

TERMO ADITIVO Nº 020/2018

5º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 032/2014, QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - SMS E A ORGANIZAÇÃO SOCIAL FUNDAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO EM SAÚDE – FIOTEC, COM VISTAS AO GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO, APOIO E EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO ÂMBITO DA AP 3.1/MANGUINHOS, NA FORMA ABAIXO ATRAVÉS DOS PROCESSOS 09/002.975/2014 e 09/31/000.513/2014:

Pelo presente instrumento, de um lado o Município de Rio de Janeiro, por intermédio da Secretaria Municipal da Saúde, com sede nesta cidade na Rua Afonso Cavalcante, nº 455, Bloco 01, 7º andar, sala 701, neste ato representada pela substituta eventual do Secretário Municipal de Saúde nomeado pelo Decreto Rio “P” nº 2619 de 28 de abril de 2017, em conformidade com o Decreto Rio “P” nº 2970 de 29 de maio de 2017, **ANA BEATRIZ BUSCH ARAUJO**, brasileira, médica, casada, portadora da cédula de identidade nº 07.931.881-2, expedida pelo IFP, CPF nº 011.188.367-90, doravante denominada **CONTRATANTE**, e de outro lado a Organização Social **Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde – FIOTEC**, inscrita no CNPJ sob o número 02.385.669/0001-74, com endereço à Avenida Brasil, nº 4036, Manguinhos – Rio de Janeiro/RJ, neste ato representada por seu representante legal, **HAYNE FELIPE DA SILVA**, brasileiro, portador da cédula de identidade nº 5603662 IPFRJ, inscrito no CPF sob o nº 586.234.187-00, doravante denominada **CONTRATADA**, realizada através do processo administrativo nº 09/002.975/2014 e 09/31/000.513/2014, tendo em vista o que dispõe o Decreto-Lei nº 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Federal 8080 de 19 de setembro de 1990, o Decreto Municipal nº 30.780 de 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 ao **Contrato de Gestão nº 032/2014**, referente ao gerenciamento, operacionalização apoio e execução das atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos no âmbito da AP 3.1/Manguinhos, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

Constitui objeto deste Termo Aditivo:

I- Prorrogação da vigência do Contrato de Gestão nº 32/2014 pelo prazo de 12 (doze) meses, a partir de 01/12/2018 a 30/11/2019;

II – Substituição do Anexo A do Contrato de Gestão - “Apoio pela Organização Social à Gestão das Unidades de saúde, serviços e projetos de qualificação da Atenção Primária em Saúde na Área do Planejamento 3.1 – Teias Manguinhos”;

III – Substituição do Anexo B do Contrato de Gestão - “Acompanhamento do Contrato, avaliação e metas para os serviços de saúde na Área do Planejamento 3.1 – Teias Manguinhos;

IV – Substituição do Anexo Técnico E do Contrato de Gestão - “Cronograma de Desembolso e Metas Físicas”;

V - Estabelecer os Anexos G e H do Contrato de Gestão, em observância ao Decreto Rio nº 43.562, de 15 de

agosto de 2017.

VI- Alterar/incluir cláusulas contratuais;

CLÁUSULA SEGUNDA– DO VALOR E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

Pela prestação dos serviços objeto deste Termo Aditivo, a CONTRATANTE repassará à CONTRATADA os valores definidos no “Anexo Técnico E – Cronograma de Desembolso e Metas Físicas”, que dele é parte integrante, totalizando para o período de 12 (doze) meses o valor de **R\$ 58.828.263,84 (cinquenta e oito milhões, oitocentos e vinte e oito mil, duzentos e sessenta e três reais e oitenta e quatro centavos)**, à conta do Programa de Trabalho 18.08.10.302.0331.2777, do código de despesa nº 33.50.39.02, do orçamento em vigor, tendo sido emitida Nota de Empenho nº 510/2018, no valor de R\$ 671.648,07 (seiscentos e setenta e um mil, seiscentos e quarenta e oito reais e sete centavos), nº 511/2018, no valor de R\$ 512.976,34 (quinhentos e doze mil, novecentos e setenta e seis reais e trinta e quatro centavos), nº 538/2018, no valor de R\$ 1.469.133,61 (Um milhão, quatrocentos e sessenta e nove mil, cento e trinta e três reais e sessenta e um centavos) e à conta do Programa de Trabalho 18.01.10.305.0308.2856, do código de despesa nº 33.50.39.02, do orçamento em vigor, tendo sido emitida Nota de Empenho nº 2231/2018, no valor de R\$ 229.753,64 (duzentos e vinte e nove mil, setecentos e cinquenta e três reais e sessenta e quatro centavos), nº 2232/2018, no valor de R\$ 802.084,68 (oitocentos e dois mil, oitenta e quatro reais e sessenta e oito centavos), nº 2233/2018, no valor de R\$ 314.690,28 (trezentos e quatorze mil, seiscentos e noventa reais e sessenta e quatro centavos), nº 2234/2018, no valor de R\$ 229.753,64 (duzentos e vinte e nove mil, setecentos e cinquenta e três reais e sessenta e quatro centavos), nº 2235/2018, no valor de R\$ 229.753,64 (duzentos e vinte e nove mil, setecentos e cinquenta e três reais e sessenta e quatro centavos), nº 2236/2018, no valor de R\$ 181.428,86 (cento e oitenta e um mil, quatrocentos e vinte e oito reais e oitenta e seis centavos) e nº 2237/2018, no valor de R\$ 261.132,56 (duzentos e sessenta e um mil, cento e trinta e dois reais e cinquenta e seis centavos) .

CLÁUSULA TERCEIRA – DA ALTERAÇÃO DE CLÁUSULAS CONTRATUAIS

O presente TERMO ADITIVO tem por objeto adequar o Contrato de Gestão nº 032/2014 à minuta-padrão estabelecida no Decreto nº 41.081/2015, através:

a) Da retificação da seguinte cláusula contratual:

CLÁUSULA SEGUNDA – OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

2.1.1, INCISO XLII: (...) em conformidade com a Resolução SMF nº 2.918 de 04 de janeiro de 2017.

b) Da Substituição da redação das seguintes Cláusulas:

CLÁUSULA SEXTA – DA CESSÃO DE BENS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA OITAVA – Dos Recursos Financeiros

8.1, Parágrafo Primeiro- Os recursos repassados à CONTRATADA serão depositados em conta bancária em instituição indicada em conformidade com a Resolução SMF nº 2838 de 12 de fevereiro de 2015.

Parágrafo Segundo- A movimentação dos recursos que forem repassados à CONTRATADA se dará em conta corrente específica e exclusiva, nos termos do parágrafo primeiro, de modo que não sejam confundidos com os seus recursos de outra origem. Os respectivos extratos de movimentação mensal deverão ser encaminhados mensalmente à CONTRATANTE.

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

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

II – em fundos de curto prazo ou

III – em operações com títulos públicos federais.

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

Parágrafo Quinto- A liberação dos recursos se dará trimestralmente, sendo a primeira parcela liberada até 30 (trinta) dias contados da assinatura do presente CONTRATO DE GESTÃO, obedecido o Anexo Técnico D do Contrato de Gestão – “Cronograma de Desembolso”.

Parágrafo Sexto- As parcelas serão repassadas em estrita conformidade com o programa de trabalho

aprovado, salvo autorização prévia da Secretaria, podendo ser retidas até o saneamento de impropriedades nas seguintes hipóteses:

- I - Quando não tiver havido comprovação de boa e regular aplicação da parcela anteriormente recebida.
- II - Quando verificado desvio de finalidade na aplicação dos recursos e atrasos não justificados no cumprimento das etapas ou fases programadas.
- III - Nas demais hipóteses previstas neste CONTRATO DE GESTÃO.

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

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

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

Parágrafo Décimo- Os repasses orçamentários destinados ao pagamento de despesas de natureza administrativa e/ou gerenciamento não poderão ultrapassar o percentual de 5% (cinco por cento) do valor global do CONTRATO DE GESTÃO, sendo vedada a utilização de tais recursos para o pagamento de despesas não atreladas ao objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO. Tais despesas serão detalhadas no programa de trabalho e somente serão pagas se forem discriminadas, justificadas e documentalmente comprovadas.

Parágrafo Décimo Primeiro- O montante de recursos orçamentários previstos e repassados à CONTRATADA a título de provisionamento deverá ser depositado em conta específica, preferencialmente em conta de poupança, que só poderá ser movimentada com prévia autorização do CONTRATANTE, ficando vedada a utilização desses recursos para custear despesas que não sejam oriundas de processos rescisórios ou de provisionamentos obrigatórios.

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

CLÁUSULA DÉCIMA - DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

A prestação de contas será apresentada até o 10º (décimo) dia útil de cada mês, sendo a última entregue até 30 (trinta) dias após o término do presente CONTRATO DE GESTÃO, acompanhada do comprovante de devolução do saldo, se houver.

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

- I - Relatórios de execução financeira, discriminando o resumo da movimentação de valores, indicando o saldo inicial, o valor de cada despesa efetivamente paga no período e o saldo atual acumulado.
- II - Relatórios indicativos demonstrando a produção contratada e realizada, bem como os resultados dos indicadores e das metas estabelecidos.

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

IV - Conciliação do saldo bancário.

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

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

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

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

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

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

XI - Cópia de todos os contratos celebrados no período.

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

XIII - Documentação comprobatória da utilização dos repasses financeiros destinados ao pagamento de despesas administrativas.

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

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

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

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

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

Parágrafo Quinto - Cada folha da prestação de contas deverá conter rubrica do representante legal da

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

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

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

Parágrafo Oitavo- Caberá à CONTRATADA promover, até 01 de agosto de cada ano, a publicação integral, no Diário Oficial do Município, dos relatórios financeiros e de execução deste Contrato aprovados pelo Conselho de Administração.

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DA RESCISÃO

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

- I - Se houver má gestão, culpa, dolo ou violação de lei ou do estatuto social por parte da CONTRATADA.
- II - Na hipótese de não atendimento às recomendações decorrentes da Fiscalização.
- III - Se houver alterações do Estatuto da CONTRATADA que impliquem modificação das condições de sua qualificação como organização social ou de execução deste Contrato DE GESTÃO.
- IV - Se houver a perda da qualificação como Organização Social.
- V - Na hipótese de a CONTRATADA não obter no mínimo 50 (cinquenta) pontos na avaliação da execução das metas em 03 (três) relatórios consecutivos.

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

Parágrafo Segundo- Na decretação da rescisão, a CONTRATADA ficará sujeita a multa de até 20% (vinte por

cento) do valor do Contrato DE GESTÃO, sem prejuízo das demais sanções cabíveis.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DAS PENALIDADES

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

I - Advertência;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Parágrafo Quinto - As sanções estabelecidas nos incisos IV e V são de competência do Secretário Municipal de Saúde, e a estabelecida no inciso VI é de competência da COQUALI.

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

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

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

c) Da inclusão das seguintes cláusulas contratuais:

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

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

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - DOS RECURSOS

A **CONTRATADA** poderá apresentar, sempre sem efeito suspensivo:

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DA REPACTUAÇÃO

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

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

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

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

Parágrafo Quarto - Em qualquer hipótese de reajuste previsto no *caput*, o pleito deverá ser apresentado por meio de planilha analítica, sendo submetida à análise da Secretaria Municipal de Saúde.

CLÁUSULA VIGÉSIMA – DA SUBCONTRATAÇÃO

É vedada a subcontratação do objeto, bem como a cessão total ou parcial do CONTRATO DE GESTÃO pela CONTRATADA.

Parágrafo Único – Nos casos de subcontratação de serviços auxiliares, o subcontratado será responsável, solidariamente com a CONTRATADA, pelas obrigações descritas na cláusula segunda (no que couber), especialmente pelos encargos e obrigações comerciais, sociais, tributárias, trabalhistas e previdenciárias, ou quaisquer outras previstas na legislação em vigor, nos limites da subcontratação.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – DA FISCALIZAÇÃO

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – DA FORÇA MAIOR

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

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

CLÁUSULA QUARTA - DA PUBLICAÇÃO

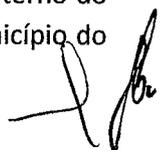
Até o quinto dia útil do mês seguinte ao de sua assinatura, deverá ser providenciada a publicação do presente instrumento, em extrato, no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, às expensas da Contratante.

CLÁUSULA QUINTA - DA RATIFICAÇÃO

Ficam ratificadas as demais cláusulas constantes do Contrato de Gestão nº 032/2014 e seus termos aditivos, que não colidirem com o disposto neste Termo Aditivo.

CLÁUSULA SEXTA - DA FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA E ORÇAMENTÁRIA

O Município providenciará a remessa de cópias do presente instrumento ao órgão de controle interno do Município no prazo de 5 (cinco) dias contados da sua assinatura e ao Tribunal de Contas do Município do





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

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

Rio de Janeiro, 30 de novembro de 2018.

Hayne Felipe da Silva
Diretor Executivo - FIOTEC
CPF: 586.234.187-00

HAYNE FELIPE DA SILVA

Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde – FIOTEC

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

ANA BEATRIZ BUSCH ARAUJO
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Testemunhas:

1)

Nome:
R.G

Telma Amorim
Coordenador II
Mat.: 11/218.451-3
S/SUBGEX/SCGOS/CCG

2)

Nome: **ROSANGELA MATIAS CIPOLA**
R.G:
Matrícula nº 11/223.695-8

ANEXO TÉCNICO A do Contrato de Gestão – Apoio à Gestão das Unidades de Saúde, Serviços e Projetos de Qualificação da Atenção Primária em Saúde – 3.1 TEIAS Manguinhos

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

PROJETO 2: UPA MANGUINHOS

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

Do conjunto de equipamentos de saúde da rede de atenção, serão geridos pela Organização Social – OS aqueles apontados neste Contrato de Gestão.

A.1. OBJETO

GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, DOS EQUIPAMENTOS DESTINADOS A ESTRATÉGIA SAÚDE DE FAMÍLIA, no âmbito da Área de Planejamento (AP 3.1) e TEIAS Manguinhos localizados no Município do Rio de Janeiro, incluindo adaptações e programação visual das Unidades.

A.2. ESPECIFICAÇÕES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

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

A.2.1. Carteira de Serviços de Saúde

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

A.2.1.1 Cadastramento

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

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

- 1) Visita dos agentes comunitários - a periodicidade para visitas domiciliares dos Agentes Comunitários é baseada em estratificação de risco, com a seguinte periodicidade mínima:
 - a. Pessoas em tratamento para tuberculose – 3 visitas por semana;
 - b. Pessoas em tratamento para hanseníase – mensal;

- c. Pessoas com hipertensão ou diabetes graves (segundo avaliação de estratificação de risco cardiovascular e presença de lesão de órgão-alvo) e portadores de outras doenças crônicas graves ou descompensadas – mensal;
 - d. Gestantes – mensal;
 - e. Crianças até um ano – mensal;
 - f. Crianças de um a dois anos – trimestral;
 - g. Pessoas acamadas – mensal;
 - h. Pessoas com hipertensão ou diabetes leves e moderados, portadores de outras doenças crônicas não graves – trimestral;
 - i. Domicílios sem nenhuma das condições assinaladas acima – anual.
- 2) Visita do Agente de Vigilância em Saúde (AVS) - Todo domicílio deve ser visitado pelo menos uma vez ao ano pelo Agente de Vigilância em Saúde, podendo ocorrer visitas em períodos menores no caso de identificação de fatores de risco ambientais e do domicílio;
- 3) Visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde (ACS) - o tempo máximo para realizar visita domiciliar, quando solicitada à equipe, é de cinco dias para avaliação pelo ACS e, uma vez definida a necessidade pela equipe, no máximo 30 dias para ida do técnico, enfermeiro, dentista ou médico;
- 4) Agendamento de consultas - toda equipe de saúde da família deve realizar atendimentos do dia e agendar consultas. A agenda dos profissionais deve ser disponibilizada e acessível para visualização de toda a equipe técnica através do prontuário eletrônico;
- 5) Agendamento de consultas - os pacientes que tiverem consultas agendadas devem sair da unidade sabendo o dia e horário de sua consulta;
- 6) Agendamento de consultas - os pacientes devem ser atendidos o mais breve possível, com tempo de espera máximo para agendamento de 15 dias;
- 7) Agendamento de consultas - os casos avaliados pela equipe como urgentes devem ser atendidos necessariamente no mesmo dia;
- 8) Exames - tempo máximo para resultado de exames:
- a. Laboratoriais: 5 dias úteis;
 - b. Citopatológico de colo uterino (preventivo): 10 dias úteis;
 - c. Raio X, ultrassonografia e eletrocardiograma: 10 dias úteis.
- 9) Horários - os horários de funcionamento da unidade, de atendimento de todos os profissionais e demais atividades educativas semanais devem estar afixados em local visível e acessíveis ao usuário, bem como a semana padrão de cada profissional e o regimento interno da unidade;
- 10) Horários - atendimento médico, de enfermagem, de saúde bucal e vacinação devem ser disponibilizados em todo horário de funcionamento da unidade, não devendo a unidade fechar para almoço;
- 11) Horários - a aferição da pressão arterial deve ser feita a qualquer usuário caso ele solicite;
- 12) Horários - atestados de saúde e declaração de óbito de pessoas do território devem ser fornecidos pelos médicos da atenção primária, de acordo com protocolos vigentes e em formulários específicos;

- 13) Encaminhamento a exames e especialistas - em caso de necessidade de encaminhamento do paciente a outro serviço, deve-se entregar ao paciente o número da solicitação no SISREG ou SER, no prazo máximo de uma semana;
- 14) Ouvidoria - o diretor/gerente se compromete a formar um Colegiado de Gestão, com participação comunitária, que tenha agenda mensal de reuniões para prestar contas do funcionamento da unidade e ouvir suas avaliações;
- 15) Ouvidoria - recomenda-se a divulgação do telefone 1746 para contribuir com o funcionamento da unidade, emitindo-se opiniões, elogios, crítica ou sugestão de melhoria.

A.2.3. Produção mínima esperada de procedimentos

A.2.3.1 Equipe de Saúde da Família:

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

| | | | | |
|-----------------------|---|--|----|-----|
| Técnico de enfermagem | 1 | Atividade de grupo e nas escolas e creches da área – 1 (***) | 1 | 4 |
| Técnico de enfermagem | 1 | Reuniões de equipe (***) | 1 | 4 |
| ACS | 7 | Visita domiciliar de acompanhamento - 6 | 42 | 168 |
| ACS | 2 | Acolhimento | - | - |
| ACS | 1 | Reuniões de equipe (***) | 1 | 4 |

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

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

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

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

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

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

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

A.2.3.2 Equipe de Saúde Bucal:

| Profissional | Nº de turnos/ semana (A) | Nº de ações por turno (B) | Nº de ações por semana (C) = (A*B) | Meta mínima de acompanhamento (D) = (C*4) |
|------------------------------------|--|---|------------------------------------|---|
| Cirurgião-dentista de Família | 6 | Consultas conclusivas (programadas/urgências) por turno de 4 horas – 8 | 48 | 192 |
| Cirurgião-dentista de Família (*) | 4 turnos (de 4 horas) e 4 turnos estendidos (de 2 horas) | Consultas conclusivas (programadas/urgências) por turno de 4 horas – 8 e Consultas conclusivas (programadas/urgências) por turno estendido de 2 horas - 4 | 48 | 192 |
| Cirurgião-dentista de Família | 1 | Visita domiciliar – 4 | 4 | 16 |
| Cirurgião-dentista de Família | 1 | Reuniões de Equipe (**) - 1 | 1 | 4 |
| Cirurgião-dentista de Família | 2 | Atividades de grupo nas escolas e creches da área e outros espaços da comunidade – 2 (**) | 4 | 16 |
| Técnico de Saúde Bucal de Família | 4 | Consultas programadas (***) – 6 | 24 | 96 |
| Técnico de Saúde Bucal de Família | 2 | Visita domiciliar – 4 | 8 | 32 |
| Técnico de Saúde Bucal de Família | 3 | Atividade de grupo nas escolas e creches da área e outros espaços da comunidade – 2 (**) | 6 | 24 |
| Técnico de Saúde Bucal de Família | 1 | Reuniões de equipe (**) - 1 | 1 | 4 |
| Auxiliar de Saúde Bucal de Família | 6 | Consultas programadas – Não se aplica | Não se aplica | Não se aplica |
| Auxiliar de Saúde Bucal de Família | 1 | Visita domiciliar – 4 | 4 | 16 |
| Auxiliar de Saúde Bucal de Família | 2 | Atividade de grupo nas escolas e creches da área e outros espaços da comunidade – 2 (**) | 4 | 16 |
| Auxiliar de Saúde Bucal de Família | 1 | Reuniões de equipe (**) -1 | 1 | 4 |

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

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

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

A.2.4 Serviços de apoio especializados às equipes de saúde da família / Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)

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

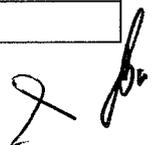
Os NASF deverão ser formados por uma composição de profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições:

- a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 200 horas semanais;
- nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas;
- cada categoria profissional, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 80 horas de carga horária semanal;
- Cada NASF 1 deverá estar vinculado a no mínimo 5 (cinco) e a no máximo 9 (nove) Equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica;

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

A.2.4.1 Produção mínima esperada para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família

| Profissional | Nº de turnos/ semana (A) | Nº de ações por turno (B) | Nº de ações por semana (C) = (A*B) | Meta mínima de acompanhamento (D) = (C*4) |
|---|--------------------------|---|------------------------------------|---|
| Médico | 5 | Atendimento individual(*) - 8 | 40 | 160 |
| Médico | 1 | Visita domiciliar - 2 | 2 | 8 |
| Médico | 1 | Atividade coletiva | 1 | 4 |
| Médico | 1 | Reunião de equipe Nasf/Esf | 1 | 4 |
| Médico | 0,5 | Reunião de equipe Nasf ² | Não se aplica | 2 |
| Médico | 1,5 | Análise e planejamento ³ | Não se aplica | 6 |
| Demais especialidades (nutricionista; educador físico; fonóaudiólogo; terapeuta ocupacional; fisioterapeuta; psicólogo; assistente social; sanitarista) | 4 | Atendimento individual(*) - 8 | 32 | 128 |
| | 1 | Visita domiciliar - 2 | 2 | 8 |
| | 2 | Atividade coletiva | 2 | 8 |
| | 1 | Reunião de equipe Nasf/Esf | 1 | 4 |
| | 0,5 | Reunião de equipe Nasf | Não se aplica | 2 |
| | 1,5 | Análise e planejamento | Não se aplica | 6 |
| Educador Físico/ Programa Academia Carioca | 1,5 | Atendimento individual(*) - 3 | 4,5 | 18 |
| | 1 | Visita Domiciliar - 1 | 1 | 4 |
| | 1 | Atividade Coletiva (Educativa) - 1 | 1 | 4 |
| | 5 | Atividade Física Regular em Grupo(**) - 2,5 | 12,5 | 50 |
| | 0,5 | Reunião de Equipe NASF/ESF - 1 | 0,5 | 2 |
| | 0,5 | Reunião de Equipe NASF - 1 | 0,5 | 2 |
| | 0,5 | Análise e Planejamento - 1 | 0,5 | 2 |



(*) – Atendimento individual ou compartilhado.

