

CONTRATO DE GESTÃO 002/2021

CONTRATO DE GESTÃO ENTRE O MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, POR SUA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E A **ORGANIZAÇÃO SOCIAL VIVA RIO** COM VISTAS AO GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO TERRITÓRIO INTEGRADO DE ATENÇÃO A SAÚDE (TEIAS) NO ÂMBITO DA – AP 5.2.

Ao primeiro dia do mês de maio do ano de 2021, o Município do Rio de Janeiro, por sua Secretaria Municipal de Saúde (SMS), com sede na Rua Afonso Cavalcanti, nº. 455, Bloco 1, 7º andar, Cidade Nova, representado por seu Secretário Municipal de Saúde **DANIEL RICARDO SORANZ PINTO**, brasileiro, médico, solteiro, portador da cédula de identidade nº 28.890.997-1, expedida pelo DETRAN, CPF nº 290.210.958-07, doravante denominado CONTRATANTE, e de outro lado a Organização Social VIVA RIO, estabelecida na Rua Alberto de Campos nº 12, Ipanema, Rio de Janeiro, RJ, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas - CNPJ sob o nº 000.343.941/0001-28, doravante denominada CONTRATADA, neste ato representado por **JOSÉ RICARDO BARROS PACHECO**, brasileiro, separado, Gerente Geral de Saúde e Assistência Social, portador da cédula de identidade nº 061004263, expedida pelo IFP - RJ, CPF nº 763.894.057-15, nos autos do processo administrativo nº 09/000.035/2021, após a **Convocação Pública nº 08/21**, homologada por despacho do Secretário Municipal de Saúde, datado de 26/04/2021 (fls. do pp.), publicado no D.O. RIO nº 32, de 27/04/2021, fls. 30, resolvem celebrar o presente CONTRATO DE GESTÃO, que se regerá pelas seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

Este CONTRATO DE GESTÃO se rege por toda legislação aplicável à espécie, que desde já se entende como integrante do presente termo, especialmente pela Lei Municipal nº 5.026/2009, regulamentada pelos Decretos Municipais nº 30.780/2009, nº 30.907/2009, nº 31.618/2009, nº 31.897/2010, nº 32.318/2010, nº 33.010/2010, nº 33.536/2011, nº 48.521/2021, nº 35.645/2012, nº 37.079/2013, nº 38.300/2014, nº 41.207/2016, nº 41.208/2016, nº 41.216/2016, nº 41.217/2016, nº 41.218/2016, nº 41.217/2016, nº 41.218/2018, nº 45.632/2019, nº 45.662/2019, nº 46.029/2019; Resoluções CGM nº 1.124/2016, nº 1.224/2016, nº 1.642/2020, Resoluções Conjuntas CGM/SMS nº 85/2016 e 86/2016, Instrução Normativa TCM nº 01/2019; pela Lei nº 8.080/1990, regulamentada pelo Decreto Federal nº 7.508/2011; e; no que couber, pelas normas da Lei Federal nº 8.666/1993 e suas alterações, pelo Código de Administração Financeira e Contabilidade Pública do Município do Rio de Janeiro (CAF), instituído pela Lei Municipal nº 207/1980 e suas alterações, ratificadas pela Lei Complementar Municipal nº 01/1990, e pelo Regulamento Geral do Código supracitado (RGCAF), aprovado pelo Decreto Municipal nº 3.221/1981 e suas alterações, pela Lei Complementar Federal nº 101/2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal), pelo Decreto Municipal nº 21.083/2002 (cotas para mulheres e para pessoas de cor negra), bem como pelos preceitos de direito público, pelas disposições



do Edital de Convocação Pública e de seus anexos, tais como o Projeto Básico, e o Programa de Trabalho da CONTRATADA e pelas disposições deste CONTRATO DE GESTÃO. A Contratada declara conhecer todas essas normas e concorda em sujeitar-se incondicional e irrestritamente às suas prescrições, sistema de penalidades e demais regras nelas constantes ainda que não expressamente transcritas neste instrumento.

CLÁUSULA SEGUNDA – OBJETO

O objeto deste CONTRATO DE GESTÃO é o GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO TERRITÓRIO INTEGRADO DE ATENÇÃO A SAÚDE (TEIAS) no âmbito da – AP 5.2, que compreende os bairros Barra de Guaratiba, Cosmos, Inhoaíba, Santíssimo, Campo Grande, Guaratiba, Pedra de Guaratiba e Senador Vasconcelos, consoante com o Projeto Básico (Anexo II do Edital) e programa de trabalho da organização social (Anexo Técnico B), que fazem parte integrante do presente ajuste, e cronograma de desembolso previsto neste CONTRATO DE GESTÃO.

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

CLÁUSULA TERCEIRA – PROGRAMA DE TRABALHO, METAS E INDICADORES

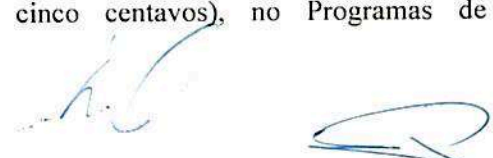
O Projeto Básico e o programa de trabalho são partes integrantes do presente CONTRATO DE GESTÃO, contendo sua especificação, estipulação das metas a serem atingidas e respectivos prazos e regime de execução, bem como previsão expressa dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados,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

CLÁUSULA QUARTA – PRAZO

O prazo do contrato de gestão será de dois anos, a contar de sua assinatura, sendo prorrogável uma vez por igual período e, outra, pela metade, se atingidas, pelo menos, oitenta por cento das metas físicas de Equipes de Saúde da Família prevista no “ANEXO F – Cronograma de Desembolso e Meta Físicas”, para o período anterior, através de Termo Aditivo.

CLÁUSULA QUINTA – RECURSOS FINANCEIROS

Para o cumprimento das metas e objetivos pactuados neste CONTRATO DE GESTÃO, a CONTRATANTE repassará à CONTRATADA, na forma e nas condições do cronograma de desembolso, o valor global de **R\$ 351.716.892,39 (trezentos e cinquenta e um milhões e setecentos e dezesseis mil e oitocentos e noventa e dois reais e trinta e nove centavos)**, estimado para o exercício de 2021 a 2023, cuja despesa prevista para o presente exercício será atendida pelos Programas de Trabalho n.º 1813.10.305.0308.2003, Natureza de Despesa 3.3.50.39.02, na Fonte 182, tendo sido emitida a Nota de Empenho n.º 2021/093, em 26/04/2021, no valor de R\$ 371.958,90 (trezentos e setenta e um mil, novecentos e cinquenta e oito reais e noventa centavos), Nota de Empenho n.º 2021/94, em 26/04/2021, no valor de R\$ 1.628.041,10 (hum milhão, seiscentos e vinte e oito mil, quarenta e um reais e dez centavos), na Fonte 100, tendo sido emitida Nota de Empenho n.º 2021/092, em 26/04/2021, no valor de R\$ 7.548.354,25 (sete milhões e quinhentos e quarenta e oito mil, trezentos e cinquenta e quatro reais e vinte e cinco centavos), no Programas de Trabalho n.º



1813.10.301.0330.2854, Natureza de Despesa 3.3.50.39.02, Fonte 119, tendo sido emitida Nota de Empenho n.º 2021/095, em 26/04/2021, no valor de R\$ 20.911.202,70 (vinte milhões, novecentos e onze mil, duzentos e dois reais e setenta centavos), no Programas de Trabalho n.º 1813.10.301.0330.2854, Natureza de Despesa 3.3.50.39.50, na Fonte 119, tendo sido emitida a Nota de Empenho n.º 2021/091, em 26/04/2021, no valor de R\$ 7.294.848,11 (sete milhões, duzentos e noventa e quatro mil, oitocentos e quarenta e oito reais e onze centavos), Nota de Empenho n.º 2021/90, em 26/04/2021, no valor de R\$ 44.207.582,10 (quarenta e quatro milhões, duzentos e sete mil, quinhentos e oitenta e dois reais e dez centavos) e Nota de Empenho n.º 2021/97, em 26/04/2021, no valor de R\$ 7.102.595,84 (sete milhões, cento e dois mil, quinhentos e noventa e cinco reais e oitenta e quatro centavos) e na Fonte 180 tendo sido emitida Nota de Empenho n.º 2021/089, em 26/04/2021, no valor de R\$ 13.841.482,14 (treze milhões, oitocentos e quarenta e um mil, quatrocentos e oitenta e dois reais e quatorze centavos).

Parágrafo Primeiro – Os recursos repassados à CONTRATADA serão depositados em conta bancária em instituição indicada em conformidade com a Resolução SMF nº 3120 de 30 de janeiro de 2020.

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

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

- I – em cadernetas de poupança se a previsão de seu uso for igual ou superior a um mês;
- II – em fundos de curto prazo ou
- III – em operações com títulos públicos federais.

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

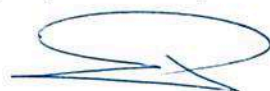
Parágrafo Quinto – A liberação dos recursos se dará trimestralmente, sendo a primeira parcela liberada até 30 (trinta) dias contados da assinatura do presente CONTRATO DE GESTÃO, obedecido o Cronograma de Desembolso (Anexo Técnico F).

Parágrafo Sexto – As parcelas serão repassadas em estrita conformidade com o programa de trabalho aprovado, salvo autorização prévia da Secretaria Municipal de Saúde, 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 SEXTA – REPASSES ORÇAMENTÁRIOS

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

CLÁUSULA SÉTIMA – REPACTUAÇÃO

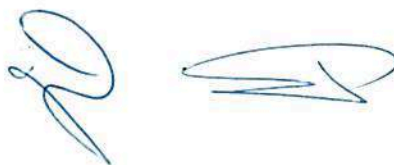
Por ocasião da prorrogação na forma da Cláusula Quarta, em havendo interesse público que justifique o aumento do custo nominal do contrato de gestão e dotação orçamentária específica para esse fim, os repasses financeiros para consecução dos objetivos do contrato de gestão poderão ser revistos.

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

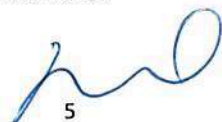
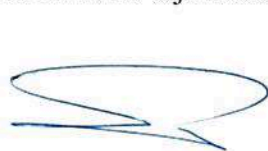


CLÁUSULA OITAVA – OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

- I - Disponibilizar à CONTRATADA os meios necessários à execução do presente objeto, conforme previsto neste CONTRATO DE GESTÃO e em seus anexos.
- II - Realizar o repasse de recursos na forma disposta no Projeto Básico, no programa de trabalho e na Cláusula Sexta deste CONTRATO DE GESTÃO.
- III - Exercer ampla, irrestrita e permanente fiscalização e controle da execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, bem como da aplicação dos recursos repassados, na forma disposta no Projeto Básico, no programa de trabalho e neste CONTRATO DE GESTÃO.

CLÁUSULA NONA - OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

- I – Desenvolver em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde a implantação e/ou execução das atividades, objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO, observando as condições e obrigações estabelecidas no Projeto Básico, no programa de trabalho e na legislação aplicável.
- II – Adotar as medidas preventivas necessárias para evitar danos a terceiros, em consequência da execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, inclusive as que possam afetar os serviços a cargo de eventuais concessionários.
- III – Responsabilizar-se, civil e criminalmente, independentemente da adoção de eventuais medidas preventivas, pelos danos e prejuízos, de qualquer natureza, inclusive materiais, morais e estéticos, que causar a Administração Pública ou a terceiros, decorrente de atos praticados em decorrência da execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, respondendo por si e por seus sucessores pela obrigação de pagar as indenizações eventualmente cabíveis, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade a fiscalização empreendida pelo CONTRATANTE.
- IV – Atender às diretrizes, determinações e exigências formuladas pelo CONTRATANTE.
- V – Cumprir as metas relacionadas no programa de trabalho.
- VI – Providenciar a publicação na imprensa e no Diário Oficial do Município, no prazo máximo de 30 dias (trinta dias) corridos a contar da assinatura do presente CONTRATO DE GESTÃO, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para a contratação de obras, serviços e compras a serem realizadas com recursos públicos, o qual observará a política de preços apresentada no programa de trabalho, bem como, sempre que possível, os preços constantes de atas de registro de preços ou das tabelas constantes do sistema de custos existentes no âmbito da Administração Pública, desde que sejam mais favoráveis.
- VII – Elaborar, submeter à aprovação do Conselho de Administração e encaminhar à CONTRATANTE, na forma e prazo por ela estabelecidos, os relatórios de execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados.
- VIII – Arcar com os acréscimos decorrentes de atraso de pagamentos a que dê causa, tais como juros ou qualquer tipo de correção/atualização dentre outros.
- IX – Bem administrar os bens móveis e imóveis públicos a ela cedidos.
- X – Responsabilizar-se pelos custos previstos no Projeto Básico e no programa de trabalho, encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais sociais e comerciais resultantes, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade a fiscalização do CONTRATO DE GESTÃO pela Secretaria.
- XI – Zelar para que os recursos financeiros repassados pela CONTRATANTE sejam exclusivamente


5

aplicados na consecução dos objetivos e metas previstos no programa de trabalho, atentando para a observância do princípio da economicidade.

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

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

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

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

XVI – Permitir que os órgãos de Controle Interno e Controle Externo do Poder Público Municipal terão amplo e irrestrito acesso à documentação contábil e financeira da entidade como um todo, e à decorrente do contrato de gestão, com azo no art. 3º, III, do Decreto n.º 30.780/09, com a redação dada pelo art. 4º do Decreto n.º 31.618/09.

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

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

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

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

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

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

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

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

b) no caso da existência de débitos tributários ou previdenciários, decorrentes da execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, que possam ensejar responsabilidade subsidiária ou solidária do



CONTRATANTE, os repasses devidos poderão ser retidos até o montante dos valores cobrados, que serão complementados a qualquer tempo com nova retenção em caso de insuficiência;

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

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

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

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

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

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

XXVIII – Efetivar contratação de serviços de natureza continuada como limpeza, segurança, conectividade, além de todo e qualquer serviço que impacte positivamente no alcance das metas, desde que não impliquem na cessão parcial ou total do objeto deste contrato, respeitadas a economicidade e a eficiência financeira do CONTRATO DE GESTÃO, em conformidade com o programa de trabalho e com o regulamento próprio para a contratação de obras, serviços e compras.

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

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

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

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

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

XXXIV – Alimentar o Pannel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais, <http://osinfo.prefeitura.rio/>, conforme Decreto Municipal nº 37.079/2013 ou qualquer outro que por decisão exclusiva do gestor municipal vier a complementá-lo ou substituí-lo.

XXXV – Apresentar ao CONTRATANTE, no prazo por ele definido, o Plano Estratégico para a sua ação nos anos de 2021 e 2022, observando a proposta orçamentária e cronograma de desembolso dos recursos a serem repassados apresentados no programa de trabalho.

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

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

XXXVII – Na prestação dos serviços de saúde, a CONTRATADA deverá observar:

- a) respeito aos direitos dos pacientes, atendendo-os com dignidade de modo universal e igualitário;
- b) manutenção da qualidade na prestação dos serviços;
- c) respeito à decisão do paciente em relação ao consentimento ou recusa na prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal;
- d) garantia do sigilo dos dados e informações relativas aos pacientes;
- e) garantia do direito de assistência religiosa e espiritual aos pacientes, por ministro de qualquer culto religioso;
- f) esclarecimento dos direitos aos pacientes, quanto aos serviços oferecidos.
- g) responsabilidade civil e criminal pelo risco de sua atividade;
- h) inserção obrigatória dos procedimentos autorizados e dos medicamentos dispensados nos protocolos terapêuticos estabelecidos pelas instâncias municipal, federal e estadual;



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

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

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

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

XLII – Apoiar e integrar o complexo regulador da Secretaria Municipal de Saúde.

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

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

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA - PRESTAÇÃO DE CONTAS

A prestação de contas 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.

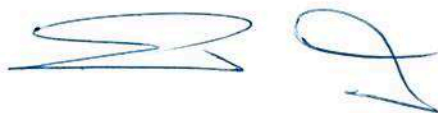
Parágrafo Terceiro – A prestação de contas somente será recebida pelo CONTRATANTE se estiver instruída com todos os documentos e formalidades descritos nesta Cláusula.

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 PRIMEIRA – CESSÃO E ADMINISTRAÇÃO DOS BENS PÚBLICOS

Ficam desde já cedidos à CONTRATADA, em caráter eminentemente precário, a título de cessão de uso e pelo prazo de vigência deste CONTRATO DE GESTÃO, os bens móveis e imóveis, equipamentos e instalações da **Estratégia Saúde Da Família (TEIAS) no âmbito da AP 5.2**, identificados, inventariados, avaliados e descritos quanto ao seu estado de conservação, em **Anexo I-D**.

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

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

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

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

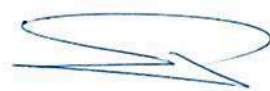
III – Pagar todas as despesas que direta ou indiretamente decorram do uso do bem cedido, inclusive tributos, tarifas e preços públicos.

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

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

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

Parágrafo Quarto – A aquisição de bens móveis ou a instalação de bens imobilizados no bem imóvel



cedido, adquiridos com recursos deste CONTRATO DE GESTÃO, bem como as benfeitorias realizadas serão incorporados ao patrimônio municipal, sem possibilidade de indenização ou retenção, condicionada a retirada à prévia autorização do CONTRATANTE.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – SUBCONTRATAÇÃO

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – FISCALIZAÇÃO

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – FORÇA MAIOR

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



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

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

Pelo descumprimento total ou parcial de obrigação assumida no programa de trabalho e neste CONTRATO DE GESTÃO, o CONTRATANTE poderá, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal, que couber aplicar as seguintes sanções previstas no artigo 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.

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

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



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

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – RECURSOS

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

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

II - Recurso 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 SÉTIMA – RESCISÃO

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

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

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

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

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

V - Na hipótese de a **CONTRATADA** não 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 OITAVA – RESILIÇÃO UNILATERAL PELO CONTRATANTE

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



CLÁUSULA DÉCIMA NONA – PUBLICAÇÃO

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA – CONTROLE INTERNO E EXTERNO

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – FORO

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – DISPOSIÇÕES FINAIS

Na contagem dos prazos, é excluído o dia de início e incluído o de vencimento, e considerar-se-ão os dias consecutivos, salvo disposição em contrário. Os prazos somente se iniciam e vencem em dias de expediente na Secretaria Municipal de Saúde.

E, por estarem, assim, justas e acordadas, firmam as partes o presente CONTRATO DE GESTÃO em 3 (três) vias de igual teor e forma e para os mesmos fins de direito, na presença das testemunhas abaixo.

Rio de Janeiro, 01 de maio de 2021.



DANIEL RICARDO SORANZ PINTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

JOSÉ RICARDO BARROS PACHECO
ORGANIZAÇÃO SOCIAL VIVA RIO

Testemunhas:



Matrícula 11/207.834/3

Matrícula
Leonardo Souto de Castilho
Assessor
Subsecretaria de Promoção, Atenção
Primária e Vigilância em Saúde
Mat.: 11.207.457-3

ANEXO I-A AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 02/2021

(DECRETO RIO 43.562/2017)

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, 01 de maio de 2021.



DANIEL RICARDO SORANZ PINTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



JOSÉ RICARDO BARROS PACHECO
ORGANIZAÇÃO SOCIAL VIVA RIO

ANEXO I-B AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 02/2021
DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIZAÇÃO CIVIL E ADMINISTRATIVA
(Decreto Rio 43.562/2017)

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, 01 de maio de 2021.



DANIEL RICARDO SORANZ PINTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

JOSÉ RICARDO BARROS PACHECO
ORGANIZAÇÃO SOCIAL VIVA RIO

ANEXO I-C - DO CONTRATO DE GESTÃO – Nº Nº 02/2021

AUTORIZAÇÃO - DECRETO RIO nº 46.785/2019

A **ORGANIZAÇÃO SOCIAL VIVA RIO**, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas - CNPJ sob o nº 00.434.941/0001-28, por intermédio de seu representante legal o Sr. **JOSÉ RICARDO BARROS PACHECO**, portador da carteira de identidade nº 061004263, e inscrito (a) no Cadastro de Pessoas Físicas – CPF sob nº 763.894.057-15, **AUTORIZA** para fins do Decreto Rio nº 46.785/2019, o MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, representado pelo Sr. **DANIEL RICARDO SORANZ**, inscrita no Cadastro Pessoa Física – CPF sob o nº 290.210.958-07, a fazer desconto em suas faturas e realizar os pagamentos dos salários e demais verbas trabalhistas diretamente aos seus empregados, bem como das contribuições previdenciárias e do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS, quando esses não forem adimplidos por esta empresa.

Rio de Janeiro, 01 de maio de 2021.



DANIEL RICARDO SORANZ PINTO
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE



JOSÉ RICARDO BARROS PACHECO
VIVA RIO

ANEXO I-D - DO CONTRATO DE GESTÃO – Nº 02/2021
CESSÃO E ADMINISTRAÇÃO DOS BENS PÚBLICOS

TERMO DE PERMISSÃO DE USO

I – Fica permitido, na forma da Lei Municipal nº. 5.026/09, o uso dos bens públicos relacionados no Apenso, de acordo com o Contrato de Gestão oriundo do processo administrativo 09/000.035/2021, assim como os bens que lhes guarnecem.

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

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

IV - Os equipamentos e instrumental necessários para a realização dos serviços contratados deverão ser mantidos pela CONTRATADA em perfeitas condições, adequadas à sua destinação.

V - Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes que por ventura venham a ser adquiridos com recursos oriundos do Contrato de Gestão, deverão ser incorporados ao patrimônio da Prefeitura do Município do Rio de Janeiro, hipótese em que a CONTRATADA deverá entregar à CONTRATANTE a documentação necessária ao processo de incorporação dos bens patrimoniais.

VI - A realização de benfeitorias ou acréscimos nos bens arrolados deverá ser realizada mediante prévia aprovação e por escrito do Poder Público Municipal.

VII – Os bens recebidos ou adquiridos mediante legados ou doações que forem destinados à CONTRATADA para o objeto do Contrato de Gestão, bem como, as, benfeitorias, bens móveis e imobilizados instalados nos equipamentos de saúde cujo uso foi permitido por este anexo, serão incorporados ao patrimônio municipal ora arrolado.

VIII – Ficará assegurado o acesso dos servidores municipais vinculados à área técnica e ao Contrato de Gestão às dependências dos bens cedidos.

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

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



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

XII- Relação de bens –

<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/12563708/4316688/relatoriodebensmoveiscap5.2.pdf>

Rio de Janeiro, 01 de maio de 2021.



DANIEL RICARDO SORANZ PINTO
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE



JOSÉ RICARDO BARROS PACHECO
VIVA RIO

**ANEXO II – PROJETO BÁSICO
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – AP-5.2**

Projeto Básico e Anexos Técnicos, para o **GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO TERRITÓRIO INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE (TEIAS)**, por meio de Contrato de Gestão com Organização Social qualificada no âmbito deste Município, que assegure assistência universal e gratuita à população, unicamente para o Sistema Único de Saúde – SUS, na área programática – AP 5.2 que compreende os bairros Barra de Guaratiba, Cosmos, Inhoaíba, Santíssimo, Campo Grande, Guaratiba, Pedra de Guaratiba e Senador Vasconcelos. O processo seletivo destinado à celebração da referida parceria é aberto a todas as pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos cujas atividades sejam dirigidas à Saúde, e que estejam qualificadas como Organização Social no âmbito do Município do Rio de Janeiro.

Proponente: Secretaria Municipal de Saúde.

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

PROJETO BÁSICO

Anexo Técnico A – Informações sobre o território

Anexo Técnico B – Plano de Trabalho

Anexo Técnico C – Destinação de recursos orçamentários no cronograma

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

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

Anexo Técnico F – Cronograma de desembolso e metas físicas

Anexo Técnico G – Normas para Custeio das Despesas Administrativas



CONSIDERANDO a necessidade de qualificar os serviços prestados, trazendo benefícios aos usuários Sistema Único de Saúde (SUS);

CONSIDERANDO os atributos essenciais da Atenção Primária em Saúde (APS), definidos como: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado;

CONSIDERANDO a necessidade de realinhamento das diretrizes da política pública da atenção primária que implica na realização de novos arranjos de contratação, que reflitam esta nova política;

CONSIDERANDO que residem 663.323 pessoas na AP-5.2, divididos entre 08 bairros, cujo território abrange ocupações irregulares com população de baixa renda ocupações irregulares com população de baixa renda, tendo bairros com um dos piores IDH do município, quando comparado com outros;

CONSIDERANDO que, pelo Ministério da Saúde, estima-se como razão ideal a existência de uma Unidade de Atenção Primária em Saúde para cada 20.000 habitantes e, no máximo, 4.000 cadastrados por equipe de Saúde da Família;

CONSIDERANDO que, com 141 equipes de Saúde da Família, há uma estimativa de cobertura de apenas 74% da população;

CONSIDERANDO que, por sua capilaridade e configuração como porta de acesso aos serviços de saúde, a expansão da APS deve permanecer prioritária, sendo esse o planejamento da gestão atual para os primeiros meses de 2021;

CONSIDERANDO a falta de alinhamento e diretrizes homogêneas na aplicação política de contratação dos profissionais de saúde que atuam na assistência ao cidadão, gerando risco e insegurança para os parceiros executores da política pública;

CONSIDERANDO o entendimento de que o modelo de parceira via contrato de gestão com Organizações Sociais de Saúde, é uma forma legítima de contratualização e oferece os instrumentos necessários para o abastecimento célere e eficiente das unidades, principalmente considerando o cenário atual de pandemia e desabastecimento das mesmas.

DO OBJETO

Projeto Básico para o GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO TERRITÓRIO INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE



(TEIAS), por meio de Contrato de Gestão com Organização Social qualificada no âmbito deste Município, que assegure assistência universal e gratuita à população, unicamente para o Sistema Único de Saúde – SUS, na Área Programática (AP) 5.2 que compreende os bairros Barra de Guaratiba, Cosmos, Inhoaíba, Santíssimo, Campo Grande, Guaratiba, Pedra de Guaratiba e Senador Vasconcelos, da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE do Município do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro.

OBJETIVO GERAL

Gerenciar, administrar, operacionalizar e executar, pela CONTRATADA, as ações e serviços de saúde no Território Integrado de Atenção à Saúde (TEIAS) no âmbito da Área de Planejamento (AP) 5.2, com previsão de adaptações na manutenção e adequação de equipamentos, programação visual, serviços especializados e despesas operacionais das unidades de saúde sob sua responsabilidade, atribuídos a CONTRATADA, previsto neste Projeto Básico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Operacionalizar, apoiar e executar, pela CONTRATADA, as atividades e serviços junto às equipes de Saúde da Família (eSF), equipes de Saúde Bucal, Assistência Farmacêutica, Serviços Especializados e ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) / equipe Multiprofissional, e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), no TEIAS da AP 5.2;
- Contratar profissionais para atuação nas eSF, eSB, NASF e CAPS, de acordo com as metas físicas constantes no edital de seleção pública, utilizando para isso processo seletivo público;
- Realizar o fornecimento regular dos insumos da grade padronizada e a manutenção dos equipamentos com pleno funcionamento, para a assistência das equipes nas Unidades de Atenção Primária (UAP);
- Contratar serviços de prestação continuada como limpeza, portaria, segurança, concessionárias, conectividade, profissionais de apoio à Saúde da Família, entre outros serviços especializados como: Radiografia e Ultrassonografia com laudo para apoio às equipes de Saúde da Família; serviço de oftalmologia – refração e de retinografia digital; serviço de confecção de próteses dentárias; serviço de apoio, manutenção e suporte dos Sistemas de Informação / Prontuário Eletrônico do Cidadão; dentre outros serviços necessários à boa realização dos objetivos



estabelecidos neste Projeto Básico e de acordo com as necessidades definidas pela Coordenação de Área e S/SUBPAV;

- Implantar, manter e dar suporte aos Sistemas de Informação / Prontuário Eletrônico da Atenção Primária à Saúde;
- Desenvolver ações de educação, vigilância e promoção da saúde de acordo com as normas vigentes e orientações estabelecidas pela CONTRATANTE;
- Prestar assistência em situações de Surto ou Emergência em Saúde Pública;
- Garantir o fornecimento e a utilização de uniforme e crachá padronizados pela SMS/RJ para todos os funcionários de saúde (orientação está no catálogo de uniformes da SUBPAV que será disponibilizado oportunamente);
- Adequar a programação visual, manutenção e adaptação das Unidades de Atenção Primária, de acordo com a orientação vigente da S/SUBPAV.

