ações previstas:

- Apoio a estruturação e manutenção da regulação ambulatorial;
- Monitoramento do SISREG ambulatorial.

#### METAS:

- G1) Acompanhar mensalmente os resultados de monitoramento do SISREG ambulatorial.

#### **Subprojeto 8 - 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 2013, a estruturação de 16 novos serviços de atenção primária, vigilância e promoção da saúde nas áreas de planejamento da saúde (com número CNES/MS), 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 uma nova Estação OTICS-RIO nas áreas de planejamento da cidade do Rio de Janeiro.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

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

## METAS PARA ACOMPANHAMENTO DA CTA:

Estruturação e manutenção de no mínimo uma nova Estação 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.

X

TEC FIOTEC



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:**

Serão desenvolvidas um conjunto de oito ações:

*[Handwritten signatures and stamps]*

*[Circular stamp: FIOCRUC FIOCRUC FIOCRUC]*

02/004 997/09

2302



- 1) Ampliar o número de serviços de vigilância em saúde,
- 2) 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
- 3) Apoiar a realização e a participação de eventos científicos da S/SUBPAV/SVS,
- 4) Manter até 04 unidades externas da S/SUBPAV/SVS com adequação de espaço físico,
- 5) Estruturar infra-estrutura para S/SUBPAV/SVS.
- 6) Manter um Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais – CRIE.

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

#### PRIMARIA

#### JUSTIFICATIVA

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

#### OBJETIVO GERAL

Manter as 16 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 e NASFs,
- 3) Sediar os cursos estratégicos de formação dos trabalhadores da SUBPAV para a Atenção Primária em Saúde,



nc

201001997109

2302



- 1) Ampliar o número de serviços de vigilância em saúde,
- 2) 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
- 3) Apoiar a realização e a participação de eventos científicos da S/SUBPAV/SVS,
- 4) Manter até 04 unidades externas da S/SUBPAV/SVS com adequação de espaço físico,
- 5) Estruturar infra-estrutura para S/SUBPAV/SVS.
- 6) Manter um Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais – CRIE.

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

#### PRIMARIA

#### JUSTIFICATIVA

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

#### OBJETIVO GERAL

Manter as 16 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 e NASFs,
- 3) Sediar os cursos estratégicos de formação dos trabalhadores da SUBPAV para a Atenção Primária em Saúde,



ne



- 4) Apoiar as áreas de planejamento para o desenvolvimento de ações de educação em saúde.
- 5) Apoiar a qualificação dos prontuários eletrônicos da atenção primária em saúde, em particular das Fichas A e Fichas B da Estratégia de Saúde da Família (CEMAPS-RJ).

**SMS**

**METAS PARA ACOMPANHAMENTO DA CTA:**

Manutenção das 16 Estações OTICS-RIO, que envolve: (1) atualização de Rede de Blogs e Portal da Rede OTICS-RIO, (2) apoio a realização dos Cursos Estratégicos realizados em suas dependências, (3) registro fotográfico e descritivo através de relatórios mensais, (4) geração de relatórios gerenciais de monitoramento dos indicadores e dados dos prontuários eletrônicos – CEMAPS-RJ.

**Subprojeto 9 – PESQUISA CLÍNICA**

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.

**1. APOIO A PESQUISA CLÍNICA**

**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 (SMS) tem atuado em parceria com a Assessoria Clínica (ASCLIN) de Bio-Manguinhos desde o ano de 2003. Neste período, foram realizados 5 estudos clínicos diferentes, 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 SMS-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 2010). Em seu entorno estão às comunidades do Borel e da Casa Branca que são acompanhados por equipes 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 e estruturar a unidade para receber este serviço.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- a) apoiar o desenvolvimento de pesquisa clínica,
- b) desenvolver serviço de atenção primária de referência para a 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 com até três equipes.



09/004-992/09

2305



### Subprojeto 10 – Apoio a Gestão da CAP

Este subprojeto contempla o apoio a gestão da CAP, conforme definido no termo aditivo ao contrato de gestão.

### Subprojeto 11 – 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;

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten mark]*





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.