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

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

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

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

A.2.5 Consultório na Rua

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

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

Cabe também às eCR auxiliar no acesso das pessoas que vivem em situação de rua à rede de serviços públicos da Assistência Social, Educação, Defensoria Pública, Ministério Público, Trabalho e Renda, conforme as necessidades apresentadas. Ressalta-se a importância da articulação intersetorial para o acesso ao sistema de abrigamento/ acolhimento (quando desejado pelo usuário), além da obtenção de documentação civil e demais benefícios sociais.

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

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

A carga horária dos profissionais das eCR deve ser de 40 horas semanais. Os assistentes sociais, pela determinação trabalhista vigente, e médicos poderão cumprir a carga horária de 30

horas semanais. Todos os profissionais devem ser cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) com atualização mensal.

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

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

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

| Profissional | Nº de turnos/semana (A) | Nº de ações por turno (B) | Nº de ações por semana (C) = (A*B) | Meta mínima de acompanhamento (D) = (C*4) |
|--------------|-------------------------|--|------------------------------------|---|
| Médico | 5 | Atendimento individual e compartilhado entre os profissionais da equipe Consultório na Rua (em Unidade de Atenção Primária ou na Rua) - 8 | 40 | 160 |
| Médico | 1 | Atendimento compartilhado com equipes de outros serviços (urgência e emergência/hospitais/dispositivos da RAPS/Ambulatório de especialidades /NASF/ eSF) - 4 | 4 | 16 |
| Médico | 1 | Ações na Rua de Promoção, Prevenção e Redução de danos (ações itinerantes, construção de vínculo, mapeamento contínuo do território) | - | - |
| Médico | 1 | Atividade Coletiva (Educação em Saúde, Atendimento em Grupo, Ações Culturais e Mobilização Social, em Unidade de Atenção Primária ou na Rua) - 1 | 1 | 4 |
| Médico | 0,5 | Visita a usuários em abrigos, hospitais/acompanhamento dos mesmos nos serviços de saúde, assistência, sistema de justiça, entre outros setores - 1 | 0,5 | 2 |
| Médico | 1 | Reunião de equipe - 1 | 1 | 4 |
| Médico | 0,5 | Articulação Intra e Intersectorial (Fóruns, reuniões, discussões de casos, supervisão de território, ações conjuntas no território) - 1 | 0,5 | 2 |
| Enfermeiro | 5 | Atendimento individual e compartilhado entre os profissionais da equipe Consultório na Rua (em Unidade de Atenção Primária ou na Rua)- 08 | 40 | 160 |



| | | | | |
|-------------------------|-----|---|-----|-----|
| Enfermeiro | 1 | Atendimento compartilhado com equipes de outros serviços (urgência e emergência/hospitais/dispositivos da RAPS/Ambulatório de especialidades /NASF/ eSF) – 04 | 04 | 16 |
| Enfermeiro | 1 | Ações na Rua de Promoção, Prevenção e Redução de danos (ações itinerantes, construção de vínculo, mapeamento contínuo do território) | – | – |
| Enfermeiro | 1 | Atividade Coletiva (Educação em Saúde, Atendimento em Grupo, Ações Culturais e Mobilização Social, em Unidade de Atenção Primária ou na Rua) - 1 | 1 | 4 |
| Enfermeiro | 0,5 | Visita a usuários em abrigos, hospitais/acompanhamento dos mesmos nos serviços de saúde, assistência, sistema de justiça, entre outros setores - 1 | 0,5 | 2 |
| Enfermeiro | 1 | Reunião de equipe - 1 | 1 | 4 |
| Enfermeiro | 0,5 | Articulação Intra e Intersectorial (Fóruns, reuniões, discussões de casos, supervisão de território, ações conjuntas no território) - 1 | 0,5 | 2 |
| Técnico de enfermagem | 4 | Procedimentos como curativos, vacinas e outras atividades de sua área de atuação | – | – |
| Técnico de enfermagem | 2 | Ações na Rua de Promoção, Prevenção e Redução de danos (ações itinerantes, construção de vínculo, mapeamento contínuo do território) | – | – |
| Técnico de enfermagem | 1,5 | Atividade Coletiva (Educação em Saúde, Atendimento em Grupo, Ações Culturais e Mobilização Social, em Unidade de Atenção Primária ou na Rua) - 1 | 1,5 | 6 |
| Técnico de enfermagem | 1 | Visita a usuários em abrigos, hospitais/acompanhamento dos mesmos nos serviços de saúde, assistência, sistema de justiça, entre outros setores - 1 | 1 | 4 |
| Técnico de enfermagem | 1 | Reunião de equipe - 1 | 1 | 4 |
| Técnico de enfermagem | 0,5 | Articulação Intra e Intersectorial (Fóruns, reuniões, discussões de casos, supervisão de território, ações conjuntas no território) - 1 | 0,5 | 2 |
| Assistente Social (30h) | 2 | Atendimento individual e compartilhado entre os profissionais da equipe Consultório na Rua (em Unidade de Atenção Primária ou na Rua) – 08 | 16 | 64 |
| Assistente Social (30h) | 1 | Atendimento compartilhado com equipes de outros serviços (urgência e emergência/hospitais/dispositivos da RAPS/Ambulatório de especialidades /NASF/ eSF) – 4 | 4 | 16 |
| Assistente Social (30h) | 1 | Ações na Rua de Promoção, Prevenção e Redução de danos (ações itinerantes, construção de vínculo, mapeamento contínuo do território) | – | – |
| Assistente Social (30h) | 1 | Atividade Coletiva (Educação em Saúde, Atendimento em Grupo, Ações Culturais e Mobilização Social, em Unidade de Atenção Primária ou na Rua) – 1 | 1 | 4 |
| Assistente Social (30h) | 1 | Visita a usuários em abrigos, hospitais/acompanhamento dos mesmos nos serviços de saúde, assistência, sistema de justiça, entre outros setores - 1 | 1 | 4 |
| Assistente Social (30h) | 1 | Reunião de equipe - 1 | 1 | 4 |
| Assistente Social (30h) | 1 | Articulação Intra e Intersectorial (Fóruns, reuniões, discussões de casos, supervisão de território, ações conjuntas no território) - 1 | 1 | 4 |
| Psicólogo | 4 | Atendimento individual e compartilhado entre os profissionais da equipe Consultório na Rua (em Unidade de Atenção Primária ou na Rua) - 08 | 32 | 128 |



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

A.2.6 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

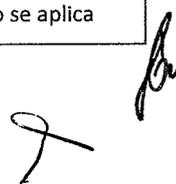
Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas suas diferentes modalidades, são pontos de atenção estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial: serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituídos por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente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

Atividades, parâmetros e características do trabalho no CAPS:

- 1) Elaboração de projeto terapêutico individualizado para todos os usuários matriculados na unidade (100%), este deve ser alterado sempre que necessário, e estar anexado ao prontuário do usuário.
- 2) Atendimento de familiares dos usuários matriculados (mínimo de 50% de cobertura).
- 3) A avaliação da produção mínima dos profissionais deverá ser ajustada mediante a existência de feriados, campanhas, mobilizações sociais ou eventos de força maior, que necessitem o fechamento da unidade. As justificativas deverão ser escritas no relatório de atividades.
- 4) Os profissionais de referência para usuários ou familiares de usuários deverão realizar visitas domiciliares e/ou visitas hospitalares caso haja necessidade de acompanhamento destes na residência e ou em hospital (Geral, Maternidade ou Psiquiátrico), que deve contar no projeto terapêutico de cada usuário.
- 5) As atividades dos profissionais de saúde dos CAPS poderão ser alteradas mediante justificativa registrada no projeto terapêutico dos usuários.
- 6) Todos os profissionais da equipe técnica do CAPS deverão realizar atividades fora do espaço físico do CAPS, visando à articulação com o território. Devem ser realizadas pela equipe, no mínimo, duas atividades externas por mês. Os profissionais da equipe devem se revezar nestas atividades. Aqueles profissionais que realizarem estas atividades poderão cumprir um turno de atendimento individual ou atendimento em grupo ou atendimento de familiares a menos no mês.
- 7) Todos os profissionais da equipe técnica do CAPS deverão realizar atividades de matriciamento (discussão de casos com as equipes de Saúde da Família e outros profissionais da atenção primária, do NASF, Policlínicas e Hospitais). Devem ser realizadas pela equipe, no mínimo, quatro atividades de matriciamento por mês. Os profissionais da equipe devem se revezar nestas atividades. Aqueles profissionais que realizarem estas atividades poderão cumprir um turno a menos no mês de atendimento individual ou atendimento em grupo ou atendimento de familiares.
- 8) Todos os profissionais da equipe técnica deverão acompanhar os moradores de Serviço Residencial Terapêutico (SRT) referidos ao CAPS, e articular o cuidado com a equipe de APS de referência para aquele território.

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

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





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

CAPS III:

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

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

A.2.7 Unidade de pronto-atendimento (UPA)

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

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

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

Objetivo Geral

Diminuir o número de pacientes nas filas dos hospitais.

Objetivos Específicos

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

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

A.2.8.1 Objetivo

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

A.2.8.2 Ações de Organização dos Serviços Assistenciais

Quando há o aumento do número de casos de qualquer doença, existe concomitantemente um aumento da demanda à assistência à saúde.

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

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

O que se pretende é otimizar o uso dos recursos disponíveis, garantindo o atendimento nas unidades da atenção primária e reduzindo a demanda dos pacientes para as unidades hospitalares.

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

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

A.2.9. Qualidade dos Serviços Prestados

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

A.2.9.1 Qualidade do Registro Clínico Eletrônico

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

A.2.9.2 Atenção ao Usuário

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

A.2.10 Cobertura

A Organização Social deverá realizar os serviços para os quais está sendo celebrado este contrato de gestão, de acordo com território e população apontados na área de abrangência definida neste edital.

A.2.10.1 Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal

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

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

Em média, para cada 3 equipes de Saúde da Família (ESF) existe uma equipe de saúde bucal (ESB), não havendo previsão orçamentária nos contratos de gestão para proporção inferior a esta. A linha de base para a territorialização das equipes deverá considerar o Anexo Específico ao Contrato de Gestão e os setores censitários do IBGE (2010).

A equipe de saúde da família poderá ser composta por médicos residentes vinculados à COREME da SMS ou a universidades conveniadas. A forma de contratação poderá ser na modalidade "bolsa de estudos", em conformidade com as determinações da Comissão Nacional

de Residências Médicas (CNRM). Nesse caso, cada médico residente deverá dividir a área de abrangência com outro médico e ficar responsável por, no máximo, 2.000 pessoas. O restante da equipe deverá seguir a mesma proporção de, no máximo, 3.450 pessoas para a equipe.

A.3. RESPONSABILIDADES

A.3.1. Da Secretaria Municipal de Saúde:

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

A.3.2. Da Organização Social Contratada:

- Fazer a gestão das unidades de saúde do território respeitando as diretrizes definidas pela Secretaria Municipal de Saúde SMS/RJ, exclusivamente para o SUS, sendo vedada a prestação de serviço à entidade de saúde suplementar;
- Responsabilizar-se, integralmente, pelos encargos de natureza trabalhista e previdenciária, referente aos recursos humanos utilizados na execução do objeto deste Projeto Básico, decorrendo do ajuizamento de eventuais demandas judiciais, bem como por todos os ônus tributários e extraordinários que incidam sobre o presente instrumento, ressalvados aqueles de natureza compulsória, lançados automaticamente pela rede bancária arrecadadora;



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

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

SUBPROJETO 3.1 CURSO DE FORMAÇÃO EM ATENÇÃO FARMACÊUTICA

Responsável Técnico pela SMS: S/SUBPAV

1) Justificativa

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

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

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

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

2) Objetivo Geral

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

3) Objetivos Específicos:

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

SUBPROJETO 3.2 RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Responsável Técnico pela SMS: S/SUBPAV/SAP/CSF

1) Justificativa

A concepção de TEIAS Escola Manguinhos está diretamente relacionada à sua concepção como Bairro Escola e se configura como espaço de aprendizagem tanto para os profissionais que atuam no território como os moradores que nele habitam.

A pesquisa e o ensino são as dimensões que diferenciam o TEIAS em Manguinhos. A transformação das práticas de saúde está diretamente relacionada à formação de profissionais que possibilitem um fazer refletido e a relação do trabalho como espaço produtor de conhecimento e espaço formador de novos profissionais. Portanto, a formação dos trabalhadores em processos de educação permanente e continuada é ferramenta para qualificar as práticas da Estratégia Saúde da Família – implementar ações de educação permanente e continuada dos profissionais de saúde é um dos objetivos deste subprojeto.

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

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

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

2) Objetivo Geral

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

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

3) Objetivos Específicos

a) Apoiar as atividades de residência multiprofissional em saúde da família e da residência médica da ENSP/Fiocruz;

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

SUBPROJETO 3.3 PESQUISA EM SAÚDE DA FAMÍLIA
Responsável Técnico pela SMS: S/SUBPAV

1) Justificativa

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

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

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

2) Objetivo Geral

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

3) Objetivos Específicos

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

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

Responsável Técnico pelo Projeto: S/SUBPAV/Superintendência de Vigilância em Saúde

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

Base legal: a atual para implantação e manutenção dos CRIE é a portaria do Ministério da Saúde do Brasil - Portaria N° 48, 28/7/04; que diz que esta é de atribuição e responsabilidade do estado a implantação e manutenção dos CRIE.

Os objetivos dos CRIE, como dispostos no manual e portaria do Ministério da Saúde do Brasil -

Portaria Nº 48, 28/7/04, são:

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

1) Justificativa

A expansão da Atenção Primária na Cidade do Rio de Janeiro evidenciou a necessidade na ampliação da oferta de atendimento aos indivíduos portadores de quadros clínicos especiais. A implantação de um CRIE objetiva facilitar o acesso destes usuários, isto é, indivíduos que por uma suscetibilidade aumentada às doenças ou risco de complicações para si ou para outros, decorrente de motivos biológicos como imunodepressão, necessitam de proteção adicional.

Por se tratar de estrutura direcionada ao atendimento diferenciado, o CRIE conta com produtos imunobiológicos de moderna tecnologia e alto custo, com a finalidade de proporcionar melhor qualidade de vida à população.

Segundo as Normas do Ministério da Saúde, o CRIE precisa ser implantado em uma unidade com atendimento de emergência. Assim, em 2011 foi estruturado uma unidade no Hospital Municipal Rocha Maia e outra no Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, na Fiocruz.

2) Objetivo geral

Apoiar a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ) na consolidação do Projeto dos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais - CRIE mediante a implantação e implementação de normas e ações preconizadas pelo Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde (MS).

As propostas da SMS/RJ para os CRIE são:

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

3) Atribuições:

- **Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS):**
 - o Fazer a gestão financeira do CRIE Hospital Municipal Rocha Maia. A gestão financeira do CRIE INI será de responsabilidade da Direção do Instituto;
 - o Integrar os responsáveis pelos CRIE e seus profissionais com outras instâncias estaduais e federais que competem à gestão de CRIE;
 - o Fornecer os insumos necessários para funcionamento: os imunobiológicos (vacinas e

- o imunoglobulinas), seringas e agulhas;
 - o Fornecer capacitação especializada para os profissionais envolvidos caso necessário.
- **CRIE Hospital Municipal Rocha Maia e CRIE Instituto Nacional de Infectologia (INI/Fiocruz):**
 - o Fornecer espaço físico adequado para o funcionamento;
 - o Selecionar equipe técnica mínima composta de médico, enfermeiro e técnico/auxiliar de enfermagem para executar as atividades do CRIE;
 - o Funcionar diariamente e em tempo integral, com disponibilidade de imunobiológicos especiais nos casos de urgências, inclusive no período noturno, feriados e finais de semana;
 - o Alimentar e retroalimentar os Sistemas de Informações vigentes.

4) Apoio para consolidação dos CRIE

Objetivos específicos

4.1. Apoio à gestão do projeto

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

4.2. Apoio a adequação da estrutura física

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

4.3. Apoio ao desenvolvimento tecnológico

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

4.4. Apoio logístico

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

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

SUBPROJETO 5.1: RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Responsável Técnico pelo Projeto: S/SUBPAV/SAP

1) Introdução

As evidências demonstram que os Sistemas de Saúde apoiados em uma base qualificada e consistente no âmbito da Atenção Primária à Saúde proporcionam melhores resultados em saúde, porque seus efeitos são claros e relativamente rápidos, particularmente no tocante à prevenção da progressão de doenças prevalentes além de minorar os efeitos de lesões (Starfield, 2007). Nesse

sentido, Sistemas de Saúde com base forte em APS têm obtido resultados importantes inclusive na abordagem de problemas de saúde emergentes como HIV/SIDA, tuberculose e doenças crônicas, dentre outros (Macinko, Starfield & Erinosh, 2009). Estes resultados podem ser explicados pela individualização do cuidado em saúde verificada no âmbito da APS, cujo foco não mais recai sobre as doenças, mas sobre pessoas em seus contextos de natureza familiar e comunitária. Além disso, a APS leva em conta os fatores sócio-culturais e psicológicos, para além dos biológicos, envolvidos no processo saúde- adoecimento e na adesão ao tratamento (Starfield, 2007).

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

No município do Rio de Janeiro, o movimento de expansão se iniciou tardiamente, a partir de 2009. Contudo, cabe aqui ressaltar o compromisso do Município com a consolidação do modelo.

2) Justificativa:

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

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

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

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

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

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

1. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que em seu artigo 6º inciso III define entre as atribuições dos entes federados a sua participação na formulação e na execução da

- política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;
2. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que em seu capítulo III, determina as diretrizes para formação médica no âmbito da graduação e pós-graduação (residência médica) no país;
 3. Portaria interministerial nº 1.618, de 30 de setembro de 2015, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), como um dos eixos do Programa Mais Médicos - Residência, o Plano Nacional de Formação de Preceptores para os Programas de Residência na modalidade Medicina de Família e Comunidade, com o fim de subsidiar e assegurar instrumentos para o processo de expansão de vagas de residência em Medicina Geral de Família e Comunidade;
 4. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina;
 5. Portaria interministerial nº 1.127, de 4 de agosto de 2015, que institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
 6. Responsabilidade constitucional de incrementar o desenvolvimento científico, tecnológico e de ordenação da formação de recursos humanos para a área da saúde, regulamentada pelo Decreto de 20 de junho de 2007, que institui a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde;
 7. Política Nacional de Atenção Básica que define a Saúde da Família como eixo ordenador do sistema de saúde;
 8. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde - SUS para formação e desenvolvimento de trabalhadores na área da saúde, e as novas diretrizes para sua implementação, dispostas na Portaria nº 1996/GM, de 20 de agosto de 2007;
 9. Necessidade de incentivar a formação profissional nas unidades de atenção primária à saúde municipais e a adequação dos serviços para o desenvolvimento de práticas pedagógicas no SUS;
 10. Adesão conjunta do MRJ e IES ao edital nº 24, de 15 de dezembro de 2011 seleção de projetos de instituições de educação superior do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde e o edital nº 13, de 28 de setembro de 2015 seleção para o programa de educação pelo trabalho para a saúde PET-SAÚDE/GRADUASUS - 2016/2017, ambos com ênfase na Atenção Primária, tendo em vista a atuação na Estratégia Saúde da Família e que se propõem a fomentar as mudanças curriculares em curso.

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

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

3) Objetivos gerais:

Fortalecer e qualificar a rede de APS do município do Rio de Janeiro por meio do desenvolvimento

de ações ligadas à formação em serviço, com consequente ampliação da qualidade e do desempenho clínico assistencial, do custo efetividade, do provimento e fixação profissional, da satisfação dos usuários e da inovação tecnológica relacionada a processos avaliativos e de metodologias pedagógicas para educação permanente.

4) Objetivos específicos:

- Apoiar a operacionalização do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) da SMS;
- Apoiar a preceptoria de alunos de graduação médica garantindo sua integração às unidades onde se desenvolve o PRMFC e aos respectivos processos formativos vigentes no mesmo.

Objetivo específico A:

Apoiar a gestão acadêmica e logística operacional relacionadas às ações desenvolvidas no PRMFC- SMS-RJ visando garantir a formação de médicos residentes do programa alinhados ao perfil de competências definido na resolução nº 1, de 25 de maio de 2015 da secretaria de educação superior do MEC http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=17661-res01-25052015-sesu-residencia-medica&Itemid=30192 que regulamenta os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina de Família e Comunidade - R1 e R2 e no currículo por competências da respectiva sociedade científica da especialidade [http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf)

Ações desenvolvidas:

● Coordenação técnica do PRMFC-SMS-RJ

Composta por cinco profissionais especialistas em MFC responsáveis pela gestão acadêmica e operacional para formação de 300 residentes de primeiro e segundo ano distribuídos por 120 equipes de saúde da família em 25 unidades de APS de 9 Áreas de Planejamento da rede de atenção à saúde do município do Rio de Janeiro. Produção de material pedagógico fruto de inovação tecnológica relacionado a metodologias de ensino para transmissão de competências em MFC (Multiplica) e avaliação formativa e somativa (portfólio eletrônico). Garantia do alinhamento conceitual e operacional do PRMFC ao projeto político pedagógico submetido, aprovado e reconhecido pela comissão nacional de residência médica (CNRM) em 12 de dezembro de 2013 sob o parecer SISCNRM 1469/2014 contido no processo 2013-368. Monitoramento das ações desenvolvidas nas unidades de APS da rede de atenção, celebrar termos de cooperação técnica e parcerias para viabilização e manutenção dos campos de estágios secundários dos residentes.

● Secretaria Acadêmica do PRMFC-SMS-RJ

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

- **Educação permanente para os residentes e preceptores do PRMFC**

Realizada através de cursos, oficinas e grupos de trabalho com ênfase em: manejo clínico de condições prevalentes na APS, ferramentas para a docência, metodologias de avaliação e competências curriculares, manejo de pacientes complexos e segurança do paciente, habilidades de comunicação, pesquisa na APS. Incluem-se aqui os cursos realizados através de matriz conceitual pedagógica do EURACT (Academia Europeia de Professores de Medicina de Família) <http://euract.woncaeurope.org/> em seus 4 níveis e outros cursos com foco na aquisição de competências específicas ofertados também aos médicos residentes como o ACLS http://cpr.heart.org/AHA/ECC/CPRAndECC/Training/HealthcareProfessional/AdvancedCardiovascularLifeSupport/ACLS/UCM_473186_Advanced-Cardiovascular-Life-Support-ACLS.jspe o PALS http://cpr.heart.org/AHA/ECC/CPRAndECC/Training/HealthcareProfessional/Pediatric/UCM_476258_PALS.jsp dentre outros.

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

Viabilizado através da atuação presencial de profissionais especialistas em regime de apoio de aproximadamente 100 horas semanais distribuídos em escalas de cobertura para todos residentes, equipes e unidades onde se desenvolve o PRMFC. Com ênfase no desenvolvimento e na transmissão de competências para a ampliação da resolutividade clínico-cirúrgica ambulatorial no manejo das doenças e agravos do campo destas especialidades, mais prevalentes na APS.