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

Qualidade dos Serviços Prestados

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

Prontuários Eletrônicos Clínicos (PEC) ou Prontuários Eletrônicos do Paciente (PEP);

Implantação da Comissão de Prontuários;

Realização de auditoria interna quanto ao uso e qualidade dos registros no prontuário clínico/paciente, a partir de conteúdos e metodologia comum para o município do Rio de Janeiro junto a SMS.

Atenção ao Usuário

Implantar Serviços de Atendimento ao Usuário;

Aprofundar o conhecimento das providências tomadas a partir das reclamações / sugestões dos usuários.

Composição das Equipes de Saúde da Família

Cada equipe de Saúde da Família (eSF) deverá ser composta por no mínimo 01 Médico, 01 Enfermeiro, 01 Técnico de Enfermagem, 01 Agente Comunitário de Saúde e 01 Agente de Vigilância em Saúde. Será utilizado como padrão no Município do Rio de Janeiro a



proporção de 06 (seis) Agentes Comunitários de Saúde para cada equipe de saúde da família, e de 02 (dois) Técnicos de Enfermagem para cada equipe de saúde da família.

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

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

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

EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (eSF)			
EQUIPE	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANT.
EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA	MÉDICO DE FAMÍLIA	40H	1 por eSF
	ENFERMEIRO DE FAMÍLIA	40H	1 por eSF
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	40H	2 por eSF
	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	40H	4 a 6 por eSF (*)
	AGENTE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	40H	1 por eSF
EQUIPE DE SAÚDE BUCAL	CIRURGIÃO-DENTISTA DA FAMÍLIA	40H	1 para cada 3 eSF
	TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL	40H	1 para cada 6 eSF
	AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL	40H	1 para cada 3 eSF
	FARMACÊUTICO	40H	1 para cada 6 eSF
	TÉCNICO DE FARMÁCIA	40H	1 para cada 6 eSF
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	40H	1 para cada 6 eSF
	GERENTE	40H	1 por UAP
	AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	40H	1 para cada 3 eSF
	PORTARIA	12H	2 para cada 6 eSF

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




Critérios para composição de horário das equipes

A composição de horário das equipes deve ser pactuada com a chefia imediata (gerente ou diretor da unidade);

O critério para adaptação de horário deve seguir a necessidade do serviço;

Durante o horário de funcionamento da Unidade, deve haver pelo menos um componente de cada equipe;

Sempre deve haver na unidade pelo menos um médico e um enfermeiro;

A carga horária de 40 horas semanais deve ser cumprida em no mínimo 04 (quatro) dias na semana e no máximo 10 horas diárias de trabalho;

Não deve haver prejuízo na assistência à saúde da população;

O horário de atendimento da unidade e dos profissionais deve permanecer visível na recepção da unidade para todas as categorias profissionais independentemente do tipo de vínculo;

Salvo em situações excepcionais, as unidades de saúde devem sempre dispor de pelo menos um médico e pelo menos um funcionário por equipe de saúde da família durante todo o horário de funcionamento;

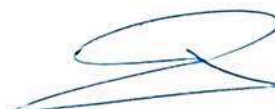
As unidades devem permanecer abertas durante o horário de almoço com o mínimo de serviços em funcionamento como a recepção;

Em uma mesma AP as unidades devem organizar os períodos de reunião mensal da unidade, de forma que não coincidam entre as unidades contíguas. Em caso de reunião mensal de equipe pelo menos um componente técnico por categoria deve estar acolhendo a população e orientando caso a caso. Sempre que houver necessidade de fechamento da unidade a CAP e a S/SUBPAV devem ser previamente comunicadas.

Estrutura das Unidades de Saúde

Prioritariamente o Agente Comunitário de Saúde (ACS) deve realizar escala de atendimento na recepção, com guichê de atendimento identificado por equipe de abrangência. Sempre que possível algum funcionário volante deve organizar o fluxo na unidade e oferecer ajuda para esclarecimentos da população. Todas as equipes devem sempre que possível aceitar marcação de consulta por telefone e por e-mail dos pacientes já cadastrados e que tenham sido atendidos ao menos uma vez na unidade. O telefone da equipe e e-mail da equipe ou da unidade deve sempre estar em local visível;

Minimamente, as unidades devem dispor de 01 (um) consultório por equipe de Saúde da Família, sendo o ideal pelo menos dois consultórios por equipe. Estes devem apresentar identidade visual, com a identificação da equipe / área de abrangência;



Deve-se apresentar uma relação com o nome dos profissionais de saúde e horários de atendimento, e esta deve ficar exposta para a população em local visível na recepção, bem como o horário de funcionamento da unidade;

A agenda dos profissionais deve ser organizada a partir dos prontuários eletrônicos. Quando não for possível, esta deve estar disponível na recepção;

Toda Unidade de Atenção Primária do município do Rio de Janeiro deve ter minimamente a seguinte relação de salas / espaços:

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

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

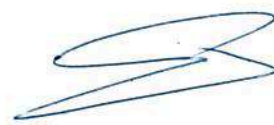
Os serviços de curativos, vacinas, administração de medicação, aferição de dados vitais, realização de teste rápido e acolhimento devem estar disponíveis durante todo o período de funcionamento da unidade de saúde.

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

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

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

Horário de funcionamento da Unidade;



Mapa da área de abrangência e relação de ruas, identificando nominalmente os profissionais de referência, no caso das equipes de Saúde da Família;

Relação nominal dos profissionais com a respectiva programação semanal de cada um, contendo horário e atividade desenvolvida;

Relação nominal de profissionais com suas respectivas cargas horária de acordo com o contrato de trabalho;

Data/hora/local de atividades coletivas e reuniões com a comunidade;

Relação dos representantes da população e profissionais que integram o Colegiado Gestor Local;

Data/Hora/Local das reuniões do Colegiado Gestor Local, bem como dos Conselhos Distrital e Municipal de Saúde;

Telefone, e-mail e site da Ouvidoria da CAP e da Prefeitura do Rio de Janeiro.

Relatório de acompanhamento de metas: Toda Unidade de Atenção Primária deve dispor de um "placar da saúde" com a devida atualização mensal dos indicadores de saúde. Este placar deve ficar em local visível na unidade.

Território de Abrangência: É o território pelo qual a Unidade de Atenção Primária é responsável pela assistência à população. Deve-se levar em consideração vários fatores como área de influência, barreiras geográficas, densidade demográfica e fatores locais como violência. Todos os moradores de uma região de abrangência (área adscrita) são de responsabilidade da equipe de Saúde da Família (eSF) definida para aquela área. Entendendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado e porta de entrada do sistema de saúde, independentemente da situação de saúde de uma pessoa, as eSF devem continuar o acompanhamento daquela pessoa. Exemplo: paciente com câncer em tratamento em serviço especializado; paciente em hemodiálise; paciente portador de coronariopatia grave; portadores de transtorno mental; etc., devem continuar sendo atendidos e cuidados pela eSF de referência.

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

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



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

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

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

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

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

O processo seletivo deve ser público e com ampla divulgação;

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

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

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

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

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

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

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

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



Solicitar a remoção do paciente diretamente na plataforma virtual de Vaga Zero da Central de Regulação do Município do Rio de Janeiro, devendo haver a classificação de risco clínico, e informar qual tipo de ambulância se faz necessário para a adequada remoção. A equipe de Saúde da Família deve escrever o relato do caso em duas vias e anotar no livro de ocorrência da unidade, em caso de rompimento deste fluxo deve-se entrar em contato imediatamente com a CAP.

Até a remoção, todas as medidas a fim de estabilização clínica hemodinâmica necessária deve ser assumida e o paciente deve permanecer em observação. Nestes casos a remoção deve ser assegurada o mais prontamente possível.

Toda Unidade de Atenção Primária deve dispor de uma maleta para emergência, com itens e medicamentos padronizados nesta carteira e no protocolo municipal de atendimento à urgência e emergência, e as equipes preparadas para atendimento de emergência. Mais detalhes estão descritos na sessão "Situações de urgência / emergência".

Procedimentos

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

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

Visita e Atendimento domiciliar

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

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

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

Consultas

Toda Unidade de Atenção Primária deve organizar o serviço de modo a evitar a formação de filas. Portanto, sempre que possível, evitar concentrar a oferta de algum serviço em um dia / horário específico;

A oferta de marcação de consulta por demanda programada deve ser disponibilizada todos os dias em todo o horário de funcionamento da unidade;

As unidades devem organizar o serviço de modo a priorizar o atendimento a gestantes, idosos (acima de 60 anos), e pessoas com necessidades especiais;



Todos os procedimentos como medição antropométrica, aferição de Pressão Arterial e outros, deverão ser realizados durante a consulta;

Toda Unidade de Atenção Primária deve garantir o atendimento de consultas agendadas e de demanda não programada;

Os casos emergenciais devem ter os procedimentos garantidos, independentemente do número de consultas agendadas e realizadas no período;

A condição não urgente pode ser agendada para até dois dias úteis;

O tempo máximo para o agendamento de consulta (que não seja intencionalmente programada desta forma) não pode exceder 30 dias;

Os retornos agendados deverão respeitar os protocolos preconizados. Sempre que houver necessidade de consulta de retorno, o usuário deverá sair da unidade com o agendamento em mãos;

Em casos extremos o paciente ou o médico de família pode solicitar a troca do usuário de equipe dentro da mesma unidade, sendo necessário o preenchimento das informações pertinentes em prontuário e anotação no livro de ocorrência da unidade.

Consulta de Enfermagem

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

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

Atestado

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

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



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

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

Assistência farmacêutica

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

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

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

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

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

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

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

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

- Diabetes mellitus (hipoglicemiantes orais e insulina):

Para tanto as unidades devem minimamente possuir geladeira (frigobar) para o acondicionamento e os profissionais técnicos devem ser treinados para orientação de uso e acondicionamento da insulina; todo médico de equipe de saúde da família deve acompanhar o paciente diabético, esteja ou não indicado o uso de insulina. O fornecimento da insulina e demais insumos devem ser vinculados a pelo menos uma consulta a cada 3 (três) meses



com o médico da equipe bem como com o enfermeiro da equipe; mesmo que o paciente acompanhe em serviço especializado (polos, policlínica, hospital, etc.) deve obrigatoriamente ser acompanhado pelo médico e enfermeiro da equipe; Todos os pacientes em uso de insulina recebem glicosímetros, tiras, seringas, lancetador e lancetas para aplicação de insulina e monitorização domiciliar;

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

Toda Unidade de Atenção Primária deve ter disponível receituário de controle especial. A prescrição de medicamento controlado não é vedada ao médico que atua na Atenção Primária, mas deve sempre seguir os princípios de uso racional de medicamentos;

Toda Unidade de Atenção Primária deve ter condições para a dispensação de medicamento controlado, respeitando as normativas vigentes. A organização da distribuição de medicação controlada nas unidades deve ser feita em conjunto com o núcleo de assistência farmacêutica da CAP, ter um farmacêutico responsável e o devido controle no armazenamento da medicação.

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

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

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

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

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

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

A CONTRATADA deverá oferecer Serviços de Apoio à Saúde da Família. Trata-se de um serviço de Apoio às equipes de saúde da família que objetiva ampliar as ações da Atenção



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

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

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

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

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

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

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

A CONTRATADA deverá oferecer Serviço de Oftalmologia - Refração.

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

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

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

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

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

A CONTRATADA deverá oferecer Serviço de Oftalmologia - Retinografia Digital.



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

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

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

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

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

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

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

A CONTRATADA deverá oferecer Serviço de Confeção de Próteses Dentárias.

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

ESPECIFICAÇÕES DAS ATIVIDADES DE SAÚDE

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

PRAZOS

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

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

CONFORMIDADE COM PROTOCOLOS E DIRETRIZES FORMULADOS PELA CONTRATANTE

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

CONFORMIDADE COM CAMPOS DE ESTÁGIO E FORMAÇÃO EM SAÚDE PELA CONTRATANTE

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

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



DA CONTRATAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

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

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

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

A OSS deverá considerar os setores censitários (Fonte: Censo Demográfico do IBGE – 2010) dos bairros/comunidades que integram o objeto deste contrato de gestão. Os mesmos serão atualizados durante o cadastramento realizado pelos agentes comunitários de saúde. Caberá à CAP e à SUBPAV a definição das áreas de abrangência das unidades de saúde, das equipes de atenção primária bem como das microáreas dos agentes comunitários de saúde, estando as mesmas disponibilizadas em link virtual específico a ser disponibilizado pela S/SUBPAV.

DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

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

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

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

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

O banco de dados de todos os pacientes é de propriedade da CONTRATANTE, devendo ser fornecido um backup (cópia) dos dados a qualquer momento, bem como a utilização de padrões internacionais que permitam a migração dos dados em caso de substituição da CONTRATANTE ou da empresa de prontuário eletrônico;



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

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

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

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

- O prontuário deve ser construído para ser utilizado na Atenção Primária à Saúde;
- Deve ser familiar, permitindo a identificação e acesso aos prontuários dos demais membros da família;
- Deve ter uma lista de problemas ativos e inativos;
- O registro clínico deve ser organizado no método SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano);
- Deve-se utilizar como padrão para classificação de doenças a tabela do CIAP (Classificação Internacional de Atenção Primária) permitindo a conversão para a codificação do CID (Classificação Internacional de Doenças);
- Deve permitir a impressão de formulários como: Receituário, Receituário Especial, Atestados, Notificações compulsórias, Declaração de Comparecimento, Requisição de Exames (incluindo de Alto Custo – APAC), Encaminhamento de Usuários (Guia de Referência e Contra Referência), Solicitação de Exames Citopatológicos e Mamografias. Esses formulários são padronizados pela S/SUBPAV/SAP;
- Permitir o acompanhamento da gestante (pré-natal), acompanhamento de crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor em crianças, acompanhamento de tuberculose, acompanhamento de hanseníase; Imunização com aprazamento das consultas;
- Permitir às equipes gerar minimamente as seguintes listas nominais: lista geral de todos os pacientes da Unidade/equipe/microárea; lista de hipertensos, lista de diabéticos, lista de pacientes com tuberculose, lista de pacientes com hanseníase,



lista de crianças até 2 (dois) anos, lista de gestantes, lista de rastreamento de citopatológico de mulheres entre 25 a 64 anos;

- Gerar um relatório por equipe dos indicadores do Pagamento por Desempenho, que são anualmente padronizados pela S/SUBPAV/SAP; Permitir gerar mensalmente para cada profissional um e-mail com o resultado desses indicadores de sua equipe;
- Gerar um relatório por profissional dos indicadores do Pagamento por Desempenho, que são anualmente padronizados pela S/SUBPAV/SAP; Permitir gerar mensalmente para cada profissional um e-mail com o resultado desses indicadores;
- Deve permitir controle de estoque de todos os insumos na unidade incluindo os itens dispensados na farmácia;
- Permitir a gestão da agenda dos profissionais, incluindo a possibilidade de registro de marcação não presencial como por telefone, portal ou e-mail;
- Deve permitir o registro dos exames laboratoriais incluindo exames de imagem e digitalização de alguns exames como eletrocardiograma;
- Deve permitir interoperabilidade com outros sistemas como aparelhos de processamento de laboratório, aparelho de Raio-X digital, dentre outros.

SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

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

Os dados deverão ser atualizados mensalmente.

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

02 – Centro de Saúde/Unidade Básica;



- 15 – Unidade Mista;
03 – Policlínica;
36 – Clínica Especializada/Ambulatório de Especialidade;
71 – Centro de Apoio à Saúde da Família.

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

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

SIA – Sistema de Informação Ambulatorial

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

Este sistema possui três componentes:

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

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

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

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

SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

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



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

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

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

A estratégia é composta por dois sistemas:

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

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

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

Cadastro Domiciliar e Territorial Ficha de Atendimento Individual

Ficha de Atendimento Odontológico Individual Ficha de Atividade Coletiva

Ficha de Procedimentos

Ficha de Visita Domiciliar e Territorial

Marcadores de Consumo Alimentar Ficha Complementar

Avaliação de Elegibilidade e Admissão Atendimento Domiciliar

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

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

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



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

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

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

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

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

Instrumentos de coleta de dados do SINAN:

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

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

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

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

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

SISREG – Sistema de Nacional de Regulação

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

DispensaMed

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

SIGMA – SISTEMA DE INFORMAÇÕES GERENCIAIS DE MATERIAIS

O Sistema de Informações Gerenciais de Materiais (SIGMA), sistema desenvolvido e mantido pelo IplanRio, tem como objetivo o controle de todos os bens adquiridos e



estocados nas Unidades Armazenadoras de Materiais no Município de Rio de Janeiro tais como materiais de consumo e medicamentos. No SIGMA também são realizadas a manutenção do cadastro de materiais e serviços e a manutenção do cadastro de empresas, fundações privadas e associações. O sistema é composto pelos seguintes módulos: Catálogo de Materiais e Serviços, Cadastro de Empresas, Cadastro de Fundações Privadas e Associações, Cadastro de Amostras, Gestão de Estoques, Tabelas e Segurança.

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

Outros Sistemas de Informação em Saúde

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

DA AVALIAÇÃO DE METAS DE DESEMPENHO PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE

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

As referências que apoiam a boa prática clínica são:

O consenso de sociedades científicas e associações profissionais;

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

Orientações estabelecidas pela SMS/RJ.

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

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

Qualificação dos profissionais;

Utilização do prontuário clínico;

Uso de outros registros da atividade assistencial;

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

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

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



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

Perfil de prescrição farmacêutica;

Auto avaliação assistencial pelos profissionais;

Avaliação externa da prática assistencial.

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

Não se deve induzir ou sugerir uma resposta aos usuários;

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

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

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

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



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

CUSTEIO DE PESSOAL DE EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA						
CATEGORIA	Quantidade de Profissionais	Horas Semanais	CUSTEIO DE PESSOAL 2021			
			Salário (base)	Insalubridade	Salário Total	
Médico	150	40	R\$ 15.157,17	R\$ 220,00	R\$ 2.306.575,90	
Enfermeiro	150	40	R\$ 6.082,16	R\$ 220,00	R\$ 645.324,00	
Técnico de Enfermagem	150	40	R\$ 2.324,93	R\$ 220,00	R\$ 381.739,50	
Limpeza / Portaria	100	40	R\$ 1.400,00	R\$ 220,00	R\$ 162.000,00	
Curupio Dentista	50	40	R\$ 6.082,16	R\$ 220,00	R\$ 315.108,00	
Técnico de Saúde Bucal	25	40	R\$ 2.324,93	R\$ 220,00	R\$ 63.623,25	
Auxiliar de Saúde Bucal	50	40	R\$ 1.550,00	R\$ 220,00	R\$ 86.500,00	
Farmacêutico	25	40	R\$ 6.082,16	R\$ 220,00	R\$ 157.554,00	
Técnico de Farmácia	25	40	R\$ 2.324,93	R\$ 220,00	R\$ 63.623,25	
Gerente	35	40	R\$ 8.514,80	R\$ 220,00	R\$ 305.718,00	
Auxiliar Administrativo	0	40	R\$ 1.550,00	R\$ 220,00	R\$ -	
TOTAL FUNCIONÁRIOS	760				TOTAL SALÁRIOS R\$ 4.789.745,90	

ENCARGOS SOCIAIS E TRABALHISTAS			
INSS - Empresa	20,000%	R\$	32.400,00
INSS - Terceiros + FAP	5,800%	R\$	9.396,00
SAT	2,000%	R\$	3.240,00
PIS	1,000%	R\$	1.620,00
FGTS	8,000%	R\$	12.960,00
13º SAL	8,330%	R\$	13.494,00
Abono de Férias	2,780%	R\$	4.503,60
Férias proporcionais acumuladas em caso de demissão coletiva	1,667%	R\$	2.700,00
Férias integrais com reposição de quadro	0,000%	R\$	-
Aviso Prévio (dias extras legais)	0,420%	R\$	680,40
13º salário (Lei nº 12.506/11)	0,833%	R\$	1.350,00
Férias e Abono Constitucional sobre Lei nº 12.506/11	0,139%	R\$	225,18
	0,185%	R\$	299,70
Multa/FGTS	4,000%	R\$	6.480,00
Encargos Patronais (Incidência de A sobre (B+C))	5,282%	R\$	8.557,28
Total Provisões	23,636%	R\$	1.132.122,97
Total Encargos	36,800%	R\$	1.762.833,81
Sub Total (Encargos + Provisões)	60,436%	R\$	2.894.756,89

BENEFÍCIOS				
VALE TRANSPORTE	QT. DIAS ÚTEIS	VLR. DIÁRIO P/ FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL
	22	R\$ 8,10	760	R\$ 135.432,00
VALE REFEIÇÃO / ALIMENTAÇÃO	QT. DIAS ÚTEIS	VLR. DIÁRIO P/ FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL
	22	R\$ 18,11	760	R\$ 302.858,67
TOTAL BENEFÍCIOS				R\$ 438.290,67

TOTAL CUSTEIO DE PESSOAL DE EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	
TOTAL	R\$ 8.122.812,37

CUSTEIO DE PESSOAL DE EQUIPE DE NASF / APOIO ESPECIALIZADO

CATEGORIA	Quantidade de Profissionais	CUSTEIO DE PESSOAL 2021				Salário Total
		Horas Semanais	Salário (base)	Insalubridade		
Médico NASF	10	40	R\$ 11.099,63	R\$ 220,00	R\$	113.196,30
Profissional de Nível Superior	40	40	R\$ 5.790,34	R\$ 220,00	R\$	240.413,60
TOTAL FUNCIONÁRIOS	50					
TOTAL SALÁRIOS						R\$ 353.609,90

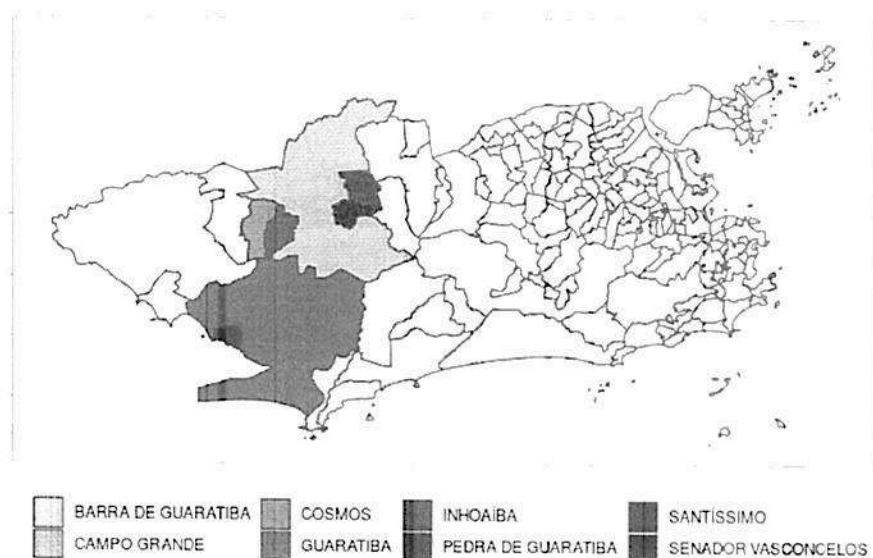
ENCARGOS SOCIAIS E TRABALHISTAS			
INSS - Empresa	20,00%	R\$	70.721,98
INSS - Terceiros - FAP	5,800%	R\$	20.509,37
SAI	2,000%	R\$	7.072,20
PIS	1,000%	R\$	3.536,10
FGTS	8,000%	R\$	28.288,79
13º SAL	8,330%	R\$	29.455,70
Abono de Férias	2,780%	R\$	9.830,36
Férias proporcionais acumuladas em caso de demissão coletiva	1,667%	R\$	5.893,50
Férias integrais com reposição de quadro	0,000%	R\$	-
Aviso Prévio indenizado	0,420%	R\$	1.485,16
Aviso Prévio (dias extras legais)	0,833%	R\$	2.945,75
13º salário (Lei nº 12.506/11)	0,139%	R\$	491,52
Férias e Abono Constitucional sobre Lei nº 12.506/11	0,185%	R\$	654,18
Multa FGTS	4,000%	R\$	14.144,40
Encargos Patronais (Incidência de A sobre (B+C))	5,282%	R\$	18.678,64
Total Provisões	23,636%	R\$	83.585,29
Total Encargos	35,800%	R\$	130.128,44
Sub Total (Encargos + Provisões)	60,436%	R\$	213.705,64

BENEFÍCIOS				
VALE TRANSPORTE	QT. DIAS ÚTEIS	VLR. DIÁRIO P/ FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL
	22	R\$ 8,10	50	R\$ 8.910,00
VALE REFEIÇÃO / ALIMENTAÇÃO	QT. DIAS ÚTEIS	VLR. DIÁRIO P/ FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL
	22	R\$ 18,00	50	R\$ 19.800,00
TOTAL BENEFÍCIOS				R\$ 28.710,00

TOTAL CUSTEIO DE PESSOAL DE EQUIPE DE NASF / APOIO ESPECIALIZADO	
TOTAL	R\$ 596.028,55

P.

ANEXO TÉCNICO A INFORMAÇÕES SOBRE O TERRITÓRIO



INFORMAÇÕES DEMOGRÁFICAS

A Área de Planejamento (AP) 5.2 do município do Rio de Janeiro (mRJ), é formada por 08 bairros, distribuídos por 02 Regiões Administrativas (RA), representando 6,94% dos cariocas – 438.419 habitantes, segundo o censo IBGE 2010. Possui extensão territorial de 291,33 km², e densidade demográfica de 1.504 hab./km².

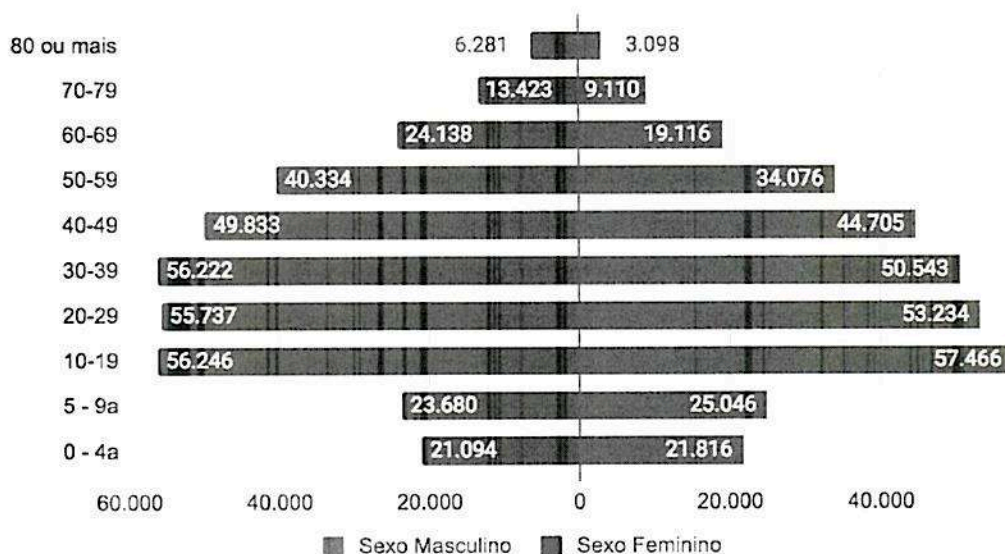
Historicamente a AP 5.2 foi predominantemente rural, com cultivo principal de cana de açúcar e laranjais. A partir da segunda metade do século XIX, a região viu a implantação de uma estação da Estrada de Ferro D. Pedro II, em 1878, onde o transporte ferroviário facilitou o acesso e o povoamento da área, que ajudou a urbanizar mais intensamente a AP. A região é conhecida atualmente por ser predominantemente residencial com uma região industrial afastada do centro do bairro e dos comércios populares. Por ter grandes espaços territoriais, recebeu condomínios residenciais, tanto de baixo quanto de alto padrão econômico.