4302

50126490000



**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/13	jan/14	fev/14	mar/14	abr/14	mai/14	jun/14	jul/14	ago/14	set/14	out/14	nov/14
<b>Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU)</b>													
1	Constituição de Serviço de Atendimento ao Usuário		5										
2	Apresentação de Cronograma de Atividades do Serviço de Atendimento		5										
3	Pesquisa de satisfação dos Usuários Realizada Semestralmente					2,5				2,5			2,5
4	Quadrante para Usuários e Profissionais com relatório			2,5							2,5		2,5
5	Identificação do Bairro e Cidade de Origem do usuário atendido na UPA	10	5	5	7,5	7,5	5	7,5	7,5	5	7,5	7,5	5
<b>Educação Continuada</b>													
6	Plano anual de Educação Continuada	10											
7	Relatório de atividade mensais de Educação Continuada		7,5	5	7,5	7,5	5	7,5	7,5	5	7,5	7,5	5
<b>Atenção à Saúde</b>													
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				5		5
10	Prioritário eletrônico organizado com assinatura eletrônica do profissional responsável	10	5	5	10	10	5	10	10	5	10	10	5
11	Implantação dos protocolos clínicos paduados pela SMS			7,5			5			7,5			5



2308

601264.992109



	Qualidade da Assistência												
	dez/13	jan/14	fev/14	mar/14	abr/14	mai/14	jun/14	jul/14	ago/14	set/14	out/14	nov/14	
12	preenchimento da Ficha do SIMAN nos Casos previstos	10	5	5	10	10	5	10	10	5	10	10	5
13	Participação no complexo regulador da SMSDC	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
14	Mortalidade avaliada pela comissão	5	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	10
16	Taxe de regulação 100%	10	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	10
18	100% das consultas pactuadas realizadas	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
<b>Gerenciamento da Unidade</b>													
19	Atualização Cadastral mensal CNES	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
20	Relatórios das Atividades Assistenciais dentro das normas da SMS	2,5	2,5	2,5	5	5	2,5	5	5	2,5	5	5	2,5
21	Relatório das Atividades Financeiras dentro dos Prazos estabelecidos pela SMS	2,5	2,5	2,5	5	5	2,5	5	2,5	5	5	5	2,5
22	Relatório das pactuações regionais de referência contra referência			5			5			5			5
<b>TOTAL</b>		100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

		dez/13	jan/14	fev/14	mar/14	abr/14	mai/14	jun/14	jul/14	ago/14	set/14	out/14	nov/14
<b>Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU)</b>													
1	Constituição de Serviço de Atendimento ao Usuário		5										
2	Apresentação de Cronograma de Atividades do Serviço de Atendimento		5										
3	Pesquisa de satisfação dos Usuários Realizada Semestralmente						2,5						2,5
4	Divulgação para Usuários e Profissionais com relatório			2,5						2,5			2,5



2309

091004-992109



6	Identificação do Bairro e Cidade de Origem do usuário atendido na UPA	10	5	5	7,5	7,5	5	7,5	7,6	5	7,5	7,5	5
<b>Educação Continuada</b>													
6	Plano anual de Educação Continuada	10											
7	Relatório de atividade mensais de Educação Continuada		7,5	5	7,5	7,5	5	7,5	7,6	5	7,5	7,5	5
<b>Atenção à Saúde</b>													
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					5	5
10	Prontuário eletrônico organizado com assinatura eletrônica do profissional responsável	10	5	5	10	10	5	10	10	5	10	10	5
11	Implantação dos protocolos clínicos pactuados pela SMS			7,5			5				7,5		5
12	Preenchimento da Ficha do SINAN nos Casos previstos	10	5	5	10	10	5	10	10	5	10	10	5
13	Participação no complexo regulador da SMS	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
<b>Qualidade da Assistência</b>													
14	Mortalidade avaliada pela comissão	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
15	Tempo médio de permanência 5 24h	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
16	Taxa de regularção 100%	10	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	10
18	100% das consultas pactuadas realizadas	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
<b>Gerenciamento da Unidade</b>													
19	Atualização Cadastral mensal CNES	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
20	Relatório das Atividades Assistenciais dentro das normas da SMS	2,5	2,5	2,5	5	5	2,5	5	6	2,5	5	5	2,5
21	Relatório das Atividades Financeiras dentro dos Prazos estabelecidos pela SMS	2,5	2,5	2,5	5	5	2,5	5	5	2,5	5	5	2,5