- **Inovação tecnológica**

Desenvolvimento de metodologia de ensino (Método Multiplica) para o desenvolvimento de competências em MFC. Incluindo os formatos digital e físico para veiculação e utilização do produto. Para o formato físico há a necessidade de prestação de serviços de revisor (revisão ortográfica), diagramação e layout (designer gráfico) e tiragem editorial (gráfica). Para o formato digital inclui-se o aluguel de um sítio digital (site) e os serviços de um técnico de informática para upload e disponibilização do material através de navegabilidade amigável.

Desenvolvimento de metodologia avaliativa somativa e formativa para todas dimensões de competências a serem desenvolvidas pelos médicos residentes, conferindo a aferição de notas e conceitos atestadores da aprovação e respectiva certificação ao término do programa, através de portfólio eletrônico. Para o desenvolvimento e utilização da plataforma se faz necessária a prestação de serviços de um programador para o desenvolvimento do programa, layout e navegabilidade na ferramenta e o aluguel de um servidor de internet.

- **Aquisição de material permanente e insumos**

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

- **Participação em eventos científicos**

Apoio à participação de representações entre os médicos residentes, preceptores e coordenadores que prioritariamente tenham trabalhos inscritos e aprovados nas modalidades pôster e apresentação oral ou sejam convidados para fóruns, painéis, mesas redondas e oficinas, na forma de custeio de inscrições, estadia e transporte. Assim como, de acordo com a viabilidade, a estruturação de estande institucional que possibilite dar visibilidade ao trabalho realizado no PRMFC e na SMS, compartilhando materiais para divulgação e apoio e captando profissionais para ingresso no PRMFC ou para atuação nas equipes de APS da rede assistencial. Apoio este todo direcionado à atualização clínica, troca de experiências e divulgação do trabalho realizado com consequências diretas para a qualificação e fortalecimento da rede de APS municipal.

- **Apoio logístico e operacional**

Estrutura de transporte composta por até 5 motoristas responsáveis pelo trânsito dos coordenadores (para interlocuções e intervenções locorregionais), transporte de materiais de apoio (distribuição e reposição de livros, material permanente e insumos) e fluxos de documentos para controle acadêmico e ações disciplinadoras da COREME pelas 25 unidades de APS, 5 de atenção hospitalar, 9 coordenações de área de planejamento, complexo regulador, sede da coordenação do PRMFC e SMS que são cenários de treinamento dos residentes e preceptores ou pontos de apoio para a gestão do programa.

- **Suporte às ações**

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

Metas

- Apoiar a formação de 100% dos residentes em Medicina de Família e Comunidade (300 residentes por ano)
- Apoiar a formação de 100% dos preceptores (150 preceptores) garantindo a qualidade da supervisão para formação (de acordo com o perfil de competências da especialidade) de 100% dos residentes em Medicina de Família e Comunidade do Município (300 residentes por ano)

Produto

- Nº de residentes que completam o PRMFC.
- Relatório de ações de apoio realizadas.

Objetivo específico B

Garantir que toda a estrutura e dinâmica de preceptoria propostas na direção da qualidade e do ótimo desenvolvimento das ações formativas ligadas ao PRMFC estejam disponibilizadas como cenários de treinamento para integração dos alunos de graduação médica (na modalidade internato) das instituições de ensino superior conveniadas à SMS e para acadêmicos de medicina bolsistas da SMS, que através de processo seletivo público estagiam em caráter extra curricular na modalidade APS, proporcionando um espaço de experiências sensibilizadoras, que despertem o interesse, influenciem e respaldem as decisões relacionadas às futuras

escolhas das trajetórias profissionais pela atuação na MFC, ampliando a captação de ingressos no PRMFC e sua posterior vinculação e fixação às equipes que compõem a rede de APS da SMS e do SUS municipal.

Ações previstas

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

Metas

Garantir a inserção dos alunos de graduação médica (na modalidade internato) e acadêmicos de medicina bolsistas da SMS com estágio extra curricular na modalidade APS em todas as unidades onde se desenvolve o PRMFC e sua integração às atividades de preceptoria desenvolvidas no processo formativo dos residentes.

Produto

- Nº alunos de graduação (internato médico) e acadêmicos de medicina bolsistas da SMS com estágio extracurricular na modalidade APS que receberam preceptoria nas unidades onde se desenvolve o PRMFC/ ano.
- Relatório anual com total de alunos distribuídos por: unidade de saúde, instituição de ensino, período da graduação e duração do estágio.

SUBPROJETO 5.2: ESPECIALIZAÇÃO EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

1) Justificativa

A Vigilância em Saúde é caracterizada como um conjunto articulado de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, sob a ótica da integralidade do cuidado, o que abrange tanto a abordagem individual quanto a coletiva dos problemas de saúde.

Para fortalecer as ações de gestão no âmbito da saúde pública é necessário formarmos profissionais capazes de analisar e monitorar criticamente os indicadores de saúde da cidade.

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

2) Objetivo geral

Desenvolver as competências necessárias para a atuação em ações de Vigilância em Saúde, contribuindo, dessa forma, para a promoção à saúde da população.

SUBPROJETO 5.3: PROJETOS DE IMPLANTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE MODELOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

1) Introdução

A rede municipal de Atenção Primária à Saúde sofreu expansão significativa nos últimos anos e a qualificação da atenção prestada nas Unidades de Saúde é considerada uma prioridade.

O Ciclo de Debates da Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde - SUBPAV, que ocorre desde 2010, constitui uma das ferramentas mais importantes de educação permanente na Secretaria Municipal de Saúde - SMS. Representa um espaço privilegiado de discussão técnica entre gestores da SUBPAV e os profissionais da rede de Atenção Primária à Saúde - APS, no qual diretrizes são divulgadas, tecnologias são atualizadas e experiências são compartilhadas. A coordenação desta importante estratégia cabe à Superintendência de Integração das Áreas de Planejamento – S/SUBPAV/SIAP.

As sessões do Ciclo de Debate são destinadas aos profissionais com perfil adequado à cada um dos temas propostos. Sendo assim, Diretores, Gerentes, RT, médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e outros profissionais da saúde têm a oportunidade e o compromisso de compartilhar o conteúdo para os demais profissionais de suas equipes e unidades de saúde. Desta forma, a possibilidade de disseminação do conhecimento adquirido nas sessões oportuniza o aprimoramento das ações desenvolvidas na APS.

2) Objetivo geral

Propiciar a interlocução entre gestores da SUBPAV e profissionais da rede de Atenção Primária à Saúde, através das sessões programadas do Ciclo de Debates – SUBPAV, a fim de contribuir para a qualificação técnica da rede da APS e o aprimoramento das ações desenvolvidas nos territórios.

3) Objetivos específicos

- a) Oportunizar, aos profissionais da APS, o aprimoramento técnico e a atualização sobre temas relevantes;
- b) Divulgar protocolos, informes, documentos técnicos, fluxos, rotinas para a rede de APS;
- c) Propiciar o alinhamento das ações desenvolvidas pela APS às diretrizes da SMS;
- d) Instigar a troca de experiências, o debate e a reflexão sobre as práticas na APS;
- e) Potencializar a disseminação do conhecimento adquirido nas sessões através de parcerias com os Centros de Estudos e Divisões de Ações e Programas de Saúde (DAPS) das Coordenadorias de Área de Planejamento (CAP), Ambientes de Saberes e Aprendizagens

- em Saúde (ASAS Rio) e outros;
- f) Contribuir para a qualificação do cuidado na rede de Atenção Primária à Saúde.

4) Aspectos Metodológicos

As sessões do Ciclo de Debates ocorrem, quinzenalmente, para cerca de 300 profissionais da Rede de Atenção Primária de todas as categorias. As sessões tratam de temas previamente definidos por um grupo de trabalho formado por representantes das CAP, das áreas técnicas do Nível Central e das Superintendências, sempre baseadas nas prioridades da SMS e da SUBPAV. São consideradas, ainda, as sugestões de temas feitas pelos profissionais de saúde que frequentam as sessões. A grade de temas é publicada anualmente no diário oficial do município.

Para cada sessão são realizadas, no mínimo, duas reuniões preparatórias com as áreas técnicas envolvidas com o tema, visando a definição dos objetivos, conteúdo, metodologia, programação, público alvo e resultados esperados. Desde a sétima sessão de 2017, vem sendo realizadas também reuniões regulares, por videoconferência, com representantes dos Centros de Estudo e DAPS das CAP, assim como representantes dos ASAS Rio, com o objetivo de potencializar a discussão dos temas nos territórios. Assim, para a construção de cada uma das sessões são definidos os principais aspectos a serem abordados que possam impactar na melhoria da qualidade da atenção, o que torna as sessões focadas nos resultados esperados.

Para as sessões do Ciclo de Debates são convidados palestrantes da SMS e de outras instituições, e são realizadas atividades dinâmicas com a plateia objetivando incentivar o debate, tais como: projeção e discussão de filmes, mesas redondas participativas, dramatizações, exposição e discussão de casos e apresentação de experiências bem-sucedidas. Todas as apresentações, bem como toda a bibliografia indicada pelos organizadores de cada sessão, são disponibilizadas no Portal da SUBPAV/SIAP.

As sessões são avaliadas pelos participantes sob vários aspectos, conforme formulário de avaliação: Avaliação Geral, Conteúdo das Apresentações, Qualidade das Apresentações, Desempenho dos Facilitadores, Troca de Experiências, Capacidade de Transmitir para os Profissionais das Unidades as Informações Recebidas nas Sessões do Ciclo de Debates, Adequação da Indicação para Participação na Sessão, Qualidade do Material Bibliográfico, Acesso ao Material Bibliográfico Disponibilizado Antes do Dia da Sessão e Leitura da Bibliografia Recomendada Antes da Sessão. O consolidado destas avaliações permite um trabalho contínuo de qualificação do processo de trabalho para a realização do Ciclo de Debates - SUBPAV.

A participação de cada uma das unidades de saúde da APS deve ser garantida em pelo menos 75% das sessões a cada ano. A frequência dos profissionais é encaminhada para as CAP após cada sessão para controle local da participação das unidades de saúde.

Este projeto prioriza o estímulo à transmissão de informações e conhecimento adquirido nas sessões. Desta forma, os profissionais indicados para representar suas unidades de saúde são orientados a discutir os conteúdos das sessões nas reuniões de equipe. O monitoramento do compartilhamento dos conteúdos com as equipes nas unidades de origem ainda constitui um desafio que devemos superar através de parcerias. Contaremos com as CAP e os ASAS Rio como pontos focais nos territórios para a implementação e monitoramento de estratégias criadas para este fim.

5) Resultados esperados

Espera-se, para o ano de 2019, a realização das 20 sessões programadas, com 20 temas selecionados alinhados às prioridades da SUBPAV, contando com a participação de cerca de profissionais de 232 Unidades de Atenção Primária, a fim de contribuir com a qualificação técnica da rede da APS e o aprimoramento das ações desenvolvidas nos territórios.

SUBPROJETO 5.4: APOIO ÀS LINHAS DE CUIDADOS E PROJETOS ESPECIAIS

1) Justificativa

O cuidado integral e contínuo a uma condição de saúde ou ciclo de vida, abrangendo todas as necessidades específicas destas condições, é representada simbolicamente pelo termo "linha de cuidado".

Trata-se de método de articulação de recursos e práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, para o cuidado ao indivíduo, sua família e comunidade, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância.

"Visa à coordenação do cuidado, através da pactuação/contratualização e da conectividade de papéis e de tarefas dos diferentes pontos de atenção e profissionais" (BRASIL, Portaria nº 4.279, 2010).

A implantação, execução e monitoramento de linhas de cuidado deve necessariamente envolver a Atenção Primária à Saúde (APS), que opera como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede (BRASIL, Portaria nº 4.279, 2010). Deve considerar fortemente a atuação de demais pontos da rede de atenção à saúde (RAS), como ambulatórios de especialidades e pontos de urgência e emergência, promovendo sua interação para fomentar a integralidade do cuidado, princípio do SUS.

Diante do imperativo da consolidação da Atenção Primária no município do Rio de Janeiro, do aumento expressivo de profissionais atuando na Estratégia Saúde da Família, com a necessidade de qualificação da execução das ações previstas nas linhas de cuidado, e da perspectiva de aprimoramento da rede de atenção à saúde em outros pontos, incluindo o nível secundário, é necessário apoio e monitoramento destas práticas em saúde, sendo este o objetivo deste projeto.

2) Objetivo Geral

Oferecer suporte técnico que facilite a execução e o monitoramento apropriados de ações de saúde pertencentes às diversas linhas de cuidado desenvolvidas no município do Rio de Janeiro, com ênfase nos níveis primário e secundário de atenção à saúde.

3) Objetivos Específicos

- a) Revisar, apoiar e monitorar a implantação e execução de diretrizes clínicas e protocolos por profissionais de atenção primária e secundária à saúde do município do Rio de Janeiro;
- b) Realizar educação continuada e apoiar a educação permanente de profissionais e gestores da atenção primária e secundária;
- c) Promover a comunicação entre os diversos pontos da RAS, através do desenvolvimento e estímulo à utilização de ferramentas de comunicação e compartilhamento de cuidado.

4) Ações previstas:

- Desenvolvimento e revisão de notas técnicas, diretrizes e protocolos clínicos relacionados à Atenção Primária e Secundária à Saúde;
- Realização de atividades de educação continuada para gestores e profissionais da Atenção Primária e Secundária à Saúde;
- Suporte às ações: serviço gráfico, editoração e comunicação em saúde.

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

1) Justificativa

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

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

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

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

2) Ações previstas

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

3) Meta

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

4) Produto: Relatórios mensais.

SUBPROJETO 5.6: MONITORAMENTO DA QUALIDADE DE AÇÕES EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA

1) Justificativa

Durante os últimos anos, houve uma importante expansão das equipes de saúde da família no município do Rio de Janeiro.

O processo de trabalho na atenção primária e secundária é produtor, por natureza, de grande volume de dados, através da utilização de diversos sistemas de informação, prontuários clínicos e bases de dados auxiliares, sendo complexa a tarefa de produzir, consolidar e analisar tais informações. As equipes assistenciais e a gestão local necessitam de apoio para executar seu trabalho baseado em informações, o que é prerrogativa essencial do cuidado em saúde de uma população.

Por outro lado, para uma gestão em saúde de qualidade o trabalho deve ser baseado em informações consolidadas, que permitam análise e forneçam subsídios à tomada de decisão.

2) Objetivo Geral

Prover apoio institucional relacionado ao uso adequado de informação em saúde para a gestão do cuidado.

3) Objetivos Específicos

- a) Consolidar e analisar informações, com foco nos indicadores estratégicos de saúde;
- b) Utilizar o geoprocessamento de informação em saúde para indução de processos de trabalho baseados na situação de saúde dos territórios e suas especificidades.

4) Ações previstas

- Acompanhamento e análise mensal de indicadores de saúde, com foco na integração de diversas fontes e painéis atualmente utilizados no município;
- Manutenção da plataforma SUBPAV e de suas funcionalidades;
- Apoio para os profissionais de saúde relacionado aos sistemas de informação utilizados (ex: SIA, SISAB, SCNES, e-SUS AB);
- Manutenção dos bancos de dados e desenvolvimento para integração dos sistemas;
- Integração dos bancos de dados de informações da Atenção Primária e Secundária.

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

1) Justificativa:

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

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

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

2) Objetivo geral

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

3) Ações previstas:

- Monitoramento de vacância das equipes de saúde da família;
- Georreferenciamento de vacância de médicos.

SUBPROJETO 5.8: APOIO A MANUTENÇÃO DAS ESTAÇÕES ASAS Rio

1) Justificativa

O Ambientes de Saberes e Aprendizagens em Saúde da cidade do Rio de Janeiro (ASAS Rio) busca reunir metodologias e tecnologias de informação que contribuam com o fortalecimento do SUS e a melhoria da qualidade de vida da população. Entre 2010 e 2013, foram estruturadas Estações Observatório de Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde (Estações OTICS), espaços de educação permanente distribuídos nas dez áreas de planejamento da cidade. Atualmente o projeto intitula-se ASAS Rio. Esta iniciativa possibilitou a capacitação de centenas de profissionais, integrando atenção primária, vigilância e promoção da saúde.

A crescente expansão da cobertura de Saúde da família na cidade trouxe novas necessidades na rede municipal de saúde. Uma Atenção Primária resolutiva demanda maior qualificação dos profissionais. Este é um enorme desafio em função da complexidade da rede, da rotatividade dos profissionais, da limitação de recursos e das dificuldades de mobilidade na cidade.

Os recursos tecnológicos das Estações ASAS podem potencializar, de forma significativa, a educação permanente, a integração da rede e a disseminação de informações.

A otimização da rede de Estações ASAS também foi objeto de revisão por parte Subsecretaria de Atenção Primária, Promoção e Vigilância em Saúde (SUBPAV), levando em consideração a demanda por área e os dispositivos tecnológicos que hoje permitem um processo de comunicação interna seguro e eficaz. Serão mantidas 10 Estações.

Importante ressaltar que este subprojeto é importante para toda a SMS e sua rede de parceiros dentro e fora da Prefeitura, contribuindo com a governança, a qualificação profissional, a promoção e o letramento em saúde.

2) Objetivo Geral

Qualificar a Atenção Primária em Saúde, por meio da educação permanente, da disseminação de informações, da qualificação das práticas educacionais e de comunicação por meio das

metodologias e tecnologias de informação e comunicação em saúde das 10 Estações ASAS já instaladas.

3) Objetivos Específicos

- a) Contribuir com a governança da CAP;
- b) Potencializar as atividades de educação formal e educação permanente na rede de Atenção Primária em Saúde integrando atenção primária, promoção e vigilância da saúde;
- c) Estabelecer parcerias para favorecer a troca de experiências e recursos e ampliar a visibilidade positiva da SMS;
- d) Qualificar as ações de promoção da saúde e aumentar o letramento em saúde;
- e) Ser um espaço de construção compartilhada de conhecimentos entre os profissionais da rede municipal de saúde, gestores, profissionais de outras áreas do governo, universidades, estudantes e sociedade civil;
- f) Fomentar a articulação intersetorial regional.

4) Atividades:

- Fazer reuniões mensais com a CAP para análise dos indicadores, dos resultados de avaliações como os Seminários de Avaliação e melhoria da qualidade da APS; definição de prioridades; construção compartilhada de estratégias e iniciativas;
- Buscar a articulação com os diversos sistemas de informação da SMS (portal da SMS, portal SUBPAV, TABNET, Placar da Saúde, Elos da Saúde, etc.), da Prefeitura e outros parceiros, como o Rio como Vamos, o IPP e o UNICEF, organizando a informação de forma amigável no site da Estação ASAS;
- Buscar parceria com os centros de estudos das CAP no apoio a cursos e outras atividades;
- Criar e disponibilizar no portal da Estação um acervo de objetos de aprendizagem, metodologias e outros recursos educativos que disseminem conhecimentos voltados para a solução ou redução dos problemas de saúde de indivíduos e comunidade, com ênfase na redução das iniquidades;
- Capilarizar as atividades de educação permanente realizadas no nível central ou em outras áreas geográficas, como o Ciclo de Debates, ampliando sua abrangência por meio de recursos tecnológicos e da mobilização regional dos profissionais de saúde;
- Disponibilizar cursos online realizados pela SMS, Fiocruz, Ministério da Saúde, Telessaúde e outras instituições parceiras;
- Estabelecer parcerias com órgãos públicos e privados de mídia educativa como MultiRio/PCRJ; Naves do Conhecimento/SMCT; Canal Saúde/Fiocruz;
- Estabelecer parcerias com a mídia local: jornais, rádios e TVs comunitárias, entre outros;
- Realizar campanhas de saúde;
- Criar um banco de idéias e boas práticas;
- Organizar o acervo televisivo para as unidades de saúde;
- Fomentar o debate, a integração e a troca de experiências através das redes sociais e das teleconferências;
- Estabelecer parcerias e disponibilizar informações sobre a rede intersetorial regional;
- Participar de reuniões de integração da rede intersetorial local.

APROJETO 6: INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA, VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE

SUBPROJETO 6.1: QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES E INFORMAÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

1) Introdução

De acordo com a Portaria Ministerial nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009, a Vigilância em Saúde é caracterizada como um conjunto articulado de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, sob a ótica da integralidade do cuidado, o que abrange tanto a abordagem individual quanto a coletiva dos problemas de saúde.¹ Esse conceito inclui: a vigilância e controle das doenças transmissíveis, a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis, a vigilância da situação de saúde, a vigilância ambiental em saúde, a vigilância estratégica de eventos de importância de Saúde Pública e as ações de caráter individual, organizadas sob a forma de consultas e procedimentos.⁴

Seus principais desafios são a (re)definição: de responsabilidades, da consolidação de redes de atenção à saúde; de base territorial e da eleição de prioridades, utilizando metodologias ou ferramentas da vigilância epidemiológica.³

2) Justificativa

Desde 2009 a Vigilância em Saúde na Cidade do Rio de Janeiro vem passando por um processo de fortalecimento e descentralização de suas ações. Houve investimento em novos serviços, em infraestrutura nos diversos níveis de atuação e em tecnologia e logística. Porém, percebe-se a necessidade de investimento em qualificação das ações e informações, em destaque para os agravos transmissíveis, direcionados para a reorganização dos serviços e das práticas de Vigilância em Saúde nos níveis regional e local.

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

3) Objetivos Geral

O objetivo geral do subprojeto consiste em ampliar e qualificar o escopo das ações de vigilância e controle de agravos em saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

4) Objetivos específicos:

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

- Manter a manutenção da investigação de óbitos nas 10 DVS. Está incluída neste processo de trabalho a implementação de investigação familiar por meio da ESF;
- Avaliar o desempenho do sistema online para digitação descentralizada das fichas-síntese da investigação de óbitos infantis, fetais, maternos e para a investigação de MIF, a fim de promover adequações necessárias;

- Qualificar causas externas e mal definidas de óbito por meio de investimento nos Núcleos Hospitalares de Vigilância em Saúde;
- Incrementar a qualidade dos endereços das bases do SINASC e do SIM pelo georreferenciamento, com a correção pela base de logradouros da cidade.

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

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

EIXO 3: Emergências de Saúde Pública

- Atuar na detecção, verificação, resposta e monitoramento dos riscos de saúde pública (anexo II da Portaria nº104 de 25 de janeiro de 2011) ocorridos no município do Rio de Janeiro;
- Apoiar e/ou gerenciar a resposta aos riscos de saúde pública ocorridos no município do Rio de Janeiro, facilitando uma ação coordenada que envolva todos os setores e instituições relacionados ao evento;
- Atuar no manejo de riscos de saúde pública municipal, sendo um elemento facilitador da resposta coordenada;
- Manter disponível equipe técnica, estrutura física, equipamentos, transporte e insumos necessários para o processo de detecção, verificação, resposta e monitoramento dos riscos de saúde pública municipal (anexo II da Portaria nº 104/MS, de 25 de janeiro de 2011), durante 24 horas, inclusive nos finais de semana e feriados;
- Adotar, de forma ágil, as medidas adequadas para a investigação epidemiológica, profilaxia e bloqueio da disseminação de doenças (quando se aplica) e manutenção de equipe de resposta rápida;
- Acionar, em surtos ou emergências de saúde pública, os laboratórios da rede municipal e estadual do Rio de Janeiro, que deverão receber, em período integral, as amostras biológicas a fim de emitir os resultados em tempo oportuno;
- Monitorar e avaliar o comportamento epidemiológico das doenças, agravos e eventos e capturar informações sobre riscos de saúde pública de importância municipal, estadual, nacional e internacional, incluindo o resgate de informações sobre doenças endêmicas e epidêmicas dos locais com maior fluxo de viajantes para o município do Rio de Janeiro ou dos locais mais procurados como destino de viagem pelos residentes deste município;
- Desenvolver atividades de preparação e resposta antes, durante e após a ocorrência

dos eventos de massa. Consideram-se eventos de massa, àquelas atividades coletivas que por motivo esportivo, religioso, lúdico ou laboral, entre outras motivações, movimentem e/ou atraiam um elevado contingente de pessoas vindas de todas as partes do país e/ou mundo.