A população residente da AP 5.2 aumentou consideravelmente nos últimos 10 anos, tendo relação direta com a expansão imobiliária da região. Os dados apontam um aumento de população da ordem de 51,29% entre 2010 e 2020, segundo projeção do Instituto Pereira Passos (IPP). Esse aumento populacional é mais acentuado nas Regiões de Campo Grande e Guaratiba, que configuram os maiores bairros da região.



A pirâmide etária da região demonstra população adulta jovem, sendo 90,25% na faixa etária de 15 a 59 anos. Com população economicamente ativa, e distante do centro da cidade, essa população lança mão da linha férrea que liga diretamente à estação Central do Brasil, e também de linhas de ônibus diretas que podem tanto utilizar a Avenida Brasil, quanto ir pela Zona Sul com destino ao centro da cidade.

Pirâmide Etária - AP 5.2



Os resultados do IDH demonstram uma diferença entre as regiões administrativas. Campo Grande, por exemplo, tem IDH 0,810, acima do índice nacional que é 0,800 considerado elevado, e colocado como o 82º bairro do RJ com maior IDH. Já a região de Guaratiba, detém um IDH de 0,744. Embora o índice de Guaratiba seja considerado médio, ocupa apenas a posição 118 em 126 bairros, acima apenas de bairros como Santa Cruz e Costa Barros, e os demais bairros, considerados comunidades, segundo dados do IBGE em 2010. A taxa de alfabetização dos moradores da AP 5.2 é de 92,7%, abaixo da média da Cidade (93,6%). Existe grande discrepância novamente entre as regiões administrativas, demonstrado através do Censo 2010, Campo Grande continha 4,9% de analfabetos enquanto Guaratiba contava com 9,7%.

A partir de 2009, foi dada ênfase, no município do Rio de Janeiro, à expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), com o objetivo de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Município. A implantação dos serviços nas unidades básicas de saúde na cidade teve por fundamento os atributos essenciais descritos por Starfield (1992). A escolha por uma atenção primária mais abrangente, norteadora por uma carteira de serviços, foi uma opção

para proporcionar a observância ao princípio da integralidade no cuidado.

Neste cenário, no ano de 2016, foi atualizada a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), que corresponde a um documento que visa guiar as ações de saúde na atenção primária à população da cidade do Rio de Janeiro. Foram elencados nesse documento diversos serviços, como: consultas de pré-natal e saúde da criança, inserção de DIU, planejamento familiar, rastreamento de agravos, imunização, saúde mental, saúde bucal, ações de promoção à saúde, notificações compulsórias, dispensação de medicamentos elencados na REMUME, pautada pela integralidade, pelo vínculo e atendimento resolutivo.

Sem dúvida, o monitoramento da oferta de ações da carteira de serviços permite avaliar o desempenho de cada uma das equipes/unidades e, sobremaneira, avaliar se os atributos da integralidade, longitudinalidade, acesso e coordenação do cuidado estão sendo observados pelas Clínicas da Família e Centros Municipais de Saúde da respectiva AP.

Ademais, o cumprimento da cartilha de serviços da Atenção Primária à Saúde indica que esses serviços oferecem um rol de ações em saúde compatível com seu escopo. Avalia-se, pois, a realização destes procedimentos, que são representativos.

Ressalte-se que, ao identificar alguma necessidade de cuidado, o usuário busca ajuda na Unidade de APS, que é entendida como a porta de entrada do paciente ao Sistema Único de Saúde, fato este que representa um avanço, indicando o reconhecimento daquela como sua referência, superando a histórica busca pelos hospitais e emergências, para atendimento de demandas, que competem aos cuidados primários.

Para a coordenação do cuidado a partir da APS, os médicos, responsáveis técnicos de cada unidade de Atenção Primária, passam a atuar na função de regulação para outros níveis do sistema (secundário e hospitalar), qualificando diretamente pelos Sistemas de Regulação, e por vezes agendando consultas para as especialidades clínicas e exames para apoio diagnóstico em toda a rede, atuando na coordenação do cuidado.

A AP 5.2 é composta por 18 Clínicas da Família e 17 Centros Municipais de Saúde. A expansão da estrutura se traduziu em aumento efetivo do número de cidadãos acompanhados pelas equipes de Saúde da Família (eSF) e Unidades de Atenção Primária (UAP). Atualmente, estima-se que 663.323 pessoas residem na região da AP 5.2 segundo projeção do Instituto Pereira Passos em 2020.

A AP 5.2 recebe um grande quantitativo de acadêmicos bolsistas e de Residentes da Medicina de Família e Comunidade e da residência Multiprofissional em Saúde da Família, que buscam a qualificação da formação profissional e, por consequência, auxiliam no aprimoramento dos processos de trabalho das unidades.



INDICADORES DE SAÚDE

O acompanhamento das condições de saúde da população carioca se dá a partir de um conjunto de informações produzidas, em grande parte, por dois sistemas de informações - os Sistemas de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e sobre Mortalidade (SIM). Para a Cidade do Rio de Janeiro em 2019 a taxa de natalidade atingiu o patamar de 9,22/1000. De 2015 a 2019 este indicador apresentou redução de 8,39%. Deve-se levar em consideração a estrutura etária das áreas e o tamanho da população. Na AP 5.2 esta taxa foi de 15,62/1000 em 2019, com uma redução de 10,5% entre 2015 e 2019. A taxa de fecundidade para a Cidade do Rio de Janeiro, situava-se em 1,98 no ano 2000, e em 2006 atingiu 1,60. Esta variação representa um decréscimo de 19%, acima do que foi encontrado para o Brasil no mesmo período. Dentro da cidade encontramos realidades pouco diferenciadas, mas com o mesmo padrão de queda do indicador. A AP 5.2 apresenta variações de da taxa de fecundidade acima daquela observada para a Cidade, em média em 1,66 filhos por mulher, variando entre 1,77 em 2015 e 1,4 em 2020 com tendência à queda. A tendência de declínio do indicador é uma verdade inquestionável. Sendo assim, o mRJ caminha para padrões populacionais envelhecidos onde a participação dos grupos etários mais jovens é cada vez menor.

Para a Cidade do Rio de Janeiro a prematuridade esteve presente em média no período de 2015 a 2020 em 11,77% dos nascimentos. Na cidade a presença de nascimentos prematuros oscilou no período, com leve acréscimo de 0,25%. Na AP 5.2, a taxa de prematuridade foi de 11,39% entre 2015 e 2020, se mantendo estável com oscilações ao longo dos anos com ligeira redução de 0,28%.

O baixo peso ao nascer – menor que 2500g - é definido como um indicador de risco para morbi-mortalidade infantil, em especial no período neonatal. Entre 2015 e 2020, a frequência de baixo peso ao nascer para a Cidade do Rio de Janeiro oscilou entre 9,34% a 9,83%. A AP 5.2 apresentou uma variação entre 8,33% em 2015 a 9,55% em 2020, mostrando tendência de aumento no período.

O acompanhamento da informação sobre o tipo de parto está associado à importância que a realização de partos cesariana vem assumindo no cenário de nascimentos no Brasil, em especial em algumas localidades. Para o Brasil a frequência do tipo de parto cesariano em 2005 foi de 43,2%, um patamar elevado quando comparado aos 15% preconizados pela Organização Mundial da Saúde. A frequência de cesarianas na Cidade do Rio de Janeiro entre 2015 e 2020 reduziu de 57,15% para 52,68%, uma redução de 7,82 %. Até novembro de 2020 a AP 5.2 encontra-se acima da média municipal, com 54,66% de partos cesarianos. O enfoque da maternidade na adolescência se preocupa com duas questões: o maior risco para a mortalidade infantil e materna. A frequência de nascidos vivos de mães adolescentes



– idade menor que 20 anos, variou de 15,08% a 11,76% entre os anos de 2015 e 2020. Ao longo do período de 2015 a 2020 a AP 5.2 apresentou-se ligeiramente acima da cidade nos nascimentos entre mães adolescentes, com uma variação de 15,96% a 12,22%.

As unidades de saúde das esferas municipais, estaduais, federais, universitárias e privadas ou filantrópicas conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) compõem a rede de serviços de saúde da Cidade do Rio de Janeiro. Em 2020, o SUS foi responsável por 63,73% dos nascimentos ocorridos na cidade. Deve-se considerar em relação a cobertura SUS a dinâmica de oferta de leitos e serviços pelos setores público e privado e a condição socioeconômica da população de cada área, com maior ou menor possibilidade de aquisição de serviços da rede privada, através dos diversos planos de saúde existentes. De 2015 a 2020 observa-se aumento de 6,49% na cobertura dos nascimentos pela rede SUS. Na AP 5.2, no período de 2015 a 2020, em média 65,74% dos partos foram realizados na rede SUS, com um aumento de 4,97% no período.

A cobertura de pré-natal avaliada através do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), para 7 ou mais consultas variou de 73,54% para 77,30%, entre 2015 e 2020 na Cidade do Rio de Janeiro, com redução de 28,84% no número de nascimentos no período. A AP 5.2 apresentou cobertura pré-natal acima da média da cidade, com 79,78% com 7 ou mais consultas de pré-natal no período.

MORTALIDADE

A taxa bruta de mortalidade da Cidade, no período de 2015 a 2020 foi de 1033/100.000 habitantes, e a AP 5.2 variou a taxa de mortalidade entre 805 a 1012/100.000 habitantes no mesmo período. Ainda que os dados estejam incompletos, para 2020 estima-se que 1145 a cada 100.000 habitantes venham a óbito, com especial aumento na ocorrência por doenças infecciosas e parasitárias - grupo de causas que inclui parte dos óbitos por COVID-19. Atualmente a diminuição da taxa de mortalidade infantil no mRJ está atrelada a redução das mortes neonatais, em particular aquelas que ocorrem até o sétimo dia de vida - neonatais precoces. Desse modo, esta redução está relacionada a ações de saúde que envolvem o acompanhamento da gestação, do parto e da assistência em neonatologia. No período entre 2015 e 2020, a taxa de mortalidade infantil no mRJ variou de 14,00 para 14,2/1000 nascidos vivos, correspondendo a um aumento de 1,54%. Na AP 5.2 a taxa de mortalidade infantil variou de 10/1000 nascidos vivos em 2015 para 13,7/1000 em 2020, um aumento de 36,69%.

Entre 2015 e 2020 a mortalidade neonatal precoce da cidade subiu 4,14% - variando de 6,4 a 6,6/1000 nascidos vivos. Na AP 5.2 houve um aumento de 61,34% na taxa de mortalidade precoce, variando de 4,8/1000 em 2015 para 7,8/1000 nascidos vivos em 2020. As mortes



neonatais tardias, que ocorrem do 7º ao 28º dia de vida, apresentam uma pequena variação entre 2015 e 2020, com uma taxa de 2,7/1000 a 3,0/1000 nascidos vivos no município. Na AP 5.2 houve um grande aumento de 135,43% entre 2015 e 2020, chegando a taxa de mortalidade neonatal tardia de 2,9/1000 nascidos vivos, partindo de 1,2/1000 nascidos vivos em 2015.

A mortalidade pós-neonatal corresponde a aproximadamente 35% das mortes de menores de um ano. A mortalidade pós-neonatal apresentou queda entre 2015 e 2020, com uma taxa de 4,4/1000 nascidos vivos na cidade do Rio de Janeiro em 2020. Na AP houve uma queda de 22,84% na taxa entre 2015 e 2020, chegando a 3,1/1000 nascidos vivos em 2020. A mortalidade perinatal engloba os óbitos neonatais precoces e fetais, estes últimos considerados em relação ao peso ao nascer – acima de 500 gramas. Na AP 5.2, a taxa de mortalidade perinatal subiu 238,05%, variando de 0,3% em 2015 para 0,9% em 2020. O indicador de mortalidade materna se refere às mortes de mulheres por causas relacionadas à gestação, parto ou puerpério. Na Cidade do Rio de Janeiro a taxa de mortalidade materna está situada em 0,7%, considerada uma taxa elevada. A intensa flutuação do indicador, de um ano para outro, representa a dificuldade de identificação dos casos, e a variação acontece de acordo com a capacidade, maior ou menor, de investigação dos casos de óbitos de mulheres em idade fértil. Na AP 5.2 se observam queda de 23,94% chegando a 0,7% em 2020, mas com grande flutuação ao longo dos anos. Esta ausência de padrão reflete o problema de registro da informação e a dificuldade do conhecimento de sua real magnitude. A investigação sistemática das mortes de mulheres em idade fértil – meta do Pacto pela Saúde, estabelecido pelo Ministério da Saúde, deve ser implementada em toda Cidade, como forma de identificação e prevenção das situações que ainda expõem a mulher ao risco de morte.

Assim como na cidade do Rio de Janeiro, as 5 principais causas de morte entre 2015 e 2020 na AP 5.2, foram, em ordem de ocorrência: doenças do aparelho circulatório, neoplasias (tumores), doenças do aparelho respiratório, doenças infecciosas e parasitárias e causas externas.

No grupo das doenças do aparelho circulatório destacam-se as doenças isquêmicas do coração e infarto agudo do miocárdio como as principais causas de morte neste grupo, situação que se repete quando avaliada a cidade do Rio de Janeiro ou somente a AP 5.2. Dentre as mortes causadas por neoplasias da cidade do Rio de Janeiro, o maior número de casos ocorre por neoplasias de traqueia, brônquios e pulmões, seguido de neoplasia maligna de cólon, reto e anus, merecendo também destaque um elevado número de óbitos por neoplasia maligna de mama, situação que na AP 5.2, muda de posição, com neoplasia de mama na frente seguido de neoplasia maligna de cólon, reto e anus, e depois, neoplasias



de traqueia, brônquios e pulmões.

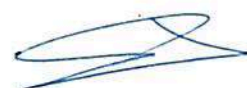
No grupo de doenças do aparelho respiratório ocorre com maior frequência óbitos causados por pneumonias padrão que se repete na cidade do Rio de Janeiro e na AP 5.2. As causas externas foram a 5ª principal causa de morte na cidade e na AP 5.2 ao longo de 2015 a 2020. A AP 5.2 apresentou para morte por homicídios taxas abaixo da média do município o que pode representar, uma menor incidência de áreas de violência nesta área. Os óbitos por acidentes de transporte foram calculados considerando a população em geral, sem especificação de faixa etária ou sexo.

No grupo de doenças infecciosas e parasitárias, a principal causa de óbito no período entre 2015 e 2020 são as doenças bacterianas, com destaque para a septicemia. Mesmo que os dados de 2020 ainda sejam incompletos, destaca-se um especial aumento na ocorrência de óbitos por doenças infecciosas e parasitárias, grupo este que inclui parte dos óbitos por COVID-19.

Entre 2015 e 2019, o percentual de causas mal definidas sofreu pouca variação, saindo de 2,61% para 3,35%. Mesmo sendo um ano ainda sob revisão, é digno destacar que em 2020 este indicador equivale a 4,75% dos óbitos ocorridos - fenômeno provavelmente associado a impactos gerados pela disseminação da COVID-19. Altos percentuais de causas mal definidas não apenas dificultam a compreensão do perfil de mortalidade de uma população, mas apontam para dificuldades no acesso à assistência pré-óbito e diagnóstico definido da causa da morte.

Tabela 1 – Indicadores demográficos, mortalidade e nascidos vivos

INDICADORES DEMOGRÁFICOS		2015	2016	2017	2018	2019	2020
População Total*	Nº	663.323	663.323	663.323	663.323	663.323	663.323
Razão de Sexos*	%	-	-	-	-	-	91%
Maior ou igual a 40 anos*	Nº	-	-	-	-	-	243.199
Maior ou igual a 60 anos*	Nº	-	-	-	-	-	74.767
Idosos*	%	-	-	-	-	-	11,27
MORTALIDADE		2015	2016	2017	2018	2019	2020
Geral	Nº	5.339	5.747	5.795	6.080	6.267	6.710
	taxa †	8,05	8,66	8,74	9,17	9,45	10,12
Infantil	Nº	115	129	129	124	125	124
	taxa *	10,05	11,98	11,21	11,18	12,07	13,73
Neonatal	Nº	69	94	84	80	82	96
	taxa *	6,03	8,73	7,30	7,22	7,92	10,63
Neonatal Precoce	Nº	55	77	65	57	64	70
	taxa *	4,81	7,15	5,65	5,14	6,18	7,75




MORTALIDADE		2015	2016	2017	2018	2019	2020
Neonatal Tardia	Nº	14	17	19	23	18	26
	taxa *	1,22	1,58	1,65	2,07	1,74	2,88
Pós-Neonatal	Nº	46	35	44	44	43	28
	taxa *	4,02	3,25	3,82	3,97	4,15	3,10
Perinatal	Nº	159	149	167	160	170	169
	taxa *	13,77	13,75	14,39	14,30	16,25	18,51
Fetal	Nº	104	72	102	103	106	99
Materna	Nº	14	7	11	5	13	8
	taxa**	122,3	65,0	95,6	45,1	125,5	88,6
Doenças Cardiovasculares	Nº	1.648	1.763	1.774	1.783	1.842	1.592
	taxa ††	248,4	265,8	267,4	268,8	277,7	240,0
Doenças Isquêmicas do Coração #	Nº	527	553	540	677	731	514
	taxa ††	79,4	83,4	81,4	102,1	110,2	77,5
Doença Cerebrovascular #	Nº	402	467	472	429	390	381
	taxa ††	60,6	70,4	71,2	64,7	58,8	57,4
Neoplasias	Nº	851	905	913	879	942	816
	taxa ††	128,3	136,4	137,6	132,5	142,0	123,0
Neoplasia traqueia, brônquios e pulmão	Nº	108	104	92	90	97	81
	taxa ††	16,3	15,7	13,9	13,6	14,6	12,2
Neoplasia de mama feminina	Nº	95	98	119	98	105	85
	taxa ††	14,3	14,8	17,9	14,8	15,8	12,8
Causas Externas	Nº	414	468	478	478	490	401
	taxa ††	62,4	70,6	72,1	72,1	73,9	60,5
Homicídios, incluindo as intervenções legais	Nº	122	126	149	151	81	27
	taxa ††	18,4	19,0	22,5	22,8	12,2	4,1
Acidentes de Transporte	Nº	112	107	90	96	53	21
	taxa ††	16,9	16,1	13,6	14,5	8,0	3,2
Causas Mal Definidas	Nº	210	219	231	318	230	382
	%	3,9	3,8	4,0	5,2	3,7	5,7
Doenças Respiratórias	Nº	619	765	697	762	787	565
	taxa ††	93,3	115,3	105,1	114,9	118,6	85,2
Doenças Infecciosas e Parasitárias	Nº	319	302	318	401	458	1651
	taxa ††	48,1	45,5	47,9	60,5	69,0	248,9
AIDS	Nº	84	70	68	80	68	63
	taxa ††	12,7	10,6	10,3	12,1	10,3	9,5
Tuberculose	Nº	29	16	24	25	20	19
	taxa ††	4,4	2,4	3,6	3,8	3,0	2,9
Doenças Endócrinas Nutricionais Metabólicas	Nº	389	368	394	362	370	333
	taxa ††	58,6	55,5	59,4	54,6	55,8	50,2
Diabetes Mellitus	Nº	324	302	307	283	284	277
	taxa ††	48,8	45,5	46,3	42,7	42,8	41,8




NASCIDOS VIVOS		2015	2016	2017	2018	2019	2020
Número	Nº	11.446	10.764	11.507	11.087	10.358	9.029
Taxa de Natalidade	taxa	17,26	16,23	17,35	16,71	15,62	13,61
Mães Adolescentes	%	15,4%	14,7%	13,7%	12,8%	12,2%	11,7%
Baixo Peso	%	8,3%	9,0%	8,4%	9,0%	9,1%	9,6%
Prematuridade	%	11,7%	13,2%	11,8%	9,6%	10,5%	11,4%
Cesarianas	%	57,8%	57,0%	55,2%	53,6%	53,8%	54,7%
7 e mais consultas de Pré-natal	%	73,3%	76,3%	81,7%	82,6%	83,1%	81,7%
Cobertura do SUS	%	63,4%	66,1%	67,3%	65,3%	66,6%	66,7%

Fonte: SIM/SMS-RJ/SES/MS, SINASC/SMS-RJ/SES/MS, IPP/Prefeitura do Rio de Janeiro, acesso em 15 de dezembro de 2020. Nota: Dados de 2020 preliminares, extraídos em 12 de dezembro de 2020. Dados de 2019 e 2020 sujeitos à revisão. Utilizada estimativa populacional de 2020 nos anos de 2017 a 2020.

Tabela 2 – Unidades de Atenção Primária

CNES	UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA	TIPO	2020		2021/2023	
			nº eSF	nº eSB	nº eSF	Nº eSB
5620287	CF AGENOR DE MIRANDA ARAÚJO NETO	A	4	1	6	2
3567567	CF ALKINDAR SOARES PEREIRA FILHO	A	7	2	8	3
3567540	CF ANA GONZAGA	A	4	1	6	2
7036914	CF ANTONIO GONÇALVES VILLA SOBRINHO	A	5	2	6	2
6677711	CF DALMIR DE ABREU SALGADO	A	5	2	6	2
5154197	CF DAVID CAPISTRANO FILHO	A	4	1	6	2
7723296	CF EVERTON DE SOUZA SANTOS	A	6	2	6	2
6648371	CF HANS JURGEN FERNANDO DOHMANN	A	3	1	6	2
7894554	CF ISABELA SEVERO DA SILVA	A	6	2	6	2
6635709	CF JOSÉ DE PAULA LOPES PONTES	A	5	2	6	2
7908237	CF LECY RANQUINE	A	4	1	6	2
9307265	CF MARIA JOSÉ PAPER DE AZEVEDO	A	3	1	4	1
9061401	CF MEDALHISTA OLÍMPICO ARTHUR ZANETTI	A	3	1	6	2
9061398	CF MEDALHISTA OLÍMPICO BRUNO SCHMIDT	A	5	2	6	2
9715444	CF DR MYRTES AMORELLI GONZAGA	A	6	2	6	2
6029841	CF ROGÉRIO ROCCO	A	4	1	6	2
7036884	CF SONIA MARIA FERREIRA MACHADO	A	6	2	8	3
3567559	CF VALDECIR SALUSTIANO CARDOZO	A	5	2	6	2
2270323	CMS DR ADÃO PEREIRA NUNES	A	3	1	4	1
6029922	CMS AGUIAR TORRES	A	3	1	4	1
2270277	CMS DR ALVIMAR DE CARVALHO	A	6	1	6	2
2269554	CMS BELIZÁRIO PENNA	B	2	1	2	1
6029825	CMS CARLOS ALBERTO NASCIMENTO	A	5	2	6	2

CNES	UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA	TIPO	2020		2021/2023	
			nº eSF	nº eSB	nº eSF	Nº eSB
2269546	CMS DR OSWALDO VILELLA	A	4	1	6	2
2269538	CMS EDGARD MAGALHÃES GOMES	A	7	2	8	3
2269511	CMS DR GARFIELD DE ALMEIDA	B	1	1	4	1
2270315	CMS DR MAIA BITTENCOURT	A	4	1	4	1
2270366	CMS MANOEL DE ABREU	A	4	1	6	2
2269562	CMS DR MARIO RODRIGUES CID	A	2	1	3	1
2270307	CMS DR MOURÃO FILHO	A	2	1	2	1
2270641	CMS DR PEDRO NAVA	A	2	1	3	1
2270293	CMS RAUL BARROSO	A	3	1	4	1
5670357	CMS VILA DO CEU	A	6	2	6	2
2270285	CMS WOODROW PIMENTEL PANTOJA	A	2	1	2	1
CAP 5.2	CF 18 + CMS 17	A / B	141	47	180	60

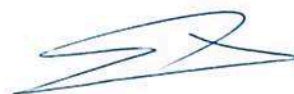
Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES, acesso em 15 de dezembro de 2020. Legenda: CF = Clínica da Família; CMS = Centro Municipal de Saúde; CSE = Centro de Saúde Escola; eSF = equipe de Saúde da Família; eSB = equipe de Saúde Bucal.




ANEXO TÉCNICO B – PLANO DE TRABALHO

Proposta Técnica para o GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE no Território Integrado de Atenção à Saúde (TEIAS) no âmbito da Área de Planejamento (AP) 5.2.

(*) A íntegra da Proposta Técnica em questão encontra-se encartada nos autos do processo nº 09/000.035/2021.



C. PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL

1. As rotinas dos procedimentos dos diversos serviços de saúde que caracterizem os serviços assistenciais das unidades

O conjunto de elementos apresentados a seguir configuram conceitos transversais adotados pela OS VIVA RIO em seu **modelo gerencial** para execução das atividades assistenciais contratadas. A descrição das atividades assistenciais será apresentada no item D deste edital - Proposta de atividade assistencial.

Breve contextualização

Atenção Primária à Saúde: conceitos e práticas

Em diversas partes do mundo, estabeleceu-se o consenso de que os Sistemas Nacionais de Saúde devem ter como base o foco na Atenção Primária à Saúde (WHO, 2008). Estudos apontam que sistemas de saúde com forte ênfase na Atenção Primária à Saúde são mais efetivos, mais satisfatórios para a população e geram menores custos, além de serem mais equitativos, mesmo em contextos caracterizados por uma grande iniquidade social (Starfield, 2002). Segunda a autora, a APS deve ser entendida como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, direcionadas a indivíduos e comunidades.

Ao longo das últimas décadas, modificaram-se as concepções da APS. De abordagens seletivas, centradas em programas e focalizadas em grupos específicos, como o materno-infantil, para visão pautada na integralidade da saúde. Assim, a APS passa a ser entendida como o modelo que, além de promover saúde, deve compreender a saúde como direito humano, considerando os determinantes sociais e políticos mais amplos. Assume-se a ideia de que as políticas de desenvolvimento devem ser inclusivas e apoiadas em compromissos financeiros e de legislação para promover a equidade em saúde.

Nesse sentido, as reformas dos sistemas de saúde dos países europeus e latino-americanos, desde os anos de 1990, foram pautadas em ações e políticas que buscaram fortalecer e aumentar o protagonismo da APS, meta que foi reafirmada em 2008 pela OMS através do relatório intitulado: Atenção Primária à Saúde - agora mais que nunca, e que tem ganhado reforço recentemente nas discussões mundiais sobre o papel fundamental da atenção primária para avançar rumo à saúde universal, tendo sido tema inclusive das comemorações do Dia Mundial da Saúde de 2019, sob o slogan "Saúde universal: para todas e todos, em todos os lugares".

A Atenção Primária à Saúde, em sua função de coordenadora do cuidado, deve contribuir para o reordenamento dos demais níveis de complexidade do sistema de saúde, de forma a favorecer o acesso da população em todos os níveis de assistência.

Em consonância a tais concepções, o Brasil apresentou muitos avanços no campo da formulação e implementação de políticas públicas voltadas para construção de uma APS integral, robusta, que ampliasse acesso e qualidade aos usuários, em respeito aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) criada por meio da Portaria Nº 648/GM de 28 de março de 2006 (revisada em 2011 e em 2017) estabeleceu a Estratégia de Saúde da Família como modelo de atenção prioritário para reorganizar e consolidar a Atenção Básica de Saúde no país, oportunizando o processo de territorialização e regionalização da saúde (Brasil, 2011). Desde então, é notória a expansão da cobertura da ESF no país, que em dados mais recentes do Ministério da Saúde, de outubro de 2020, representava cerca de 63,87% da população brasileira coberta por



equipes de saúde da família em um universo de 76,19% de cobertura de atenção básica, que considera também outros modelos de organização da APS (Brasil, 2021).

Ampliar acesso e aumentar qualidade da APS, aumentando a abrangência e o escopo das ações da ESF, bem como sua resolubilidade, foram orientações reafirmadas na PNAB em 2017, que estabelecendo a revisão de diretrizes e normas com vistas à reorganização para a Estratégia Saúde da Família, considera os termos **Atenção Básica - AB** e **Atenção Primária à Saúde - APS**, nas atuais concepções, como termos equivalentes, definidas como:

“Conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (...) principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede (...) ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde (...) proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras (Brasil, 2017).”