22	Relatório das prestações regionais de referência contra referência			5			5			5			5
TOTAL		100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

X

[Handwritten signature]





**ANEXO TÉCNICO VI - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO MENSAL E METAS FÍSICAS**

*[Handwritten signature]*





## ANEXO TÉCNICO VI - CRONOGRAMA DE METAS FÍSICAS E RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

**TABELA 1A - Gestão do TEIAS - Saúde da Família - Clínica da Família e CMS**

Descrição	Indicador	Fórmula	Meta	Mês 49	Mês 50	Mês 51	Mês 52	Mês 53	Mês 54	Mês 55	Mês 56	Mês 57	Mês 58	Mês 59	Mês 60
				(dez-2013)	(jan-2014)	(fev-2014)	(mar-2014)	(abr-2014)	(mai-2014)	(jun-2014)	(jul-2014)	(ago-2014)	(set-2014)	(out-2014)	(nov-2014)
1 Clínica da Família e CSEGSF	Número de ESF	Número absoluto	Número de ESFs	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
2 Clínica da Família e CSEGSF	Número de ESB	Número absoluto	Número de ESBs	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6

Clinica da Família e CSEGSF	Numero de NASF / Consultorio de Rua	Numero absoluto	Numero de ESBs	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
-----------------------------	-------------------------------------	-----------------	----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

**TABELA 1B - CURSOS DE NIVEL SUPERIOR, POS-GRADUACAO E PESQUISA**

Descrição	Indicador	Fórmula	Meta	Mês 49	Mês 50	Mês 51	Mês 52	Mês 53	Mês 54	Mês 55	Mês 56	Mês 57	Mês 58	Mês 59	Mês 60
				(dez-2013)	(jan-2014)	(fev-2014)	(mar-2014)	(abr-2014)	(mai-2014)	(jun-2014)	(jul-2014)	(ago-2014)	(set-2014)	(out-2014)	(nov-2014)
1	Curso de Especialização em Saúde Pública	Número de vagas disponibilizadas para o curso de Saúde Pública	30 vagas / ano												
1 B	Percentual de vagas ocupadas (alunos cursando) a Especialização em Saúde Pública	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de alunos cursando especialização em Saúde Pública mês}}{\text{Total de vagas disponibilizadas}} \times 100$	$\geq 80\%$	$\geq 80\%$	$\geq 80\%$	$\geq 80\%$	$\geq 80\%$	$\geq 80\%$	$\geq 80\%$	$\geq 80\%$	$\geq 80\%$	$\geq 80\%$	$\geq 80\%$	$\geq 80\%$	$\geq 80\%$
2	Curso de Especialização em Saúde Pública														
2 B	Curso de Formação - Atenção Farmacéutica	Número absoluto	20 vagas / ano												
				10 alunos 1º semestre	10 alunos 2º semestre										

091004.99



4	B	Curso de Formação - Atenção Farmacêutica	Percentual de vagas ocupadas (alunos cursando) a formação em Atenção Farmacêutica	nº de alunos cursando a formação em Atenção Farmacêutica mês x100 Total de vagas disponibilizadas	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%
						≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%
3	B	Residência Multiprofissional	Número de alunos na residência multiprofissional	Número de alunos cursando a formação em Residência Multiprofissional mês x100 Total de vagas disponibilizadas	20 vagas/ano	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%
						≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%
4	B	Residência Multiprofissional	Número de vagas ocupadas (alunos cursando) a formação em Residência Multiprofissional	Número de alunos cursando a formação em Residência Multiprofissional mês x100 Total de vagas disponibilizadas	24 vagas/ano	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%
						≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%
8	B	Mestrado Profissional	% de vagas ocupadas (alunos cursando) Mestrado Profissional	nº de alunos no Mestrado Profissional x 100 Total de vagas disponibilizadas	24 vagas/ano	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%
						≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%