EIXO 4: Vigilância Ambiental em Saúde (VAS)

- Desenvolver um Sistema de Informações para o registro do trabalho de campo dos Agentes de Vigilância em Saúde – SISVAS, conforme descrito no eixo 6;
- Analisar os resultados a partir da reorganização da estrutura local e fluxos de trabalho da VAS a fim de alinhar com o desenvolvimento do Sistema de Informações;
- Qualificar das ações de monitoramento e análise: dar continuidade ao investimento em logística e suporte às Gerências de Fatores de Riscos Biológicos e Não Biológicos visando à ampliação e consolidação das diversas ações de suas competências e seus projetos; reaparelhar o Laboratório de Vigilância Ambiental, ampliando sua capacidade de atendimento e capacitação de pessoal.

EIXO 5: Programa de Imunizações

- Implantar 2 Centros de Orientação de Viajantes (COV): no Centro Especial de Vacinação Dr. Álvaro Aguiar (CEVAA) para atendimento e orientação de viajantes como referência para as APs: 1.0, 2.1, 2.2, 3.1, 3.2 e 3.3; na AP 4.0 para atendimento e orientação de viajantes como referência para as APs: 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3;
- Gerir os Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIEs) do Hospital Municipal Rocha Maia e do Instituto Nacional de Infectologia / Fiocruz, para atendimento das indicações de imunização em situações especiais;
- Implantar, em etapas, os Sistemas de Informação do Programa de Imunizações (SIPNI) e o Sistema de Informação online de Vigilância de EAPV, em todas as 232 salas de vacinação do Município, para obter registro nominal dos vacinados na rotina e em campanhas de vacinação;
- Implantar, gradativamente, o Sistema de Informação online de Vigilância de EAPV

em todas as 232 salas de vacinação do Município, para otimização da notificação oportuna, descentralização de ações de condutas e monitoramento contínuo da vigilância de EAPV.

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

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

4) Desenvolvimento

Contextualização do local de trabalho e período de referência

Esse projeto de intervenção será executado no período de Dezembro de 2018 a Novembro de 2019.

As ações e informações de VS estão estruturadas nas 5 Coordenações da Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS), nas 10 (dez) Divisões de Vigilância em Saúde (DVS) das Coordenadorias Gerais de Atenção Primária (CAP); nos 30 Serviços de Vigilância em Saúde (SVS) ⁵ e nos 15 (quinze) Núcleos Hospitalares de Vigilância em Saúde (NHVS).⁶

5) Recursos mínimos necessários:

Serviços de Vigilância em Saúde:

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

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

Necessidade de 03 técnicos de nível médio 40 horas, sendo 01 administrativo, 01 técnico de enfermagem e 01 agente de vigilância em saúde egresso do Proformar para apoio às ações de Vigilância Ambiental em Saúde da área.

Divisões de Vigilância em Saúde:

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

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

Necessidade de 02 técnicos de nível médio 40 horas.

SUBPROJETO 6.1.1: VIGILÂNCIA SENTINELA DE ARBOVIROSES

1) Introdução

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

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

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

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

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

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

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

2) Justificativas

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

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

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

Por tratar-se de um cenário epidemiológico e científico dinâmico, e sabendo que as doenças têm comportamento sazonal, é esperada uma grande variação da atividade das arboviroses, no

período de vigência do projeto. Além do caráter sazonal é possível também que as doenças tenham comportamentos diferentes nas áreas da Cidade, em função da população suscetível, condições sociais e de meio ambiente.

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

| RELAÇÃO DE UNIDADES SENTINELAS | | |
|---|---|---|
| Foram definidas pelo menos uma Unidade de Atenção Primária e uma Unidade da Rede de Urgência e Emergência por AP (exceto nas AP 2.2 que não têm Unidade de Urgência e Emergência da SMS): | | |
| AP | Atenção Primária | Rede de Urgência e Emergência |
| 1.0 | CMS Fernando Antônio Braga Lopes | CER Centro |
| 2.1 | CMS João de Barros Barreto CMS Dr Albert Sabin | Hospital Municipal Rocha Maia |
| 2.2 | CMS Heitor Beltrão CMS Maria Augusta Estrella | - |
| 3.1 | CF Zilda Arns | UPA Manguinhos |
| 3.2 | Policlínica Rodolpho Rocco | UPA Engenho de Dentro |
| 3.3 | CF Souza Marques | HM Francisco da Silva Telles UPA Rocha Miranda |
| 4.0 | CF Otto Alves de Carvalho | UPA Cidade de Deus CER Barra |
| 5.1 | CF Faim Pedro | Hospital Municipal Albert Schweitzer |
| 5.2 | CMS Alvimar de Carvalho | Hospital Municipal Rocha Faria |
| 5.3 | CMS Emydio Cabral | CER Santa Cruz |

3) Objetivos

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

10) Desenvolvimento

Eixo 1: Vigilância Epidemiológica dos Casos

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

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

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

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

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

Amostras Biológicas

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

Amostra de Sangue

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

Amostra de Urina

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

Armazenamento e transporte das amostras

A cargo de empresa especializada em transporte de amostras biológicas

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

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

Eixo 2. Laboratório Operacional de Vigilância de Arboviroses

Amostras de soro com coleta até o 5º dia do início dos sintomas

Serão testadas para arboviroses através de pesquisa molecular (PCR). De acordo com a apresentação clínica e histórico de viagem, além de Dengue, Zika e Chikungunya, outras arboviroses poderão ser testadas.

Amostras de soro com coleta entre o 6º e 10º dia do início dos sintomas

Serão testadas para arboviroses através de sorologia (IgM); na eventualidade de todos os exames sorológicos serem negativos, outras arboviroses ou doenças poderão ser investigados com outras sorologias.

Amostra de urina

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

Outras atribuições do Laboratório:

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

11) Recursos necessários (detalhamento financeiro no plano de aplicação em anexo):

Supervisão do Trabalho de Campo:

- **Recursos Humanos:** na modalidade de bolsa, 1 enfermeiro 40h para supervisão a todas as Unidades;
- 1 carro com motorista e combustível para supervisão do trabalho de campo.

Transporte de Amostra:

- Contrato de empresa de transporte de amostra biológica, para uma rota a ser definida, sendo possível juntar 2 AP para cada rota.

Unidades Sentinela:

- **Equipamentos (para cada unidade):** 1 geladeira, 1 centrífuga, 1 computador, 1 impressora, 1 mesa e 1 cadeira;
- **Recursos Humanos (para cada unidade):** na modalidade de contratação CLT, 1 enfermeiro 40 h e 1 coletador 30 h;
- Material de consumo, custeio e manutenção.

Laboratório Operacional de Vigilância:

- **Equipamentos:** poderão ser pelo regime de comodato ou compartilhados de outros projetos/programas. As aquisições seguem a legislação municipal relativa ao patrimônio adquirido pela OSS.
- **Recursos Humanos:** A equipe poderá ser composta por 01 (um) coordenador e 01 (um) técnico de laboratório, 01 (um) digitador, 03 (três) biólogos e 01 (um) analista de processo.
- Material de consumo, custeio e manutenção.

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

SUBPROJETO 6.2: CURSO TÉCNICO DE AGENTES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

1) Justificativa

Em conformidade com as disposições da Lei 11.350, a Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro está promovendo a desprecarização progressiva dos vínculos dos trabalhadores desta área. Após a realização de concurso para contratação de novos servidores, inicia-se o processo de redefinição dos processos de trabalho com vistas à sua integração ao conjunto das ações da atenção básica. A superação de um modelo baseado no combate a uma doença específica (dengue) e na busca ineficaz de indicadores de produtividade, requer mudanças tanto no âmbito da gestão como da formação dos trabalhadores. Desta forma, dar-se-á continuidade ao curso para aperfeiçoamento profissional dos Agentes de Vigilância em Saúde, com formação técnica, visando aprimoramento nas ações e olhar mais amplo em relação à saúde, melhoria na qualidade da integração vigilância/atenção primária e formação de

profissionais aptos a fortalecer os núcleos e serviços de Vigilância em Saúde.

2) Objetivo Geral

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

3) Objetivos Específicos

- a) Oferecer aos profissionais subsídios teórico-práticos relativos à globalidade do processo de trabalho da Vigilância em Saúde, que contribuam para adoção de uma prática mais crítica, reflexiva e inovadora;
- b) Promover oportunidades de reconhecimento, análise e discussão sobre o espaço/território de atuação desses profissionais, visando elaboração de diagnóstico da situação de saúde e condições de vida, identificação de situações-problema e propostas de intervenção;
- c) Contribuir para formação de trabalhadores-cidadãos comprometidos com as novas práticas em saúde e com os avanços tecnológicos do SUS;
- d) Auxiliar na estruturação do Sistema Municipal de Informações de Vigilância em Saúde, a partir da implantação de estações de territorialização no conjunto das áreas programáticas e dos dados produzidos por esses profissionais no nível local

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

1) Justificativa

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

A atenção primária é uma estratégia inclusiva, ampliadora de acesso, coordenadora dos cuidados e da promoção à saúde. Para que seus objetivos sejam alcançados plenamente é necessário que as populações mais vulneráveis tenham acesso e adesão aos seus serviços. A reforma da atenção primária no município do Rio de Janeiro impõe o desafio de revisão dos modos de produção da saúde a partir das práticas desenvolvidas pelos profissionais dos serviços de saúde em articulação com outros equipamentos dos territórios, sejam governamentais ou não-governamentais.

Os esforços para a qualificação de práticas de promoção à saúde, especialmente na Estratégia de Saúde da Família, evidenciam a necessidade de ações de comunicação, informação e produção de conhecimentos associadas às práticas cotidianas dos serviços de saúde, de tal forma que os conhecimentos necessários às diferentes situações produzidas em relação ao cuidado, à gestão, à participação e à formação sejam supridos por acesso à informação, conhecimento e trocas de experiências exitosas.

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

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

2) Objetivo Geral:

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

3) Objetivos Específicos:

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

4) Recursos necessários para desenvolvimento das ações:

- Profissional de nível superior com perfil para elaboração de conteúdo técnico para sites, informes, boletins, jogos, revistas, vídeos e cartilhas para subsidiar o trabalho de educação em saúde das equipes de saúde da família;
- Profissional de nível superior com perfil para a realização de cursos e oficinas voltados para a qualificação de trabalhadores da atenção primária em promoção da saúde, considerando os determinantes sociais da saúde;
- Recurso humano com perfil de vulnerabilidade para a realização de atividades de promoção da saúde para grupos específicos (projetos de inclusão social);
- Apoio Logístico: Gráfica, impressão, diárias, passagens, material de apoio, material didático, transporte e equipamentos diversos.

SUBPROJETO 6.4: AÇÕES CONTINGENCIAIS PARA ENFRENTAMENTO DA TUBERCULOSE

1) Introdução

Estudos mostram que a tuberculose é uma doença que possui forte determinação social. De acordo com o Instituto Pereira Passos, o CENSO 2010 mostrou que a taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais no Município do Rio de Janeiro é de 2,9% e que apenas 50% da população possui onze ou mais anos de estudo¹. A correlação entre baixa escolaridade e desfecho desfavorável no acompanhamento de casos de tuberculose é fato conhecido e relatado na literatura².

A distribuição dos casos de tuberculose na cidade do Rio de Janeiro é heterogênea. A taxa de incidência no município é de 94/100.000 habitantes, mas em determinadas regiões a incidência se apresenta mais elevada, como por exemplo, taxa de 424/100.000 no bairro da Rocinha ou de 625/100.000 no bairro do Jacaré. Tais informações corroboram a estreita relação entre áreas de concentração da doença e condições socioeconômicas desfavoráveis. Alguns outros grupos populacionais possuem maior vulnerabilidade para adoecer devido às suas condições de vida e saúde, além de maior probabilidade de apresentar um desfecho desfavorável para seu tratamento. A expansão da Atenção Primária no município do Rio de Janeiro nos últimos anos culminou com a cobertura territorial pela Estratégia Saúde da Família de cerca de 70% da população. Ainda há, no entanto, dificuldade em se obter bons indicadores relacionados ao controle da tuberculose na cidade. Indicadores como incidência, prevalência, mortalidade, abandono de tratamento, proporção de cura e incidência de doença multirresistente permanecem insatisfatórios.

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

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

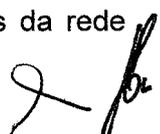
2) Objetivo Geral

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

3) Objetivos Específicos

a) Monitorar as práticas de diagnóstico e seguimento de casos de tuberculose, com ênfase na solicitação, interpretação e registro de exames laboratoriais bacteriológicos (teste rápido molecular, baciloscopia, cultura, teste de sensibilidade a antibióticos) e identificação laboratorial de cepas resistentes;

b) Implantar novas estratégias de educação permanente para os profissionais da rede municipal visando estimular a atualização, capacitação e boas práticas;



- c) Implantar novas estratégias de comunicação para a população visando aumentar a visibilidade e conhecimento da doença para a população.
- d) Melhorar a qualidade dos sistemas informação para tomada de decisão mais oportuna.

4) Ações

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

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

5) Desenvolvimento

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

Referências:

1. Rio em Síntese. IPP. Disponível em: <http://pgeo/mlateral/SinteseRio.asp>. Acesso em: 8 de junho de 2017.
2. Fatores Associados ao Abandono de Tratamento da Tuberculose no Paraná - Mara Cristina Ribeiro Furlan , Simoni Pimenta de Oliveira , Sonia Silva Marcon - Acta Paul Enferm. 2012;25(Número Especial 1):108-14.
3. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil -Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília/DF- 2011.
4. Guia de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde – 1ª edição atualizada – Brasília/DF – 2016.
5. Guia de Referência Rápida em Tuberculose – 1ª edição – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – 2016
6. Nota Informativa 09/2014 – Recomendações para o Diagnóstico da Tuberculose pelo Teste Rápido Molecular - Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose – Ministério da Saúde – 2014.
7. Brasil Livre da Tuberculose : Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

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

1) Introdução

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

2) Objetivo Geral

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

3) Objetivos Específicos

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

4) Ações

- Implantar e/ou implementar a testagem rápida para sífilis, HIV e hepatites B e C na rede de atenção à saúde e em outros setores sociais estratégicos;
- Garantir o diagnóstico laboratorial confirmatório e de acompanhamento de tratamento da sífilis, hepatites B e C e HIV em rede própria, terceirizada, conveniada ou referenciada;
- Qualificar a atenção às pessoas com HIV/Aids, sífilis e hepatites virais B e C na rede de Atenção Primária e Secundária do município do Rio de Janeiro, fortalecendo o papel das equipes de Saúde da Família no cuidado;
- Revisar a linha de cuidado das IST/AIDS e hepatites virais B e C, segundo as atualizações dos protocolos clínicos do Ministério da Saúde, contribuindo para a atualização das equipes de Saúde da Família no cuidado;
- Revisar os protocolos de regulação das IST/AIDS e hepatites virais B e C;
- Apoiar a implantação dos protocolos clínicos e de regulação relacionados às linhas de cuidados das hepatites B e C e HIV/Aids na rede de atenção à saúde em seus diversos pontos;
- Definir profissionais que servirão como referências técnicas e bases operacionais para apoio ao profissional generalista no cuidado ao HIV/Aids, hepatites virais e sífilis. Serão cinco especialistas em infectologia, um para cada duas áreas de planejamento (1.0, 2.1, 2.2, 3.1, 3.2, 3.3, 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3), que estarão baseados nas CAP e frequentarão as Unidades de Saúde proporcionando apoio técnico com adequada frequência e sustentabilidade, trabalhando de forma integrada com os NASF;
- Elaborar materiais educativos e informativos para os profissionais de saúde e portadores de IST/AIDS, sífilis e hepatites virais B e C, bem como para outros segmentos da sociedade de acordo com as necessidades identificadas pelas Linhas de Cuidados;
- Intensificar, descentralizar e qualificar as ações de promoção e prevenção das IST / AIDS e hepatites virais B e C;
- Aumentar o acesso da população sexualmente ativa aos insumos de prevenção (preservativos masculinos, femininos e gel lubrificante);
- Informar a população e qualificar a atenção na política de prevenção combinada, estratégia que objetiva reunir opções de prevenção que possam reduzir o número de novas infecções pelo HIV;
- Apoiar ações e eventos relacionados à prevenção de IST/AIDS e hepatites virais B e C junto às OSC parceiras;
- Desenvolver ações voltadas à prevenção, diagnóstico e tratamento das IST/Aids, sífilis e

hepatites virais B e C para as pessoas em situação de maior vulnerabilidade;

- Desenvolver pesquisas que contribuam para o aprimoramento das ações desenvolvidas na rede assistencial às IST/Aids e hepatites virais B e C;
- Produzir Boletim Epidemiológico anual para as IST/AIDS e hepatites virais B e C, com dados relativos ao município, estratificados por área de planejamento e por unidade de saúde;
- Implementar ações de comunicação e mobilização social para ampliar o conhecimento acerca do HIV, hepatites virais e demais IST além de advocacy, possibilitando a formulação e implementação de políticas públicas que atendam às necessidades da população;
- Implementar ações de mídia social, considerando o impacto às populações prioritárias.

5) Desenvolvimento

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

Referências

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



SUBPROJETO 6.6: PESQUISA CLÍNICA IMUNOBIOLOGICOS

1) Justificativa

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

Essas procuram as Unidades de Atenção Primária (UAP) para consultas de puericultura e vacinação de acordo com o calendário do Programa Nacional de Imunizações. Em função das características dos voluntários dos estudos com vacinas, associadas à necessidade de elevados números de voluntários, principalmente, para os estudos de fase II e III, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) tem atuado em parceria com a Assessoria Clínica (ASCLIN) de Bio-Manguinhos desde o ano de 2003. Neste período, foram realizados 5 estudos clínicos diferentes e um novo está em planejamento para o próximo ano.

Nesta parceria, as UAP são estruturadas por Bio-Manguinhos para atuarem como centros de pesquisa. O processo de preparo das unidades exige não só aquisição de equipamentos e insumos, como também a capacitação de pessoal nos procedimentos do estudo e nos preceitos éticos e regulatórios para a condução de pesquisa em seres humanos (Boas Práticas Clínicas). A parceria entre a SMS-RJ e Bio-Manguinhos, nos últimos anos tem sido altamente eficaz para os propósitos dos ensaios clínicos, porém, a rotatividade entre as unidades de saúde tem se mostrado custosa, principalmente, no que se refere à estrutura física, equipamentos e capacitação de recursos humanos. Além disso, a legislação nacional para pesquisa clínica tem se tornado cada vez mais exigente para a realização de ensaios clínicos no País, principalmente, por meio de inspeções em centros de pesquisa pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o que nos levou a vislumbrar a possibilidade de criar o Centro de Referência para Pesquisa Clínica com Vacinas. Através do qual, poderíamos estruturar outras unidades de saúde como centros de pesquisa, de acordo com as exigências da legislação vigente, e termos trabalhadores de saúde preparados para atuarem em pesquisa clínica.

O CMS Heitor Beltrão foi o de escolha para a implantação do primeiro Centro Coordenador por ter área física disponível conforme as exigências legais. Sua conclusão ocorreu em 2013.

2) Objetivo Geral:

Implantar e manter dois Centros de Pesquisa Clínica.

3) Objetivos Específicos:

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

Referências:

- Macinko J, Starfield B, Erinosh T. The impact of primary healthcare on population health in low- and middle-income countries. *J Ambul Care Manage.* 2009;32:150-171.
- Macinko J, Starfield B, Shi L. Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States. *Int J Health Serv.* 2007; 37(1):111-26
- Rubenstein W, Talbot Y. *Medical Teaching in Ambulatory Care: A practical guide.* New York, NY, 1992.
- Starfield B. Global health, equity, and primary care. *J Am Board Fam Med.* 2007; 20(6):511-3
- Starfield B. *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology.* New York: Oxford University Press; 1998.
- Bernardes A. Políticas e Práticas de Formação em Grandes Empresas- Situação Atual e Perspectivas Futuras. Disponível em <http://sisifo.fpce.ul.pt>. Acesso em 14/10/2013.
- Ceccim R. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. In *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005.
- Ceccim, R. B; Feurwerker, L.C.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. v.14, n.1, p.41- 65, 2004.
- DAVINI, M. C. Bases conceituais e metodológicas para a educação permanente na saúde. [S.I.]: OPS/PWR, 1989. (Pub., n. 18).
- DAVINI, M. C.; NERVI, L.; ROSCHKE, M. A. Capacitação de pessoal dos serviços de Saúde: projetos relacionados com os processos de reforma setorial. 2003. DF, 4 dez. 2003. *Educação Médica e Saúde*, [S.I.], v. 20, n. 4, 1986
- DOWBOR L. Tecnologias do Conhecimento: os desafios da educação. Disponível em http://www.mhd.org/artigos/dowbor_tecnologias.html. Acesso em 14/10/2013.
- FRANCO TB. Care and Pedagogical Production: Integration in Public Health System scenarios. *Interface vol 3 Botucatu* 2007.
- GHEDINE T, TESTA MG, FREITAS HMR. Educação à Distância via internet em grandes empresas brasileiras. *RAE*. Out/dez de 2008 pag 49-63.
- HADDAD Q., J.; ROSCHKE, M. A.; DAVINI, M. C. *Educacion permanente de personal de salud.* Washington: OPS/OMS, 1994. (Serie Desarrollo Recursos Humanos, n. 100).
- HADDAD, J.; ROSCHKE, M. A.; DAVINI, M. C. Processo de trabalho e educação permanente do pessoal da saúde. *Rev. Educação Médica e Salud*, [S.I.], v. 24, n. 2, 1990.
- LLORENS, J. Educação permanente em saúde: possibilidades e limitações. *Educação Médica e Saúde*, [S.I.], v. 20, n. 4, 1986
- VIDAL, C.; GIRALDO, L.; JOUVAL, H. A educação permanente em saúde na América Latina. *Educação Médica e Saúde*, [S.I.], v. 20, n.1, 1986. Washington:OPS/OMS, 2002. (Série Observatório de Recursos Humanos em Saúde).
- ROSEMBERG, M. *E-learning: estratégia para a transmissão do conhecimento na era digital.* São Paulo Makron Books, 2002.