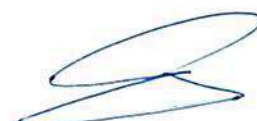
Sob a perspectiva da integralidade, a ESF apresenta-se como alternativa de superação do paradigma dominante no campo da saúde, possibilitando mudança na concepção do processo saúde-doença. Assim, para além do modelo de atenção primária tradicional, fragmentado, centrado em programas, na oferta de serviços curativos e voltados para a doença, a nova abordagem, com concepção mais ampla de saúde, permite incorporar ações de promoção da saúde, que considerem as condições de vida e a prática da vigilância à saúde.

Dessa forma, a “Saúde da Família” deve garantir o acesso universal e em tempo oportuno ao usuário, ofertar o escopo mais amplo possível de ações visando à atenção integral e ser responsável por coordenar o cuidado dos usuários no seu curso pelos diversos serviços da rede. A atenção básica incorpora, assim, os fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS): a universalização, a descentralização, a integralidade das ações e a participação da comunidade.

Atributos e composição da Equipe de Saúde da Família

A ESF é desenvolvida na forma do **trabalho em equipe**, com **territórios definidos**, por meio de **práticas de cuidado e de gestão democrática e participativa**, em que se assume a **responsabilidade sanitária** por uma dada área na qual vivem as populações. A atenção está **centrada na família**, compreendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social e **no território**, possibilitando às equipes de Saúde da Família estabelecer uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e das necessidades de intervenções que vão além de práticas curativas.

Assumido um modelo de APS diferente de outros países, o Brasil propõe uma equipe multidisciplinar – Equipe Saúde da Família (eSF) – direcionadas a grupos populacionais em territórios delimitados. Nesse modelo, os **atributos estruturantes da Atenção Primária à Saúde (APS)** incluem o acesso ao primeiro contato, a integralidade das ações, a longitudinalidade do cuidado e a coordenação sistêmica. Quando a APS é organizada com base na ESF, os atributos entendidos como complementares (orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural), assumem relevância capital e consubstanciam programações diferenciadas, particularmente as de caráter intersetorial.



O trabalho em equipe é o elemento-chave para a busca permanente da comunicação e da troca de experiências e conhecimentos entre os seus componentes. De acordo com a PNAB (2017), as **equipes de saúde da família** são compostas, no mínimo, por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS), podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE). O número de ACS por equipe deve ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local. Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS. Outra equipe que deve ser incluída é a de **saúde bucal** composta pelo cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico em saúde bucal de acordo com a modalidade a ser implementada. Cada equipe de saúde da família responsabiliza-se pelo acompanhamento de aproximadamente 2.000 a 4000 pessoas dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Primária, estabelecendo fortes vínculos de corresponsabilidade pelo cuidado à saúde.

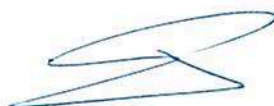
Além disso, os **Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)** foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua capacidade de resolução de problemas. Cada NASF constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por diferentes categorias de profissionais da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família, realizando apoio matricial às equipes das unidades no território.

No município do Rio de Janeiro, de acordo com recomendações deste edital, será adotado o padrão de 04 (quatro) a 06 (seis) agentes comunitários de saúde para cada equipe de saúde da família, 02 (dois) técnicos de enfermagem para cada equipe de saúde da família e 01 (uma) equipe de saúde bucal (eSB) para cada 03 (três) equipes de saúde da família (eSF), em média. Cada eSF deverá ser responsável por realizar a cobertura de uma área que corresponda ao número máximo de 3.450 pessoas assistidas e de 400 a 680 pessoas por microárea, o que corresponde à atuação de 01 (um) Agente Comunitário de Saúde. Além dos profissionais dos NASF, também compõem as equipes de APS do município do Rio de Janeiro, os **profissionais de assistência farmacêutica e os profissionais administrativos**.

Nos últimos anos acumularam-se **evidências relativas ao impacto da ESF no Brasil**. A Organização Mundial da Saúde (OMS), em seu informe sobre "La salud en el mundo" (WHO, 2008), referendou a ESF como exemplo concreto de reforma sanitária orientada pela APS, ressaltando sua significativa contribuição para a melhoria do equilíbrio entre os três níveis de atenção dos Sistemas de Saúde. O editor responsável por essa publicação, Win Van Lerberghe, ressaltou que a ESF brasileira constitui um dos exemplos mais impressionantes do impacto da adoção dos cuidados básicos, constituindo um modelo de como esses devem ser implementados para que proporcionem melhoria na qualidade da saúde.

Já em 2018, no relatório, intitulado "30 anos de SUS – Que SUS para 2030?" (WHO, 2018), a OMS aponta que quando comparado a outras formas de organização de APS existentes no país, a ESF apresenta melhores resultados quanto à ampliação do acesso ao sistema de saúde e em indicadores como diminuição de internações por condições sensíveis à APS (que são internações evitáveis) e redução da mortalidade infantil, materna e por causas preveníveis.

Dentre os principais resultados da implantação da ESF no Brasil, ressaltam-se: (i) o impacto nos níveis de saúde das populações é mais significativo em municípios com maior cobertura da ESF e baixo IDH; (ii) a ampliação da cobertura vacinal e das oportunidades para o pré-natal, a redução da mortalidade infantil, bem como a redução da desnutrição protéico-calórica, ilustram alguns dos efeitos da melhoria do acesso às ações de saúde da criança, promovidos pela expansão da ESF; (iii) nos últimos dez anos observou-se redução significativa da desnutrição infantil nas áreas cobertas



pela ESF em todas as regiões brasileiras e, de forma especial, naquelas nas quais a prevalência do problema era mais elevada, reduzindo-se, assim, as desigualdades inter-regionais; (iv) a redução expressiva do número de gestantes sem consultas de pré-natal, mais significativa nos estratos de maior cobertura da ESF, potencializando impacto importante na redução da mortalidade infantil no primeiro mês de vida da criança; (v) considerando os municípios com baixo IDH, a taxa de gravidez na adolescência foi 2,5 vezes menor nos municípios com altas coberturas da ESF, deve-se ter em vista que tal condição é mais frequente nos segmentos sociais mais desfavorecidos e que concentram volume maior de agravos à saúde da mãe e do recém-nascido; (vi) comparativamente a outros países da América Latina, o Brasil apresenta melhor resultado no que se refere ao acesso de gestantes à atenção pré-natal, condição intimamente relacionada com a expansão da ESF.

Diante de tais evidências e da urgente necessidade de dar melhores respostas às demandas de saúde da população, o município do Rio de Janeiro iniciou em 2009 uma reforma do seu sistema de saúde, a partir de novos investimentos na APS. A cobertura da estratégia de saúde da família teve um crescimento exponencial, sendo expandida de cerca de 3,5% em 2009 para quase 70% em 2016 (Rio de Janeiro, 2016). Além disso, diversas tecnologias foram incorporadas aos processos de trabalho das equipes de APS, como a adequação da ambiência e estrutura física das unidades de saúde, o incremento da grade de insumos, medicamentos e equipamentos, a disponibilidade de serviços de apoio diagnóstico, bem como o investimento na formação e educação permanente dos profissionais, a implementação da carteira de serviços da APS e a sistematização e atualização de inúmeros protocolos clínicos e de regulação.

Contudo, ainda que reconhecidos os grandes avanços alcançados, a mudança na condução da gestão municipal dos últimos anos acarretou em alterações significativas nas diretrizes da política de atenção primária do município, conferindo grandes desafios para a gestão atual. Neste sentido que a OS VIVA RIO, a partir da expertise adquirida em dez anos de parceria com o município do Rio de Janeiro, pretende voltar a contribuir com o desenvolvimento da APS da cidade:

- ✓ Ampliar o acesso da população aos serviços de saúde a partir da expansão da cobertura de ESF;
- ✓ Consolidar a reestruturação das Unidades de Atenção Primária (reformas, ampliações, construções, identidade visual, equipamentos, insumos, informatização e conectividade com prontuário eletrônico), garantindo a recuperação e a manutenção da infraestrutura desgastada nos últimos anos;
- ✓ Ampliar a qualidade, a resolutividade e a capacidade de cuidado da atenção primária, intensificando a oferta de dispositivos de qualificação do trabalho, como educação permanente, apoio institucional, cooperação, pagamento por desempenho, telessaúde, matriciamento, formação de estudantes e residentes, atualização de protocolos clínicos e de encaminhamento, ampliação da oferta de serviços de apoio diagnóstico, entre outros;
- ✓ Ampliar a integração das Unidades de Atenção Primária com outros pontos de atenção das redes (coordenação e continuidade do cuidado);
- ✓ Consolidar as ações previstas de provimento, fixação e formação de profissionais de saúde, na perspectiva de construir uma política sustentável de gestão do trabalho para o conjunto dos trabalhadores da Atenção Primária;
- ✓ Ampliar a incorporação de tecnologias duras na APS;
- ✓ Enfrentar o desafio das doenças emergentes, reemergentes e negligenciadas a partir do fortalecimento e da integração da vigilância em saúde à APS;
- ✓ Superar concepções equivocadas da APS (cuidados simplificados, foco na prevenção e promoção, profissionais de menor qualidade);
- ✓ Promover práticas e métodos de gestão da qualidade em saúde e de segurança do paciente na APS;

- ✓ Fortalecer o controle social, a participação popular e os serviços de atendimento ao usuário;
- ✓ Estimular e formar lideranças em APS no âmbito da gestão;
- ✓ Reformular e reorientar práticas da APS a partir da realidade do mundo pós-pandemia de covid-19;

Estrutura das Unidades de Saúde

Seguindo as normativas da SMS Rio, as unidades deverão dispor de no mínimo 01 (um) consultório por equipe de Saúde da Família, sendo o ideal pelo menos dois consultórios por equipe.

A OS VIVA RIO irá sinalizar adequadamente todos os consultórios com identidade visual padronizada, contendo a identificação da equipe/área de abrangência. Se compromete a expor em local visível na recepção para que a população acesse a relação com o nome dos profissionais de saúde, horários de atendimento e de funcionamento da unidade.

Ainda no projeto de sinalização haverá um painel contendo minimamente as seguintes informações:

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

Outro instrumento de sinalização será um "placar da saúde" em local visível na unidade com a atualização mensal dos indicadores de saúde.

Considerações sobre o Território Integrado de Atenção à Saúde (TEIAS) e as Redes de Atenção à Saúde (RAS)

Esta proposta apresentada pela OS VIVA RIO, utilizou como referência o conceito de TEIAS proposto pelo Ministério da Saúde nos anos de 2007 e 2008, assim como a definição de Redes de Atenção à Saúde (2010) complementando as diretrizes de organização de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Ambos conceitos delegam à atenção primária o papel de coordenadora do cuidado da população adstrita, ordenadora da RAS e centro comunicador de toda a rede.

Dada a observância referida acima será reforçado, no texto que segue, que a APS deve ocupar a centralidade no ordenamento do sistema de saúde.

O Ministério da Saúde lançou a portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que trata das diretrizes para a estruturação das Redes de Atenção à Saúde, com o objetivo de diminuir a fragmentação do cuidado e favorecer sistemas que atendam às necessidades de saúde da população. As RAS são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).



Nesta perspectiva, os elementos constituintes de uma Rede de Atenção à Saúde são as unidades de saúde de diversas complexidades; os sistemas que compreendem os serviços de apoio diagnóstico; a assistência farmacêutica; os sistemas de informação; os sistemas logísticos e de identificação dos usuários; o prontuário clínico único; as centrais de regulação; o sistema de transporte sanitário; o sistema de suprimento e manutenção; e o sistema integrado de governança.

As RAS são sistematizadas para responder a condições específicas de saúde, por meio de um ciclo completo de atendimentos (PORTER e TEISBERG, 2007), que implica a continuidade e a integralidade da atenção à saúde nos diferentes níveis Atenção Primária, Secundária e Terciária (MENDES, 2011). As RAS propõem a integração sistêmica das ações e serviços de saúde ao longo de uma assistência contínua, integral, de qualidade e humanizada, abrangendo no desempenho do sistema ganhos como acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, além da eficiência econômica.

O papel complementar dos diferentes pontos de atenção à saúde remete ao conceito da integralidade, entendida como a garantia do direito de acesso dos usuários às ações e serviços dos diferentes níveis de complexidade, com fluxos ou percursos definidos e organizados espacialmente de forma a assegurar a continuidade dos cuidados.

Diante de tudo o que foi dito, entende-se que a promoção da integração da RAS é fundamental para a qualificação da atenção à saúde no SUS. A OS VIVA RIO se compromete em implantar o trabalho em conjunto com o corpo técnico da SMS no sentido de atender aos princípios de integralidade do SUS e promover maior articulação entre as unidades de saúde do território de abrangência.

Segundo o entendimento da OS VIVA RIO, atuar em parceria com a gestão municipal para consolidar a estratégia de RAS no âmbito do TEIAS da AP 5.2 pressupõe movimentos coordenados e sucessivos de releitura das programações de saúde já desenvolvidas, com capacidade e suficiência para atender às demandas de saúde da população dos territórios.

A OS VIVA RIO reafirma seus compromissos na gestão compartilhada do TEIAS da AP 5.2:

- ✓ definição de um escopo de ações e serviços que serão prestados a uma população definida, em território definido, por unidades de saúde de diferentes complexidades, em arcabouço matricial;
- ✓ estabelecimento de mecanismos efetivos de coordenação clínica e gerencial;
- ✓ integração das organizações envolvidas, em torno de objetivos comuns e compromissos com resultados;
- ✓ eficiência e transparência na gestão dos recursos;
- ✓ gestão compartilhada com relações estáveis na hierarquia múltipla, com construção de confiança e solidariedade.

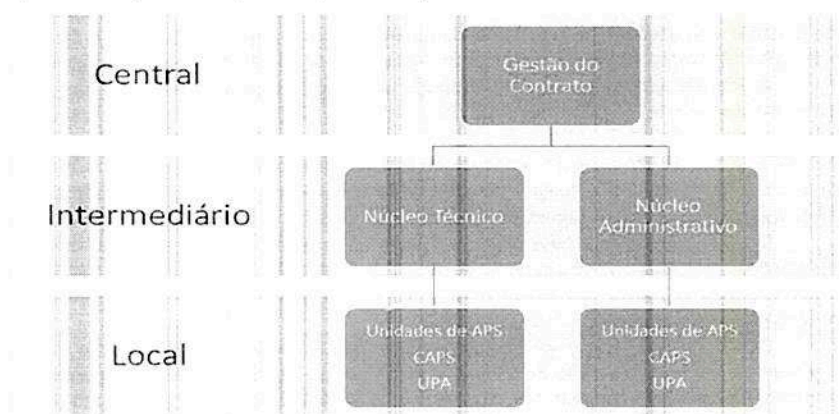
Caberá considerar a universalização das políticas estruturantes do SUS e sua articulação no espaço regional de maneira funcional, por meio da integração da produção de saúde e de estruturas públicas de planejamento, gestão e governança, como um espaço político para a pactuação e exercício da gestão compartilhada.

Organograma

Considerando os pressupostos da Política Nacional de Atenção Básica do Brasil (PORTARIA Nº 2.436/2017) e as normatizações da SMS do município do Rio de Janeiro (Contrato de Gestão, Protocolos Assistenciais, Diretrizes de Planejamento, dentre outros) a OS VIVA RIO implementará de modo cogestor as "atividades assistenciais" organizadas no TEIAS no âmbito da AP 5.2, respeitando suas características e dinâmicas próprias. Para isso, contará com a estrutura gerencial apresentada na Figura 3.



Figura 3: Organograma – Estrutura gerencial da OS VIVA RIO para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no TEIAS no âmbito da AP 5.2



Fonte: OS Viva Rio

A seguir, apresentam-se os cargos que compõem cada nível de gestão e breve descrição das suas funções.

GESTÃO CENTRAL:

Gestor de contrato

Será o representante da instituição na relação com a SMS. Profissional responsável pelos contratos de gestão na área de Atenção Primária à Saúde e Saúde Mental.

Assessor Técnico em Saúde [RT]

Responsável por assessorar tecnicamente no desenvolvimento de processos técnicos e administrativos que visem o atingimento das metas pactuadas no contrato de gestão. Além de operacionalizar e executar as ações e serviços do Contrato de Gestão.

GESTÃO INTERMEDIÁRIA:

Núcleo Técnico

RT de Medicina

Representante técnico institucional perante o CREMERJ. Responsável por coordenar tecnicamente as atividades desenvolvidas pelos RT Médicos que compõem a Rede de Atenção Primária Saúde e Saúde Mental.

Analista de Informação

Responsável pela análise e elaboração de relatórios técnicos referentes às informações de saúde. Responsável por realizar treinamento de profissionais para uso dos sistemas de informação e prontuário eletrônico. Responsável por monitorar o serviço de suporte técnico das empresas de prontuário eletrônico.

Analista de Qualidade

Responsável por coordenar e desenvolver análises, planejamento e sistematização das atividades relativas à área de qualidade em saúde de acordo com a política definida pela instituição.

Analista de Educação Permanente

Disseminar as informações formais, planejadas e direcionadas de acordo com a necessidade do trabalho e a educação em serviço. Propiciar possibilidades de crescimento e desenvolvimento dos colaboradores, contribuindo para as competências e qualificações coletivas e individuais.

[Assinatura]

[Assinatura]

Ouvidor

Responsável por receber demandas (reclamações, consultas, sugestões e elogios) relativas ao desempenho das diversas áreas que compõem a rede de Atenção Primária e Saúde Mental, relacionadas aos serviços por ela prestados. Responsável por propor recomendações que promovam a qualidade e a eficiência, de modo que melhore a gestão e alcance o equilíbrio na atuação.

Núcleo Administrativo

Supervisor Administrativo RT Institucional

Responsável controle e acompanhamento dos processos administrativos financeiros, assegurando o fiel cumprimento das condições pactuadas com o ente público.

Técnico de Engenharia Clínica

Apoiar o engenheiro clínico na fiscalização da execução das rotinas de manutenção preventiva e do atendimento às solicitações de manutenção corretiva por empresas terceirizadas. Oferecer suporte técnico às unidades sobre a utilização de equipamentos médicos.

Técnico de Segurança do Trabalho

Conduzir atividades de conscientização, educação e orientação quanto a prevenção de acidentes de trabalho, a partir da realização de treinamentos. Realização de apoio na elaboração de PPRA (NR 9 e NR 32) e na implantação e Gestão da CIPA e SIPAT (NR5).

Analista Administrativo

Responsável pelo suporte às rotinas administrativas dos núcleos central, intermediário e administrativo.

Assistente Administrativo

Executar serviços de apoio nas áreas de demandas administrativas seja de nível menor ou maior complexidade

GESTÃO LOCAL:

Gerente/diretor técnico-administrativo das unidades de APS

Responsável pela gestão técnica e administrativa da unidade, atuando como um facilitador dos processos internos, recomendados pela OS VIVA RIO e pela SMS. Cumprir e fazer cumprir, em consonância e respeito, os princípios e diretrizes do SUS. Desenvolver ações para o bom relacionamento interpessoal, estimulando o trabalho em equipe, mediação de conflitos e a gestão de Recursos Humanos da unidade, através de avaliação do desempenho das equipes (profissionais) e da unidade. Buscar melhores resultados em saúde, potencializando a utilização de recursos físicos, tecnológicos e equipamentos existentes na unidade de saúde.

Supervisor administrativo, chefia administrativa ou auxiliar administrativo

Supervisionar e executar as atividades administrativas da unidade de saúde que lhe forem atribuídas pelo Gerente/diretor técnico-administrativo ou responsável pela unidade.

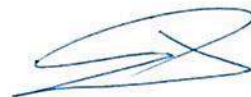
Responsáveis Técnicos ou coordenadores técnicos

Coordenar o serviço, juntamente com o Gerente/diretor, através do gerenciamento dos processos de trabalho e da coordenação da equipe técnica da unidade. Responder pelas estratégias de assistência à saúde dos usuários do território de adscrição da unidade. Representar o corpo técnico de sua categoria profissional junto ao respectivo Conselho de Classe.

1.1 Atividades e rotinas básicas da Atenção Primária

São consideradas atividades e rotinas básicas de todas as equipes de APS na assistência à saúde:

- ✓ Participar do processo de territorialização e mapeamento da área adscrita de atuação da equipe, identificando comunidade, grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
- ✓ Cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos



indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica vigente, e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde e diagnóstico de saúde da área, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

- ✓ Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e quando necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), com atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em medida socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial, etc.);
- ✓ Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
- ✓ Garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde;
- ✓ Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- ✓ Praticar cuidado individual, familiar e dirigido a pessoas, famílias e grupos sociais, visando propor intervenções que possam influenciar os processos saúde-doença individual, das coletividades e da própria comunidade;
- ✓ Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território;
- ✓ Utilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para registro das ações de saúde, visando subsidiar a gestão, planejamento, investigação clínica e epidemiológica, e à avaliação dos serviços de saúde; realizar busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes;
- ✓ Contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da Atenção Básica, participando da definição de fluxos assistenciais na rede de atenção à saúde, bem como da elaboração e implementação de protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas para a ordenação desses fluxos;
- ✓ Realizar a gestão das filas de espera, evitando a prática do encaminhamento desnecessário, com base nos processos de regulação locais (referência e contrarreferência), ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes que atuam na atenção básica; instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos;
- ✓ Alimentar e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação vigentes;
- ✓ Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas;
- ✓ Realizar atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a Unidade de Saúde;
- ✓ Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais



de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular, trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população);

- ✓ Participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando a readequação constante do processo de trabalho;
- ✓ Articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada;
- ✓ Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público;
- ✓ Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade de saúde;
- ✓ Promover a mobilização e a participação da comunidade, estimulando conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social;
- ✓ Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais;
- ✓ Realizar os registros necessários no prontuário disponível na unidade;
- ✓ Executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nos diversos ciclos da vida;
- ✓ Incentivar a formação e/ou participação ativa nos conselhos locais de saúde e no Conselho Municipal de Saúde;

Além dessas, são consideradas como atividades básicas das equipes multiprofissionais do

NASF:

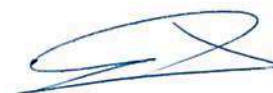
- ✓ Participar do planejamento conjunto com as equipes que atuam na Atenção Básica à que estão vinculadas;
- ✓ Realizar ações de matriciamento das equipes de saúde da família;
- ✓ Contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários;
- ✓ Realizar discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais de todos os ciclos de vida, e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes, dentre outros.

1.2 Conceitos transversais às atividades e rotinas

Para sua efetiva implementação, apresenta-se a seguir os aspectos essenciais e conceitos transversais a todas as atividades assistenciais apresentadas pela OS VIVA RIO para o gerenciamento e execução das atividades e serviços assistenciais no âmbito do TEIAS da AP 5.2, incluindo a rede de atenção primária à saúde:

1.2.1. Territorialização

A OS VIVA RIO entende que o primeiro passo a ser dado para acerto nas programações da oferta de ações assistenciais, será a efetivação de um consistente processo de (re)territorialização,



envolvendo, de forma responsável e colaborativa, todos os profissionais das unidades de saúde, com amplo respaldo da comunidade, conselho municipal de saúde e da instância gestora municipal.

A territorialização consistirá num dos pressupostos da organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, considerando-se a futura atuação em delimitação espacial, previamente determinada. A territorialização de atividades de saúde vem sendo preconizada por diversas iniciativas no Sistema Único de Saúde, como a Estratégia Saúde da Família, a Vigilância Ambiental em Saúde, Cidades Saudáveis e a própria descentralização das atividades de assistência e vigilância. No entanto, quando esta estratégia não é bem equacionada acaba por reduzir o conceito de território ao conceito de espaço, utilizando-o de forma meramente administrativa para a gestão física dos serviços de saúde, negligenciando-se o potencial deste conceito no que se refere à identificação de problemas de saúde e de propostas de intervenção.

Muito além de ser meramente o espaço político-operativo de parte do Sistema Municipal de Saúde, o território de cada unidade de saúde, que estará sob Contrato de Gestão – no qual se dá a interação com a população e a prestação de serviços ao nível local – caracteriza-se por uma população específica que vive em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos e que interage, de alguma forma, com os gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde. Este espaço apresenta, portanto, além de uma extensão geométrica, um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural que o caracteriza como território em permanente construção.

O reconhecimento desse território será o passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde desta população. Além disso, permitirá o desenvolvimento de um vínculo entre os serviços de saúde e a população, mediante práticas de saúde orientadas por categorias de análise de cunho geográfico. A concepção tradicional de saúde, pautada no modelo assistencial, redundou na impotência do setor de saúde em face dos problemas provocados pelo intenso processo de aglomeração e exclusão social.

Os problemas de saúde apresentam uma diversidade de determinações, fazendo com que propostas de resolução sejam baseadas em múltiplas estratégias, medidas e atores. Destaca-se, ainda, nesse processo, o conhecimento popular e a participação social decorrente deste saber, como base para a formulação conceitual e das ações de promoção da saúde. Neste campo de atuação, o conjunto das programações intersetoriais proposto pela OS VIVA RIO terá potencial para aumentar, sobremaneira, o grau de resolubilidade das equipes de saúde da família.

A reorientação dos sistemas de saúde na direção de afirmarem-se como “espaços da saúde” e não exclusivamente da atenção à doença, vem exigindo um processo de construção social de mudanças que vem dando-se, concomitante e dialeticamente, na concepção do processo saúde/doença, segundo o paradigma sanitário e de acordo com a prática sanitária. O entendimento do processo saúde/doença tem evoluído consideravelmente de uma concepção eminentemente monocausal do pensamento clínico, a concepções ampliadas de saúde que articulam saúde com condições de vida. Não por acaso, a noção usual de comunidade envolve citações de palavras-chave como lugar, laços sociais e ação. As ações e práticas que derivam dessa abordagem particular permitirão trabalhar em períodos mais precoces do processo de determinação e, ao mesmo tempo, ampliar as estratégias de Atenção Primária, como um conjunto de ações sociais dirigidas a essas comunidades para a promoção da qualidade de vida.

Para a constituição de uma base organizativa dos processos de trabalho nos sistemas locais de saúde em direção a essa nova prática, será importante o reconhecimento dos territórios e seus contextos de uso, uma vez que estes materializam, diferentemente, as interações humanas, os problemas de saúde e as ações sustentadas na intersetorialidade. Caberá à Vigilância em Saúde exercer o papel organizativo dos processos de trabalho em saúde, mediante operações intersetoriais, articuladas por diferentes ações de intervenção (promoção, prevenção, atenção), finkadas em seus três pilares estratégicos: os problemas de saúde, o território e a prática intersetorial.



Considerando o dinamismo dos territórios de vida dos grupos sociais e suas práticas cotidianas, é importante que as equipes de saúde da família deem continuidade aos processos de reconhecimento do ambiente, ao mapeamento dos percursos e fluxos diários, às interações e à malha de redes micro geográficas que serão úteis para trabalhar uma “epidemiologia geográfica do cotidiano”, entendida com base nas necessidades e nos problemas de saúde da população.

A identificação de problemas de saúde no território deverá, consequentemente, suplantando a listagem de agravos prevalentes e evidenciáveis mediante notificações, para abordar e contemplar a compreensão das vulnerabilidades e dos determinantes. O ponto de partida desse processo é a territorialização do sistema local de saúde, isto é, o reconhecimento do território, segundo a lógica de relações entre condições de vida, saúde e acesso às ações e serviços de saúde, o que implicará num processo de coleta e sistematização de dados demográficos, socioeconômicos, político-culturais, epidemiológicos e sanitários.

Frequentemente, nos diagnósticos de condições de vida e de situação de saúde, os elementos constitutivos da reprodução da vida social nos diversos lugares são listados e tratados como conteúdos desarticulados do território analisado. Uma proposta de Vigilância em Saúde, baseada no território, deverá, também, considerar os sistemas de objetos naturais e construídos, identificando seus diversos tipos de ações, a forma como são percebidos pela população, o papel das regras de utilização dos recursos para promover determinados hábitos e comportamentos, bem como problemas de saúde, cujas características são passíveis de identificação.