*[Handwritten scribble]*

*[Handwritten scribble]*

09/004 997109

2315



5 B	Número de ações e pesquisas realizadas	Número absoluto	1 pesquisa/ano	1
10	Projetos de educação permanente e apoio a atenção primária com ENSP	Número de projetos realizados e mantidos	6 projetos /ano ( meta acumulada )	≥ 24
6 B	Residência em Medicina de Família e comunidade	Número de alunos na residência em Medicina de Família e Comunidade	120 vagas/ano	60 VAGAS 1º SEMESTRE
1 2	Residência em Medicina de Família e Comunidade	nº de alunos cursando a formação em Residência de Medicina de Família e Comunidade mês Total de vagas disponibilizadas	≥ 80%	120 VAGAS 2º SEMESTRE



*[Handwritten scribbles]*

09/004.992/09 2316



TABELA 1C - CURSOS TÉCNICOS

Descrição	Indicador	Fórmula	Meta	Mês 49	Mês 50	Mês 51	Mês 52	Mês 53	Mês 54	Mês 55	Mês 56	Mês 57	Mês 58	Mês 59	Mês 60
				(dez-2013)	(jan-2014)	(fev-2014)	(mar-2014)	(abr-2014)	(mai-2014)	(jun-2014)	(jul-2014)	(ago-2014)	(set-2014)	(out-2014)	(nov-2014)
1 Curso PROFORMA R de Agentes Vigilância em Saúde	Número de vagas disponibilizadas para o curso PROFORMAR de - AVS	Número absoluto	500 vagas/ano	300 (novos) alunos 2º semestre											
				$\frac{\text{nº de alunos no curso PROFORMAR de AVS em mês}}{\text{Total de vagas disponibilizadas}} \times 100$	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%
2 Curso PROFORMA R de Agentes Vigilância em Saúde	Percentual de vagas ocupadas por alunos no curso PROFORMAR de Agentes Vigilância em Saúde	Número absoluto	600 vagas/ano	300 alunos 1º semestre											
				$\frac{\text{Número de vagas disponibilizadas para o curso Técnico de Agentes (20 turmas)}}{\text{Número de vagas disponibilizadas para o curso}} \times 100$	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%
3 Curso Técnico de Agentes Comunitário em Saúde	Número de vagas disponibilizadas para o curso Técnico de Agentes (20 turmas)	Número absoluto	600 vagas/ano	300 (novos) alunos 2º semestre											

4	Curso Técnico de Agentes Comunitário em Saúde	Percentual de vagas ocupadas por alunos no curso técnico de Agentes Comunitário em Saúde	nº de alunos no curso técnico de ACS_mês / Total de vagas disponibilizadas	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%
---	---	--	--	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

*[Handwritten scribbles]*

*[Handwritten signature]*

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

Descrição	Indicador	Fórmula	Meta	Mês														
				49 (dez-2013)	50 (jan-2014)	51 (fev-2014)	52 (mar-2014)	53 (abr-2014)	54 (mai-2014)	55 (jun-2014)	56 (jul-2014)	57 (ago-2014)	58 (set-2014)	59 (out-2014)	60 (nov-2014)			
				)	)	)	)	)	)	)	)	)	)	)	)	)	)	)