**ANEXO TÉCNICO B DO CONTRATO DE GESTÃO - ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO,
AVALIAÇÃO E METAS PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE – ÁREA DE PLANEJAMENTO 3.1 e UPA
Manguinhos**

| |
|--|
| B.1. CRITÉRIOS GERAIS PARA O ACOMPANHAMENTO DOS CONTRATOS |
| B.1.1 .RESPONSABILIDADE NO ACOMPANHAMENTO |
| B.1.2.COMISSÃO TÉCNICA DE ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO |
| B.1.3. COMPOSIÇÃO |
| B.1.4. FUNÇÕES |
| B.2. ÂMBITOS DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO |
| B.2.1. ASPECTOS BÁSICOS ORGANIZACIONAIS |
| B.2.2. BOA PRÁTICA CLÍNICA |
| B.2.3. ATENÇÃO AO USUÁRIO |
| B.2.4. ARTICULAÇÃO COM OUTROS NÍVEIS ASSISTENCIAIS – REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA |
| B.2.5. IMPLEMENTAÇÃO DE ATIVIDADES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS. |
| B.3. INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS |
| B.3.1. ASPECTOS GERAIS |
| B.3.2. PARTE VARIÁVEL – UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA |
| B.3.2.1. PARTE 01 - ANÁLISE DIRETA DA PERFORMANCE DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL NO APOIO À GESTÃO DO TEIAS |
| B.3.2.2 PARTE 02 – ANÁLISE DIRETA DA PERFORMANCE DAS UNIDADES E EQUIPES DE SAÚDE SOB A RESPONSABILIDADE DO CONTRATO DE GESTÃO. |
| B.3.3 PARTE VARIÁVEL – UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) |
| B.3.3.1 PARTE VARIÁVEL 1 |
| B.3.3.2 PARTE VARIÁVEL 2 |
| B.3.3.3 PARTE VARIÁVEL 3 |
| B.3.4 INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS DOS PROJETOS 3 À 6 |
| B.3.4.1 PROJETO 3: CURSOS DE NÍVEL SUPERIOR, PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA |
| B.3.4.2 PROJETO 4: CENTROS DE REFERÊNCIA DE IMUNOBOLÓGICOS ESPECIAIS CRIE(CONSOLIDAÇÃO) |
| B.3.4.3 PROJETO 5: APOIO À FORMAÇÃO, QUALIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE |
| B.3.4.4 PROJETO 6: INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA, VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE |
| B.3.5 PRESTAÇÃO DE CONTAS |
| B.3.5.1 INFORMAÇÕES ASSISTENCIAIS DA UPA |
| B.4. ATRIBUIÇÕES DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL EM RELAÇÃO AOS SISTEMAS DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE |
| B.4.1 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO CIDADÃO (PEC) E PRONTUÁRIO DO PACIENTE (PEP) – REQUISITOS MÍNIMOS |
| B.4.1.1.PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO CIDADÃO (PEC) E PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE – REQUISITOS MÍNIMOS |
| B.4.1.2 SCNES – SISTEMA DE CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. |
| B.4.1.3. SIA – SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL |
| B.4.1.4. – SISAB – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAUDE PARA A ATENÇÃO BÁSICA |

| |
|--|
| B.4.1.5. SISCAN – SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE RASTREAMENTO DE CITOPATOLÓGICO DO COLO UTERINO |
| B.4.1.6. SINAN – SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO |
| B.4.1.7. SI-PNI/API – SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES/AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE IMUNIZAÇÕES |
| B.4.1.8. SISREG – SISTEMA DE NACIONAL DE REGULAÇÃO |
| B.4.1.9. DISPENSAMED |
| B.4.1.10. SIGMA - SISTEMA DE INFORMAÇÕES GERENCIAIS DE MATERIAIS |
| B.4.1.11. OUTROS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE |

B.1. CRITÉRIOS GERAIS PARA O ACOMPANHAMENTO DOS CONTRATOS

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

O acompanhamento dos contratos não é uma finalidade em si mesmo. Pode-se considerar como parte do processo de direção do Contrato que inclui a identificação e avaliação de problemas, discussão e negociação com as Organizações Sociais e a tomada de decisões sobre as ações que precisam ser implementadas. A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – SMS/RJ elabora os instrumentos para o monitoramento e avaliação e realiza o acompanhamento dos contratos, através da Comissão Técnica de Acompanhamento (CTA), juntamente com representantes da Subsecretaria responsável pelas ações e serviços de saúde.

B.1.1. RESPONSABILIDADE NO ACOMPANHAMENTO

A SMS/RJ como entidade Contratante é responsável por levar a cabo as ações que derivam do processo de acompanhamento visando a qualidade e otimização dos recursos e a correção de possíveis desvios. Para tal criou-se a Comissão Técnica de Acompanhamento– CTA que efetiva o processo de acompanhamento e avaliação.

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

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

A fiscalização se refere ao acompanhamento da execução física do contrato, que tem como objetivo garantir a fiel execução do objeto, nos termos das cláusulas contratuais; verificar a

qualidade e a quantidade do bem ou serviço entregue; e evitar que seja efetuado o pagamento pela Administração Pública sem o devido cumprimento das obrigações contratuais quantitativas e qualitativas pela contratada (Rio de Janeiro, Manual de Fiscalização de Contratos de Gestão firmados com Organizações Sociais, 2016).

B.1.3. COMPOSIÇÃO

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

Titulares

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

Suplentes

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

Os membros da CTA, titulares e suplentes, são definidos e nomeados pelo Secretário Municipal de Saúde. A constituição das CTA é publicada em Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro.

Sempre que necessário, outros técnicos poderão ser convidados a participar das reuniões de acompanhamento, bem como poderão ser chamados a emitir pareceres técnicos complementares e coadjuvantes às ações de avaliação da CTA.

B.1.4. FUNÇÕES

A análise e o acompanhamento das contas dos Contratos de Gestão firmados com as Organizações Sociais para gestão de unidades atenção primária são exercidos pela Comissão Técnica de Acompanhamento – CTA.

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

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

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

A Resolução SMS nº 3.971 de 22 de agosto de 2018 trata da regulamentação dos procedimentos de acompanhamento, e liberação de recursos dos contratos de gestão pela Comissão Técnica de Acompanhamento (CTA).

B.2. ÂMBITOS DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

B.2.1. ASPECTOS BÁSICOS ORGANIZACIONAIS

Cabe à Organização Social detalhar os seguintes aspectos:

- Mecanismos de informação e comunicação à população sobre os serviços que ofertam mediante a implementação e disponibilização de sistema de informação gerencial com acesso pela internet, utilizando padrões estabelecidos pela SMS/RJ;
- Meios de acesso da população aos serviços de saúde ofertados;
- Recepção e encaminhamento dos usuários aos serviços;
- Registros utilizados na atividade assistencial;
- Registros utilizados nos procedimentos administrativos;
- Referência e contrarreferência dos usuários a outros serviços ou outros níveis assistenciais, assim como os registros utilizados.

Todos os aspectos apontados anteriormente deverão estar em acordo com os critérios estabelecidos pela Política Nacional de Saúde, Política Nacional de Atenção Básica e Plano Municipal de Saúde.

B.2.2. BOA PRÁTICA CLÍNICA

As referências que apoiam a boa prática clínica são:

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

- As melhores evidências disponíveis na tomada de decisão clínica sobre cuidados dos pacientes;
- Processos de trabalho pactuados pelos profissionais que pertencem ao serviço de saúde ou a outros no âmbito territorial;
- Tais práticas não são excludentes, mas sim complementares, e sua operatividade dependerá do que se determine em cada caso.
- Os parâmetros que se relacionam diretamente com a boa prática clínica e que podem ser objeto de avaliação por parte da CTA são:
- Qualificação dos profissionais;
- Utilização do prontuário eletrônico como a fonte de informação para ações de vigilância em saúde, gestão da agenda, consultas individuais; uso de outros registros da atividade assistencial;
- Respeito ao Plano de Educação Permanente da SMS-Rio de Janeiro, Carteira de Serviços: relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde, da SMS-Rio (2016) e Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ (2017)/MS;
- Consensos sobre o diagnóstico e tratamento das patologias mais presentes na rede de atenção primária;
- Dispositivos que possibilitem a desmedicalização, tais como o desenvolvimento de um plano para atividades de grupo, atividades físicas, dentre outros;
- Auto avaliação assistencial pelos profissionais;
- Avaliação externa da prática assistencial;
- Avaliação da relação médico-paciente;
- Ética profissional.

B.2.3. ATENÇÃO AO USUÁRIO

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

- Grau de informação do usuário sobre o conteúdo, organização e funcionamento dos serviços de saúde contratados;
- Boa comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários;
- Incentivo a autonomia dos usuários;

- Tratamento individualizado e personalizado;
- Percepção do usuário em relação ao funcionamento dos serviços de saúde através de pesquisas com instrumentos disponibilizados pela SMS/RJ. O número de usuários pesquisados deve contemplar o recomendado pelas Ciências Estatísticas, de caráter amostral.

B.2.4. ARTICULAÇÃO COM OUTROS NÍVEIS ASSISTENCIAIS – REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

Uma efetiva articulação entre os níveis assistenciais comportará continuidade, reconhecida pelos usuários, em todo o processo. Esta articulação ocorrerá de acordo com os seguintes critérios, estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, para assegurar a continuidade no processo assistencial são necessários:

- Consenso clínico sobre as patologias e os processos que podem ser solucionados nos serviços da rede básica;
- Utilização do Manual do Regulador e protocolos clínicos baseados nas melhores evidências para a coordenação do cuidado na regulação;
- Utilização, pelos profissionais de saúde, das referências e contrarreferências estabelecidas;
- Acordos entre os profissionais sobre a informação clínica necessária, desde a rede de atenção primária à saúde até a atenção especializada, de maneira recíproca, para dar suporte e continuidade ao processo terapêutico;
- Suporte e rotinas administrativas adequadas que evitem os deslocamentos desnecessários dos pacientes referenciados ao nível hospitalar ou a outras unidades da rede;
- Integração com outros setores no sentido de atuar nos condicionantes/determinantes do processo de saúde-doença.

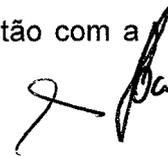
B.2.5. IMPLEMENTAÇÃO DE ATIVIDADES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.

As atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças serão definidas pela S/SUBPAV – Rio de Janeiro.

B.3. INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS

B.3.1. ASPECTOS GERAIS

O acompanhamento, monitoramento e a avaliação da execução do Contrato de Gestão com a



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

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

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

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

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

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

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

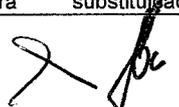
Parte 01 tem como objetivo monitorar a performance da Organização Social, induzir boas práticas na gestão da OSS e alinhá-las às prioridades definidas pela SMS/RJ. Este recurso somente pode ser utilizado no objeto do Contrato de Gestão.

A **CONTRATANTE** – CTA, solicitará à **CONTRATADA** a apresentação de relatórios contendo dados e informações relativas aos resultados assistenciais e qualidade dos serviços prestados, conforme Quadro 01 de Indicadores de Acompanhamento e Avaliação.

A avaliação do cumprimento do conjunto de metas estabelecidas será realizada trimestralmente pela Comissão Técnica de Acompanhamento que se reúne periodicamente analisando os documentos entregues pela **CONTRATADA**, já mencionados anteriormente, ou efetuando análise de outros documentos ou até supervisão local, se julgar necessário.

Quadro 01: Indicadores da **PARTE 1** - análise direta da performance da Organização Social no apoio à gestão do TEIAS

| Nº. | Ação | Indicador | Fórmula de cálculo | Fonte | Periodicidade avaliação | Meta | Observação |
|-----|--|--|---|---|---|------------|---|
| 1 | Manutenção de comissões de prontuários nas unidades | Proporção de Unidades de Saúde da Família com comissões de prontuários ativas | $(\text{Número de unidades de Saúde com comissões com atividade mensal} / \text{Número de unidades de Saúde}) \times 100$ | Declaração da OSS | Trimestral (a partir do 7º mês de funcionamento da Unidade) | Mínimo 95% | Mínimo de reuniões para ser considerada ativa é de 1 reunião mensal |
| 2 | Abastecimento regular das unidades | Proporção de itens declarados como regularmente abastecidos para as unidades (abastecimento pela OSS) | $(\text{Número de itens com declaração de abastecimento regular} / \text{Número de itens a serem fornecidos pela OSS}) \times 100$ | Declaração de abastecimento emitida pelo gerente/diretor da unidade | Trimestral | Mínimo 95% | O gerente/diretor deve emitir declaração mensal indicando o número de itens que foram abastecidos pela OSS. Para o resultado trimestral, deve-se somar os numeradores e denominadores de cada mês e dividir. A informação será inserida em formulário produzido pela SUBPAV |
| 3 | Regularidade no envio da produção (BPA, SISAB) | Proporção de equipes que informaram em dia | $(\text{Número de equipes com comprovação de envio de arquivos válidos} / \text{Número total de equipes}) \times 100$ | SISAB, SIA + declaração da DICA | Trimestral | 100% | O calendário de envio para o SISAB e SIA deverá seguir o pactuado com CAP e SMS. SISAB: Relatório Público de envio |
| 4 | Relação do gasto administrativo em relação ao total de gastos | Razão de gasto administrativo em relação ao total do gasto | $(\text{Valor gasto com a rubrica gestão TEIAS-OSS no trimestre} / \text{Teto do valor para a rubrica gestão do TEIAS-OSS no trimestre})$ | Prestação de contas | Trimestral | < ou = 1 | Avaliação da eficiência da gestão. Para o resultado trimestral, deve-se somar os numeradores e denominadores de cada mês e dividir |
| 5 | Aquisição de itens abaixo do valor médio do banco de preços em saúde do MS ou da SMS | Proporção de itens adquiridos com valor abaixo da média do banco de preços do MS ou SMS | $(\text{Total de itens adquiridos abaixo da média de preços} / \text{Total de itens adquiridos}) \times 100$ | Prestação de contas | Trimestral | Mínimo 95% | Eficiência das aquisições e uso adequado dos recursos do projeto de acordo com itens preestabelecidos em lista padrão. Apresentação da curva ABC para os 300 principais itens. Decreto Rio nº 41.208 de 18/01/2016 |
| 6 | Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços prestados | Proporção itens e serviços considerados de boa qualidade entre os itens fornecidos e os serviços prestados | $(\text{Número de itens fornecidos e serviços prestados avaliados como de boa qualidade} / \text{Total de itens adquiridos e serviços prestados}) \times 100$ | Declaração de avaliação de itens e serviços emitida pelo gerente/diretor da unidade | Trimestral | Mínimo 95% | O gerente/diretor deve emitir declaração mensal atestando a qualidade dos itens fornecidos e os serviços prestados de responsabilidade da OSS. Para o resultado trimestral, deve-se somar os numeradores e denominadores de cada mês e dividir |
| 7 | Monitoramento da Rotatividade de profissionais nas equipes | Rotatividade (turnover) de profissionais nas equipes de saúde da família | $[(\text{Número de profissionais substituídos} + \text{Nº de profissionais admitidos}) / 2 / \text{Número total de profissionais ativos no período}]$ | SCNES | Trimestral | Máximo 5% | Forma de cálculo do turnover: número de demissões mais número de admissões/2 dividido pelo número de funcionários ativos. 1) consideram-se apenas os profissionais da equipe mínima de ESF e ESB. 2) para substituição |





| | | | | | | | |
|----|--|--|---|--|------------|------------|---|
| | | | | | | | consideram-se demissões, transferências e substituições por licença. |
| 8 | Acompanhamento do cuidado a pessoas com Tuberculose | Proporção de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial encerrados como cura | (Número de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial encerrados como cura / Número total de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial encerrados no período) x 100 | SINAN | Trimestral | Mínimo 85% | Os casos encerrados como transferência não devem ser incluídos no denominador. Serão considerados encerrados quando do término do tratamento no serviço que recebeu o caso. Para o resultado trimestral, deve-se somar os numeradores e denominadores de cada mês e dividir as somas |
| 09 | Acompanhamento da Sífilis na Gestação | Proporção de casos de sífilis na gestação com tratamento adequado | (Número de gestantes residentes na área de abrangência notificadas para sífilis no período com tratamento adequado / Número de gestantes residentes na área de abrangência notificadas para sífilis no período) x 100 | SINAN | Trimestral | Mínimo 90% | Considera-se também casos de gestantes residentes na área das equipes notificadas na maternidade. Para isso, havendo inconsistências nessas notificações é possível a correção na base do SINAN, desde que a equipe comprove que o tratamento foi adequado. Considera-se adequadamente tratado o caso em que a gestante recebe 03 doses (7.200.000 UI) de Penicilina Benzatina durante o pré-natal (maioria absoluta dos casos é latente ou de tempo indeterminado) |
| 10 | Acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF) e Cartão Família Carioca (CFC) | Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do PBF e CFC | (Número de beneficiários do PBF e CFC com perfil saúde acompanhados / Número total de beneficiários do PBF e CFC) x 100 | Portal Bolsa Família (Plataforma SUBPAV) | Trimestral | | Meta mínima: Janeiro / Julho – 20%, Fevereiro / Agosto – 30%, Março / Setembro – 40%, Abril / Outubro – 60%, Maio / Novembro – 80%, Junho / Dezembro – 90% Para o resultado trimestral, deve-se considerar o valor no último dia do período de análise, às 17h |
| 11 | Monitoramento da carga horária médica nas equipes | Proporção de equipes com ao menos um médico (a) com carga horária de 40h | (Número de equipes com ao menos um médico (a) com carga horária de 40h / Número de equipes) x 100 | SCNES | Trimestral | Mínimo 90% | Considera-se no numerador as equipes com ao menos um médico com carga horária de 40h. O resultado mensal deve ser aferido na data de envio da base de dados ao SCNES (5º dia útil de cada mês). Para o resultado trimestral, a OSS deve atingir a meta em todos os meses. As equipes das unidades excepcionalizadas pela SUBPAV, onde é permitida a lotação de médicos (as) com carga horária de 20h, não devem ser consideradas no denominador. As equipes vinculadas aos Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade vigentes no município (SMS, UERJ, URFJ/ENSP) não devem ser consideradas no denominador. |

Estes indicadores deverão ser disponibilizados pela **CONTRATADA** no Painel de Gestão das Parcerias com Organizações Sociais – OS INFO.

No decorrer do Plano de Trabalho, caso algum Sistema de Informação oficial do Ministério da Saúde ou da SMS/RJ, venha a ser alterado, o mesmo deverá acontecer em relação as “Fontes” descritas para cada indicador, tendo a OSS que proceder a mudança no mês seguinte a esta alteração.

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

Ao final de 12 meses de acompanhamento, SMS/RJ, juntamente com a OSS, deverá rever estes indicadores, com o objetivo de aperfeiçoar o monitoramento proposto, de acordo com as recomendações das diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde – SUS.

B.3.2.2. PARTE 02 - Análise direta da performance das unidades e equipes de saúde sob a responsabilidade do contrato de gestão.

Os Cuidados de Saúde Primários são o pilar central do sistema de saúde. As unidades primárias de saúde com equipes de saúde da família e saúde bucal constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções na atenção, além de promoção da saúde e prevenção da doença. Também são responsáveis pelo encaminhamento a outros serviços para a continuidade dos cuidados.

Os Centros Municipais de Saúde e as Clínicas da Família são unidades operativas das CAP com autonomia funcional e técnica, e devem garantir aos cidadãos inscritos uma carteira básica de serviços definida pela Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde.

Nem todas as unidades de atenção primária no Município do Rio de Janeiro estão no mesmo plano de desenvolvimento organizacional. A diferenciação entre os vários modelos de unidades de atenção primária (A, B e C) é resultante da organização do processo de trabalho, conforme quadro a seguir.

Modelos de unidades de atenção primária existentes no município do Rio de Janeiro:

- **Modelo A.** Todo o território é coberto pelas equipes de saúde da família e saúde bucal. Nesta unidade, todo usuário deve conhecer sua equipe e os nomes dos profissionais de referência para seu atendimento;
- **Modelo B.** Somente uma parte do território é coberta com as equipes de saúde da família e saúde bucal;
- **Modelo C.** A unidade ainda não trabalha com equipes de Saúde da Família, mas possui território definido.

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

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

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

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

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

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

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



| | | | | | | | |
|----|---|--|---|---|------------|---|---|
| 4 | Coleta de exame citopatológico de colo do útero | Razão de coleta de material citopatológico do colo do útero | (Número de coletas de material citopatológico do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos / Número de mulheres de 25 a 64 anos cadastradas) x 100 | Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB | Trimestral | Mínimo 0,075 coleta / população cadastrada / trimestre | Para o resultado trimestral, deve-se somar as razões mensais |
| 5 | Acesso ao cuidado em saúde bucal | Cobertura de primeira consulta odontológica programática | (Número de atendimentos de primeira consulta odontológica programática / População cadastrada) x 100 | Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB + CNES | Trimestral | Mínimo 3,75% atendimento de primeira consulta odontológica programática / habitante / Trimestre | Para o resultado trimestral, deve-se somar as razões mensais. Desconsiderar unidades sem equipe de saúde bucal |
| 6 | Cuidado Resolutivo em Saúde Bucal | Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas | (Número de tratamentos concluídos pelo cirurgião-dentista / Número de primeiras consultas odontológicas programáticas) | Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB | Trimestral | Mínimo 0,65 tratamento concluído / mês | Mensal. Para o resultado trimestral, deve-se somar os numeradores e denominadores de cada mês e dividir as somas. Desconsiderar unidades sem equipe de saúde bucal |
| 7 | Acompanhamento pré-natal | Proporção de gestantes com 6 ou mais consultas de pré-natal | (Número de mulheres que encerraram o pré-natal com 6 ou mais consultas na área no período em análise / Número total de mulheres que encerraram o pré-natal no período em análise) x 100 | Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB | Trimestral | Mínimo 80% | Mensal. Para o resultado trimestral, deve-se somar os numeradores e denominadores de cada mês e dividir as somas. Considerar consultas de pré-natal realizadas por médico e/ou enfermeiro |
| 8 | Acompanhamento do Recém-nascido | Proporção de recém-nascidos com consulta na primeira semana de vida | (Número de recém-nascidos com consulta na primeira semana de vida / Número total de recém-nascidos cadastrados) x 100 | Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB | Trimestral | Mínimo 80% | Mensal. Para o resultado trimestral, deve-se somar os numeradores e denominadores de cada mês e dividir as somas. A avaliação deve ser feita retrospectivamente, quando a criança completar 28 dias. |
| 9 | Assistência Integral na Atenção Primária | Proporção de encaminhamentos para consulta ambulatorial especializada | (Número de encaminhamentos para consulta ambulatorial especializada / Número total de atendimentos médicos) x 100 | Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB | Trimestral | Máximo 20% | Mensal. Para o resultado trimestral, deve-se somar os numeradores e denominadores de cada mês e dividir as somas. Desconsiderar encaminhamento para procedimentos diagnósticos |
| 10 | Cumprimento da Carteira de Serviços | Proporção de serviços ofertados pela Equipe de Saúde da Família | (Quantitativo de ações e serviços realizados pela equipe / Total de ações e serviços esperados pela equipe de Atenção Primária) x 100 | Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB | Trimestral | Mínimo 80% | Aferição após o 4º mês de implantação da equipe. A cada trimestre, deve ser contado o número de serviços realizados (valor diferente de zero) e dividir pelo número |

| | | | | | | | |
|----|--------------------------------|--|---|--|------------|------------|---|
| 11 | Programa Saúde na Escola (PSE) | Cobertura de Ações do Programa Saúde na Escola (PSE) | (Número de escolas e creches com atividades coletivas registradas [com identificação do INEP] / Número total de escolas e creches sob responsabilidade da equipe) x 100 | Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) / SISAB | Trimestral | Mínimo 80% | total de serviços esperados Mensal, devendo haver cumprimento da meta em todos os meses. Considerar apenas meses letivos das escolas. |
|----|--------------------------------|--|---|--|------------|------------|---|

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

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

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

B.3.3.1 PARTE VARIÁVEL 1

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

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

A avaliação do cumprimento do conjunto de metas estabelecidas será realizada trimestralmente pela Comissão Técnica de Acompanhamento – CTA. Que é parte integrante da SMS/RJ. Esta se reunirá periodicamente e analisará os documentos entregues pela **CONTRATADA**, já mencionados anteriormente.