O uso pleno do território como estratégia de análise sobre condições de saúde e intervenção nestas, pressuporá a identificação de objetos geográficos, sua utilização pela população e sua importância para os fluxos das pessoas e materiais. Para isso, será necessário o desenvolvimento de metodologias para o reconhecimento, em campo, e mediante dados secundários, de objetos e suas formas que são condições de ação e meios de existência do agir humano. Com essas considerações a OS VIVA RIO reafirma a importância de processos sistemáticos e oportunos de (re)territorialização dos espaços das áreas de atuação das unidades de saúde que estarão sob o Contrato de Gestão, como forma de potencialização do poder resolutivo de cada uma delas, no cenário das especificidades locais.

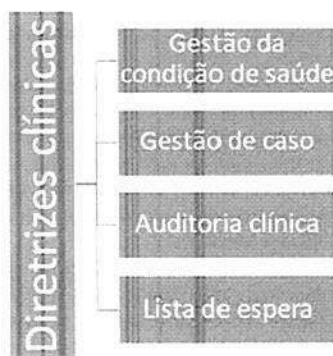
1.2.2. Gestão da Clínica

A gestão da clínica expressa um sistema de tecnologias de microgestão dos sistemas de atenção à saúde que são aplicáveis ao SUS. A gestão da clínica proposta por Mendes (2011) é inspirada em dois movimentos: **Atenção Gerencial** que foi desenvolvido no sistema de atenção à saúde dos Estados Unidos; o outro, **Governança Clínica** que se estabeleceu no sistema público de atenção à saúde do Reino Unido. A gestão da clínica é um conjunto de tecnologias de microgestão da clínica, destinado a prover uma atenção à saúde de qualidade: centrada nas pessoas; efetiva, estruturada com base em evidências científicas; segura, que não cause danos às pessoas e aos profissionais de saúde; eficiente, provida com os custos ótimos; oportuna, prestada no tempo certo; equitativa, de forma a reduzir as desigualdades injustas; e ofertada de forma humanizada.

A gestão da clínica, portanto, constitui-se das tecnologias sanitárias que partem das tecnologias-mãe, as **diretrizes clínicas**, para, a partir delas, desenvolver as tecnologias de **gestão da condição de saúde**, de **gestão de caso**, de **auditoria clínica** e de **listas de espera**, conforme se vê na figura abaixo.



Figura 4: As tecnologias de gestão da clínica



Fonte: Mendes, 2011.

Diretrizes clínicas:

São recomendações preparadas, de forma sistemática, com o propósito de influenciar decisões dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias a respeito da atenção apropriada, em circunstâncias clínicas específicas. Os principais tipos de diretrizes clínicas são as linhas-guia (guidelines) ou linhas de cuidado e os protocolos clínicos e de regulação.

As linhas de cuidado, que sistematizam as melhores evidências clínicas, possibilitam boas práticas clínicas, a melhoria da comunicação entre as equipes e os serviços e a programação de ações e padronização de determinados recursos. Estas são uma forma de articulação dos recursos e das práticas de produção de saúde entre as unidades de uma dada região de saúde, para a condução oportuna e singular dos usuários, pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades detectadas. O conjunto das diferentes linhas de cuidado visará à coordenação ao longo do contínuo assistencial, por meio da pactuação de responsabilidades e de tarefas das diferentes unidades/profissionais e a conectividade entre eles, a partir da colaboração e complementaridade.

Segundo diversos estudos, as linhas de cuidado resultam da articulação funcional de ações e unidades de atenção à saúde, voltadas para a resolutividade, responsabilização e garantia da continuidade do cuidado. São especialmente importantes para prevenção e manejo das condições crônicas de maior relevância epidemiológica, que requerem cuidados continuados e devem estar organizadas a partir do ponto de vista do indivíduo, objetivando orientação e agilidade de fluxos na rede de atenção à saúde, estabelecendo os compromissos e responsabilidades das unidades e equipes nos aspectos promocionais, preventivos, curativos, reabilitadores e paliativos, por meio da articulação adequada dos serviços de diversas densidades tecnológicas.

As linhas de cuidado pressupõem ainda uma visão global das dimensões da vida dos usuários – individualidade, contexto familiar, moradia, vizinhança, trabalho e cultura –, além de uma resposta global dos profissionais envolvidos nesse cuidado, superando as respostas fragmentadas. A implantação de linhas de cuidado tem se dado por meio das unidades de atenção primária, cujos gerentes e equipes têm a responsabilidade da gestão dos casos e de articulação com as demais unidades, outros serviços da rede de saúde e outros setores da rede municipal.

Vários pressupostos são observados para a efetivação das linhas de cuidado, como a garantia dos recursos materiais e humanos necessários à sua operacionalização; integração, corresponsabilização das unidades de saúde; interação entre equipes; processos de educação permanente; gestão de compromissos pactuados e de resultados. A construção de linhas de

[Assinatura]

[Assinatura]

cuidado, envolvendo profissionais da Atenção Primária e especialistas, facilita a articulação e a comunicação entre pontos de atenção da rede, a coordenação do cuidado e a adesão dos profissionais às diretrizes estabelecidas. A sua adoção permite ainda organizar a trajetória do usuário nas RAS.

A utilização de **protocolos assistenciais e de regulação** na APS favorecem a gestão da clínica e contribuem para a definição de escopo e resolutividade do cuidado. O estabelecimento de protocolos amplia o escopo de ofertas e abordagens de cuidado, de modo a concentrar recursos, maximizar as ofertas e melhorar o cuidado, também encaminhando de forma qualificada o usuário que necessite de atendimento especializado.

A OS VIVA RIO pretende apoiar a SMS do Rio de Janeiro no processo de implementação efetiva dos protocolos municipais para as principais doenças, agravos e condições de saúde de interesse da APS, Atenção Psicossocial e Atenção às Urgências e Emergências, considerando inclusive as especificidades epidemiológicas do município. Será estimulado o emprego crítico e consciente de protocolos clínicos, estimulando que os profissionais se envolvam com sua análise, implantação e posterior monitoramento do uso. A elaboração de manuais explicativos para os protocolos e a capacitação dos profissionais das equipes de saúde para uso, também contribuirão para a incorporação dessas ferramentas.

Os **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)** são documentos que estabelecem critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. Devem ser baseados em evidência científica e considerar critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade das tecnologias recomendadas.

Processos formativos específicos e a utilização dos protocolos assistenciais poderão ser estratégias importantes para qualificar as solicitações de procedimentos de apoio diagnóstico. Em geral, observa-se um excesso de pedidos de exames pelos médicos das equipes de saúde da família, sem critérios definidos e sem justificativas clínicas suficientes. A qualificação dos profissionais para aprimorar os registros nos prontuários e, assim, as justificativas clínicas para exames e consultas, contribuirão para melhorar a continuidade dos cuidados e para um aumento significativo da eficiência.

A ampliação dos serviços oferecidos nas unidades de APS e de solicitações de exames pelas equipes de saúde da família tendem a aumentar a taxa de resolubilidade da Atenção Primária à Saúde, devendo, contudo, serem monitoradas para que se evite solicitações desnecessárias.

A definição de cotas físicas de serviços especializados, distribuídos pelo território, poderá atenuar as iniquidades de acesso, estando condicionada por critérios epidemiológicos de necessidade.

A coordenação do cuidado pela APS nem sempre é reconhecida e ainda carece de maior desenvolvimento. A preocupação com a coordenação do cuidado no âmbito gerencial, por vezes se reverte em ações concretas, ainda que, em geral, dirigidas a poucos grupos específicos, como a atenção ao parto ou à saúde mental. Assim, será preciso definir as ações de coordenação como competência e responsabilidade da ESF nos protocolos assistenciais, de regulação e nas linhas de cuidado.

Principais protocolos utilizados na APS:

- ✓ Protocolo de Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento;
- ✓ Protocolo de Atenção ao pré-natal de risco habitual;
- ✓ Protocolo de Rastreamento e controle dos cânceres do colo do útero e da mama;
- ✓ Protocolo de Atenção ao Diabetes Mellitus;
- ✓ Protocolo de Atenção à Hipertensão Arterial;
- ✓ Protocolo de Atenção à Saúde Bucal na APS;



- ✓ Protocolo de Atenção à Saúde Mental na APS;
- ✓ Protocolo de Atenção à Tuberculose;
- ✓ Protocolo de Atenção à Hanseníase;
- ✓ Protocolo de Atenção ao HIV, Aids, hepatites virais e outras IST;
- ✓ Protocolo de Integração entre a APS e a Vigilância em Saúde;
- ✓ Protocolo de Acolhimento à demanda espontânea e urgências;
- ✓ Protocolo de Procedimentos na APS;
- ✓ Protocolo clínico da asma;
- ✓ Protocolo de atendimento ao paciente acometido por síndrome gripal e suspeita de covid-19;
- ✓ Protocolo da APS para autônótipação, testagem e monitoramento dos casos de Covid-19;
- ✓ Protocolo de regulação ambulatorial pelo NASF;
- ✓ Protocolo para o Regulador;
- ✓ Protocolo de Acesso às consultas especializadas.

De forma complementar, na urgência e emergência:

- ✓ Protocolos Clínicos/Cirúrgicos;
- ✓ Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco;
- ✓ Protocolo de Terapia Nutricional Enteral e Parenteral;
- ✓ Parâmetros e Recomendações para Procedimentos Buco-Maxilo- Faciais;
- ✓ Protocolos de Urgências em Odontologia.

A OS VIVA Rio se compromete a apoiar a SMS Rio na implementação e adesão aos protocolos, assim como a elaboração, revisão e implementação de **Normas, Rotinas, Regimentos e Procedimentos Operacionais Padrão (POP)** que irão subsidiar a organização local das unidades de saúde, tais como:

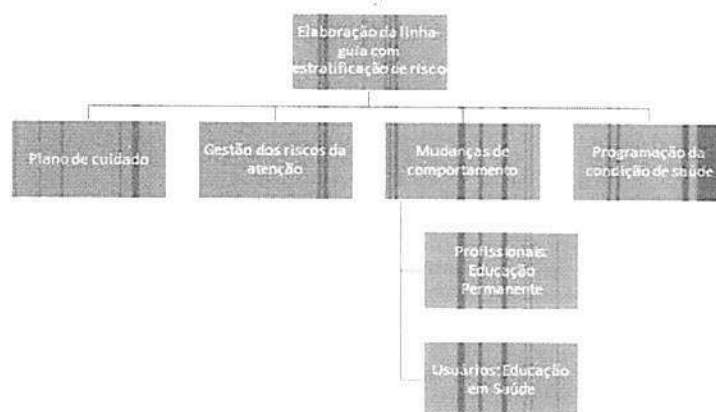
- ✓ Regimento Interno da Unidade de Saúde (abordado individualmente nesta proposta);
- ✓ Normas e Rotinas de Enfermagem;
- ✓ Plano de Acolhimento;
- ✓ Plano de visitas e assistência domiciliar;
- ✓ Regimento Interno das comissões implantadas (abordado individualmente nesta proposta);
- ✓ POP de atendimento na sala de imunização;
- ✓ POP de higienização, desinfecção e esterilização;
- ✓ POP de coleta de material laboratorial.

Gestão da condição de saúde:

A gestão da condição de saúde pode ser definida como o processo de gerenciamento de uma determinada condição de saúde, já estabelecida, por meio de um conjunto de intervenções gerenciais, educacionais e no cuidado, com o objetivo de alcançar bons resultados clínicos de forma eficiente, de reduzir os riscos para os profissionais e para as pessoas, contribuindo para a melhoria da qualidade da atenção à saúde. As principais ferramentas para gestão da condição de saúde a serem utilizadas a partir da linha de cuidado são: Plano de cuidado, gestão dos riscos da atenção, mudanças de comportamento (educação permanente e educação em saúde) e programação da condição de saúde.



Figura 5: Ferramentas para gestão da condição de saúde



Fonte: Mendes, 2011.

a) **Plano de cuidado:** O diagnóstico físico, psicológico e social; a explicitação das intervenções de curto, médio e longo prazos e a definição dos responsáveis por elas na equipe multiprofissional; a elaboração conjunta de metas a serem cumpridas; a definição dos passos para alcançar essas metas; a identificação dos obstáculos ao alcance das metas; as ações para superar esses obstáculos; o suporte e os recursos necessários para alcançar as metas; o estabelecimento do nível de confiança da pessoa usuária para alcançar as metas; o monitoramento conjunto das metas.

b) **Gestão dos riscos da atenção:** Procura aumentar a capacidade das organizações de saúde e de seus membros para desenvolver ações positivas que reduzam os riscos de morte, de danos e de sequelas para as pessoas usuárias e para os profissionais de saúde e as suas consequências econômicas, morais ou de prestígio para as organizações de saúde. Envolve a definição de padrões ótimos de segurança, a implantação de sistema de registro de eventos adversos, a implantação de sistema de vigilância de risco como a farmacovigilância, a implantação de sistema de ouvidoria que acolha as informações sobre más práticas dadas pelas pessoas usuárias, a articulação com o sistema de auditoria, a implantação de sistema de educação permanente em riscos da atenção, a informação das pessoas usuárias sobre os riscos e os benefícios da atenção à saúde.

c) **Mudanças de comportamento baseadas em intervenções educacionais:** Centrada no aprendiz; centrada na independência e na autogestão da aprendizagem; valorização da aprendizagem tutorial; valorização da aprendizagem por problemas; valorização da aprendizagem significativa; valorização dos círculos de pares; integração dos fatores de mudança da prática profissional: predisponentes, habilitadores, reforçadores e multipotenciais; realizada de forma permanente e em tempo protegido; tem uma de suas bases nas diretrizes clínicas; baseadas em evidência; valorizadora do repertório de conhecimentos, habilidades e práticas das pessoas usuárias; focalizada nas mudanças de comportamentos das pessoas usuárias; uso de tecnologias que estimulam as mudanças de comportamentos: modelo transteórico, entrevista motivacional, grupo operativo e técnicas de solução de problemas; uso de ferramentas de comunicação efetivas; avaliação da eficácia dos métodos comunicacionais.

d) **Programação da condição de saúde:** Programação das linhas-guias; programação local por estratos de risco; elaboração, monitoramento e avaliação do contrato de gestão; pagamento por performance; definição de resultados, descrição de atividades e parametrização.

Gestão de caso:

A gestão de caso é o processo cooperativo que se desenvolve entre um profissional gestor de caso e uma pessoa portadora de uma condição de saúde muito complexa e sua rede de suporte para planejar, monitorar e avaliar opções de cuidados e de coordenação da atenção à saúde, de acordo com as necessidades da pessoa e com o objetivo de propiciar uma atenção de qualidade, humanizada e capaz de aumentar a capacidade funcional e de preservar autonomia individual e familiar.

O processo de desenvolvimento da gestão de caso envolve: A seleção do caso; a identificação do problema; a elaboração e implementação do plano de cuidado e o monitoramento e a avaliação do plano de cuidado.

Quando as condições crônicas forem múltiplas e complexas, há necessidade de articulação de diversos profissionais e utilização dos vários pontos de atenção do sistema de saúde durante o processo de tratamento e reabilitação. Nesses casos, deverá ser valorizada a ferramenta de gestão de caso pelas equipes de saúde da família e atenção psicossocial, objetivando uma boa comunicação entre os profissionais envolvidos no manejo do cuidado destas pessoas e a adequação do uso dos recursos às necessidades desses usuários.

Algumas condições deverão ser priorizadas para esta abordagem de cuidado, visando a obtenção de melhores resultados clínicos e uma relação entre custo e efetividade favorável, tais como:

- ✓ Pessoas com 5 ou mais condições crônicas/ pessoas que utilizam polifarmácia;
- ✓ Pessoas que utilizam tecnologias de alta densidade (ventilação mecânica, nutrição parenteral, oxigenoterapia domiciliar, etc.);
- ✓ Pessoas com dependência para as atividades básicas de vida diária;
- ✓ Pessoas que apresentam muito baixa adesão às intervenções prescritas, por graves problemas familiares ou econômico-sociais e desprovidas de rede de suporte social;
- ✓ Pessoas com distúrbios mentais graves;
- ✓ Pessoas idosas frágeis que vivem sozinhas;
- ✓ Pessoas em situação de rua ou pessoas em estágio de pobreza extrema, entre outros.

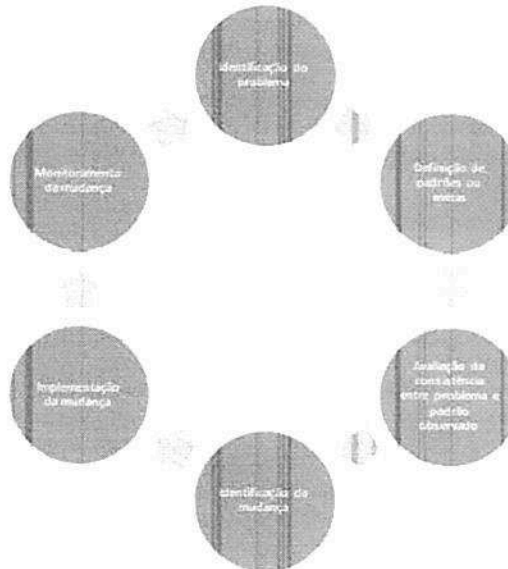
Evidências demonstram que a gestão de casos diminui as urgências por agudização das condições crônicas, diminui as internações hospitalares, evita as internações sociais, provê um contato humano e duradouro com as pessoas portadoras de condições muito complexas, monitora as intervenções médicas reduzindo os eventos adversos e aumenta a satisfação dos usuários.

Auditoria clínica:

É o processo sistemático pelo qual os profissionais de saúde continuamente monitoram e avaliam suas práticas clínicas, a organização dos serviços, as funções gerenciais e as atividades educacionais.



Figura 6: O ciclo da auditoria clínica



Fonte: Norman, 2000.

As tecnologias de auditoria clínica são:

- ✓ Revisão do uso (revisão prospectiva, revisão concomitante, revisão retrospectiva, segunda opinião, revisão por pares);
- ✓ Perfilização clínica;
- ✓ Apresentação de casos;
- ✓ Revisão de eventos-sentinela;
- ✓ Revisão de eventos adversos;
- ✓ Surveys.

Lista de espera:

As listas de espera constituem uma tecnologia de gestão da clínica orientada a racionalizar o acesso a serviços em que existe um desequilíbrio entre oferta e demanda. Essa tecnologia, para funcionar adequadamente, implica duas condições essenciais: a transparência e o ordenamento por riscos do acesso da população aos serviços de saúde.

1.2.3. Apoio matricial e institucional

O apoio matricial é a principal ferramenta de trabalho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), compostos por diversas categorias de profissionais da saúde que atuam de maneira integrada para dar suporte (técnico, clínico e pedagógico) aos profissionais das equipes de saúde da família.

Nesta metodologia de trabalho, os profissionais são estimulados a compartilhar saberes, práticas e gestão do cuidado, aprendendo a solucionar problemas pela comunicação, de modo a maximizar as habilidades singulares de cada um. É um processo estabelecido a partir de problemas, demandas e necessidades de saúde da população de seus territórios adscritos, bem como a partir

de dificuldades de análise e manejo clínico dos profissionais das equipes. Para tanto, utiliza-se de práticas intersetoriais e de gestão do cuidado em rede e a realização de educação permanente.

A perspectiva deste trabalho tem como objetivo fortalecer as ações das equipes nas dimensões clínico-assistencial e pedagógico-educacional. Nesse sentido, as principais atividades desenvolvidas são: visitas domiciliares (específicas e compartilhadas); atendimentos individuais (específicos e compartilhados); grupos e atividades coletivas (específicas e compartilhadas); discussões de casos clínicos e construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS); reuniões de equipe; elaboração de material de apoio, rotinas, protocolos e outras ações de educação permanente, dentre outras.

Por meio do apoio matricial, o acesso à atenção especializada também pode ser facilitado pela melhor qualificação das demandas para procedimentos especializados, por meio de capacitações específicas, definidas a partir do monitoramento dos encaminhamentos realizados.

A OS VIVA RIO atuará diretamente junto ao TEIAS da AP 5.2 e estabelecerá ligação com os gerentes/diretores e profissionais de saúde das unidades.

Outro dispositivo facilitador de mudanças é o **apoio institucional**. De acordo com a PNAB (2017), o apoio institucional deve ser pensado como uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Ele deve assumir como objetivo a mudança nas organizações, tomando como matéria-prima os problemas e tensões do cotidiano. Nesse sentido, pressupõe-se o esforço de transformar os modelos de gestão verticalizados em relações horizontais que ampliem a democratização, autonomia e compromisso dos trabalhadores e gestores, baseados em relações contínuas e solidárias.

O apoio é um método de exercício da gestão que supera formas tradicionais e autoritárias de se estabelecer relações e de exercitar as funções gerenciais. Proposta de um modo interativo, a função “apoio” é pautada no princípio de que a gerência/gestão acontece numa relação entre sujeitos, e que o acompanhamento/coordenação/condução (apoio) dos serviços/equipes deve propiciar relações construtivas entre esses sujeitos, que têm saberes, poderes e papéis diferenciados. Pressupõe a inserção dos sujeitos, incorporando suas diferentes experiências, desejos e interesses. Mobiliza para a construção de espaços coletivos, de trocas e aprendizagens contínuas, provocando o aumento da capacidade de analisar e intervir nos processos. Com esse método renovado de gestão, evitam-se “formas burocratizadas de trabalho, com empobrecimento subjetivo e social dos trabalhadores e usuários”.

1.2.4. Vigilância em Saúde

A **vigilância em saúde** é um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças.

Sob a ótica da integralidade do cuidado, inclui tanto a abordagem individual quanto a coletiva dos problemas de saúde, compreendendo a articulação dos saberes, processos e práticas relacionados à vigilância epidemiológica, vigilância em saúde ambiental, vigilância em saúde do trabalhador e vigilância sanitária, além da análise de situação de saúde, considerada atividade transversal.

A integração das ações de vigilância em saúde com a APS pode ser considerada um dos grandes desafios do SUS no Brasil. Para que seja efetivada, é fundamental que as equipes identifiquem essas ações como parte das suas práticas de cuidado ao indivíduo, a família e a comunidade, considerando sempre seu território de atuação e a articulação com outras instâncias envolvidas.



A partir da revisão da PNAB de 2017, a integração do trabalho entre atenção básica e vigilância em saúde ganhou mais concretude ao ser colocada como condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, ao integrar as atividades específicas dos agentes comunitários de saúde (ACS) e agentes de combate a endemias (ACE) e ao destacar que as ações de vigilância em saúde estão inseridas nas atribuições de todos os profissionais da Atenção Básica.

A integração das ações de vigilância em saúde com atenção básica, pressupõe a reorganização dos processos de trabalho da equipe, a integração das bases territoriais (território único) e preferencialmente rediscutir as ações e atividades dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias, com definição de papéis e responsabilidades.

As principais atividades a serem realizadas no campo da vigilância em saúde pelas equipes da APS são:

(i) análise da situação de saúde do território, tendências, fatores condicionantes e determinantes, situações de vulnerabilidade de grupos e do meio ambiente;

(ii) apoio às equipes locais no planejamento e desenvolvimento de ações de atenção, vigilância e promoção da saúde;

(iii) fomento à implantação das diretrizes da atenção das linhas de cuidado, dos protocolos e da gestão de casos, com gerenciamento do risco na identificação, acompanhamento e avaliação dos usuários e agravos a serem incluídos, buscados por via dos sistemas de informações disponíveis e de acordo com protocolos;

(iv) monitoramento de indicadores de desempenho pactuados no contrato de gestão, assim como monitoramento dos resultados e acompanhamento da adesão das equipes aos padrões de atendimento pactuados;

(v) monitoramento de internações e óbitos evitáveis, com foco em eventos sentinelas e traçadores;

(vi) proposição de estratégias complementares que serão executadas pelas equipes, para a identificação dos usuários com condições de saúde que necessitam de intervenção e não acessam ao serviço, por meio de ações de busca específica, organização de listas de usuários e respectivos planos de cuidados;

(vii) identificação de melhores práticas de gerenciamento dos usuários com doenças crônicas e construção de padrões de atendimento compartilhado entre os gestores e equipes;

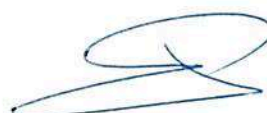
(viii) divulgação das análises das informações como subsídio para a gestão e as equipes, visando à melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.

1.2.5. Promoção da saúde

A **promoção da saúde** é uma abordagem que, a partir de ações, serviços e práticas educativas busca-se proporcionar impactos positivos na qualidade de vida da população. Trata-se de um princípio para o cuidado em saúde, entendendo que, além da sua importância para o olhar sobre o território e o perfil das pessoas, considerando a determinação social dos processos saúde-doença para o planejamento das intervenções da equipe, contribui também para a qualificação e diversificação das ofertas de cuidado.

A partir do respeito à autonomia dos usuários, é possível estimular formas de andar a vida e comportamentos com prazer que permaneçam dentro de certos limites sensíveis entre a saúde e a doença, o saudável e o prejudicial, que sejam singulares e viáveis para cada pessoa. Ainda, numa acepção mais ampla, é possível estimular a transformação das condições de vida e saúde de indivíduos e coletivos, através de estratégias transversais que estimulem a aquisição de novas atitudes entre as pessoas, favorecendo mudanças para modos de vida mais saudáveis e sustentáveis.

Dessa forma, é estratégico para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, estimular a participação e o controle social, propiciando o envolvimento dos usuários, profissionais



e gestores, nas diferentes instâncias de efetivação da política de promoção da saúde, de forma a influenciar positivamente as experiências de saúde-doença da população.

As ações de promoção da saúde devem estar pautadas nas necessidades e demandas singulares do território de atuação da APS, incluindo as ações de maior relevância na população brasileira, estas que devem ser desenvolvidas pelas equipes de APS na abordagem da Promoção da Saúde:

- ✓ Alimentação adequada e saudável;
- ✓ Práticas corporais e atividade física;
- ✓ Enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados;
- ✓ Enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas;
- ✓ Promoção da redução de danos;
- ✓ Promoção da mobilidade segura e sustentável;
- ✓ Promoção da cultura de paz e de direitos humanos;
- ✓ Promoção do desenvolvimento sustentável.

1.3 Cadastramento da população adscrita

Muitas das diretrizes que caracterizam a APS e a ESF tornam indispensáveis a atividade de **cadastro** da população adscrita. O objetivo do cadastramento é instituir a conexão com uma equipe de saúde, que deverá ser responsável pelo acompanhamento contínuo e integral das pessoas, além de auxiliar nas estratégias de planejamento gerencial e assistencial e na execução das ações no território de abrangência.

O cadastramento envolve a coleta de dados individuais de identificação do usuário e de condições de saúde autorreferidas, bem como dados do domicílio e do território.

Obedecendo às orientações técnicas da PNAB e da SMS Rio, a OS VIVA RIO obedecerá às seguintes diretrizes:

- ✓ O cadastramento individual do usuário deve ocorrer sempre de forma oportuna, na unidade de saúde ou em visita domiciliar;
- ✓ O cadastro individual é feito com o CPF ou Cartão Nacional de Saúde (CNS), sendo que a ausência desses documentos ou de qualquer outro não deve configurar em barreira de acesso. A conferência e atualização do CNS na base nacional é fundamental para garantir a efetivação e vinculação à equipe;
- ✓ O cadastro deve ser atualizado sempre que necessário;
- ✓ O cadastro domiciliar e territorial deve ser realizado na visita ao domicílio/território. É possível registrar também situações de populações domiciliadas em locais que não podem ser considerados domicílio, como por exemplo a população em situação de rua. A população nômade que estiver temporariamente no território também deve ser cadastrada, sem a exigência de tempo mínimo de residência na área adscrita;
- ✓ A avaliação dos dados cadastrais deve fazer parte da rotina das equipes, considerando o preenchimento de todos os campos necessários à validação dos registros.

1.4 Acolhimento, gerenciamento da demanda espontânea e organização da agenda programada



O acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização, que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde.

A atenção à saúde deve ser centrada na pessoa e o atendimento humanizado deve incluir um plano que organize o acolhimento nas unidades. O acolhimento deve se iniciar desde a recepção, que é a porta de entrada da unidade, mas não deve ser reduzido à porta de entrada, pois como diretriz clínica se destina à organização do serviço e do processo de trabalho para a garantia do acesso e escuta qualificados, resolutivos, baseado na construção do vínculo, tendo como princípio a integralidade do cuidado.