091004.992/09 2317





*[Handwritten scribbles]*

051004.992105

2378



1 D	Apelo a estruturação de novas Estações da rede OTICS RIO (Integração em Saúde, Vigilância e Atenção Primária)	Número de (NOVAS) Estações OTICS-RIO	Número de novas Estações OTICS-RIO	1 nova estação /ano	1 ESTAÇÃO 1º SEMESTRE					MANTER A ESTAÇÃO DO 1º SEMESTRE				
					≥15	≥15	≥15	≥15	≥15	≥16	≥16	≥16	≥16	≥16
2 D	Manter em funcionamento o as estações da rede OTICS RIO (Integração em Saúde, Vigilância e Atenção Primária)	Número de estações da rede OTICS RIO mantidas	Número absoluto	16/ ano	1 SERVIÇO 1º SEMESTRE					1 (NOVO) SERVIÇO 2º SEMESTRE				
					≥15	≥15	≥15	≥15	≥15	≥16	≥16	≥16	≥16	≥16
3 D	Apelo as ações de Vigilância em Saúde	Número de serviços em Vigilância em Saúde Mantidos	Número absoluto	2 / ano	1 SERVIÇO 1º SEMESTRE					1 (NOVO) SERVIÇO 2º SEMESTRE				
					≥15	≥15	≥15	≥15	≥15	≥16	≥16	≥16	≥16	≥16

**TABELA 1E - CRIE / IPEC**

Descrição	Indicador	Fórmula	Meta	Mês 49	Mês 50	Mês 51	Mês 52	Mês 53	Mês 54	Mês 55	Mês 56	Mês 57	Mês 58	Mês 59	Mês 60
				(dez-2013)	(jan-2014)	(fev-2014)	(mar-2014)	(abr-2014)	(mai-2014)	(jun-2014)	(jul-2014)	(ago-2014)	(set-2014)	(out-2014)	(nov-2014)
1 E	Número de atendimentos realizados	Número absoluto	≥ 500	≥ 500	≥ 500	≥ 500	≥ 500	≥ 500	≥ 500	≥ 500	≥ 500	≥ 500	≥ 500	≥ 500	≥ 500

**TABELA 1F - ICICT**

Descrição	Indicador	Unidade de medida (das metas)	meta	Mês 49	Mês 50	Mês 51	Mês 52	Mês 53	Mês 54	Mês 55	Mês 56	Mês 57	Mês 58	Mês 59	Mês 60
				(dez-2013)	(jan-2014)	(fev-2014)	(mar-2014)	(abr-2014)	(mai-2014)	(jun-2014)	(jul-2014)	(ago-2014)	(set-2014)	(out-2014)	(nov-2014)
1 F	Número de produtos realizados e aprovados	Número absoluto	15 produtos/ano	5 produtos no 1º quadrimestre			5 (novos) produtos no 2º quadrimestre			5 (novos) produtos no 3º quadrimestre					

09/004-997/09 2319





**TABELA 1E - CRIE / IPEC**

Descrição	Indicador	Fórmula	Meta	Mês 49	Mês 50	Mês 51	Mês 52	Mês 53	Mês 54	Mês 55	Mês 56	Mês 57	Mês 58	Mês 59	Mês 60
				(dez-2013)	(jan-2014)	(fev-2014)	(mar-2014)	(abr-2014)	(mai-2014)	(jun-2014)	(jul-2014)	(ago-2014)	(set-2014)	(out-2014)	(nov-2014)
1 E	Número de atendimentos realizados	Número absoluto	≥ 500	≥ 500	≥ 500	≥ 500	≥ 500	≥ 500	≥ 500	≥ 500	≥ 500	≥ 500	≥ 500	≥ 500	≥ 500

**TABELA 1F - ICICT**

Descrição	Indicador	Unidade de medida (das metas)	meta	Mês 49	Mês 50	Mês 51	Mês 52	Mês 53	Mês 54	Mês 55	Mês 56	Mês 57	Mês 58	Mês 59	Mês 60
				(dez-2013)	(jan-2014)	(fev-2014)	(mar-2014)	(abr-2014)	(mai-2014)	(jun-2014)	(jul-2014)	(ago-2014)	(set-2014)	(out-2014)	(nov-2014)
1 F	Número de produtos realizados e aprovados	Número absoluto	15 produtos / ano	5 produtos no 1º quadrimestre	5 (novos) produtos no 2º quadrimestre	5 (novos) produtos no 3º quadrimestre									