Quadro I – Indicadores componentes da Variável 01.

| UPA | | | Meta |
|---------------------------|---|--|-------|
| PARTE VARIÁVEL 1 - GESTÃO | | | |
| 1 | Percentual de BAE dentro do padrão de conformidades | Total de BAE dentro do padrão de conformidades X 100 | > 90% |
| | | Total de BAE analisados | |
| 2 | Índice de absenteísmo | Horas líquidas faltantes x 100 | < 3% |

| | | Horas líquidas disponíveis | |
|---|---|---|---------------------------|
| 3 | Taxa de turn-over | (Número de demissões + Número de admissões) / 2 X 100 | ≤ 3,5% |
| | | Número de funcionários ativo (no último dia do mês anterior) | |
| 4 | Treinamento hora-homem | Total de horas homem treinados no mês | > 1,5h homem treinado/mês |
| | | Total de funcionários ativos no período | |
| 5 | Relatórios assistenciais e financeiros entregues no padrão e no prazo | Relatórios assistenciais e financeiros entregues no padrão definido pela SMS até o 5º dia útil do mês | Até o 5º dia útil |
| 6 | Preenchimento adequado de fichas SINAN em todos os casos previstos | Número de fichas SINAN preenchidas x 100 | 100% |
| | | Total de situações com SINAN obrigatório | |

B.3.3.2 PARTE VARIÁVEL 2

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

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

Quadro II – Indicadores componentes da Variável 02.

| VARIÁVEL 2 - DESEMPENHO ASSISTENCIAL | | | |
|--------------------------------------|---|---|-------|
| 1 | Percentual de pacientes atendidos por médico | Número de atendimentos médicos x100 | ≥70% |
| | | Número total de pacientes acolhidos | |
| 2 | Percentual de pacientes atendidos por Médico conforme tempo definido na classificação de risco pelo enfermeiro conforme protocolo | Número de pacientes atendidos pelo médico conforme o tempo definido na classificação de risco x 100 | 100% |
| | | Total de pacientes classificados com risco | |
| 3 | Tempo de permanência na Emergência | Σ do Número de pacientes-dia na observação | < 24h |
| | | Número de saídas | |



| | | | |
|---|---|--|-------|
| 4 | Taxa de mortalidade na unidade de emergência (sala amarela e vermelha) ≤ 24 hs | Número de óbitos com pacientes em observação ≤ 24 hs (amarela e vermelha) | < 4 % |
| | | Total de saídas de pacientes em observação (todas as salas) | |
| 5 | Taxa de mortalidade na unidade de emergência (sala amarela e vermelha) ≥ 24 hs | Número de óbitos com pacientes em observação ≥ 24 hs (amarela e vermelha) | < 7% |
| | | Total de saídas de pacientes em observação (todas as salas) | |
| 6 | Percentual de pacientes com diagnóstico de SEPSES que iniciaram antibioticoterapia em até 2 horas | Total de pacientes com antibióticos infundidos em um tempo < 2 hs na SEPSE x 100 | 100% |
| | | Total de pacientes com diagnóstico de SEPSE | |
| 7 | Percentual de tomografias realizadas em pacientes com AVC | Total de pacientes com AVC que realizaram TC | 100% |
| | | Total de pacientes com diagnóstico de AVC | |
| 8 | Percentual de trombólise realizadas no tratamento do IAM com supra de ST | Total de pacientes IAM com supra de ST Trombolizados | 100% |
| | | Total de pacientes com diagnóstico de IAM com supra de ST | |

B.3.3.3 PARTE VARIÁVEL 3

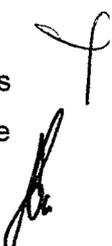
A variável 03 é composta por indicadores que avaliam a satisfação do usuário. Os dois indicadores que compõem a parte variável 3 estão descritos no Quadro III a seguir.

Quadro III – Indicadores dos componentes da Variável 3

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

Os indicadores que avaliam a satisfação dos usuários pressupõem a aplicação de questionários – os modelos dos questionários deverão ser analisados e aprovados pela SMS.

Em casos excepcionais de surtos ou situações emergenciais em saúde pública, outros indicadores e estatísticas de doenças de notificação compulsória serão incluídos para fins de



acompanhamento.

A unidade de saúde deverá colaborar com todo o trabalho relacionado à realização de **auditorias e ações de acompanhamento** que venham a ser determinadas pelos dados assistenciais da OS e os da Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ ou pelo Ministério da Saúde.

A UPA não é unidade hospitalar e, portanto não interna, possui apenas leitos de observação nos quais os pacientes devem permanecer até 24 horas. De tal forma que a permanência de um paciente por mais de 24 horas em observação na unidade deverá ser sempre justificada e o número do Sistema de Regulação – SISREG – deve ser sempre informado, ou seja, o paciente sempre ser colocado no SISREG. O tempo de permanência na unidade deverá ser calculado para cada uma das salas de observação, tanto adulta quanto pediátrica, e para a unidade como um todo. **Deverá constar no texto o total de pacientes que embora tenha sido solicitada a vaga, esta não foi cedida pela central de regulação.**

Deverá ser implantada comissão de óbitos no primeiro mês de funcionamento da unidade, a qual realizará reuniões mensais, cuja ata deverá ser anexada ao relatório. Deverá ser encaminhada planilha onde deve contar: iniciais do paciente, diagnóstico, idade, horário de entrada e hora do óbito. Na reunião da comissão de óbitos deverá ser feita uma avaliação da assistência prestada a esses pacientes, com o objetivo de avaliar e corrigir as possíveis fragilidades durante a permanência do paciente na unidade, considerando que os mesmos deveriam estar internados em leito hospitalar. O relatório relativo a essa avaliação deverá ser encaminhado junto com a ata mensal.

Para o cálculo das taxas de mortalidade, excluem-se os que, chegando cadáver, não recebem nenhuma manobra de reanimação nem outros atos terapêuticos. Inclui todos os falecimentos por qualquer causa durante sua permanência na UPA e em suas dependências (incluindo os deslocamentos para radiologia, ou outros meios diagnósticos).

Para análise do indicador “tempo de início de antibiótico na sepse”, deverá ser enviada planilha com iniciais de cada paciente, data e hora da admissão e hora do início do antibiótico. Da mesma forma, para o indicador relativo ao uso de agentes trombolíticos, deverá ser encaminhada planilha com iniciais do paciente, idade, tempo entre a chegada a unidade com provável diagnóstico e realização do ECG, os que foram submetidos e aqueles que não foram submetidos à trombólise. Quando esta não for realizada, justificar.

Para a conformidade dos prontuários ou boletins de atendimento, a descrição da revisão realizada pela comissão de prontuários, implantada no primeiro mês de funcionamento da unidade, deverá constar o percentual de erros/falhas no preenchimento, como história clínica, exame físico, diagnóstico e encaminhamento. A análise pode ser feita por amostragem, desde que sejam analisados no mínimo 10% do total de BAE abertos em decorrência de atendimento médico de 30 dias.



Com relação ao índice de absenteísmo, deverá ser enviada planilha com os nomes dos profissionais faltantes e suas respectivas substituições (assinadas), quando houver. As substituições serão permitidas em um prazo máximo de 4 horas a partir do horário de início do plantão. As horas correspondentes a profissionais não contratados, férias e licenças com mais de 15 dias não cobertas serão consideradas horas líquidas faltantes.

A unidade deverá elaborar um relatório de atividades onde deve estar explícito as razões pelas quais algumas metas podem não ter sido alcançadas, ou os motivos que levaram a superação das metas previstas.

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

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

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



SUBPROJETO 3.1 CURSO DE FORMAÇÃO EM ATENÇÃO FARMACÊUTICA

Indicadores e Metas para acompanhamento da CTA:

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

SUBPROJETO 3.2 RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Indicadores e Metas para acompanhamento da CTA

| Unidade de medida | Indicador | Fórmula | Meta |
|--------------------------|--|--|----------------|
| Número absoluto de vagas | Número de vagas disponibilizadas para o Curso | Número absoluto | 20 vagas / ano |
| % de alunos | Percentual de vagas ocupadas (alunos cursando) | $[(n^{\circ} \text{ de alunos cursando no mês}) / (\text{total de vagas disponibilizadas})] * 100$ | $\geq 80\%$ |

SUBPROJETO 3.3 PESQUISA EM SAÚDE DA FAMÍLIA



Indicadores e Metas para acompanhamento da CTA:

Desenvolvimento de no mínimo 04 (quatro) pesquisas realizadas com a participação de alunos dos cursos *lato e stricto sensu* constante deste projeto, com a Estratégia de Saúde da Família.

| Unidade de medida | Indicador | Fórmula | Meta |
|---------------------|--------------------------------|-----------------|---------------------------|
| Número de Pesquisas | Número de pesquisas realizadas | Número absoluto | No mínimo 4 pesquisas/ano |

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

Indicadores e Metas para acompanhamento da CTA:

Indicadores de produção:

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

Meta: 1.200 doses por mês.

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

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

Indicador de qualidade:

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

Interpretação:

- quanto mais próximo de 1: mais adequada a captação;
- menor que 1: captação baixa (demanda reprimida; referência não identificada pelos serviços);
- quanto maior que 1: baixa adesão.

Meta: 1, por mês

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



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

SUBPROJETO 5.1: RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Objetivo específico A:

Metas

- Apoiar a formação de 100% dos residentes em Medicina de Família e Comunidade (300 residentes por ano);
- Apoiar a formação de 100% dos preceptores (150 preceptores) garantindo a qualidade da supervisão para formação (de acordo com o perfil de competências da especialidade) de 100% dos residentes em Medicina de Família e Comunidade do Município (300 residentes por ano).
- Produto
- Nº de residentes que completam o PRMFC.
- Relatório de ações de apoio realizadas.

Objetivo específico B

Metas

Garantir a inserção dos alunos de graduação médica (na modalidade internato) e acadêmicos de medicina bolsistas da SMS com estágio extra curricular na modalidade APS em todas as unidades onde se desenvolve o PRMFC e sua integração às atividades de preceptoria desenvolvidas no processo formativo dos residentes.

Produtos

- Nº alunos de graduação (internato médico) e acadêmicos de medicina bolsistas da SMS com estágio extracurricular na modalidade APS que receberam preceptoria nas unidades onde se desenvolve o PRMFC/ ano;
- Relatório anual com total de alunos distribuídos por: unidade de saúde, instituição de ensino, período da graduação e duração do estágio.



Indicadores e Metas para acompanhamento da CTA:

| Unidade de medida | Indicador | Fórmula | Meta |
|-------------------|---|---|------|
| % de alunos | Percentual de vagas ocupadas(médicos residentes cursando) | $\left[\frac{\text{(nº de alunos cursando no mês)} / \text{total de vagas disponibilizadas}}{100} \right] * 100$ | ≥80% |
| % de alunos | Percentual de médicos residentes formados em Medicina de Família e Comunidade | $\left[\frac{\text{(nº de alunos que finalizaram o curso)} / \text{total de vagas disponibilizadas}}{100} \right] * 100$ | ≥80% |

SUBPROJETO 5.2: ESPECIALIZAÇÃO EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Indicadores e Metas para acompanhamento da CTA:

| Unidade de medida | Indicador | Fórmula | Meta |
|-------------------|--|---|------|
| % de alunos | Percentual de vagas ocupadas (alunos cursando) | $\left[\frac{\text{(nº de alunos cursando no mês)} / \text{total de vagas disponibilizadas}}{100} \right] * 100$ | ≥80% |
| % de alunos | Percentual de alunos formados | $\left[\frac{\text{(nº de alunos que finalizaram o curso)} / \text{total de vagas}}{100} \right] * 100$ | ≥80% |



SUBPROJETO 5.3: PROJETOS DE IMPLANTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE MODELOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Indicadores e Metas para acompanhamento da CTA:

| Indicadores | Metas |
|--|--|
| Nº de sessões do Ciclo de Debates realizadas | Mínimo de 18 sessões |
| Percentual de participação de profissionais em cada sessão do Ciclo de Debates | Mínimo de 90% de sessões com pelo menos 150 profissionais |
| Disponibilização de material de apoio no portal da SUBPAV | Mínimo de 80% das sessões com material disponibilizado no portal da SUBPAV |

SUBPROJETO 5.4: APOIO ÀS LINHAS DE CUIDADOS E PROJETOS ESPECIAIS

Indicadores e Metas de Acompanhamento de CTA:

| Unidade de medida | Descrição/ Indicador | Fórmula | Meta |
|---|--|-----------------|---|
| Diretrizes clínicas e protocolos desenvolvidos ou revisados | Desenvolvimento ou revisão de protocolos e diretrizes clínicas relacionadas à Atenção Primária | Número absoluto | Mínimo de 4 diretrizes clínicas desenvolvidas ou revisadas a cada 12 meses |
| Atividades de educação continuada | Execução de atividades de educação continuada para gestores e profissionais das unidades de Atenção Primária e Secundária à Saúde. | Número absoluto | Mínimo de 4 eventos de capacitação realizados a cada 12 meses. |
| Monitoramento dos atendimentos às pessoas vítimas de violência doméstica e sexual na Sala Lilás | Elaboração de Relatório | Número absoluto | Mínimo de 2 relatórios técnicos contendo o monitoramento dos atendimentos às pessoas vítimas de violência doméstica e sexual na Sala Lilás a cada 12 meses. |



| | | | |
|---|---|-----------------|--|
| Fluxograma de manejo Clínico | Desenvolvimento ou revisão de fluxogramas relacionados à Atenção Primária à Saúde | Número absoluto | Mínimo de 4 fluxogramas desenvolvidos ou revisados a cada 12 meses |
| Relatório de Auditoria Clínica relacionada a linha de cuidado | Elaboração de Relatório | Número absoluto | Mínimo de 2 relatórios técnicos contendo o monitoramento das linhas de cuidado a cada 12 meses |
| Relatório de utilização do Telessaúde Carioca | Elaboração de relatório | Número absoluto | Mínimo de 2 relatórios técnicos contendo o monitoramento das linhas de cuidado a cada 12 meses |

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

Meta

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

Produto: Relatórios mensais

Indicador e Meta para acompanhamento da CTA:

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

SUBPROJETO 5.6: MONITORAMENTO DA QUALIDADE DE AÇÕES EM SAÚDE NA



ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA

Indicadores e Metas de Acompanhamento da CTA:

| | Indicador/ Descrição | Fórmula | Meta |
|--|---|--|--|
| Indicadores do Painel SUBPAV | Atualização do Painel de Indicadores SUBPAV | Proporção de indicadores elencados no painel de indicadores da SUBPAV com dados atualizados no mês de referência | 90% |
| Relatório confeccionado | Elaboração de relatório | Número absoluto | 1 relatório mensal de acompanhamento e atualização dos sistemas (Plataforma Onde Ser Atendido, CNES, SISARE) |
| Boletim mensal de acompanhamento da produção ambulatorial das equipes de APS | Elaboração de relatório | Número absoluto | 1 relatório mensal de acompanhamento |
| Seminários anuais de Avaliação da APS | Apresentação pelas unidades de saúde das 10 Áreas de Planejamento | Proporção de unidades de Atenção Primária participantes do Seminário de Avaliação | 100% |



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

Indicador e Meta de Acompanhamento da CTA:

| Unidade de medida | Descrição/Indicador | Fórmula | Meta |
|-------------------------|-------------------------|-----------------|--|
| Relatório Confeccionado | Elaboração de relatório | Número absoluto | 1 relatório mensal com dados das dez Áreas de Planejamento, contendo o georreferenciamento da vacância |

SUBPROJETO 5.8: APOIO A MANUTENÇÃO DAS ESTAÇÕES ASAS Rio

Indicadores e Metas para acompanhamento da CTA:

- Manutenção de 11 Estações ASAS-Rio:

O relatório mensal deverá conter informações e registros (fotos, vídeos, dados, listas de presença, prints de tela, entre outros) referentes a:

- Pelo menos uma reunião / mês com a CAP;
- Atualização do Portal Rede ASAS Rio, que deverá disponibilizar minimamente:
 - a) indicadores de saúde e qualidade de vida mais relevantes por RA e por AP;
 - b) atividades em curso;
 - c) atividades que serão oferecidas;
 - d) informes sobre as campanhas;
 - e) recursos para apoiar ações educativas;
 - f) rede intersetorial local.
- Pelo menos uma campanha de promoção de saúde por mês, envolvendo: disseminação de informações, ideias e recursos; mobilização de pelo menos 50% das unidades da área; levantamento de ações desenvolvidas; identificação e cadastramento de novas ideias e recursos a partir dos relatórios das unidades;
- Relação dos materiais produzidos/ distribuídos no mês, se houver.

| Unidade de medida | Descrição/Indicador | Fórmula | Meta |
|-----------------------------|--|-----------------|---------------------------|
| Manutenção de estações ASAS | Número de estações da Rede ASAS Rio mantidas | Número absoluto | Manutenção de 10 estações |



B.3.4.4 PROJETO 6: INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA, VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE

SUBPROJETO 6.1: QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES E INFORMAÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Monitoramento e avaliação

Indicadores:

- Número de CIVPs emitidos/mês;
- Número de notificações oportunas de EAPV por AP/mês;
- Percentual de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI), encerrados em até 60 dias após notificação;
- Percentual de doença meningocócica com exame laboratorial realizado;
- Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados;
- Percentual de óbitos fetais investigados;
- Percentual de óbitos em menores de um ano investigados.

Indicadores e Metas para Acompanhamento da CTA:

| Unidade de medida | Indicador | Fórmula | Meta |
|-------------------|--|--|-------|
| Número | Emissão mensal de Certificado Internacional de Vacinação e Profilaxia (CIVP) | Número de CIVP emitidos por mês no MRJ | 6.000 |
| Percentual | Envio oportuno de notificação de EAPV (moderados e graves) | $\frac{\text{Número de EAPV, moderados e graves, notificados oportunamente por mês}}{\text{número de EAPV, moderados e graves, notificados}} \times 100$ | 80% |
| Percentual | Casos de Doenças de Notificação Compulsória Imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação | $\frac{\text{Número de casos encerrados oportunamente de DCNI}}{\text{nº de casos de DCNI notificados no mesmo período}} \times 100$ | 85% |
| Percentual | Doença meningocócica com exame laboratorial realizado | $\frac{\text{Nº de casos de doença meningocócica com exame laboratorial realizado}}{\text{Nº total de casos de doença meningocócica}} \times 100$ | 80% |
| Percentual | Investigação de óbitos de Mulher em Idade Fértil (MIF), respeitando o prazo de 30 dias | $\frac{\text{Nº de óbitos de MIF investigados}}{\text{Nº de óbitos de MIF ocorridos}} \times 100$ | 70% |



| | | | |
|------------|--|---|-------------|
| Percentual | Investigação de óbitos infantis, para crianças com peso $\geq 1.000g$ e $< 2.500g$, respeitando o prazo de 90 dias para a conclusão da investigação | $\frac{\text{N}^\circ \text{ de } \acute{\text{o}}\text{bitos infantis ocorridos, investigados (com peso } \geq 1.000g \text{ e } < 2.500g)}{\text{N}^\circ \text{ de } \acute{\text{o}}\text{bitos infantis ocorridos (com peso } \geq 1.000g \text{ e } < 2.500g)}$ | 80% |
| Percentual | Investigação de óbitos em menores de um ano | $\frac{\text{N}^\circ \text{ de } \acute{\text{o}}\text{bitos de } < 1 \text{ ano investigados}}{\text{N}^\circ \text{ de } \acute{\text{o}}\text{bitos de } < 1 \text{ ano ocorridos}} \times 100$ | $\geq 95\%$ |

SUBPROJETO 6.1.1: VIGILÂNCIA SENTINELA DE ARBOVIROSES

Monitoramento e avaliação:

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

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

Indicadores e Metas para Acompanhamento da CTA:

a) Indicador da Vigilância Sentinela

| Percentual (%) de casos de arboviroses com coleta de amostra nas unidades sentinelas em relação ao preconizado | |
|--|--|
| Conceito | Indicará o percentual de casos de arboviroses com coleta de amostra em cada US, em relação ao preconizado |
| Interpretação | Reflete o desempenho das US, de acordo com o cenário epidemiológico |
| Uso | Contribuir para a avaliação da qualidade do serviço prestado. Subsidiar planejamento, gestão e avaliação do processo de trabalho. |
| Fontes | SINAN Rio - Vigilância Sindrômica de Arboviroses |
| Método de Cálculo | $\frac{\text{Número total de suspeitos de arboviroses com coleta de } 1^\circ \text{ amostra nas unidades sentinelas (sangue e/ou urina)}}{\text{Número total de suspeitos preconizados para o período}} \times 100$ |
| Meta | 50% |



b) **Indicador da Vigilância Laboratorial**

| Conformidade de entrega de amostras laboratoriais | |
|---|--|
| Conceito | Indicará a proporção de amostras de espécimes coletadas (sangue <i>E</i> urina do mesmo paciente), validadas pelo laboratório de referência. |
| Interpretação | Mede o percentual de amostras entregues conforme descrição dos protocolos de boas práticas de coleta, armazenamento e transporte. A não conformidade está associada ao insatisfatório cumprimento do protocolo de amostras laboratoriais. |
| Uso | Analisar cumprimento do protocolo identificando situações de não conformidades e tendências que demandem ações específicas. Realizar comparações entre as unidades. Contribuir na avaliação da qualidade do serviço prestado. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de processos de trabalho. |
| Fonte | Guia de Remessa das Unidades Sentinela e relatórios do laboratório |
| Método de Cálculo | $\text{Número de amostras confirmadas no laboratório} / \text{Total de amostras enviadas pela unidade} \times 100$ |
| Meta | 100 % |

| Conformidade de prazo de resultado | |
|------------------------------------|---|
| Conceito | Indicará a proporção de resultados inseridos, em planilha própria ou sistema de informação, pelo laboratório de referência. |
| Interpretação | Estima a proporção de amostras processadas e com resultado emitido. Reflete o desempenho do laboratório de referência. |
| Uso | Analisar o desempenho do laboratório. Contribuir na avaliação da qualidade do serviço prestado. Subsidiar planejamento, gestão e avaliação do processo de trabalho. |
| Fontes | Planilha do laboratório (INI) |
| Método de Cálculo | $\text{Número total de resultados liberados no prazo proposto (até 7 dias)} / \text{Número total de amostras validadas pelo laboratório de referência} \times 100$ |
| Meta | 100 % |

| Conformidade de diagnóstico (respostas positivas) | |
|---|--|
| Conceito | Indicará a proporção de amostras de espécimes coletadas (sangue <i>E</i> urina do mesmo paciente) COM RESULTADO DIAGNÓSTICO . |
| Interpretação | Mede o percentual de diagnósticos específicos dos agentes causais. |



| | |
|-------------------|---|
| Uso | Analisar cumprimento do protocolo identificando situações de não conformidades e tendências que demandem ações específicas. (DEFINIÇÃO DE CASO). Realizar comparações entre as unidades. Contribuir na avaliação da qualidade do serviço prestado. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de processos de trabalho. |
| Fonte | Guia de Remessa das Unidades Sentinelas e relatórios do laboratório |
| Método de Cálculo | Número de casos POSITIVOS no laboratório / Total de casos com amostras enviadas pela unidade x 100 |
| Meta | 50 % |