Para ser resolutiva, a APS deve ter tanto capacidade ampliada de escuta (e análise) quanto repertório e escopo ampliados de ofertas para lidar com a complexidade de sofrimentos, adoecimentos, demandas e necessidades de saúde às quais as equipes estão constantemente expostas. Um dos dispositivos de maior potência para promover a escuta qualificada, o acesso e a inclusão dos usuários na APS é o acolhimento.

As equipes devem se organizar de modo a garantir que o acolhimento aconteça durante todo o horário de funcionamento da unidade, na organização dos fluxos de usuários, na realização de avaliações de risco e vulnerabilidade, na opção de modelos de escuta (individual, coletiva, etc), na gestão das agendas de atendimento, nas ofertas de cuidado multidisciplinar, etc.

Cabe ainda enfatizar e discutir três questões importantes sobre o acolhimento:

1º. O acolhimento é um dispositivo de inclusão, ao reorganizar o processo de trabalho cujo primeiro efeito é o aumento da capacidade de atendimento da unidade de saúde, há um aumento importante no acesso dos usuários.

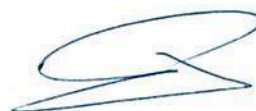
2º. O acolhimento tem compromisso com a resolutividade e isso é fundamental, pois é acesso que permite que os problemas sejam efetivamente resolvidos, seja na própria unidade, seja em outro local para o qual tenha sido feito o encaminhamento.

3º. A organização do acolhimento pressupõe um trabalho em equipe, uma forma de assegurar maior resolutividade à escuta qualificada. Mesmo preservando o seu caráter privado, aqueles que não estão na escuta direta ao usuário formam uma "retaguarda", apoiando a atividade, podendo inclusive serem chamados para consulta conjunta, quando necessário. Ou seja, o trabalho em equipe se dá pela interação entre saberes e práticas, e é exatamente isto que o acolhimento vai propor.

O manejo dos casos agudos ou agudizações das condições crônicas, em sua maioria, podem ser cuidadas na APS, considerando os recursos e tecnologias disponíveis. Acolher a demanda espontânea requer mudanças importantes nos modos de organização dos serviços e inclusive nas relações entre os trabalhadores. Para que, de fato, seja incorporado o acolhimento à demanda espontânea na realidade das equipes faz-se necessário que os profissionais reflitam sobre o conjunto de ofertas disponíveis para lidar com as necessidades de saúde da população e apropriem-se de algumas ferramentas que auxiliem na organização do serviço.

A despeito da adstrição da população, condição estruturante das programações da Estratégia Saúde da Família, é fundamental contextualizar as estratégias para atendimento da demanda espontânea. Tais estratégias, articuladas às ações planejadas da demanda organizada, deverão ser potencializadas por meio do acolhimento e do atendimento diário, constituindo, efetivamente, as unidades de Atenção Primária como serviço de procura regular e porta de entrada preferencial do Sistema de Saúde, deslocando a demanda dos serviços de emergência e da atenção especializada.

- ✓ O processo de trabalho das equipes deve estar organizado de modo a permitir que casos de urgência/emergência tenham prioridade no atendimento, independentemente do número de consultas agendadas no período. Caberá à unidade de Atenção Primária prover atendimento adequado à situação e dar suporte até que os usuários sejam acolhidos em outros pontos de atenção da RAS.
- ✓ Os desfechos do acolhimento com classificação de risco poderão ser definidos como: 1-



consulta ou procedimento imediato; 2- consulta ou procedimento em horário disponível no mesmo dia; 3- agendamento de consulta ou procedimento em data futura, para usuário do território; 4- procedimento para resolução de demanda simples prevista em protocolo, como renovação de receitas para pessoas com condições crônicas, condições clínicas estáveis ou solicitação de exames para o seguimento de linha de cuidado bem definida; 5- encaminhamento a outro ponto de atenção da RAS, mediante contato prévio, respeitado o protocolo aplicável; e 6- orientação sobre territorialização e fluxos da RAS, com indicação específica do serviço de saúde que deve ser procurado, no município ou fora dele, nas demandas em que a classificação de risco não exija atendimento no momento da procura do serviço.

- ✓ A integração entre a rede de Atenção Primária e a rede de Urgências e Emergências será um desafio à resolubilidade, indicando a necessidade de aprimoramento no sistema de referência e de contrarreferência, além do esclarecimento da população quanto à procura do serviço. A articulação com as unidades de urgência e emergência para agilizar o atendimento de emergências e para garantir o retorno ou reencaminhamento dos usuários facilitará a constituição desta, como o serviço de procura regular.
- ✓ Capacitações específicas e a utilização de protocolos (assistenciais e de encaminhamentos) poderão ser estratégias importantes para melhorar a integração da Estratégia Saúde da Família com o serviço de emergência, bem como para a potencialização dos fluxos de informações entre unidades de APS e serviços de emergência.
- ✓ A identificação das áreas de adstrição de usuários de baixo risco que buscam as emergências para atendimento de saúde, poderá orientar estratégias de acesso e revisão de atendimento da demanda espontânea na unidade de APS de referência.

Considerada essas premissas, a OS VIVA RIO irá apoiar as unidades de saúde no desenvolvimento e implementação de planos individuais (um para cada unidade) de acolhimento que deverão nortear-se pelas normatizações da SMS Rio e pelas especificidades e singularidades de cada unidade.

A partir das estratégias de educação permanente, haverá investimento na ampliação da qualificação técnica dos profissionais e das equipes de saúde para proporcionar essa escuta qualificada dos usuários, com interação humanizada, cidadã e solidária da equipe, usuários, família e comunidade, objetivo central do acolhimento no SUS.

A organização da agenda das equipes deve contemplar as ações de rotina das unidades, como consultas programadas, visitas domiciliares, educação permanente, atividades coletivas, reuniões de equipe, procedimentos e atividades administrativas, garantindo também o acolhimento da demanda espontânea durante todo o horário de funcionamento da unidade.

As diretrizes para organização da agenda e as atividades para composição de agenda semanal dos profissionais devem atender às especificações técnicas da SMS Rio e às metas do contrato de gestão.

1.5. Gestão da informação

A informação vem sendo colocada, durante as últimas décadas, como uma ferramenta fundamental para as organizações, tanto para as ações operacionais como para as ações estratégicas, seja no setor público ou no setor privado. Desta forma, ter informações em quantidade e qualidade subsidia as organizações na construção de seus planejamentos, buscando alcançar os objetivos traçados pelas empresas ao mesmo tempo em que permite a antecipação de cenários futuros identificando ameaças e/ou oportunidades.



A gestão da informação possibilitará a OS VIVA RIO apoiar a SMS Rio na qualificação dos processos de trabalho em saúde a partir da:

- ✓ Produção, análise e divulgação de informações sobre a situação de saúde da sua área de abrangência;
- ✓ Participação do processo de definição, elaboração e pactuação de indicadores para monitoramento da situação de saúde para cada eixo de indicadores e disponibilização e divulgação dessas informações segundo as necessidades das unidades de saúde;
- ✓ Avaliação e monitoramento de indicadores de desempenho e disponibilização e divulgação destas informações;
- ✓ Fomentação do uso destas informações pelos profissionais e gerentes locais, visando à melhoria dos processos de trabalho e a qualidade da atenção prestada à população;
- ✓ Implantação e atualização dos sistemas de informação definidos pela Secretaria Municipal de Saúde;
- ✓ Organização e definição de procedimentos, fluxos e rotinas para coleta, processamento de dados e envio de informações pertinentes dos diferentes sistemas de informação em vigência ou a serem implantados;
- ✓ Organização e definição dos processos de trabalho para operação/alimentação dos diferentes sistemas de informação em vigência ou a serem implantados;
- ✓ Encaminhamento às diferentes bases de dados, conforme rotinas estabelecidas pela SMS.

Todas essas ações serão estruturadas a partir da ferramenta de informação utilizada nas unidades de saúde que é o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), conforme previsto em edital. É através desta ferramenta que as equipes realizarão todos os registros relativos às atividades desempenhadas nas unidades. Sendo assim, o cadastramento das famílias, as atividades coletivas e de grupos de saúde, as visitas domiciliares, as consultas médicas de enfermagem e de saúde bucal, as reuniões de equipes e as operações de farmácia, dentre outras informações, serão registradas nos prontuários eletrônicos possibilitando a geração dos arquivos e relatórios mensais necessários para a alimentação dos sistemas oficiais do DATASUS/MS.

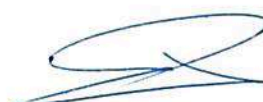
Assim, por meio das informações geradas do Prontuário Eletrônico, os dados serão monitorados e os relatórios de análise referentes aos sistemas e indicadores de desempenho do contrato de gestão serão produzidos. Todas essas ferramentas de monitoramento e análise serão encaminhadas às áreas técnicas, gerências das unidades e coordenação do TEIAS para que possam subsidiar os ajustes necessários nos processos de trabalho das equipes, direcionando e qualificando a oferta dos serviços de saúde à população de abrangência.

A complexidade inerente ao processo de produção de saúde nos territórios, considerando todos os condicionantes sociais, por si só já representa um enorme desafio para as equipes de saúde e, realizar esta tarefa sem utilizar a informação como ferramenta de gestão é sem dúvida muito mais difícil. A diretriz de se trabalhar com registros de saúde informatizados vem sendo reforçado por políticas do governo federal e municipal. Com a contratualização em saúde em curso, através da parceria da SMS Rio com a OS VIVA RIO, haverá maior qualificação das informações e o uso destas pelas equipes, visando aumentar a qualidade da oferta dos serviços de saúde de forma planejada.

A qualidade dos dados e informações depende de atributos como: cobertura, completude, confiabilidade e validade. Outros atributos importantes na avaliação da qualidade de dados e informações incluem: acessibilidade, oportunidade, consistência e rastreabilidade (LIMA, 2009).

A OS VIVA RIO atuará na qualificação das informações geradas, em todos os seus atributos, assim sua utilização pelas unidades.

A utilização de Sistemas de Informação em Saúde (SIS) será um recurso utilizado pela OS VIVA RIO na gestão estratégica em saúde, apoiando a organização administrativa e clínica de cada consulta, subsidiando a coleta de dados, o armazenamento e o processamento das informações



dos pacientes, reunindo elementos para auxiliar no diagnóstico, na prescrição dos medicamentos e cuidados adequados.

1.6 Carteira de serviços

O município do Rio de Janeiro define a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde como um documento que visa nortear as ações de saúde oferecidas à população no Município do Rio de Janeiro. Ela está estruturada da seguinte forma:

- ✓ Organização do serviço
- ✓ Atenção centrada no adulto/pessoa idosa
- ✓ Atenção centrada na criança/adolescente
- ✓ Saúde mental
- ✓ Consultório na rua
- ✓ Saúde bucal
- ✓ Vigilância em saúde
- ✓ Promoção da saúde
- ✓ Procedimentos/cirurgias ambulatoriais
- ✓ Manejo de situações de urgência/emergência
- ✓ Carta dos direitos dos usuários da saúde

A OS Viva Rio implementará os itens especificados na **Carteira de Serviços para a Atenção Primária** definidos pela SMS Rio em todas as unidades de saúde, garantindo sua efetiva implementação.

2. As rotinas e protocolos referentes a medicamentos e materiais de consumo gerais e médico-hospitalares

2.1 Proposta técnica de assistência farmacêutica da AP 5.2

A Assistência Farmacêutica tem por objetivo assegurar o acesso da população à farmacoterapia, visando o uso racional de medicamentos com maior qualidade e segurança, fortalecendo a resolutividade dos serviços de saúde.

A OSS VIVA RIO observará os conceitos da Farmacoepidemiologia, Farmacovigilância e Farmacoconomia para a realização de suas práticas – prescrição, dispensação, educação em saúde – visando uma assistência farmacêutica de qualidade ao usuário.

Cada unidade de saúde contará com um farmacêutico, devidamente regularizado junto ao Conselho Regional de Farmácia, atuando na assistência farmacêutica durante todo o horário de funcionamento da unidade, garantindo que a farmácia esteja em funcionamento durante todos os dias e horários da unidade.

A Assistência Farmacêutica se orientará a partir das diretrizes nacionais e municipais, em especial, as definidas pela Assessoria de Assistência Farmacêutica da SMS Rio. Em consonância com as instruções técnicas do Ministério da Saúde¹, seguem as principais atividades a serem desempenhadas pela Assistência Farmacêutica nas unidades de saúde:

Planejamento das atividades

As práticas desenvolvidas pelo farmacêutico estarão alinhadas às seguintes premissas: i. Perfil demográfico, condições de vida e saúde da população do território de abrangência; ii. o

¹ Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006



processo de trabalho desenvolvido pelas equipes; iii. a estrutura da clínica da família, e principalmente, iv. as diretrizes dos programas e das políticas de saúde da Secretaria Municipal de Saúde.

Para que sua prática seja efetiva se faz necessária a articulação de seus conhecimentos junto às equipes de saúde para a identificação e resolução dos casos, construindo de forma conjunta as ações e estratégias para uma assistência de qualidade.

Cabe ao farmacêutico junto à gerência da unidade de saúde, contribuir na normatização dos procedimentos relacionados à Assistência Farmacêutica, assim como a elaboração de um plano de uso racional de medicamentos, visando qualificar o acesso e a racionalização do uso dos medicamentos.

Dispensação de medicamentos

A prescrição será o instrumento no qual se apoiará a dispensação. Deverá cumprir todos os aspectos legais contidos na Lei número 5.991/1973. O artigo 35 da Lei no 5.991/1973 estabelece que a prescrição deverá ser aviada com as seguintes características:

- ✓ Escrita à tinta em vernáculo, por extenso e de modo legível, observados a nomenclatura e sistema de pesos e medidas;
- ✓ Constar nome e endereço residencial do usuário;
- ✓ Modo de usar o medicamento;
- ✓ Data e assinatura do profissional, endereço da Unidade de Saúde e número de inscrição do respectivo Conselho profissional (BRASIL, 1973, art. 35).

Cabem aos Farmacêuticos ou técnicos delegados, sob responsabilidade da OSS VIVA RIO as seguintes ações:

- ✓ Anotar no Prontuário os tratamentos prescritos e os medicamentos dispensados, bem como o registro de ocorrências no uso dos medicamentos;
- ✓ Analisar a prescrição, verificando o nome correto do fármaco, dosagem, posologia, interação com medicamentos e alimentos. Em caso de dúvidas ou incompatibilidades, registrar a ocorrência e conversar com o médico;
- ✓ Separar o medicamento, confrontando-o com a receita no ato da entrega;
- ✓ Marcar na receita os itens atendidos e não atendidos e datar a entrega nas duas vias da prescrição, assinar e carimbar;
- ✓ Orientar o usuário, avaliando o grau de entendimento das informações prestadas. Será importante que se peça para repetir pontos fundamentais da orientação, assegurando-se de que ele entendeu o uso correto de cada medicamento;
- ✓ Esclarecer os pontos mais importantes e dúvidas existentes;
- ✓ Registrar no cadastro do paciente as informações pertinentes à dispensação;
- ✓ Acompanhar e avaliar o uso.

Ainda em relação ao processo de dispensação de medicamentos a OSS VIVA RIO seguirá as orientações técnicas da SMS Rio, comprometendo-se na realização das seguintes práticas:

- ✓ Medicamentos a serem dispensados: todos os medicamentos apresentados na Relação Municipal de Medicamentos da SMS Rio devem ser dispensados nas unidades. Em atendimento às recomendações do Ministério da Saúde e da SMS Rio os medicamentos para doenças respiratórias crônicas – Asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e demais doenças respiratórias – devem ser dispensados de forma vinculada a consulta médica e do enfermeiro da equipe de saúde, esta que deve ser realizada com um intervalo de no máximo 6 (seis) meses. O acompanhamento desse paciente deve ser realizado pela equipe de saúde da família (médico e enfermeiro), mesmo que o paciente seja acompanhado por um



serviço especializado de saúde (policlínica, hospital, dentre outros). A dispensação de amostras grátis de medicamentos é proibida.

- ✓ Profissionais envolvidos na dispensação: o farmacêutico e/ou os profissionais de saúde com treinamento adequado para dispensação devem, preferencialmente, realizar a dispensação de medicamentos.
- ✓ Local para dispensação: será realizada em local próprio que possibilite a dispensação. Todas as unidades disporão de um depósito exclusivo para a farmácia, não sendo realizada a dispensação de medicamentos nos consultórios médicos, de outros profissionais, ou em outros locais não adequados para tal prática. É proibida a visitação de representantes de laboratórios farmacêuticos nas unidades de saúde.

Ainda em relação ao processo de dispensação, a OSS VIVA RIO (i) normalizará os procedimentos para a prescrição e a dispensação, com a finalidade de racionalizar o uso de medicamentos e possibilitar melhor qualidade deste processo; (ii) promoverá ampla divulgação das normas aos profissionais de saúde, equipes de trabalho e população; (iii) elaborará manual de normas e procedimentos e assegurará seu fácil acesso à equipe de trabalho; (iv) elaborará fichas com informações técnicas para serem utilizadas no ato da dispensação (roteiro de orientação para cada medicamento); (v) desenvolverá mecanismos de controle e avaliação do processo; (vi) elaborará material educativo sobre o uso racional dos medicamentos para profissionais de saúde e usuários; e (vii) promoverá ações educativas para os prescritores, dispensadores e usuários de medicamentos.

Orientações aos pacientes no uso correto dos medicamentos

A orientação ao usuário, quanto ao uso adequado dos medicamentos será atribuição de todos os profissionais.

Cabe ao profissional que prescreve o medicamento sensibilizar os usuários, maiores consumidores e demandantes de medicamentos nas unidades de saúde, quanto ao uso adequado e racional de medicamentos, contribuindo assim na mudança de hábitos, podendo gerar impactos no consumo de medicamentos da unidade.

Os dispensadores (Farmacêuticos e/ou Técnicos) também contribuem nesse processo, realizando as ações:

- ✓ Promover, por meio da melhor informação possível, melhores resultados na adesão ao tratamento pelo usuário;
- ✓ Garantir medicamentos seguros, propiciando condições para o desenvolvimento da farmacovigilância e estudos de utilização de medicamentos;
- ✓ Manter-se informado em termos técnicos, éticos e legais para uma prática eficiente;
- ✓ Manter registros de medicamentos nos Prontuários para promover ações preventivas de identificação de possíveis interações, reações adversas, por meio de análises do perfil dos medicamentos utilizados.
- ✓ Para além das ações descritas, competem exclusivamente aos farmacêuticos:
- ✓ Analisar a prescrição médica;
- ✓ Identificar as necessidades do usuário, em relação ao uso dos medicamentos e prover as informações necessárias;
- ✓ Manter-se atualizado para uma adequada prestação de serviços de qualidade;
- ✓ Conhecer, interpretar e estabelecer condições para o cumprimento da legislação pertinente;
- ✓ Manter atualizados os registros referentes à dispensação;
- ✓ Coletar e registrar ocorrências de reações adversas e efeitos colaterais relativos ao uso de medicamento, informando a autoridade sanitária local;



- ✓ Orientar o usuário sobre os cuidados e guarda dos medicamentos, especialmente os termolábeis e aqueles sob controle especial (psicotrópicos e entorpecentes);
- ✓ Acompanhar e avaliar as tarefas do pessoal de apoio (Técnicos e Auxiliares).

Adesão ao tratamento

A falta de informação ao usuário sobre o uso correto dos medicamentos (indicação, contraindicações, interações, tempo do tratamento, posologia, dosagem, cuidados no uso, entre outros fatores) é uma das principais causas da não adesão ao tratamento.

Toda orientação deve ser fundamentada em informações técnicas, fundamentais para o êxito da terapêutica indicada. Deverá ser prestada de forma clara, simples, compreensiva, em função das necessidades de cada indivíduo, do nível socioeconômico e cultural e do tipo de medicamento prescrito.

Para atendimento dessas premissas, o farmacêutico possui papel fundamental no processo de adesão ao tratamento, tendo sua prática pautada nos seguintes objetivos:

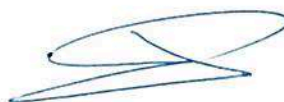
- ✓ Comprometer o paciente na adesão ao tratamento;
- ✓ Prevenir potenciais problemas relacionados ao uso de medicamentos;
- ✓ Informar os benefícios e riscos dos medicamentos prescritos;
- ✓ Identificar grupos que necessitam de informação educativa especial, de acordo com os fatores de risco da utilização inadequada;
- ✓ Otimizar os resultados.

Para que haja adesão ao tratamento será necessário que o usuário compreenda as consequências da sua enfermidade e seja sensibilizado para o uso correto do medicamento e para o comprometimento com o seu processo curativo.

Para o êxito dessa prática alguns elementos devem ser destacados durante o processo de orientação ao usuário, tais como: ênfase no cumprimento da dosagem; influência dos alimentos nos medicamentos; interação com outros medicamentos; reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação dos produtos; condições de conservação dos produtos.

Sendo assim, durante a orientação ao usuário devem ser destacados os seguintes aspectos:

- ✓ **O PORQUÊ DA UTILIZAÇÃO:** assegurar o direito do usuário de conhecer a razão do uso do medicamento para que ele possa comprometer-se com o tratamento;
- ✓ **MODO DE USAR:** orientar a forma adequada de como fazer uso de cada medicamento; se com água, leite, suco, ou alimentos, antes, durante ou após as refeições;
- ✓ **VIA DE ADMINISTRAÇÃO:** conscientizar o usuário sobre o uso da via de administração correta;
- ✓ **HORÁRIOS DA ADMINISTRAÇÃO:** informar ao usuário a importância do cumprimento dos horários estabelecidos;
- ✓ **QUANTIDADE DE MEDICAMENTOS/DURAÇÃO DO TRATAMENTO:** este é um dos aspectos mais importantes, sobre o qual se deverá ser dada ênfase na orientação. Deve-se informar as possíveis consequências do não cumprimento do tratamento ou suspensão do mesmo;
- ✓ **REAÇÕES ADVERSAS:** informar a possibilidade de eventuais ocorrências de efeitos indesejáveis e qual a conduta a ser adotada;
- ✓ **INTOXICAÇÕES:** alertar sobre reações provocadas pela ingestão de grandes quantidades de medicamentos ou sobredosagens, pelo acúmulo deles no organismo;
- ✓ **INTOLERÂNCIAS:** orientar sobre ocorrências de reações alérgicas que podem ser desenvolvidas ao se tomar determinado tipo de medicamento, informando a conduta adequada;



- ✓ **INTERAÇÕES:** explicar as possíveis interações com alimentos, outros medicamentos e álcool.

Outras informações complementares devem ser incluídas nesse processo de orientação, tais como: (i) como conservar adequadamente os medicamentos; (ii) como identificar corretamente os medicamentos, informando o que deve ser observado nas embalagens: número do lote, validade, número do registro do Ministério da Saúde; (iii) alertar para não se trocar os medicamentos das embalagens, ou seja, mantê-los nas embalagens originais; (iv) não indicar nem dar sobras de medicamentos a outras pessoas; (v) lavar as mãos sempre ao tomar medicamento; (vi) precauções quanto ao uso indevido; (vii) e conservação e guarda.

Qualidade e segurança do paciente

A proposta de Assistência Farmacêutica aqui apresentada visa contribuir para o cumprimento da meta internacional de segurança do paciente, referente a "META 3 - Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos", fortalecendo o conjunto de práticas de qualidade e segurança do paciente recomendadas e acompanhadas pelo Núcleo de Segurança do Paciente.

A OS VIVA RIO ressalta que a qualidade será a base do processo de trabalho da Assistência Farmacêutica. Englobará conhecimentos, uso de ferramentas e instrumentos gerenciais apropriados e procedimentos que visarão à adequação dos serviços, a maximização dos recursos e a redução das perdas e dos custos.

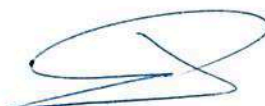
Importante ressaltar que todas as ações descritas serão registradas no prontuário eletrônico do paciente.

Monitoramento e indicadores

Mecanismo gerencial de acompanhamento e controle de ações planejadas, o monitoramento da Assistência Farmacêutica se dará com base nos indicadores previstos na matriz de indicadores, podendo ser implementados ao longo do processo de trabalho outros indicadores de estrutura, processo e resultado.

Indicadores:

- ✓ Percentual de medicamentos programados e não utilizados por superestimação.
- ✓ Desempenho de fornecedores (acompanhamento de dados: pontualidade da entrega, qualidade do produto, preço, segurança, embalagem, entre outros);
- ✓ Número de itens solicitados x adquiridos;
- ✓ Número de reclamações recebidas do produto;
- ✓ Percentual de itens solicitados x itens atendidos;
- ✓ Percentual de perdas de medicamentos decorrentes de armazenamento inadequado;
- ✓ Número de inventários realizados/ano;
- ✓ Percentual de erros na entrega de medicamentos;
- ✓ Percentual de medicamentos sem rotatividade/ano.
- ✓ Rotatividade dos estoques: relação entre consumo e estoque médio, em determinado período de tempo;
- ✓ Percentual da população atendida (avaliação de cobertura).
- ✓ Número de prescrições dia/mês;
- ✓ Percentual de prescrições atendidas e não atendidas;
- ✓ Medicamentos mais prescritos;
- ✓ Percentual de prescrições em desacordo com as normas estabelecidas;
- ✓ Número de notificações de reações adversas;
- ✓ Número de receitas dispensadas/dia;
- ✓ Percentual de medicamentos não dispensados por falta de medicamentos;
- ✓ Medicamentos prescritos fora da padronização;



- ✓ Número de atividades de educação ao usuário ambulatorial/mês;
- ✓ Avaliação de ações/programas educativos por resultados (aumento do cumprimento de tratamento, melhoria dos resultados clínicos);
- ✓ Número de prescrições atendidas e não atendidas;
- ✓ Índice de prescrição em relação ao número de consultas;
- ✓ Índice de prescrições injustificáveis;
- ✓ Nível de satisfação: número de reclamações, dividido pelo total da clientela no período;
- ✓ Tempo de espera para receber o medicamento: soma do tempo da espera após o pedido, dividido pelo total da clientela;

Os protocolos referentes a medicamentos seguem no Anexo III desta proposta.

2.2 Logística de suprimentos de medicamentos e materiais de consumo gerais e médico-hospitalares

A logística de suprimentos farmacêuticos e hospitalares, juntamente com recursos humanos e administração financeira são fatores críticos para o desenvolvimento de atividades de atenção à saúde e para a excelência operacional das instituições. Atualmente, os serviços da saúde sofreram modificações significativas, onde várias outras atividades operacionais e de gestão incorporaram novos requisitos, principalmente para atividades relacionadas à aquisição, movimentação e distribuição de suprimentos (BIRDMAN, 2013).

Dados sobre a participação dos materiais de saúde (inclusive medicamentos) no orçamento da saúde no Reino Unido indicam que ela pode corresponder de 13 a 17% dos custos hospitalares, não diferindo substancialmente das estimativas nacionais, que variam de 15% a 25% (VECINA & REINHARDT, 2002).

Inúmeros trabalhos apontam a economia potencial e os ganhos de qualidade na assistência advindos da racionalização do sistema de abastecimento, destacando a importância de incorporar os conceitos de logística e cadeia de suprimentos para organizar o sistema produtivo na saúde (NEIL, 2004).

As atividades de atenção à saúde são atividades complexas, assentadas sobre uma cadeia produtiva que incorpora sequências de ações definidas para a geração de seus produtos, no caso, definidos como procedimentos. Cada procedimento demanda um conjunto específico de insumos e processos de trabalho, cuja composição pode variar entre diferentes níveis de complexidade da atenção, até segundo os diferentes tipos de usuários e suas necessidades, e de profissionais de um mesmo equipamento de saúde.

Vecina & Reinhardt (2002) estimam que o sistema de materiais de uma unidade de saúde pode comportar de 3.000 a 6.000 itens regularmente adquiridos, na dependência do perfil das atividades desenvolvidas. Esses itens geralmente incluem os chamados materiais de consumo médico-hospitalares, medicamentos e reagentes para testes diagnósticos, além de materiais especiais, como órteses e próteses, itens gerais de escritório, limpeza e itens de nutrição e dietética.