09/004 997/09 2319





Des. Funcional	MES-01	MES-02	MES-03	MES-04	MES-05	MES-06	MES-07	MES-08	MES-09	MES-10	MES-11	MES-12	Total 12 meses
10000	6.226.706,77	6.025.796,77	6.070.703,52	3.552.564,08	4.089.956,09	4.066.550,68	3.037.766,07	3.037.766,07	3.724.353,92	5.478.954,95	8.024.679,97	7.125.856,80	61.813.948,74
190	2.254.898,90	1.424.009,36	1.249.099,00	1.261.000,00	1.201.000,00	1.201.000,00	1.201.000,00	1.201.000,00	1.201.000,00	1.201.000,00	1.201.000,00	1.201.000,00	10.800.000,00
TOTAL OBRAS	3.971.807,87	4.601.787,41	4.821.604,52	2.291.564,08	2.888.956,09	2.865.550,68	1.836.766,07	1.836.766,07	2.523.353,92	4.277.954,85	6.823.679,97	5.924.856,80	51.013.948,74

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

Descrição de Funcional	VALOR ORÇAMENTÁRIO - 2014												
	MES-01	MES-02	MES-03	MES-04	MES-05	MES-06	MES-07	MES-08	MES-09	MES-10	MES-11	MES-12	Total 12 meses
Pagamento de salários e vantagens fixas	10.173,60	10.173,60	10.173,60	10.173,60	10.173,60	10.173,60	10.173,60	10.173,60	10.173,60	10.173,60	10.173,60	10.173,60	122.083,20
Pagamento de encargos sociais	131.220,00	131.220,00	131.220,00	131.220,00	131.220,00	131.220,00	131.220,00	131.220,00	131.220,00	131.220,00	131.220,00	131.220,00	1.574.640,00
Outros pagamentos a servidores	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
TOTAL	141.393,60	141.393,60	141.393,60	141.393,60	141.393,60	141.393,60	141.393,60	141.393,60	141.393,60	141.393,60	141.393,60	141.393,60	1.796.723,20
Outros valores em aberto	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
TOTAL	141.393,60	141.393,60	141.393,60	141.393,60	141.393,60	141.393,60	141.393,60	141.393,60	141.393,60	141.393,60	141.393,60	141.393,60	1.796.723,20



092004.992109 2321

TABELA 1B - PROJETO - CURSOS DE NÍVEL SUPERIOR, PÓS-GRADUACAO E PI SA

	Mês 4 (Abr-2016)	Mês 5 (Maio-2016)	Mês 6 (Jun-2016)	Mês 7 (Jul-2016)	Mês 8 (Ago-2016)	Mês 9 (Set-2016)	Mês 10 (Out-2016)	Mês 11 (Nov-2016)	Mês 12 (Dez-2016)	Mês 13 (Jan-2017)	Mês 14 (Feb-2017)	Mês 15 (Mar-2017)	Mês 16 (Abr-2017)	Mês 17 (Mai-2017)	Mês 18 (Jun-2017)	Mês 19 (Jun-2017)	Total Encargos
<b>valor a ser liberado</b>	9,00	3,30	47,200,00	27,510,00	27,510,00	27,510,00	27,510,00	47,200,00	47,200,00	47,200,00	47,200,00	47,200,00	47,200,00	47,200,00	47,200,00	47,200,00	286,310,00
<b>valor a ser liberado</b>	0,00	0,00	23,750,00	33,750,00	33,750,00	33,750,00	33,750,00	47,200,00	47,200,00	47,200,00	47,200,00	47,200,00	47,200,00	47,200,00	47,200,00	47,200,00	286,310,00
<b>valor a ser liberado</b>	0,00	0,00	23,450,00	33,450,00	33,450,00	33,450,00	33,450,00	47,200,00	47,200,00	47,200,00	47,200,00	47,200,00	47,200,00	47,200,00	47,200,00	47,200,00	286,310,00
<b>valor a ser liberado</b>	0,00	0,00	23,750,00	33,750,00	33,750,00	33,750,00	33,750,00	47,200,00	47,200,00	47,200,00	47,200,00	47,200,00	47,200,00	47,200,00	47,200,00	47,200,00	286,310,00
<b>valor a ser liberado</b>	0,00	0,00	23,750,00	33,750,00	33,750,00	33,750,00	33,750,00	47,200,00	47,200,00	47,200,00	47,200,00	47,200,00	47,200,00	47,200,00	47,200,00	47,200,00	286,310,00
<b>valor a ser liberado</b>	0,00	0,00	23,750,00	33,750,00	33,750,00	33,750,00	33,750,00	47,200,00	47,200,00	47,200,00	47,200,00	47,200,00	47,200,00	47,200,00	47,200,00	47,200,00	286,310,00