SUBPROJETO 6.2: CURSO TÉCNICO DE AGENTES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Indicadores e Metas para Acompanhamento da CTA:

| Unidade de medida | Indicador | Fórmula | Meta |
|--------------------------|--|--|-----------------|
| Número absoluto de vagas | Número de vagas disponibilizadas para o Curso | Número absoluto | 140 vagas / ano |
| % de vagas | Percentual de vagas ocupadas (alunos cursando) | $[(n^\circ \text{ de alunos cursando no mês}) / (\text{total de vagas disponibilizadas})] * 100$ | ≥80% |
| % de alunos | Percentual de alunos formados | $[(n^\circ \text{ de alunos que finalizaram o curso}) / (\text{total de vagas disponibilizadas})] * 100$ | ≥80% |

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

Indicadores

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



Indicadores e Metas para Acompanhamento da CTA:

| Unidade de medida | Indicador | Fórmula | Meta |
|--------------------------|--|---|--|
| Campanha realizada | Realização de Campanhas de Promoção de Saúde | Número de Campanhas de Promoção de Saúde realizadas por trimestre | Mínimo de 2 Campanhas de Promoção de Saúde por trimestre |
| Curso/Oficina Ministrado | Realização de Cursos/Oficinas | Número de Cursos/Oficinas ministrados por trimestre | Mínimo de 6 Curso/Oficina/trimestre |
| Material elaborado | Elaboração de Material Educativo | Número de Material Educativo elaborado por trimestre | Mínimo de 3 por/trimestre |

SUBPROJETO 6.4: AÇÕES CONTINGENCIAIS PARA ENFRENTAMENTO DA TUBERCULOSE

Desenvolvimento

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

Indicadores e Metas para acompanhamento da CTA

| Unidade de medida | Indicador | Fórmula/ quantidade | Meta |
|-------------------|---|------------------------|----------------------|
| Nº absoluto | Criação de referências para exame de escarro induzido em cinco APs | 3 | Até novembro de 2019 |
| Nº absoluto | Elaborar e executar campanha para ampliar a visibilidade da doença e adesão ao tratamento | Não se aplica | Até agosto de 2019 |
| Nº absoluto | Manutenção de técnico para monitoramento do GAL | 1 | Até novembro de 2019 |
| Nº absoluto | Manutenção de um epidemiologista com experiência em ações de controle da tuberculose | 1 | Até novembro de 2019 |



| | | | |
|-------------|--|---|---|
| Nº absoluto | Elaborar anualmente um boletim epidemiológico para divulgação da situação do município, por área de planejamento e unidade de saúde | 1 | Até outubro de 2019 |
| Nº absoluto | Elaborar projeto de pesquisa para avaliação do resultado da oferta prévia do teste rápido para HBV e HCV no desfecho do tratamento para tuberculose | 1 | Projeto, com cronograma, elaborado e aprovado pela SMS até junho/2019 |
| Nº absoluto | Elaborar projeto de pesquisa para avaliar a prevalência de micobactérias não tuberculosas entre os casos suspeitos de tuberculose investigados nos laboratórios de micobactérias | 1 | Projeto, com cronograma, elaborado e aprovado pela SMS até junho/2019 |

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

Indicadores e Metas para acompanhamento da CTA:

| Unidade de medida | Indicador | Fórmula | Meta | Responsável Técnico pela Ação |
|-------------------|--|---------------------|---|-------------------------------|
| Número absoluto | Número de testes rápidos realizados para investigação/diagnóstico dos agravos Sífilis, HIV/AIDS e Hepatites B e C* | $((A*100)/B^*)-100$ | Aumento de 5% para cada agravo comparado com o ano anterior | SMS |
| Número absoluto | Realização de oficinas de apoio técnico para apoiadores das linhas de cuidado de IST/AIDS e hepatites virais nas CAP | Não se aplica | 3 oficinas/ ano | SMS |
| Não se aplica | Execução do projeto de pesquisa de Efetividade de Tratamento | Não se aplica | Início em janeiro de 2019 com 100% de obediência ao cronograma do projeto de pesquisa elaborado | FIOTEC/INI |



| | | | | |
|-----------------|--|--|--|------------|
| Não se aplica | Elaboração de projeto de pesquisa para detecção de infecção aguda pelo HIV | Não se aplica | Projeto elaborado e aprovado pela SMS até fevereiro de 2019 com cronograma | FIOTEC/INI |
| Não se aplica | Execução do projeto de pesquisa para detecção de infecção aguda pelo HIV | Não se aplica | Início em março de 2019 com 100% de obediência ao cronograma do projeto de pesquisa elaborado | FIOTEC/INI |
| Número absoluto | Total de ações realizadas por OSC mensal | Não se aplica | Realização de pelo menos 10 ações (eventos) de testagem em território de vulnerabilidade/ mês | FIOTEC/INI |
| Número absoluto | Envio mensal de listagem de pessoas com diagnóstico de infecção pelo HIV, hepatites virais e sífilis a partir das testagens das OSC | Soma das listagens do período analisado | Envio de uma listagem mensal com o número de testes realizados e a descrição nominal de todos os testes positivos para HIV, hepatites virais e sífilis | FIOTEC/INI |
| Percentual | Percentual de acompanhamento de pessoas com HIV, hepatites virais e sífilis diagnosticadas pelas ações das OSC | Total de pessoas com HIV, hepatites virais e sífilis diagnosticadas nas ações das OSC acompanhadas na APS x 100 /total de pessoas com HIV diagnosticadas nas ações das OSC | $\geq 70\%$ | FIOTEC/INI |
| Número Absoluto | Inclusão, no SISREG, de 4 consultas para co-infecção semanais para residentes no MRJ, sendo 2 em co-infecção TB/HIV e 2 em co-infecção hepatites/HIV ou TB no INI. | Não se aplica | Até fevereiro de 2019 | FIOTEC/INI |
| Número Absoluto | Inclusão, no SISREG, de 2 consultas semanais para residentes no MRJ com HIV/Aids e 2 para hepatites virais B e C no INI | Não se aplica | Até fevereiro/2019 | FIOTEC/INI |
| Não se aplica | Revisar os protocolos de regulação das IST/AIDS e hepatites virais B e C; | Não se aplica | IST/Aids Hepatites virais B e C: até novembro de 2019 | SMS |



| | | | | |
|-----------------|---|---------------|---------------------------------------|------------|
| Não se aplica | Revisar as linhas de cuidados das IST/AIDS e hepatites virais B e C | Não se aplica | Até novembro de 2019 | SMS |
| Número absoluto | Implantar polo regional para realização de T2 no HUGG, INI e Arco Íris | Não se aplica | 3 polos implantados até março de 2019 | FIOTEC/INI |
| Número absoluto | Contratar 3 médicos infectologistas para o Laboratório de hepatites Virais da Fiocruz | Não se aplica | Até novembro de 2019 | FIOTEC/INI |
| Não se aplica | Elaborar Boletim Informativo anual sobre HIV/Aids/Hepatites Virais B e C | Não se aplica | Até junho de 2019 | SMS |

*Fórmula:

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

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

Exemplo: A= Jan/2019 - 2098 testes do agravo X B= Jan/2018 – 2045 testes do agravo
 $X \left(\frac{(2098 \times 100)}{2045} - 100 \right) = 2,59$

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

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



SUBPROJETO 6.6: PESQUISA CLÍNICA IMUNOBIOLOGICOS

Indicadores e Metas para acompanhamento da CTA:

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

B.3.5 Prestação de Contas

As informações relacionadas aos indicadores e prestação de contas financeiras deverão ser alimentadas no sistema de monitoramento dos contratos de gestão – Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais (<http://osinfo.prefeitura.rio>), instrumento institucional de acompanhamento, avaliação e controle dos Contratos de Gestão firmados entre a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e as Organizações Sociais para o gerenciamento de unidades e programas de saúde, conforme Decreto Municipal nº 37.709/13. Impreterivelmente, até o 10º dia útil do mês subsequente, conforme Manual para envio de arquivos disponibilizado no Menu Principal, no link, Documentos, do painel de gestão de Parcerias com Organizações Sociais.

B.3.5.1 Informações Assistenciais da UPA

A) Número de atendimentos - total da unidade:

Enfermagem

Clínica Médica

Pediatria

Serviço Social

CID mais frequentes

Pacientes atendidos por bairro, AP e Município



B) desdobramento desses atendimentos:

Alta

Encaminhamento para rede básica

Permanência em leito de observação adulto e pediátrico

Transferência para internação

Óbito adulto e Criança

No estudo dos óbitos deverá constar tempo de permanência na unidade, leito de observação, idade do paciente e diagnóstico, observando a qualidade e as condições da assistência prestada na unidade. A SUBHUE disponibilizará planilha a ser preenchida e enviada mensalmente.

C) Transferência identificando:

Transferência Inter – hospitalar – THI eletiva

Vaga zero

Unidade de destino

Diagnóstico

Data da inserção no sistema de regulação

D) Exames:

D.1 Laboratório – Exames de emergência

Exames de pacientes em observação

D.2 Imagem

E) Medicamentos

Disponibilizados (cesta básica) – qualitativo e quantitativo, data e horário. Visando avaliar se a dispensação se dá no horário em que a atenção primária não funciona.

F) Diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio – IAM

F.1 Pacientes que permaneceram na unidade



F.2 Pacientes transferidos

F.3 Pacientes submetidos à trombólise

G) Diagnóstico de Acidente Vascular cerebral – AVC

G.1 Fizeram TC

G.2 AVC isquêmico

G.3 AVC hemorrágico

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

A Organização Social deverá desenvolver, em consonância com as diretrizes gerais da Secretaria Municipal da Saúde, as seguintes ações:

- Produzir, analisar e divulgar informações sobre a situação de saúde da área de abrangência do Contrato de Gestão;
- Monitorar os indicadores da Parte variável, disponibilizar e divulgar essas informações segundo as necessidades das unidades de saúde, Coordenadoria Geral de Atenção Primária (CAP) e SMS/RJ;
- Implantar/atualizar e garantir a alimentação adequada dos sistemas de informação definidos pela SMS/RJ;
- Organizar os processos de trabalho para operação/alimentação dos diferentes sistemas de informação em vigência ou a serem implantados;
- Encaminhar as diferentes bases de dados conforme rotinas estabelecidas pela SMS/RJ.

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

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

Todas as unidades de saúde sob apoio à gestão da Organização Social devem ter todos os postos de trabalho definidos pela SMS informatizados e com o prontuário eletrônico instalado e em funcionamento. O Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP)



poderá ser gradativamente substituído pelo Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) conforme programação a ser organizada pela SMS.

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

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

A – Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)

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

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

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

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

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

O PEC permite funcionamento off-line, no entanto a transmissão dos dados para o Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB/MS), bem como a



integração com o CadSUS Web depende de conectividade estável. Para tanto, deve haver plano de contingenciamento para quedas de conectividade e velocidades baixas de conexão.

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

B - Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP)

Em todas as unidades, o PEP deverá ser a fonte de dados única de registro de dados para qualquer sistema de informação oficial, permitindo a geração de arquivos com estrutura de dados(layout) compatíveis e relatórios consistentes.

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

O valor contratual unitário para os prontuários eletrônicos é estimado para cada ESF incluindo a) a conectividade; b) licença do produto; c) datacenter (servidor); d) suporte e treinamento; e) customizações; f) Business Intelligence (BI) para gestão da unidade de saúde, CAP/OSS e nível central; g) solução móvel(atendimento clínico médico e enfermeiro e cadastramento dos ACS em tablet ou smartphone); h) plataforma de autoatendimento(plataforma para os pacientes); i) totem de autoatendimento como gerenciador de filas.

Os prontuários devem funcionar satisfatoriamente durante todo o período de funcionamento das unidades de saúde. Para tanto deve haver plano de contingenciamento para quedas de conectividade e velocidades baixas de conexão.

Os prontuários devem permitir sincronização de todos os dados clínicos e cadastrais entre todas as unidades da mesma empresa no âmbito do município do Rio em no máximo 2 horas.

Os PEPs devem permitir gerar minimamente os seguintes relatórios para qualquer profissional da equipe:

- resultado dos indicadores por desempenho de cada ESF;
- lista de hipertensos com dados de acompanhamento;



- lista de diabéticos com dados de acompanhamento;
- lista de gestantes com dados de acompanhamento;
- lista de crianças menores de 2 anos com dados de acompanhamento;
- lista de pacientes com tuberculose com dados de acompanhamento;
- lista de pacientes femininas entre 25 e 64 anos com dados de acompanhamento de citopatológico;

Além disso, o prontuário deve possibilitar a impressão dos formulários padrões da SUBPAV (encaminhamentos, atestados, receituários, requisição de exames, etc.)

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

Dicionário de dados:

Os Prontuários Eletrônicos deverão encaminhar informações referentes à prática assistencial com base nos dicionários de dados previamente elaborados pela SUBPAV.

Atualmente os dicionários de dados vigentes seguem orientação da Superintendência de Atenção Primária – S/SUBPAV/SAP:

1. Carteirômetro;
2. Indicadores de Gestantes e dados de acompanhamento do Pré-Natal;
3. Relação de Gestantes e dados de acompanhamento do Pré-Natal;
4. Relação de Diabéticos e Hipertensos cadastrados nas UBS do Município do Rio de Janeiro;
5. Informações de Saúde da Atenção Primária;
6. Relação de mulheres de 25 a 64 anos – Rastreio de Câncer de Colo de Útero;
7. Relação de pacientes com diagnóstico de Tuberculose nas UBS do Município com dados de acompanhamento;
8. Produção Ambulatorial de profissionais médicos que atuam nas UBS do Município do Rio de Janeiro;
9. Fichas e-SUS com relatório de inconsistências;
10. CPF com campo obrigatório;
11. Estado Nutricional(SISVAN);



12. Atividades Coletivas;
13. Bolsa família e Cartão Família Carioca;
14. Relatório de exames solicitados e realizados com código da tabela SIGTAP.

Extração de relatórios:

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

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

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

- I - cadastrar e atualizar as informações sobre estabelecimentos de saúde e suas dimensões, como recursos físicos, trabalhadores e serviços;
- II - disponibilizar informações dos estabelecimentos de saúde para outros sistemas de informação;
- III - ofertar para a sociedade informações sobre a disponibilidade de serviços nos territórios, formas de acesso e funcionamento;
- IV - fornecer informações que apoiem a tomada de decisão, o planejamento, a programação e o conhecimento pelos gestores, pesquisadores, trabalhadores e sociedade em geral acerca da organização, existência e disponibilidade de serviços, força de trabalho e capacidade instalada dos estabelecimentos de saúde e territórios.

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

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

Os dados deverão ser atualizados semanalmente.

Todos os cadastros de profissionais de saúde e de estabelecimentos de saúde devem



estar em consonância com as regulamentações da SAS/MS ou qualquer outra legislação ou orientação vigente, em âmbito do Ministério da Saúde ou Municipal, sendo a mais atual vigente a Portaria SAS/MS nº 134 de 04 de abril de 2011, que constitui responsabilidades dos gestores quanto a correta atualização do SCNES.

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

Constitui responsabilidade da Organização de Saúde e dos Gestores da Secretaria Municipal de Saúde nos níveis Local, Regional e Central o cadastramento e o acompanhamento das atualizações das fichas cadastrais dos profissionais de saúde bem como dos dados de atualização dos estabelecimentos de saúde sob sua gestão. Caberá ao Coordenador Geral de Atenção Primária determinar as demais atribuições em relação a este sistema de informação, podendo ficar sob responsabilidade da Organização Social a inclusão, bem como a atualização de todos os profissionais no SCNES.

Os profissionais de saúde são corresponsáveis pelos seus dados cadastrais inseridos no CNES, devendo zelar pela correta informação, comunicando aos respectivos responsáveis pelo cadastramento toda e qualquer mudança de situação relativa a si.

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

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

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

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

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



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

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

Preferencialmente, as equipes de apoio especializado devem seguir as diretrizes do Ministério da Saúde através da Portaria GM nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 e Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, tanto na sua composição quanto na proporção de apoio às equipes de saúde da família. Nesse caso, todas as equipes devem ser cadastradas no CNES como equipe NASF modalidade 1 (Núcleos de Apoio à Saúde da Família) na base do CNES. Os NASF só poderão estar vinculados aos estabelecimentos de Saúde da Esfera Administrativa Pública e somente no tipo a seguir:

02- Centro de Saúde/Unidade Básica

15 – Unidade mista

03 – Policlínica;

36 – Clínica Especializada/Ambulatório de especialidade,

71 – Centro de Apoio a Saúde da Família;

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

| Tipo unidade na Carteira de Serviços | Abreviação | Tipo unidade no CNES |
|---|-------------------|-------------------------------------|
| Clínica da Família | CF | 02 - Centro de Saúde/Unidade Básica |
| Centro Municipal de Saúde | CMS | 02 - Centro de Saúde/Unidade Básica |



B.4.1.3. SIA – Sistema de Informação Ambulatorial

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

B.4.1.4. SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

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

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

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

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

A estratégia é composta por dois sistemas:

- SISAB - sistema de informação nacional que passa a ser o sistema de informação vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)
- Sistema e-SUS AB - composto por dois softwares para coleta dos dados:
 - Sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS), sistema de transição/contingência, que apoia o processo de coleta de dados por meio de um sistema de digitação e as seguintes fichas:
 - Cadastro Individual
 - Cadastro Domiciliar e Territorial
 - Ficha de Atendimento Individual
 - Ficha de Atendimento Odontológico Individual



- Ficha de Atividade Coletiva
 - Ficha de Procedimentos
 - Ficha de Visita Domiciliar e Territorial
 - Marcadores de Consumo Alimentar
 - Ficha Complementar
 - Avaliação de Elegibilidade e Admissão
 - Atendimento Domiciliar
- Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), sistema com prontuário eletrônico (objeto deste manual), que tem como principal objetivo apoiar o processo de informatização das Unidades de Atenção Primária.

B.4.1.5. SISCAN – Sistema de Informação sobre Rastreamento de Citopatológico do Colo Uterino

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

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

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

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

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

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



Instrumentos de coleta de dados do SINAN:

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

B.4.1.7. SI-PNI/API – Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações/Avaliação do Programa de Imunizações

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

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

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

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

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

- Mapa de registro de doses aplicadas de vacina. Deve ser preenchido pelo profissional da sala de vacina que atendeu o paciente.
- Boletim mensal de doses aplicadas de vacina. Esta ficha é a compilação dos mapas de registro de doses aplicadas e deve ser preenchida pelo profissional da UBS responsável pela sala de vacina.

O SI-PNI/API é o sistema oficial de registro de vacinação a ser utilizado nas unidades de saúde utilizando o PEC até que seja disponibilizada a integração entre PEC e SI-PNI



que descontinuará o registro de vacinação no SI-PNI.

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

B.4.1.8. SISREG – Sistema de Nacional de Regulação

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

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

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

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

O profissional deve informar ao usuário o agendamento da consulta com, no mínimo, um dia de antecedência;

Não é necessária a assinatura e carimbo do diretor da unidade em nenhum Formulário. Também não é necessária a assinatura ou consentimento escrito do paciente para nenhum exame, incluindo HIV;

Utilizar os protocolos clínicos para embasar as solicitações para os procedimentos. Sempre procurar utilizar as evidências clínicas mais atuais para tomada de decisão;

Os profissionais devem orientar os usuários quanto ao preparo para os procedimentos;

Cancelar o agendamento da consulta assim que o usuário informar a desistência.



B.4.1.9. Dispensamed

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

O Dispensamed é o sistema oficial para registro das informações de farmácia para as unidades de saúde que utilizam PEC.