Portanto, condições enfrentadas na logística de serviços da saúde são peculiares. Como em qualquer rede logística, observamos a necessidade de otimização dos custos, planejamento, qualidade no atendimento, controle e organização. Entretanto, existem características específicas nos serviços de saúde, como: o envolvimento integral com o usuário; os riscos de variações bruscas nos processos; a grande variabilidade e complexidade dos serviços prestados e a demanda instável (TRAVASSOS E MARTINS, 2004). Além disso, os insumos de saúde apresentam-se sob diversas formas; possuem exíguo prazo de validade; requerem conservação a temperaturas e condições de armazenagem adequadas e devem ser passíveis de total rastreabilidade.



As especificidades inerentes à essa área exigem flexibilidade dos processos estabelecidos e aprimoramento constante da gestão das contingências. Tais medidas são diretamente determinantes na eficiência operacional buscada pela logística nos serviços da saúde, na eficácia com os custos e na garantia da qualidade da cadeia de suprimentos.

O processo de gerenciamento da cadeia de suprimentos deve envolver a total integração de informações, modalidades de aquisição apropriadas, transporte, armazenamento, manuseio e distribuição de produtos, visto que a resiliência operacional dos processos logísticos está diretamente associada à disponibilidade de materiais no local onde são requisitados e ao menor tempo e custo possíveis.

Diante do exposto, nossos principais objetivos são: otimizar o fluxo de caixa por ocasião da aquisição de materiais de saúde e medicamentos; aprimorar constantemente os processos de movimentação de estoques e utilizar o inventário como ferramenta de gestão. Dessa forma, esperamos minimizar ao máximo, fatores de risco como: pedidos emergenciais; desabastecimento; validade expiradas; perdas/desperdícios; condições de armazenamento inadequadas e estoques elevados.

Planejamento Logístico

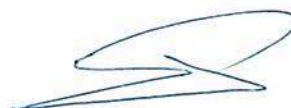
Cabe à Gerência de Ressuprimentos e Logística do Viva Rio responder pelo planejamento e programação da aquisição na elaboração lotes de compra econômicos, definidos através da análise dos níveis de estoque e do controle das variáveis logísticas e dos indicadores de performance estabelecidos. Também é atribuição dessa gerência a definição, controle e acompanhamento das operações de recebimento, armazenagem e expedição de produtos, visando assegurar às unidades de saúde o suprimento de materiais, em tempo e especificação, adequados para o correto funcionamento.

O Planejamento Logístico, em sua fase inicial, deve consistir na verificação e levantamento da grade praticada de itens de abastecimento, no levantamento prévio de toda a demanda de aquisições, no consumo estimado para o funcionamento adequado dos equipamentos de saúde e no planejamento e priorização das aquisições de acordo com o tempo de ressuprimento.

Com base nas informações imprescindíveis obtidas no levantamento inicial seguimos com a elaboração do Plano Geral de Demandas (PGD). Esse plano consolida as necessidades de abastecimento de todos os equipamentos de saúde que demandam aquisições/contratações de insumos estratégicos para a saúde. As informações do Plano Geral de Demandas compreendem definição, classificação e caracterização acertadas de todos os itens de abastecimento quanto as seguintes variáveis:

- ✓ Grupo e Subgrupo;
- ✓ Codificação;
- ✓ Unidade de fornecimento/apresentação;
- ✓ Periodicidade e modalidade de abastecimento;
- ✓ Criticidade por essencialidade técnica (classificação XYZ);
- ✓ Importância financeira (classificação ABC);
- ✓ Complexidade de aquisição (classificação 123);
- ✓ Características de armazenagem;
- ✓ Estoque estratégico;
- ✓ Tempo de estocagem ideal;
- ✓ Consumo estimado, e
- ✓ Pontos de entrega.

O planejamento da demanda é responsável pela coordenação entre os fluxos de informação e de produtos físicos, tendo impacto relevante no gerenciamento da cadeia de suprimentos e nas operações logísticas. Influencia, portanto, o nível de serviço percebido pelos usuários, pelos profissionais e pelos principais centros de custos de uma organização. A correta



classificação e caracterização dos itens permite a adoção de tratativas específicas para cada item ou grupo de itens no tocante à tomada de decisões administrativas e operacionais da gestão da cadeia de suprimentos. Através de sua análise, podem ser definidas variáveis logísticas direcionadas e próprias para cada produto ou grupo de produtos; como nível de atendimento desejado, percentual de estoque de segurança, estoque mínimo, tempo de estocagem e periodicidade de inventário.

O Plano Geral de Demandas fornece subsídios necessários para a elaboração do Planejamento Logístico em Saúde que é composto por duas frentes: O Planejamento Logístico de Aquisição e o Planejamento Logístico de Armazenagem e Distribuição.

No Planejamento Logístico de Aquisição são realizadas análises a partir dos dados do Plano Geral de Demandas, dos relatórios gerenciais de níveis de estoque real e do estoque em trânsito. Dessa forma, é calculado um lote de compra seguro e econômico e identificadas as modalidades de aquisição para cada item.

Para as aquisições de itens de abastecimento, a aplicação do Sistema de Registro de Preços (SRP) deve ser prioritária pois possui uma série de vantagens, principalmente por permitir a evolução significativa do plano das atividades da gestão da cadeia de suprimentos.

Uma das vantagens do SRP é a existência de facultatividade na aquisição do objeto licitado. Sendo assim, a gestão da cadeia de suprimentos tem a discricionariedade de agir conforme suas necessidades, podendo flexibilizar suas despesas com a devida adequação aos recursos disponíveis.

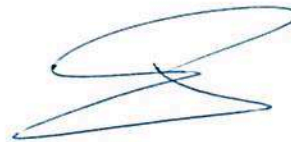
Através da análise do § 6º, Art. 15 da Lei 8.666/93, afere-se outro benefício da adoção do SRP: a possibilidade de que qualquer cidadão pode impugnar o preço constante do registro, caso haja incompatibilidade com aqueles constantes da ata e os vigentes no mercado, o que corrobora com os princípios de transparência e participação da sociedade nos processos de gestão. Além disso, há a possibilidade de compra progressiva, não havendo necessidade de que se adquira todo o quantitativo de uma só vez, o que não gera, portanto, custos com implantação e manutenção de estoque volumoso, bem como evita o ônus de vigilância, diminuindo riscos de perdas por prazo de validade ou por obsolescência.

Ademais, no momento de assinatura da ata, a administração não necessita ter disponibilidade da totalidade de recursos, bastando que isso ocorra apenas quando da celebração do contrato ou instrumento equivalente, garantindo-se assim a prontidão na aquisição dos produtos necessários.

Vale ressaltar que, uma vez que são estabelecidos lotes mínimos para a aquisição de grandes quantidades, evita-se o preço de varejo, possibilitando a formulação de propostas mais vantajosas pelos fornecedores em estrita conformidade com o objetivo principal do SRP que é a seleção da proposta mais econômica. De acordo com Bittencourt (2003) "a adoção do SRP determina além de economia, ganho em agilidade e segurança, com pleno atendimento ao princípio da eficiência.

Outra potencial vantagem do SRP é a possibilidade de que seja exercido um melhor controle de qualidade dos objetos adquiridos através da licitação. As especificidades dos insumos de saúde e a verificação da qualidade podem ser garantidas, visto que a homologação da ata de registro de preços só é efetivada após análise e parecer técnico criteriosos das amostras dos itens licitados realizada por junta de profissionais técnicos que compõe nossa Comissão de Padronização. A avaliação dos insumos deve ser atividade permanente dessa comissão, ou seja, não é realizada somente no início do processo e sim, ao longo de todo o período de vigência da ata.

Portanto, caso seja observada a incompatibilidade entre a amostra do item fornecido e as especificações técnicas definidas previamente, é facultada a não contratação do fornecimento pelo licitante vencedor ou a interrupção do contrato de fornecimento, havendo ainda a possibilidade de realização de um novo certame licitatório, visto que não há obrigatoriedade na aquisição de todo o quantitativo presente na ata.



Sendo assim, a adoção do Sistema de Registro de Preços, além de dar celeridade ao processo de contratação de bens e serviços, está estritamente ligada aos princípios basilares de resiliência dos processos de aquisição, que garante maior probidade nas contratações.

A possibilidade de consumação do sistema de registro de preços não deve ser a única modalidade de realização de contratações de fornecimento de insumos. A realização de processo de aquisição direta deve ser considerada pela administração em alguns casos, tais como necessidade de aquisição pontual; fracasso de processo de registro de preços; necessidade de aquisição de item específico, e a inclusão emergencial de algum item na grade de abastecimento, entre outros.

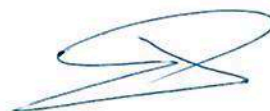
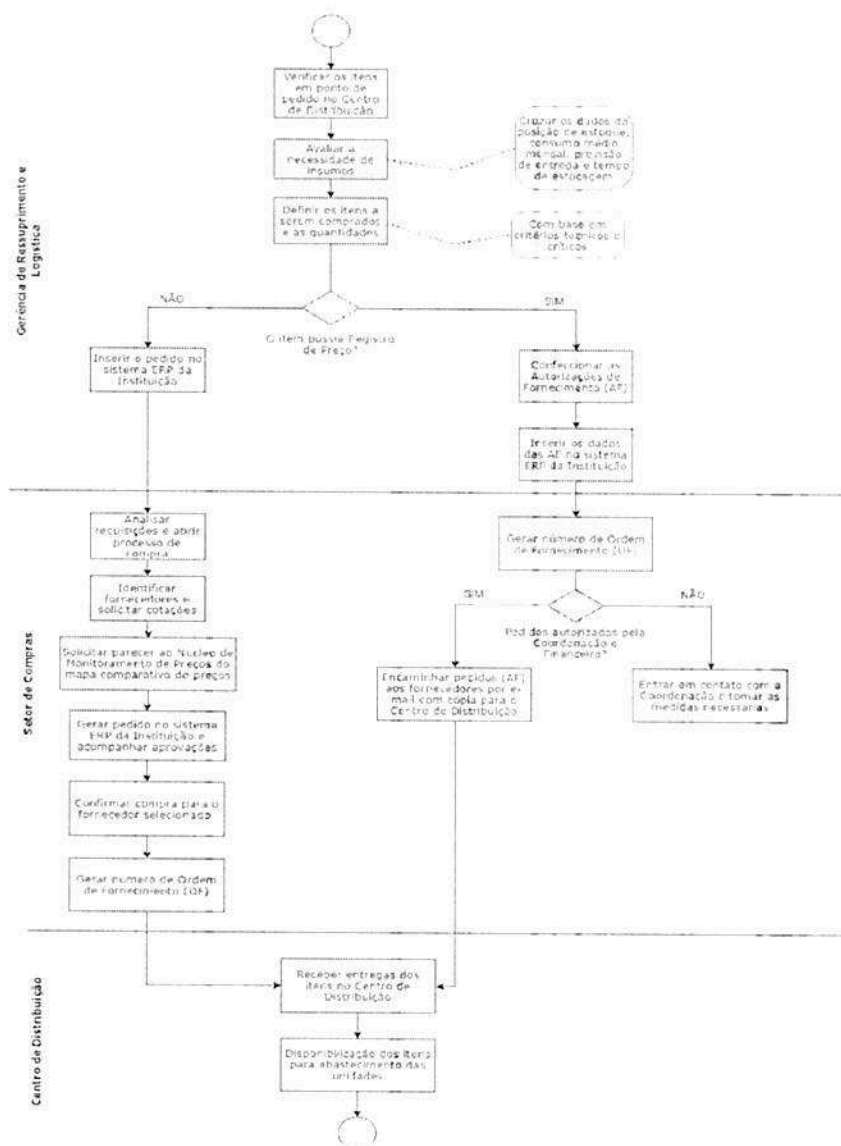


Figura 7: Fluxograma Logística de insumos



Licitações

Com vistas à garantia da transparência e ao princípio da ampla concorrência, todos os processos licitatórios do Viva Rio são realizados por meio de Pregão Eletrônico. Essa modalidade mostra-se a mais eficiente uma vez que, reduz os tempos da licitação presencial e propicia a

economicidade, ao possibilitar a participação de empresas de todo o Brasil. No Viva Rio, a realização de pregões eletrônicos, entre os anos 2017 e 2018, apresentou uma economia de R\$ 7.566.544,16, equivalente a 14,12% do valor contratado em relação ao valor estimado, com base nos preços de referência.

Figura 8: Pregões Eletrônicos, 2017-2018



Fonte: Viva Rio, 2019

Contudo, cabe lembrar que os processos de aquisição direta devem também seguir princípios de economicidade, credibilidade, celeridade, eficiência e transparência. Dentro desse contexto, os procedimentos devem seguir trâmites estabelecidos no **Manual de Compras (Anexo IV)**.

Compras Diretas

Para as aquisições de insumos, medicamentos, equipamentos, entre outros itens, ou a contratação de serviços pontuais de terceiros, cujo valor seja inferior a R\$200.000,00 poderá ser realizado procedimento de Compra Direta, através de Cotação de Preços. Este procedimento tem como base a ampla pesquisa de mercado, junto a no mínimo 03 (três) cotações de empresas distintas, para buscar a oferta mais vantajosa para o Viva Rio, levando em consideração preço e qualidade.

O **Planejamento Logístico de Armazenagem e Distribuição**, por sua vez, consiste na extração e análise de informações de estoque e do comportamento dos insumos num dado período, incluindo seu giro e tempo de giro, saída média mensal, além do monitoramento do estoque em trânsito. O planejamento adequado da armazenagem e distribuição permite a otimização dos espaços utilizados e a diminuição dos custos. Essas informações constituem também a base para cálculo e análise dos lotes de compra, objetivando sempre a economicidade e racionalização de recursos, bem como a diminuição de impacto das aquisições nos almoxarifados locais e Centro de Distribuição.

Ressalte-se que, mediante a atuação do Planejamento Logístico na análise das aquisições, podem ser identificadas inconsistências quanto aos quantitativos demandados de determinados itens de abastecimento a partir da consideração das informações da última aquisição, da posição à época do estoque, dentre outros, pois espera-se inibir a aquisição de quantitativo superior ao necessário.

Entretanto, o Planejamento Logístico não se resume a estas questões e análises, ele é responsável por monitorar e otimizar toda a cadeia logística para propiciar economicidade e

[Assinatura]

[Assinatura]

aquisições tempestivas de forma a garantir a distribuição dos insumos nos prazos previstos e necessários para atendimento correto das demandas.

Uma das ações essenciais no Planejamento Logístico é a formulação de uma política de estoques que consiste num conjunto de diretrizes, objetivos e procedimentos direcionados para a formação, manutenção e desmobilização de estoques. Em síntese, a política de estoques define o que, quanto e quando comprar, e como agir para desmobilizar estoques desnecessários.

Após planejados e adquiridos, os suprimentos farmacêuticos e hospitalares precisam ser armazenados e distribuídos aos pontos de consumo finais. Os itens podem ser entregues pelos fornecedores diretamente nos almoxarifados locais ou no Centro de Distribuição para posterior repartição. A gestão logística de armazenagem e distribuição se inicia a partir do recebimento dos materiais mediante o registro e controle de sua realização.

A gestão da Cadeia de Suprimentos do Viva Rio conta com um Centro de Distribuição (CD). A centralização da macrooperação logística possibilita vantagens estratégicas que corroboram para o aumento da resiliência de todos os processos que envolvem a cadeia de suprimentos. Cabe ressaltar a sensibilidade da logística em saúde, dadas as especificidades relacionadas à atividade, sobretudo, no atendimento de urgências e emergências.

A centralização no controle de estoques possibilita a diminuição dos índices de faltas, excessos e perdas, visto que, a garantia da qualidade e controle dos processos e procedimentos em um ponto central é mais simples e ágil tornando as atividades mais eficientes.

A flexibilidade de volume de armazenagem em um Centro de Distribuição proporciona melhor gestão sobre as sazonalidades, ou seja, variações nos níveis de estoque causam menos impacto na qualidade do abastecimento de uma unidade ou rede de saúde, já que existe uma estrutura capaz de comportar a demanda. Além disso, a mão-de-obra especializada e constantemente treinada e monitorada é fator determinante para o desempenho das atividades de recebimento físico e documental, armazenagem de acordo com as normas técnicas vigentes e orientações dos fabricantes e os processos de separação, expedição e entrega.

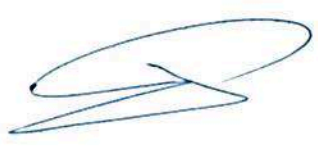
Outro ponto a ser considerado é a de economicidade relacionada ao frete do fornecedor, visto que as entregas são concentradas em um único ponto, além do ganho financeiro em escala na aquisição do lote de compra em virtude possibilidade de flexibilização do espaço de armazenagem.

Muitos insumos específicos da área de saúde requerem cuidados especiais de armazenagem e distribuição, em função de duas restrições físicoquímicas: termosensibilidade (determinados produtos requerem uma temperatura específica para sua manutenção adequada) e fotosensibilidade (indica que os produtos são sensíveis à luminosidade, que pode afetar suas propriedades ativas). Estes fatos são de relevante importância, uma vez que indicam a necessidade de segregação destes itens dos demais itens do estoque, gerando uma demanda por áreas especiais para sua manutenção.

O Centro de Distribuição deve possuir estrutura física predial (piso, paredes, iluminação e climatização), além de materiais, mobiliários, equipamentos, estruturas de armazenagem e itens de segurança pessoal necessários para o desenvolvimento pleno das operações logísticas. Além disso, deve contar com vigilância patrimonial através circuito fechado de câmeras com funcionamento 24 horas por dia.

Ainda são fundamentais os sistemas de prevenção e combate a incêndio e inundações (devendo estar em conformidade com as especificações exigidas pelo Corpo de Bombeiros da região onde estiver localizado), bem como de prevenção e controle de fumigação, dedetização, desratização e descupinização que devem ser executados em conformidade com as normas definidas pelo órgão competente para o controle de pragas.

O Centro de Distribuição também deve dispor de toda a infraestrutura necessária às demandas de tecnologia da informação (servidores, hardware e softwares) de modo a garantir uma gestão segura, confiável e ágil dos dados propiciando o efetivo controle da cadeia de suprimentos.



O uso de ferramentas de tecnologia da informação é fundamental para a eficiência e eficácia operacional e econômica da cadeia logística. Dentro desse contexto, o Centro de Distribuição irá dispor de sistema de gerenciamento de estoques do modelo *Warehouse Management System* (WMS), que, segundo Monteiro (2003):

É uma tecnologia utilizada em armazéns onde ela integra e processa as informações de localização de material, controle e utilização da capacidade produtiva de mão de obra, além de emitir relatórios para os mais diversos tipos de acompanhamento e gerenciamento. (MONTEIRO, 2003: p. 5).

O WMS permite aumentar a eficiência no processo de estocagem melhorando o serviço de atendimento ao cliente e eliminando as falhas de expedição dos produtos. A implantação deste sistema gera maior confiabilidade e minimiza os riscos da cadeia logística. Para Banzato (2005), os benefícios gerados pelo o WMS proporcionam o aumento da capacidade operacional e favorecem a tomada de decisões. Dentre as ações implementadas com WMS pode-se citar:

- ✓ Controle operacional – o sistema WMS possibilita um controle eficiente das operações logísticas, recebimento, armazenagem e expedição das mercadorias;
- ✓ Redução do tempo perdido com a ociosidade de equipamentos;
- ✓ Otimização do percurso de separação de pedidos;
- ✓ Aumento da densidade de estocagem, diminuindo a necessidade de espaço físico e as distâncias a serem percorridas.

De acordo com Rodrigues (2007), o sistema WMS, desde que devidamente adaptado às necessidades da instituição, possibilita reduzir o nível de intervenção humana nos processos através da utilização de ferramentas gerenciais que planejam de maneira eficiente a execução das tarefas, eliminando erros e agilizando o fluxo de armazenagem. Para o autor, o WMS tem as seguintes funções:

- ✓ Reconhecer o mapeamento da área do armazém indicando os endereços disponíveis, conforme parametrização prévia;
- ✓ Promover o endereçamento automático de um volume a ser armazenado, segundo as características das mercadorias, sendo elas: tamanho, fragilidade, peso etc.;
- ✓ Controlar a contagem física das mercadorias por código de barras, conciliando-a com as notas fiscais;
- ✓ Controlar o inventário por unidade de volume e por lote;
- ✓ Manter atualizados inventários rotativos, contados ciclicamente, sem interromper as atividades rotineiras.

O sistema WMS vem sendo muito utilizado pelo os gestores na maior parte da rede de saúde. Segundo Barbieri e Machline (2007), o que se observava nos armazéns e até mesmo nas unidades de saúde é o desperdício de produtos devido a vencimento de prazos, algo que pode ser minimizado com boas previsões de demanda e implantação de sistemas de reposição e de controle dos armazéns.

O WMS otimiza todas as funções operacionais e administrativas do processo de armazenagem. Segundo Sucupira (2004), as principais funções do sistema WMS são:

- ✓ **Rastreabilidade das operações** – todas as atividades cadastradas nas regras de negócio do sistema são registradas em tempo real, inclusive quanto à identificação do operador ou equipamento que realizou a tarefa;
- ✓ **Inventários físicos rotativos e gerais** – através de regras parametrizadas pelo usuário, o sistema convoca operadores para a realização de inventários rotativos ou gerais, sejam inventários orientados por item ou orientados por endereço;
- ✓ **Planejamento e controle de capacidades** – através do cadastramento de docas de recebimento e de expedição, operadores, empilhadeiras, etc., e também do



- cadastramento do consumo de recursos de cada uma das tarefas, pode-se fazer um planejamento de atividades;
- ✓ **Definição de características de uso de cada local de armazenagem** – através do mapeamento dos locais de armazenagem podem-se identificar para o sistema, todos os endereços e as características dos itens que possam ser armazenados em cada um dos locais;
 - ✓ **Sistema de classificação dos itens** – o WMS possui um módulo de cadastramento de itens, que possibilita que os materiais pertencentes àquela classe cadastrada possam absorver os parâmetros automaticamente;
 - ✓ **Controle de lotes, datas de liberação de quarentenas e situações de controle de qualidade** – o sistema mantém registrado em cada uma das unidades de armazenagem informações dos lotes de fabricação dos produtos, ou seja, se foram enviados para, clientes, internos ou externos, também em termos de aprovação, rejeição, quarentena, inspeção ou outras situações de bloqueio exigidas pelas características do item ou do processo;
 - ✓ **Separação de pedidos (picking)** – o sistema permite que se faça a separação das mercadorias da área de armazenamento para a expedição ou de uma área de armazenamento consolidada para uma área de separação secundária, que devem ser parametrizadas por métodos como FIFO (First In First Out), LIFO (Last In First Out) ou mesmo métodos especiais para situações de excesso de carga ou falta de equipamentos de movimentação em altas estantes;
 - ✓ **Interface com os fornecedores** – o sistema permite a fácil comunicação, por meios como internet, para receber dos fornecedores os documentos, possibilitando programar as operações de recebimento com antecedência;
 - ✓ **Cálculo de embalagens de despacho e listas de conteúdo** – um WMS possui algoritmos para calcular as embalagens necessárias para acondicionar as diversas mercadorias a serem enviadas para a unidade solicitante, possibilitando também a emissão de listagem do conteúdo, pesos bruto e líquido de cada embalagem;
 - ✓ **Controle de rotas e carregamento de veículos** – o sistema permite o cadastramento de rotas e o controle dos volumes carregados em cada veículo.

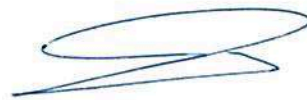
Portanto, a utilização do WMS aliada a um bom planejamento logístico possibilita gerar com precisão as informações do estoque, como por exemplo, a quantidade de medicamentos armazenados, localização, acompanhamento da produtividade da mão de obra no armazém além de garantir a qualidade aos atendimentos emergenciais da rede.

Diante do exposto, a seguir, elencamos as etapas da cadeia logística referentes a armazenagem e distribuição.

Recebimento

Receber é o ato que implica em conferência. No recebimento verifica-se se os produtos entregues estão em conformidade com os requisitos estabelecidos quanto a especificação, quantidade e qualidade. As atividades do recebimento abrangem desde a recepção do material na entrega pelo fornecedor até a entrada nos estoques, sofrendo critérios de conferência quantitativa e qualitativa. Os Procedimentos Operacionais Padrão (POP) referentes aos processos de recebimento; inspeção e testes e identificação e rastreabilidade no Centro de Distribuição do Viva Rio e nos almoxarifados dos equipamentos de saúde podem ser consultados no **Anexo V**.

As entregas pelos fornecedores no Centro de Distribuição devem ser agendadas. Dessa forma, a gestão local pode se programar previamente para o recebimento dos itens, considerando o número de volumes a serem entregues e sua cubagem, suas especificidades de armazenagem e urgência na disponibilização para os pontos de entrega. O agendamento prévio da entrega possibilita maior velocidade nos procedimentos de recebimento.



O agendamento das entregas no Centro de Distribuição pode ser realizado através de sistema web. O fornecedor deverá acessar o link onde é possível visualizar as datas e horários disponíveis para a entrega. Durante o processo de agendamento o fornecedor anexa os documentos referentes ao processo de compras (ordens ou autorizações de fornecimento e documentos fiscais). A documentação é analisada previamente por uma equipe especializada, de modo a garantir a conformidade das informações antes da entrega (Figura 9 e 10).

Figura 9: Tela inicial de agendamento via internet de entregas pelos fornecedores no sistema WMS do Centro de Distribuição



Figura 10: Tela principal de agendamento via internet de entregas pelos fornecedores no sistema WMS do Centro de Distribuição

O sistema envia e-mails automáticos com as datas e lembretes dos agendamentos realizados, estando disponível para acesso 24 horas. Através do sistema será possível rastrear o status dos agendamentos, o horário no qual o recebimento ocorreu e o tempo de entrega. É possível ainda verificar se entrega ocorreu de acordo com o programado e a duração de cada atendimento (Figura 11).

Figura 11: Tela principal de agendamento via internet de entregas pelos fornecedores no sistema WMS do Centro de Distribuição

ID	FORNECEDOR	CÓDIGO	DATA SOLICITAÇÃO	HORA SOLICITAÇÃO	TIPO DE VEÍCULO	STATUS	OPÇÕES
0040	HOSPITALAR - TPA	000178	01/10/2021	15:00	ITACUV	PENDENTE	CANCELAR
0040	HOSP	000178	01/10/2021	15:00	CAMINHÃO	PENDENTE	CANCELAR

No dia agendado o fornecedor deverá comparecer ao Centro de Distribuição, onde é realizada uma nova conferência da documentação referente ao processo de compras. Durante o recebimento os produtos são inspecionados em local delimitado (área de recebimento) tanto quantitativamente como qualitativamente por equipe técnica capacitada, como farmacêutico, técnico de enfermagem e auxiliar em saúde bucal. A categoria do profissional que irá acompanhar o recebimento varia de acordo com a especificidade da carga recebida. Durante a inspeção técnica são verificadas as condições de transporte, integridade da embalagem, marca, lote, fabricação, validade e divergência entre o físico e a nota fiscal. Os técnicos garantem que todo o processo operacional do recebimento seja realizado de acordo com o que é preconizado na legislação vigente e conforme exigido pela fiscalização sanitária.

No ato do recebimento, cada entrada é examinada quanto a sua documentação e fisicamente inspecionada. Toda nota fiscal de materiais médico-hospitalares e medicamentos a serem recebidos passa pela conferência documental que verifica a existência da nota de empenho do fornecedor, para aceite da carga.

Os produtos são verificados fisicamente (às cegas), sendo realizada a coleta automatizada através do coletor de dados do sistema WMS, a fim de que haja processo de comparação com as informações que serão lançadas no momento do cadastro da nota fiscal (Figuras 12, 13 e 14).