TABELA 1C - PROJETO - CURSOS TECNICOS

	Mês 4 (Abr-2016)	Mês 5 (Maio-2016)	Mês 6 (Jun-2016)	Mês 7 (Jul-2016)	Mês 8 (Ago-2016)	Mês 9 (Set-2016)	Mês 10 (Out-2016)	Mês 11 (Nov-2016)	Mês 12 (Dez-2016)	Mês 13 (Jan-2017)	Mês 14 (Feb-2017)	Mês 15 (Mar-2017)	Mês 16 (Abr-2017)	Mês 17 (Mai-2017)	Mês 18 (Jun-2017)	Mês 19 (Jun-2017)	Total Encargos
<b>valor a ser liberado</b>	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	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>valor a ser liberado</b>	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	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>valor a ser liberado</b>	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	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>valor a ser liberado</b>	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	0,00	0,00	0,00	0,00



8

092004-992/09 2322

TABELA 10 - PROJETO - INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA, VIOLENÇA E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Atividade	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Sep/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Total
Atividade de integração das ações de atenção primária, violência e promoção da saúde	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	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	1.200.000,00
<b>valor a ser liberado</b>	<b>100.000,00</b>	<b>100.000,00</b>	<b>100.000,00</b>	<b>100.000,00</b>	<b>100.000,00</b>	<b>100.000,00</b>	<b>100.000,00</b>	<b>100.000,00</b>	<b>100.000,00</b>	<b>100.000,00</b>	<b>100.000,00</b>	<b>100.000,00</b>	<b>100.000,00</b>	<b>100.000,00</b>	<b>100.000,00</b>	<b>100.000,00</b>	<b>1.200.000,00</b>
Atividade de integração das ações de atenção primária, violência e promoção da saúde	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	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	1.200.000,00
<b>valor a ser liberado</b>	<b>100.000,00</b>	<b>100.000,00</b>	<b>100.000,00</b>	<b>100.000,00</b>	<b>100.000,00</b>	<b>100.000,00</b>	<b>100.000,00</b>	<b>100.000,00</b>	<b>100.000,00</b>	<b>100.000,00</b>	<b>100.000,00</b>	<b>100.000,00</b>	<b>100.000,00</b>	<b>100.000,00</b>	<b>100.000,00</b>	<b>100.000,00</b>	<b>1.200.000,00</b>

TABELA 1E - CRIE - IPEC

Atividade	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Sep/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Total
Atividade de integração das ações de atenção primária, violência e promoção da saúde	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	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	1.200.000,00
<b>valor a ser liberado</b>	<b>100.000,00</b>	<b>100.000,00</b>	<b>100.000,00</b>	<b>100.000,00</b>	<b>100.000,00</b>	<b>100.000,00</b>	<b>100.000,00</b>	<b>100.000,00</b>	<b>100.000,00</b>	<b>100.000,00</b>	<b>100.000,00</b>	<b>100.000,00</b>	<b>100.000,00</b>	<b>100.000,00</b>	<b>100.000,00</b>	<b>100.000,00</b>	<b>1.200.000,00</b>