B.4.1.10. SIGMA - SISTEMA DE INFORMAÇÕES GERENCIAIS DE MATERIAIS

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

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

B.4.1.11. Outros Sistemas de Informação em Saúde

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



ANEXO TÉCNICO E

Cronograma de Desembolso e Metas Físicas - TEIAS AP 3.1 E UPA MANGUINHOS

| RUBRICA | 1. ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, NASF E CAPS | | | | | | | | | | | | TOTAL 12 MESES | | |
|---|--|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------|
| | MES 49 | MES 50 | MES 51 | MES 52 | MES 53 | MES 54 | MES 55 | MES 56 | MES 57 | MES 58 | MES 59 | MES 60 | | | |
| a1) Apoio à Gestão de CAP - Saúde da Família(*) | R\$ 14.691,34 | R\$ 14.691,34 | R\$ 14.691,34 | R\$ 14.691,34 | R\$ 14.691,34 | R\$ 14.691,34 | R\$ 14.691,34 | R\$ 14.691,34 | R\$ 14.691,34 | R\$ 14.691,34 | R\$ 14.691,34 | R\$ 14.691,34 | R\$ 14.691,34 | R\$ 14.691,34 | R\$ 176.298,08 |
| a2) Apoio à Gestão de TEIAS - OSS - Saúde da Família(*) | R\$ 59.765,34 | R\$ 59.765,34 | R\$ 59.765,34 | R\$ 59.765,34 | R\$ 59.765,34 | R\$ 59.765,34 | R\$ 59.765,34 | R\$ 59.765,34 | R\$ 59.765,34 | R\$ 59.765,34 | R\$ 59.765,34 | R\$ 59.765,34 | R\$ 59.765,34 | R\$ 59.765,34 | R\$ 705.184,08 |
| A Apoio à Gestão | R\$ 74.456,68 | R\$ 74.456,68 | R\$ 74.456,68 | R\$ 74.456,68 | R\$ 74.456,68 | R\$ 74.456,68 | R\$ 74.456,68 | R\$ 74.456,68 | R\$ 74.456,68 | R\$ 74.456,68 | R\$ 74.456,68 | R\$ 74.456,68 | R\$ 74.456,68 | R\$ 74.456,68 | R\$ 881.482,16 |
| b1) RH Equipe de Saúde da Família | R\$ 925.429,13 | R\$ 925.429,13 | R\$ 925.429,13 | R\$ 925.429,13 | R\$ 925.429,13 | R\$ 925.429,13 | R\$ 925.429,13 | R\$ 925.429,13 | R\$ 925.429,13 | R\$ 925.429,13 | R\$ 925.429,13 | R\$ 925.429,13 | R\$ 925.429,13 | R\$ 925.429,13 | R\$ 11.105.146,56 |
| b2) Contratos, consumo e promoção - unidades de atenção primária | R\$ 153.741,35 | R\$ 153.741,35 | R\$ 153.741,35 | R\$ 153.741,35 | R\$ 153.741,35 | R\$ 153.741,35 | R\$ 153.741,35 | R\$ 153.741,35 | R\$ 153.741,35 | R\$ 153.741,35 | R\$ 153.741,35 | R\$ 153.741,35 | R\$ 153.741,35 | R\$ 153.741,35 | R\$ 1.844.696,20 |
| b3) Serviços de Otimologia Básica, Ráp X e Ultrassom e prótese dentária | R\$ 20.203,33 | R\$ 20.203,33 | R\$ 20.203,33 | R\$ 20.203,33 | R\$ 20.203,33 | R\$ 20.203,33 | R\$ 20.203,33 | R\$ 20.203,33 | R\$ 20.203,33 | R\$ 20.203,33 | R\$ 20.203,33 | R\$ 20.203,33 | R\$ 20.203,33 | R\$ 20.203,33 | R\$ 242.429,96 |
| b4) Sistemas de Informação / prontuário eletrônico e Telefonia Saúde da Família | R\$ 19.369,32 | R\$ 19.369,32 | R\$ 19.369,32 | R\$ 19.369,32 | R\$ 19.369,32 | R\$ 19.369,32 | R\$ 19.369,32 | R\$ 19.369,32 | R\$ 19.369,32 | R\$ 19.369,32 | R\$ 19.369,32 | R\$ 19.369,32 | R\$ 19.369,32 | R\$ 19.369,32 | R\$ 232.431,84 |
| B Equipe de Saúde da Família | R\$ 1.118.743,13 | R\$ 1.118.743,13 | R\$ 1.118.743,13 | R\$ 1.118.743,13 | R\$ 1.118.743,13 | R\$ 1.118.743,13 | R\$ 1.118.743,13 | R\$ 1.118.743,13 | R\$ 1.118.743,13 | R\$ 1.118.743,13 | R\$ 1.118.743,13 | R\$ 1.118.743,13 | R\$ 1.118.743,13 | R\$ 1.118.743,13 | R\$ 13.424.971,66 |
| c1) RH Equipe de Serv Apoio Especializado/NASF | R\$ 45.047,84 | R\$ 45.047,84 | R\$ 45.047,84 | R\$ 45.047,84 | R\$ 45.047,84 | R\$ 45.047,84 | R\$ 45.047,84 | R\$ 45.047,84 | R\$ 45.047,84 | R\$ 45.047,84 | R\$ 45.047,84 | R\$ 45.047,84 | R\$ 45.047,84 | R\$ 45.047,84 | R\$ 540.674,08 |
| c2) Sistema de Informação / prontuário eletrônico e Telefonia - NASF | R\$ 1.335,10 | R\$ 1.335,10 | R\$ 1.335,10 | R\$ 1.335,10 | R\$ 1.335,10 | R\$ 1.335,10 | R\$ 1.335,10 | R\$ 1.335,10 | R\$ 1.335,10 | R\$ 1.335,10 | R\$ 1.335,10 | R\$ 1.335,10 | R\$ 1.335,10 | R\$ 1.335,10 | R\$ 16.071,20 |
| C Serviço de Apoio Especializado / NASF | R\$ 46.382,94 | R\$ 46.382,94 | R\$ 46.382,94 | R\$ 46.382,94 | R\$ 46.382,94 | R\$ 46.382,94 | R\$ 46.382,94 | R\$ 46.382,94 | R\$ 46.382,94 | R\$ 46.382,94 | R\$ 46.382,94 | R\$ 46.382,94 | R\$ 46.382,94 | R\$ 46.382,94 | R\$ 656.585,28 |
| d1) RH - CAPS | R\$ 166.071,12 | R\$ 166.071,12 | R\$ 166.071,12 | R\$ 166.071,12 | R\$ 166.071,12 | R\$ 166.071,12 | R\$ 166.071,12 | R\$ 166.071,12 | R\$ 166.071,12 | R\$ 166.071,12 | R\$ 166.071,12 | R\$ 166.071,12 | R\$ 166.071,12 | R\$ 166.071,12 | R\$ 1.992.869,44 |
| d2) Consumo - CAPS | R\$ 64.479,74 | R\$ 64.479,74 | R\$ 64.479,74 | R\$ 64.479,74 | R\$ 64.479,74 | R\$ 64.479,74 | R\$ 64.479,74 | R\$ 64.479,74 | R\$ 64.479,74 | R\$ 64.479,74 | R\$ 64.479,74 | R\$ 64.479,74 | R\$ 64.479,74 | R\$ 64.479,74 | R\$ 773.786,98 |
| D Centro de Atenção Psicossocial - CAPS | R\$ 230.550,86 | R\$ 230.550,86 | R\$ 230.550,86 | R\$ 230.550,86 | R\$ 230.550,86 | R\$ 230.550,86 | R\$ 230.550,86 | R\$ 230.550,86 | R\$ 230.550,86 | R\$ 230.550,86 | R\$ 230.550,86 | R\$ 230.550,86 | R\$ 230.550,86 | R\$ 230.550,86 | R\$ 2.766.650,32 |
| e1) Adaptadores de inalação / equipamentos | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - |
| E Adaptadores e Inaladores | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - |
| F Subtotal parte Fís (B) = A + C + D + E | R\$ 1.469.133,61 | R\$ 1.469.133,61 | R\$ 1.469.133,61 | R\$ 1.469.133,61 | R\$ 1.469.133,61 | R\$ 1.469.133,61 | R\$ 1.469.133,61 | R\$ 1.469.133,61 | R\$ 1.469.133,61 | R\$ 1.469.133,61 | R\$ 1.469.133,61 | R\$ 1.469.133,61 | R\$ 1.469.133,61 | R\$ 1.469.133,61 | R\$ 17.629.591,32 |
| G Parte variável - 1 (% de B + C + D) / mês | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - |
| H Parte variável - 2 (unidade de saúde) | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - |
| I Parte variável - 3 (profissional) | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - |
| J Subtotal parte Variável (G + H + I) | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - |
| K Total (K) = F + J | R\$ 1.469.133,61 | R\$ 1.469.133,61 | R\$ 1.469.133,61 | R\$ 1.469.133,61 | R\$ 1.469.133,61 | R\$ 1.469.133,61 | R\$ 1.469.133,61 | R\$ 1.469.133,61 | R\$ 1.469.133,61 | R\$ 1.469.133,61 | R\$ 1.469.133,61 | R\$ 1.469.133,61 | R\$ 1.469.133,61 | R\$ 1.469.133,61 | R\$ 17.629.603,32 |
| 2. UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) | | | | | | | | | | | | | | | |
| RUBRICA | | | | | | | | | | | | | | | |
| 02010 - Gestão RUIE (Rede de Urgência e Emergência) - Unidade de Pronto Atendimento | R\$ 47.394,98 | R\$ 47.394,98 | R\$ 47.394,98 | R\$ 47.394,98 | R\$ 47.394,98 | R\$ 47.394,98 | R\$ 47.394,98 | R\$ 47.394,98 | R\$ 47.394,98 | R\$ 47.394,98 | R\$ 47.394,98 | R\$ 47.394,98 | R\$ 47.394,98 | R\$ 47.394,98 | R\$ 568.619,76 |
| Rh - Unidade de Pronto Atendimento | R\$ 890.692,68 | R\$ 890.692,68 | R\$ 890.692,68 | R\$ 890.692,68 | R\$ 890.692,68 | R\$ 890.692,68 | R\$ 890.692,68 | R\$ 890.692,68 | R\$ 890.692,68 | R\$ 890.692,68 | R\$ 890.692,68 | R\$ 890.692,68 | R\$ 890.692,68 | R\$ 890.692,68 | R\$ 10.568.312,16 |
| Consumo e consumo - Unidade de Pronto Atendimento | R\$ 176.837,00 | R\$ 176.837,00 | R\$ 176.837,00 | R\$ 176.837,00 | R\$ 176.837,00 | R\$ 176.837,00 | R\$ 176.837,00 | R\$ 176.837,00 | R\$ 176.837,00 | R\$ 176.837,00 | R\$ 176.837,00 | R\$ 176.837,00 | R\$ 176.837,00 | R\$ 176.837,00 | R\$ 2.122.044,00 |
| Serviços de laboratório - Unidade de Pronto Atendimento | R\$ 36.598,00 | R\$ 36.598,00 | R\$ 36.598,00 | R\$ 36.598,00 | R\$ 36.598,00 | R\$ 36.598,00 | R\$ 36.598,00 | R\$ 36.598,00 | R\$ 36.598,00 | R\$ 36.598,00 | R\$ 36.598,00 | R\$ 36.598,00 | R\$ 36.598,00 | R\$ 36.598,00 | R\$ 439.476,00 |
| Sistemas de Informação / prontuário eletrônico - Unidade de Pronto Atendimento | R\$ 15.111,75 | R\$ 15.111,75 | R\$ 15.111,75 | R\$ 15.111,75 | R\$ 15.111,75 | R\$ 15.111,75 | R\$ 15.111,75 | R\$ 15.111,75 | R\$ 15.111,75 | R\$ 15.111,75 | R\$ 15.111,75 | R\$ 15.111,75 | R\$ 15.111,75 | R\$ 15.111,75 | R\$ 181.341,00 |
| Serviço Rápido X - Unidade de Pronto Atendimento | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - |
| Medicamento - Unidade de Pronto Atendimento | R\$ 28.000,00 | R\$ 28.000,00 | R\$ 28.000,00 | R\$ 28.000,00 | R\$ 28.000,00 | R\$ 28.000,00 | R\$ 28.000,00 | R\$ 28.000,00 | R\$ 28.000,00 | R\$ 28.000,00 | R\$ 28.000,00 | R\$ 28.000,00 | R\$ 28.000,00 | R\$ 28.000,00 | R\$ 336.000,00 |
| Subtotal - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) | R\$ 1.184.624,41 | R\$ 1.184.624,41 | R\$ 1.184.624,41 | R\$ 1.184.624,41 | R\$ 1.184.624,41 | R\$ 1.184.624,41 | R\$ 1.184.624,41 | R\$ 1.184.624,41 | R\$ 1.184.624,41 | R\$ 1.184.624,41 | R\$ 1.184.624,41 | R\$ 1.184.624,41 | R\$ 1.184.624,41 | R\$ 1.184.624,41 | R\$ 14.215.622,92 |
| Parte variável - 1 | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - |
| Parte variável - 2 | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - |
| Parte variável - 3 | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - |
| Subtotal parte Variável (1, 2 e 3) | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - |
| TOTAL UPA = Subtotal UPA + Subtotal parte Variável | R\$ 1.184.624,41 | R\$ 1.184.624,41 | R\$ 1.184.624,41 | R\$ 1.184.624,41 | R\$ 1.184.624,41 | R\$ 1.184.624,41 | R\$ 1.184.624,41 | R\$ 1.184.624,41 | R\$ 1.184.624,41 | R\$ 1.184.624,41 | R\$ 1.184.624,41 | R\$ 1.184.624,41 | R\$ 1.184.624,41 | R\$ 1.184.624,41 | R\$ 14.215.622,92 |



ANEXO TÉCNICO E

Cronograma de Desembolso e Metas Físicas - TEIAS AP 3.1 E UPA MANGUINHOS

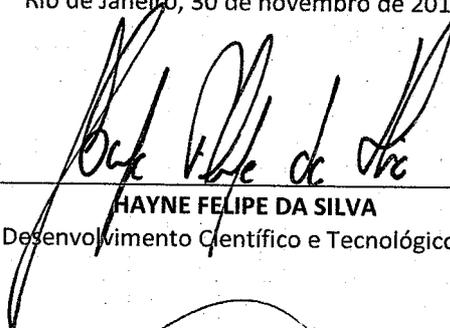
| CATEGORIA | PROJETO | MÊS 48 | MÊS 49 | MÊS 50 | MÊS 51 | MÊS 52 | MÊS 53 | MÊS 54 | MÊS 55 | MÊS 56 | MÊS 57 | MÊS 58 | MÊS 59 | MÊS 60 | TOTAL 12 MESES | | | | |
|---------------------------|---|-------------|---|---------------|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|---------------|----------------|--------------|--------------|
| | | | | | | | | | | | | | | | | dez/18 | jan/19 | fev/19 | mar/19 |
| 3 | 3. CURSOS DE NÍVEL SUPERIOR, PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA SUBPROJETO | 3.1 | 6.453,93 | 6.453,93 | 6.453,93 | 6.453,93 | 6.453,93 | 6.453,93 | 6.453,93 | 6.453,93 | 6.453,93 | 6.453,93 | 6.453,93 | 6.453,93 | 77.445,90 | | | | |
| | | 3.2 | 25.815,30 | 25.815,30 | 25.815,30 | 25.815,30 | 25.815,30 | 25.815,30 | 25.815,30 | 25.815,30 | 25.815,30 | 25.815,30 | 25.815,30 | 25.815,30 | 309.789,80 | | | | |
| | | 3.3 | 30.117,85 | 30.117,85 | 30.117,85 | 30.117,85 | 30.117,85 | 30.117,85 | 30.117,85 | 30.117,85 | 30.117,85 | 30.117,85 | 30.117,85 | 30.117,85 | 361.474,24 | | | | |
| | | TOTAL | 62.386,98 | 62.386,98 | 62.386,98 | 62.386,98 | 62.386,98 | 62.386,98 | 62.386,98 | 62.386,98 | 62.386,98 | 62.386,98 | 62.386,98 | 62.386,98 | 62.386,98 | 754.610,74 | | | |
| | | 4 | 4. CENTRO DE REFERÊNCIA DE IMUNOBIOLOGICOS ESPECIAIS (CRIE) SUBPROJETO | 4.1 | 111.206,82 | 111.206,82 | 111.206,82 | 111.206,82 | 111.206,82 | 111.206,82 | 111.206,82 | 111.206,82 | 111.206,82 | 111.206,82 | 111.206,82 | 111.206,82 | 1.334.491,87 | | |
| | | | | TOTAL | 111.206,82 | 111.206,82 | 111.206,82 | 111.206,82 | 111.206,82 | 111.206,82 | 111.206,82 | 111.206,82 | 111.206,82 | 111.206,82 | 111.206,82 | 111.206,82 | 1.334.491,87 | | |
| | | | | 5 | 5. APOIO À FORMAÇÃO, QUALIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE SUBPROJETO | 5.1 | 310.131,86 | 310.131,86 | 310.131,86 | 310.131,86 | 310.131,86 | 310.131,86 | 310.131,86 | 310.131,86 | 310.131,86 | 310.131,86 | 310.131,86 | 310.131,86 | 3.721.562,26 |
| | | | | | | 5.2 | 36.471,79 | 36.471,79 | 36.471,79 | 36.471,79 | 36.471,79 | 36.471,79 | 36.471,79 | 36.471,79 | 36.471,79 | 36.471,79 | 36.471,79 | 36.471,79 | 437.661,55 |
| | | | | | | 5.3 | 123.441,58 | 123.441,58 | 123.441,58 | 123.441,58 | 123.441,58 | 123.441,58 | 123.441,58 | 123.441,58 | 123.441,58 | 123.441,58 | 123.441,58 | 123.441,58 | 1.481.209,91 |
| | | | | | | 5.4 | 43.670,32 | 43.670,32 | 43.670,32 | 43.670,32 | 43.670,32 | 43.670,32 | 43.670,32 | 43.670,32 | 43.670,32 | 43.670,32 | 43.670,32 | 43.670,32 | 524.043,88 |
| 5.5 | 40.371,26 | | | | | 40.371,26 | 40.371,26 | 40.371,26 | 40.371,26 | 40.371,26 | 40.371,26 | 40.371,26 | 40.371,26 | 40.371,26 | 40.371,26 | 40.371,26 | 484.450,69 | | |
| 5.6 | 261.336,66 | | | | | 261.336,66 | 261.336,66 | 261.336,66 | 261.336,66 | 261.336,66 | 261.336,66 | 261.336,66 | 261.336,66 | 261.336,66 | 261.336,66 | 261.336,66 | 3.136.038,89 | | |
| 5.7 | 815.423,47 | | | | | 815.423,47 | 815.423,47 | 815.423,47 | 815.423,47 | 815.423,47 | 815.423,47 | 815.423,47 | 815.423,47 | 815.423,47 | 815.423,47 | 815.423,47 | 9.785.061,64 | | |
| TOTAL | 815.423,47 | | | | | 815.423,47 | 815.423,47 | 815.423,47 | 815.423,47 | 815.423,47 | 815.423,47 | 815.423,47 | 815.423,47 | 815.423,47 | 815.423,47 | 815.423,47 | 815.423,47 | 9.785.061,64 | |
| 6 | 6. INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA, VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE SUBPROJETO | 6.1 | 826.983,75 | | | 826.983,75 | 826.983,75 | 826.983,75 | 826.983,75 | 826.983,75 | 826.983,75 | 826.983,75 | 826.983,75 | 826.983,75 | 826.983,75 | 826.983,75 | 9.928.894,88 | | |
| | | 6.2 | 40.923,98 | | | 40.923,98 | 40.923,98 | 40.923,98 | 40.923,98 | 40.923,98 | 40.923,98 | 40.923,98 | 40.923,98 | 40.923,98 | 40.923,98 | 40.923,98 | 491.097,97 | | |
| | | 6.3 | 169.289,52 | 169.289,52 | 169.289,52 | 169.289,52 | 169.289,52 | 169.289,52 | 169.289,52 | 169.289,52 | 169.289,52 | 169.289,52 | 169.289,52 | 169.289,52 | 2.051.474,20 | | | | |
| | | 6.4 | 107.316,41 | 107.316,41 | 107.316,41 | 107.316,41 | 107.316,41 | 107.316,41 | 107.316,41 | 107.316,41 | 107.316,41 | 107.316,41 | 107.316,41 | 107.316,41 | 1.287.798,99 | | | | |
| | | 6.5 | 106.217,97 | 106.217,97 | 106.217,97 | 106.217,97 | 106.217,97 | 106.217,97 | 106.217,97 | 106.217,97 | 106.217,97 | 106.217,97 | 106.217,97 | 106.217,97 | 1.274.916,62 | | | | |
| | | 6.6 | 8.948,42 | 8.948,42 | 8.948,42 | 8.948,42 | 8.948,42 | 8.948,42 | 8.948,42 | 8.948,42 | 8.948,42 | 8.948,42 | 8.948,42 | 8.948,42 | 106.191,10 | | | | |
| | | TOTAL | 1.259.580,03 | 1.259.580,03 | 1.259.580,03 | 1.259.580,03 | 1.259.580,03 | 1.259.580,03 | 1.259.580,03 | 1.259.580,03 | 1.259.580,03 | 1.259.580,03 | 1.259.580,03 | 1.259.580,03 | 1.259.580,03 | 15.114.960,35 | | | |
| | | TOTAL GERAL | TOTAL GERAL | TOTAL | 4.902.355,32 | 4.902.355,32 | 4.902.355,32 | 4.902.355,32 | 4.902.355,32 | 4.902.355,32 | 4.902.355,32 | 4.902.355,32 | 4.902.355,32 | 4.902.355,32 | 4.902.355,32 | 4.902.355,32 | 58.828.263,84 | | |
| | | | | PROJETOS | 11.629.603,30 | 11.629.603,30 | 11.629.603,30 | 11.629.603,30 | 11.629.603,30 | 11.629.603,30 | 11.629.603,30 | 11.629.603,30 | 11.629.603,30 | 11.629.603,30 | 11.629.603,30 | 11.629.603,30 | 139.814.417,87 | | |
| | | | | 1 | 14.215.492,92 | 14.215.492,92 | 14.215.492,92 | 14.215.492,92 | 14.215.492,92 | 14.215.492,92 | 14.215.492,92 | 14.215.492,92 | 14.215.492,92 | 14.215.492,92 | 14.215.492,92 | 14.215.492,92 | 171.845,74 | | |
| 2 | 748.845,74 | | | 748.845,74 | 748.845,74 | 748.845,74 | 748.845,74 | 748.845,74 | 748.845,74 | 748.845,74 | 748.845,74 | 748.845,74 | 748.845,74 | 748.845,74 | 8.948,42 | | | | |
| 3 | 1.334.491,87 | | | 1.334.491,87 | 1.334.491,87 | 1.334.491,87 | 1.334.491,87 | 1.334.491,87 | 1.334.491,87 | 1.334.491,87 | 1.334.491,87 | 1.334.491,87 | 1.334.491,87 | 1.334.491,87 | 16.114.960,35 | | | | |
| 4 | 9.785.061,64 | | | 9.785.061,64 | 9.785.061,64 | 9.785.061,64 | 9.785.061,64 | 9.785.061,64 | 9.785.061,64 | 9.785.061,64 | 9.785.061,64 | 9.785.061,64 | 9.785.061,64 | 9.785.061,64 | 116.191,10 | | | | |
| 5 | 15.114.960,35 | | | 15.114.960,35 | 15.114.960,35 | 15.114.960,35 | 15.114.960,35 | 15.114.960,35 | 15.114.960,35 | 15.114.960,35 | 15.114.960,35 | 15.114.960,35 | 15.114.960,35 | 15.114.960,35 | 186.263,84 | | | | |
| 6 | 58.828.263,84 | | | 58.828.263,84 | 58.828.263,84 | 58.828.263,84 | 58.828.263,84 | 58.828.263,84 | 58.828.263,84 | 58.828.263,84 | 58.828.263,84 | 58.828.263,84 | 58.828.263,84 | 58.828.263,84 | 58.828.263,84 | | | | |
| TOTAL DO CONTRATO POR ANO | 58.828.263,84 | | | 58.828.263,84 | 58.828.263,84 | 58.828.263,84 | 58.828.263,84 | 58.828.263,84 | 58.828.263,84 | 58.828.263,84 | 58.828.263,84 | 58.828.263,84 | 58.828.263,84 | 58.828.263,84 | 58.828.263,84 | 58.828.263,84 | | | |



ANEXO G DO CONTRATO DE GESTÃO

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

Rio de Janeiro, 30 de novembro de 2018.

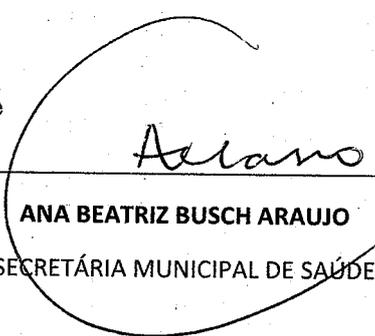


HAYNE FELIPE DA SILVA

Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde – FIOCRUZ

Hayne Felipe da Silva
Diretor Executivo - Fiorec
CPF: 586.234.187-00

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



ANA BEATRIZ BUSCH ARAUJO
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE



ANEXO H DO CONTRATO DE GESTÃO

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIZAÇÃO CIVIL E ADMINISTRATIVA

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

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

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

Rio de Janeiro, 30 de novembro de 2018.

HAYNE FELIPE DA SILVA

Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde – FIOTEC

Hayne Felipe da Silva
Diretor Executivo - FIOTEC
CPF: 586.234.187-00

ANA BEATRIZ BUSCH ARAUJO
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

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