09/00492/09 2323

TABELA 1F - ICICT - SUBPAVSEPS

	Mês 07 (Jul-2014)	Mês 08 (Ago-2014)	Mês 09 (Set-2014)	Mês 10 (Out-2014)	Mês 11 (Nov-2014)	Mês 12 (Dez-2014)	Mês 01 (Jan-2015)	Mês 02 (Fev-2015)	Mês 03 (Mar-2015)	Mês 04 (Abr-2015)	Mês 05 (Mai-2015)	Mês 06 (Jun-2015)	Mês 07 (Jul-2015)	Mês 08 (Ago-2015)	Mês 09 (Set-2015)	Mês 10 (Out-2015)	Mês 11 (Nov-2015)	Mês 12 (Dez-2015)	Total 12 meses
Receita de vendas de produtos comerciais - SUBPAV	21.410,00	21.410,00	21.410,00	21.410,00	21.410,00	21.410,00	21.410,00	21.410,00	21.410,00	21.410,00	21.410,00	21.410,00	21.410,00	21.410,00	21.410,00	21.410,00	21.410,00	21.410,00	256.920,00
valor a ser liberado	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	240.000,00
TOTAL IS	21.410,00	21.410,00	21.410,00	21.410,00	21.410,00	21.410,00	21.410,00	21.410,00	21.410,00	21.410,00	21.410,00	21.410,00	21.410,00	21.410,00	21.410,00	21.410,00	21.410,00	21.410,00	2.569.200,00

TABELA 1G - BIOMANGUINHOS - SUBPAV

	Mês 07 (Jul-2014)	Mês 08 (Ago-2014)	Mês 09 (Set-2014)	Mês 10 (Out-2014)	Mês 11 (Nov-2014)	Mês 12 (Dez-2014)	Mês 01 (Jan-2015)	Mês 02 (Fev-2015)	Mês 03 (Mar-2015)	Mês 04 (Abr-2015)	Mês 05 (Mai-2015)	Mês 06 (Jun-2015)	Mês 07 (Jul-2015)	Mês 08 (Ago-2015)	Mês 09 (Set-2015)	Mês 10 (Out-2015)	Mês 11 (Nov-2015)	Mês 12 (Dez-2015)	Total 12 meses
Receita de vendas de produtos comerciais - SUBPAV	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	240.000,00
valor a ser liberado	19.000,00	19.000,00	19.000,00	19.000,00	19.000,00	19.000,00	19.000,00	19.000,00	19.000,00	19.000,00	19.000,00	19.000,00	19.000,00	19.000,00	19.000,00	19.000,00	19.000,00	19.000,00	228.000,00
TOTAL IS	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	2.400.000,00

TABELA 1H - LPA DE MANGUINHOS

	Mês 07 (Jul-2014)	Mês 08 (Ago-2014)	Mês 09 (Set-2014)	Mês 10 (Out-2014)	Mês 11 (Nov-2014)	Mês 12 (Dez-2014)	Mês 01 (Jan-2015)	Mês 02 (Fev-2015)	Mês 03 (Mar-2015)	Mês 04 (Abr-2015)	Mês 05 (Mai-2015)	Mês 06 (Jun-2015)	Mês 07 (Jul-2015)	Mês 08 (Ago-2015)	Mês 09 (Set-2015)	Mês 10 (Out-2015)	Mês 11 (Nov-2015)	Mês 12 (Dez-2015)	Total 12 meses
Receita de vendas de produtos comerciais - SUBPAV	1.200.000,00	1.200.000,00	1.200.000,00	1.200.000,00	1.200.000,00	1.200.000,00	1.200.000,00	1.200.000,00	1.200.000,00	1.200.000,00	1.200.000,00	1.200.000,00	1.200.000,00	1.200.000,00	1.200.000,00	1.200.000,00	1.200.000,00	1.200.000,00	14.400.000,00
valor a ser liberado	1.150.000,00	1.150.000,00	1.150.000,00	1.150.000,00	1.150.000,00	1.150.000,00	1.150.000,00	1.150.000,00	1.150.000,00	1.150.000,00	1.150.000,00	1.150.000,00	1.150.000,00	1.150.000,00	1.150.000,00	1.150.000,00	1.150.000,00	1.150.000,00	13.800.000,00
TOTAL IS	1.200.000,00	1.200.000,00	1.200.000,00	1.200.000,00	1.200.000,00	1.200.000,00	1.200.000,00	1.200.000,00	1.200.000,00	1.200.000,00	1.200.000,00	1.200.000,00	1.200.000,00	1.200.000,00	1.200.000,00	1.200.000,00	1.200.000,00	1.200.000,00	15.800.000,00

096004.992609 2324