Figura 12: Tela de informações de coleta automatizada de dados de entregas pelos fornecedores no sistema WMS do Centro de Distribuição

← NOTA FISCAL AVANÇAR LIMPAR

Informe Nota Fiscal

Modelo: Número Nota Fiscal:

Série Nota Fiscal: Data Emissão:

Figura 13: Tela de informações de coleta automatizada de dados de entregas pelos fornecedores no sistema WMS do Centro de Distribuição

← **CONFERÊNCIA**

Lote: _____

Data de Exp.: _____ Data de Val.: _____

Qtd: _____

Figura 14: Tela com comparativo de informações de coleta automatizada de dados e cadastro de nota fiscal no sistema WMS do Centro de Distribuição

Definir Informações Lotes Digitação X Coletor

Total por Produto (será comparada quantidade digitação X final)

Código	Descrição	Qtd. Dig.	Qtd. Col.	Qtd. Final
16832	PRODUTO NÃO ENCONTRADO, EAN: 69560685000	0	1	0
16832	SEM COLETA: SISTEMA HOLDER - ANALISADOR E GRAVADOR UNIDADE RENEW...	1	0	0

Comparação Lotes

Código	Descrição	EAN Coletor	Lote Dig.	Lote Col.	Qtd. Dig.	Qtd. Col.	Qtd. Final
16832	PRODUTO NÃO ENCONTRADO	69560685000	BH181115...	BH181115...	0	1	0
16832	SEM COLETA: SISTEMA HOLDE...		CH181111...		1	0	0

Usar Informação...

	Lote	Fabricação	Validade	Quantidade	
Digitado NF					Usar Usador
Coletor					Usar Coletor
Alterar					Alterar

Comparação Lotes

Toda e qualquer divergência quanto a quantidade, qualidade e valor é observada individualmente, conforme as seguintes recomendações:

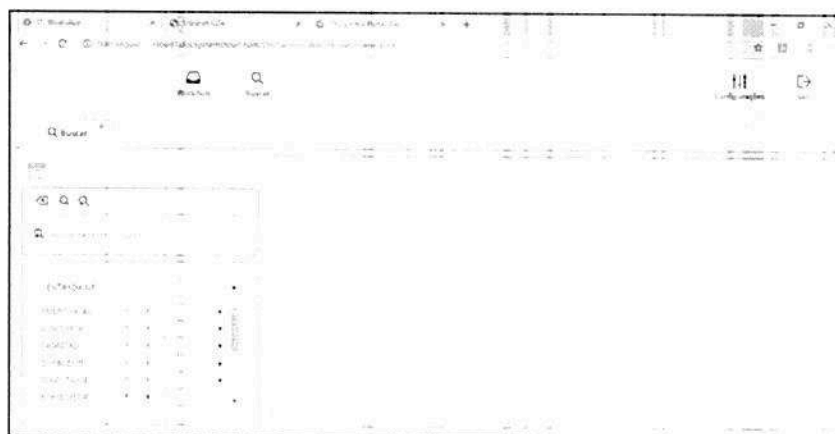
- ✓ **Qualitativas:** o responsável é comunicado e define se a carga será aceita ou não. Caso seja aceita, as divergências são devidamente registradas na ordem de fornecimento.
- ✓ **Quantitativas:** quantidades recebidas, a maior ou a menor em relação a nota fiscal podem ser recebidas desde que devidamente autorizada pelo responsável.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

A documentação referente ao processo de entrada deverá ser digitalizada e indexada em sistema GED (Gerenciador Eletrônico de Documentos). Os documentos ficam disponíveis para consulta na WEB e podem ser rastreados a tempo e a hora através de diversas informações tais como número da nota fiscal, lote e fabricante (Figura 15).

Figura 15: Tela do sistema gerenciador eletrônico de documentos referentes à entrada de produtos no Centro de Distribuição



Após conferência física e documental, é realizada a entrada dos materiais e medicamentos no sistema de gestão de estoque, gerando saldo e disponibilizando os produtos para consumo (Figura 16).

Figura 16: Tela de registro de dados e cadastro de nota fiscal no sistema WMS do Centro de Distribuição

Recebimento de Notas Fiscais

Nota Fiscal (ID) Número Série Emitida em: Dt. Entrada Dt. Cadastro

Nome Fantasia Razão Social

Condição de Pagamento Natureza da Operação

Nota Fiscal Informações Gerais Pedidos de Compras

Índice	Código	Produto	Unidade	Lote Fabric.	Fabricação	Validade	Cedo	Via

☐ Remover itens sem lote do fabricante (ao salvar)

Produtos Outras Informações Etapas de Recebimento Títulos Informações Adicionais Anulação Requestor Documentos Anexados

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

Todos os produtos são registrados, de forma que não se perca nenhuma informação, tendo assim, sua completa rastreabilidade quanto a lote, validade, fabricante e preço. Para tal, são cadastrados no sistema WMS a descrição, código e/ou medidas do produto, peso, marca, fabricante, validade, data de entrada, número da nota fiscal de entrada e quantidade, referente a cada entrada de produtos.

Dados como número de autorização ou ordem de fornecimento, valores e quantidades de processos e empenhos de compras são controlados a cada movimento de entrada e todas as etapas do processo podem ser acompanhadas no sistema WMS (Figuras 17 e 18).

Figura 17: Tela de registro de dados e cadastro de nota fiscal no sistema WMS do Centro de Distribuição

Recebimento de Notas Fiscais

Nota Fiscal: (ID) Número: 113427 Série: 1 Emissão em: 08/08/2019 Dt. Entrada: 12/08/2019 Dt. Cadastro: 16/08/2019 13:51

Nome Fantasia: MULTIPARMA COMERCIAL LTDA Razão Social: MULTIPARMA COMERCIAL LTDA CNPJ: 21.681.325/0001-57

Condição de Pagamento: Natureza da Operação: 2.102 - COMPRA E/ou COMERCIALIZAÇÃO

Processo	Data	Hora	Usuário	Observação
Digitação	16/08/2019	13:30:44	GABRIELA FERREIRA ROMANO	
Em anexo	16/08/2019	13:31:21	GABRIELA FERREIRA ROMANO	
Documentos Anexados	16/08/2019	13:31:21	GABRIELA FERREIRA ROMANO	Inclusão Doc.: ID: 1 Item: 1
Em anexo	16/08/2019	13:31:28	GABRIELA FERREIRA ROMANO	
Documentos Anexados	16/08/2019	13:31:28	GABRIELA FERREIRA ROMANO	Alteração Doc.: ID: 1 Item: 1 Val.: 1
Em anexo	16/08/2019	14:55:36	GABRIELA FERREIRA ROMANO	
Documentos Anexados	16/08/2019	14:55:36	GABRIELA FERREIRA ROMANO	Alteração Doc.: ID: 1 Item: 1 Val.: 1
Aprovação	16/08/2019	14:55:42	GABRIELA FERREIRA ROMANO	
Impressão de Etiquetas	16/08/2019	14:55:42	GABRIELA FERREIRA ROMANO	Desbloqueio Etiqueta
Carga de Estoque	16/08/2019	14:55:42	GABRIELA FERREIRA ROMANO	
Remanejamento de Estoque	16/08/2019	14:57:26	JOAO CLAUDIO CRUZ DE AZEVEDO	
Impressão de Etiquetas	16/08/2019	14:57:51	JOAO CLAUDIO CRUZ DE AZEVEDO	

Produtos Outras Informações Etapas de Recebimento Títulos Informações Adicionais Avaliação Requisitos Documentos Anexados

Figura 18: Tela de registro de dados e cadastro de nota fiscal no sistema WMS do Centro de Distribuição

Recebimento de Notas Fiscais

Conta Financeira

Grupo Financeiro: GERAL DESPESAS

Sub-Grupo Financeiro: GERAL DESPESAS

Conta Financeira: GERAL DESPESAS

Nº da NF: Nº do Processo: Nº do Empenho:

Tipo de Estoque:

Emitente: ☐ Usar produtos de entrada fabricados ☐ Usar produtos de substituição fabricados ☐ Em estoque próprio

Nota Fiscal Informações Gerais Pedidos de Compras

Portanto, no ato do recebimento, tratamos como relevantes as seguintes observações:

- ✓ Conferência da nota fiscal de compra, ordem de fornecimento ou nota de transferência;
- ✓ O verso de toda nota fiscal deve ser carimbado com a data do fornecimento e assinada pelo conferente além de conter dois atestos de prepostos da Gerência de Ressuprimentos e Logística;
- ✓ A apresentação, o número do lote e a quantidade devem estar de acordo com a solicitação empenhada;
- ✓ Não se deve escrever ou rasurar os documentos originais;
- ✓ Todos os itens recebidos deverão ser entregues com prazo mínimo de 2/3 da data de expiração da validade indicada pelo fabricante;
- ✓ Os materiais e medicamentos em desacordo com as especificações solicitadas (forma, apresentação, concentração, rótulo, embalagem, condições de conservação, lote, validade), não devem ser recebidos;
- ✓ No caso de constatação de danos na embalagem ou alteração no produto, o mesmo deve ser identificado, separado e devolvido ao remetente com comunicação por escrito e registro no sistema;
- ✓ No caso de cargas paletizadas, deve se verificar as condições dos paletes, estes devem ser de plástico ou aço, não apresentar desgastes e estarem visualmente higienizados. Qualquer irregularidade deve ser comunicada ao responsável;
- ✓ Todos os formulários de recebimento e cópias de notificações devem ser arquivados fisicamente e digitalmente;
- ✓ Nenhum produto deve ser recebido sem documentação.

Armazenagem

Armazenar consiste em ordenar adequadamente os produtos em áreas apropriadas, de acordo com suas características e condições de conservação exigidas. Nenhum produto deve ser estocado antes de ser oficialmente recebido e nem liberado para entregas sem a devida permissão. Os Procedimentos Operacionais Padrão (POP) norteadores dos processos de armazenagem, auto inspeção, inventário e limpeza e manutenção no Centro de Distribuição podem ser consultados no Anexo V.

A estocagem observa as orientações fornecidas pelo fabricante e obedece aos parâmetros definidos no sistema de gestão de estoque. Os produtos são armazenados sobre paletes de plástico ou aço em local que não receba luz direta do sol. Os medicamentos sujeitos a controle especial são estocados em locais próprios de acesso restrito.

Após cadastro no sistema WMS os produtos são armazenados em condições controladas e adequadas, conforme legislação vigente. Na sequência, esses produtos são endereçados sistemicamente e são rastreados através de códigos de barras que carregam todas as informações do produto desde a nota fiscal (Figura 19).

Cabe a equipe técnica o monitoramento das condições do armazenamento verificando os itens como empilhamento, controle de temperatura, se os produtos estão armazenados sobre pallets, se estão encostados nas paredes, organização e limpeza. Posteriormente à conferência física e armazenagem sistêmica, o produto é imediatamente liberado para consumo.



Figura 19: Tela de endereçamento dos produtos no sistema WMS do Centro de Distribuição

Item	Descrição	Quantidade	Localização	Status	Observações
001	PRODUTO A	100	001-001	OK	
002	PRODUTO B	200	002-002	OK	
003	PRODUTO C	300	003-003	OK	
004	PRODUTO D	400	004-004	OK	
005	PRODUTO E	500	005-005	OK	
006	PRODUTO F	600	006-006	OK	
007	PRODUTO G	700	007-007	OK	
008	PRODUTO H	800	008-008	OK	
009	PRODUTO I	900	009-009	OK	
010	PRODUTO J	1000	010-010	OK	

Nos processos de armazenagem tratamos como boas práticas as seguintes observações:

- ✓ Evitar colocar peso ou empilhar demasiadamente; não arremessar as caixas e manuseá-las adequadamente para garantir as características originais dos produtos;
- ✓ O local de armazenamento dos medicamentos, em geral deve manter uma temperatura aproximadamente de 20°C (máxima de 24°C e mínima de 15°C);
- ✓ As áreas para armazenamento devem estar livres de pó, dejetos, insetos, roedores, aves ou qualquer outro animal. A desinsetização e desratização devem ser realizadas a cada três meses ou conforme orientações da empresa prestadora de serviço;
- ✓ Os produtos devem estar estocados de modo a facilitar o trânsito e a limpeza do Centro de Distribuição;
- ✓ Os produtos devem ser conservados em suas embalagens originais e protegidos da luminosidade excessiva;
- ✓ As embalagens secundárias parcialmente utilizadas devem ser fechadas novamente para prevenir perdas e/ou contaminações;
- ✓ A estocagem nunca deve ser efetuada diretamente em contato com o piso e deve-se manter a distância entre os produtos, paredes, tetos e empilhamentos para facilitar a circulação do ar;
- ✓ Os medicamentos não devem ser armazenados com produtos de outra natureza;
- ✓ O nome do produto, número de lote e prazo de validade devem estar visíveis. Caso haja recebimento de lotes diferentes do mesmo produto, estes devem ser identificados e estocados separadamente;
- ✓ Materiais passíveis de quebra devem ser guardados em locais menos expostos a acidentes;
- ✓ Os estoques devem ser inspecionados com frequência para verificar se qualquer degradação visível, especialmente se os produtos ainda estiverem sobre garantia de seus prazos de validade;

- ✓ Os produtos com prazo de validade expirado e avariados devem ser retirados do estoque e armazenados em área de quarentena para posterior descarte;
- ✓ A movimentação de pessoas e equipamentos nas áreas de estocagem deve ser cuidadosa para evitar avarias e/ou perdas;
- ✓ A liberação de todos os produtos para entrega deve obedecer a ordem cronológica de seus lotes de fabricação, ou seja, expedição dos lotes mais antigos antes dos mais novos;
- ✓ A área de armazenagem dos produtos termosensíveis deve ter sua temperatura controlada e mantida de acordo com os parâmetros estabelecidos;
- ✓ A área de estocagem de medicamentos de controle especial (psicotrópicos e entorpecentes) possui acesso restrito. São mantidos registros de todas as movimentações (saídas e perdas) desses medicamentos conforme legislação;

Os materiais e medicamentos vencidos, avariados, interditados ou não utilizados são resíduos que apresentam risco potencial à saúde pública e ao meio ambiente. Assim, devem ser mantidos procedimentos de descarte conforme orientação da legislação vigente, quanto ao plano de gerenciamento de resíduos. Todo processo é registrado e a documentação arquivada.

Controle e Gestão de Estoques

Atividade gerencial que tem por objetivo manter informação confiável sobre níveis e movimentação física e financeira de estoques necessários ao atendimento da demanda, evitando-se a superposição de estoque ou desabastecimento da cadeia de suprimentos. O controle de estoque é fundamental para a garantia da qualidade do ciclo logístico pois, determina a quantidade a estocar, para que o produto não falte nas unidades de saúde, sem que haja materiais e medicamentos em excesso no Centro de Distribuição. Está definido para:

- ✓ Subsidiar as atividades de programação de aquisição e distribuição;
- ✓ Assegurar o suprimento, garantindo a regularidade do abastecimento;
- ✓ Estabelecer quantidades necessárias e evitar perdas;
- ✓ Manter registros de movimentação de estoque;
- ✓ Fornecer informações precisas, claras e a contento, com rapidez quando solicitadas;
- ✓ Manter controle e arquivo dos dados organizados e atualizados;
- ✓ Garantir excelência nos serviços prestados, utilizando o software para a gestão dos estoques e distribuição, possibilitando total rastreamento de todos os produtos armazenados e distribuídos.

O sistema WMS de gestão dos estoques no Centro de Distribuição gera relatórios que podem ser acessados remotamente e a qualquer tempo. Esses relatórios apoiam as tomadas de decisão relacionadas ao manejo dos estoques e à prevenção de perdas. São extraídos e compilados dados e informações detalhados de cada produto em estoque, como por exemplo: tipo de estoque, giro e tempo de giro médios de estoque, histórico de consumo, curva ABC, número do produto, descrição, lote, validade, quantidade, valor, quantidade da previsão de caducidade, valor da previsão de caducidade, carta de compromisso de troca, status de troca, entre outros. Cabe ressaltar que novas informações e modelos podem ser customizados de acordo com as necessidades gerenciais (Figuras 20 e 21).



Figura 20: Modelo de apresentação de relatórios gerenciais extraídos do sistema WMS do Centro de Distribuição

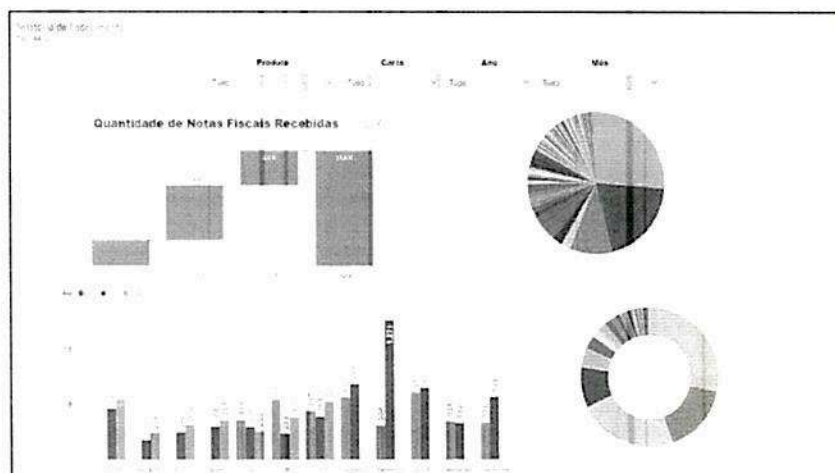


Figura 21: Lista de tipos de relatórios gerenciais e variáveis extraídos do sistema WMS do Centro de Distribuição

Relatório
◆ Auditoria de Estoque por Endereçamento (Empenho pós Ordem de Separação) ◆ Controle de endereçamento Avaria / Inservíveis ◆ Controle de Validade de Produtos (Data de Entrada e Valor) ◆ Estoque Almoxarifado - Quarentena ◆ Estoque Atual (Entradas Outros Movimentos) Valorizado pelo Custo Efetivo ◆ Estoque Atual Analítico (Valorizado) ◆ Estoque Atual de Produtos Sintético (Valorizado) ◆ Estoque Atual por Similaridade (Valorizado por Custo Efetivo e Reposição) ◆ Estoque consolidado por programa, produto e lote ◆ Estoque de Produtos Empenhados por Pedidos ◆ Estoque Disponível / Remanejar x Similaridades (Custo Reposição Atual) ◆ Estoque Disponível e a Remanejar por Similaridades (Quantitativo) ◆ Estoque Disponível x Área ◆ Estoque Disponível x Área x Produto ◆ Estoque Disponível/Empenhado/Remanejar (Similaridades e Tipo de Estoque) ◆ Estoque por Endereçamento ◆ Estoque Retroativo x Produto (Quantitativo e Valorizado) ◆ Estoque Retroativo x Produto (Quantitativo) ◆ Estoque Retroativo x Produto (Valorizado) ◆ Estoque Retroativo x Produto (Valorizado) ◆ Estoque Retroativo x Similaridade (Quantitativo e Valorizado) ◆ Estoque Retroativo x Similaridade x Código Externo (PVAX) ◆ Gestão de Trocas - Sólidas (Analítico) ◆ Giro de Estoque por Período ◆ Inventário x Similaridade x Custo Médio (Sintético) ◆ Listagem Final de Inventário (Quantitativo) ◆ Listagem Final de Inventário (Valorizado) ◆ Movimentação de Saída ◆ Outros Movimentos ◆ Outros Movimentos com Dados de Origem (por Documento) ◆ Outros Movimentos x Remanejamentos (Analítico) ◆ Posição Atual de Estoque por Unidades de Pronto Atendimento ◆ Previsão de Perdas de Estoque ◆ Relatório Análise de Custo Médio na Movimentação ◆ Relatório de Estoque Retroativo - Analítico ◆ Relatório de Estoque Retroativo - Sintético

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Processamento, separação e conferência de pedidos

Depois de recebidos, os produtos estão disponíveis para atendimento das demandas dos equipamentos de saúde. O processo de retirada do produto do estoque e separação acontece física e sistemicamente de forma simultânea, mantendo os saldos do estoque sempre atualizados. Todos os produtos são devidamente conferidos e reembalados e identificados para distribuição. O Procedimento Operacional Padrão (POP) para a conferência pode ser consultado no **Anexo V**.

As solicitações são realizadas pelos almoxarifados locais em sistema WMS web. Uma vez que o pedido seja realizado e aprovado, o sistema gera reserva para o produto solicitado com base no critério de dispensação do item de menor validade para preservar a vida útil dos itens em estoque, evitando a perda do estoque e capital de giro empregado. É possível o acompanhamento e monitoramento de todas as etapas do processo (Figuras 22 e 23).

Figura 22: Tela de solicitação de produtos no sistema WMS do Centro de Distribuição para abastecimento dos equipamentos de saúde

The screenshot displays the WMS system interface for product management. The top section contains fields for 'Produto', 'Fabricante', 'Data de Entrega', and 'Status'. Below this, there are tabs for 'Endereço de Entrega', 'Informações Gerais', 'Contas Financeiras', and 'Gestão de Projetos'. The main area is titled 'Dados Básicos do Produto' and shows details for 'ATADEIRA DE CREPOM 10 CM X 4,5 M - UNIDADE ESPONJOSA'. It includes fields for 'Cód. Disponível', 'Cód. Quantidade', 'Quantidade', 'Cód. Empenho', 'Margem (%)', 'Valor Unitário R\$', 'Desconto (%)', 'Valor Liquidado R\$', 'Custo Médio Sim.', 'Preço de Fabrica. P/R\$', 'UR, P/R Cliente', 'Portabilidade (%)', 'Total Bruto R\$', 'Valor Bruto R\$', and 'Total Liquidado R\$'. At the bottom, there is a table titled 'Lotes Disponíveis' with columns for 'Produto', 'Lote Fabricante', 'Validade', 'Data Val', 'Empenho', 'Cód. Sim', 'Cód. Dispon', 'Disponível', 'Unidade', and 'Itens'. The table lists several lots with their respective details.

Produto	Lote Fabricante	Validade	Data Val	Empenho	Cód. Sim	Cód. Dispon	Disponível	Unidade	Itens
13640	27475	17/09/2024	1746	180512302	1120	UNID	600	27475	0
13640	27475	22/05/2024	1741	180510401	3560	UNID	600	27475	0
13640	27475	22/05/2024	1741	180510402	6480	UNID	600	27475	0
16546	28043	02/07/2024	1782	191316205	1080	UNID	1	1080	0

Figura 23: Tela de acompanhamento e monitoramento de processamento de pedidos do sistema WMS do Centro de Distribuição

The screenshot displays a software interface for order management. At the top, there are fields for 'Pedido' (002), 'Emissão' (31/07/2019), 'Situação' (Liberado), 'Data de Entrega' (31/07/2019), 'Seu Pedido', and 'Empenho'. Below these are sections for 'Tipo de Entrega' (LUB. SES - ENTREGA), 'Tipo de Estoque' (R210), and 'Dados Cliente'. A table lists various orders with columns for 'Processo', 'Data', 'Hora', 'Unidade', and 'Observação'. The table includes entries for 'Encomenda', 'Ordem de Fabricação', 'Ordem de Separação', 'Confirmação de Produto Unificado', and 'Ordem de Entrega'. At the bottom, there are tabs for 'Produtos', 'Lotes Reservados', 'Lotes Liberados', 'Chaves de Pedido', 'Cálculo de Impostos', and 'Dados Adicionais'.

O sistema WMS indica através do coletor de dados as posições que devem ser separadas. Além de considerar o produto com a menor validade para dispensação, o WMS ainda prioriza a endereços que atendem a condição anterior e possuem quantidades fracionadas, garantindo assim liberação dos endereços no menor tempo possível. No momento da retirada dos produtos nos locais indicados, são validadas informações como lote, validade e quantidade requisitadas (Figuras 24 e 25).

Figura 24: Tela de separação dos produtos para o processamento de pedidos no sistema WMS do Centro de Distribuição

The screenshot shows a 'SEPARAÇÃO EM ANDAMENTO' screen. It includes a header with 'COLETAR' and 'FINALIZAR' buttons. Below the header, there are fields for 'Estoque Atendimento', 'Código' (64900), 'Data Emissão' (25/06/2019), and 'Local' (EXCEP). A table lists products to be separated with columns for 'Qtd', 'Qtd Conf.', 'Unidade', and 'Descrição'. The table includes entries for 'FOLINATO DE CÁLCIO 15 MG COMPRIMIDO HIPOLABOR', 'CANETA AZUL', 'TENOFIRATO 200 MG CAPSULA EMS', 'NIVESTIBA FARMACUTICA LTDA', and 'SULTAMETOKAZOL + TRIMETOPRIMA 100 MG + 160 MG COMPRIMIDO PRATI DONADUZZI'. At the bottom right, there is a signature.

Figura 25: Tela de validação de endereço para a separação dos produtos para o processamento de pedidos no sistema WMS do Centro de Distribuição

TIPO	FILEIRA	COLUNA	ANDAR	POSIÇÃO
05	06	01	2	02

Endereço

ENCERRAR PULAR ENDEREÇO

Após a separação ter sido finalizada e segregada é realizada a conferência através do coletor de dados, onde são confrontados os dados dos produtos separados garantindo que os pedidos cheguem ao seu destino corretamente.

Expedição

É a etapa em que são definidos os procedimentos que formalizam a saída dos produtos do Centro de Distribuição, transporte e sua entrega para o destino final. O Procedimento Operacional Padrão (POP) para a expedição pode ser consultado no **Anexo V**.

A distribuição visa suprir as necessidades das unidades de saúde seguindo um cronograma, evitando atrasos e desabastecimentos. Para tanto, faz-se necessário:

- ✓ Estabelecimento dos fluxos e cronogramas de distribuição e agendamento das datas de entrega;
- ✓ Distribuição da quantidade correta dos itens conforme as solicitações;
- ✓ Cumprimento dos prazos estabelecidos.

A expedição dos produtos se inicia após a confirmação de que o pedido está completamente finalizado. A sequência de saída dos pedidos obedece ao cronograma pré-estabelecido e a roteirização projetada para a redução de custos, o cumprimento dos prazos e a garantia de segurança na entrega. Todos os volumes a serem entregues são identificados com etiqueta onde constam o tipo de material e a qual equipamento de saúde ou ponto de entrega se destinam.

Durante a expedição são mantidos os registros quanto ao:

- ✓ Número da nota de simples remessa;
- ✓ Número do pedido;
- ✓ Volume da carga;
- ✓ Pedido por veículo;
- ✓ Placa e modelo do veículo;
- ✓ Motorista;
- ✓ Horário de entrada.

No processo de carregamento considera-se:

- ✓ Carregamento dos veículos em área coberta e em plataforma;
- ✓ Carregamento dos volumes nos veículos garantindo a estabilidade das caixas;
- ✓ Os rótulos de identificação devem estar com fácil visualização;
- ✓ Os volumes que portam itens frágeis são identificados com etiqueta própria;
- ✓ O empilhamento máximo de caixas deve ser observado obedecendo-se as indicações;
- ✓ A paletização deve ser adequada de forma a minimizar os riscos de avarias.

Transporte

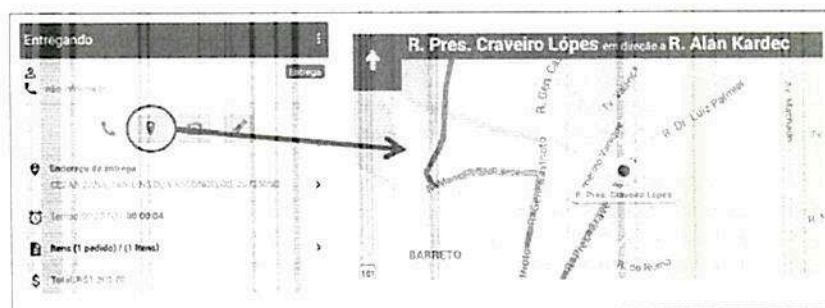
O sistema de transporte visa assegurar as condições de pureza, segurança e eficácia dos produtos transportados. Objetivando manter os padrões de qualidade.

Após emissão do documento de saída, os produtos permanecem disponíveis nas docas para embarque nos veículos, conforme rotas pré-definidas. Os pedidos são lançados no TMS através dos smartphones dos condutores dos veículos que passam a ser monitorados pela gerenciadora de risco e no sistema TMS web. Através de integração com o WMS o sistema TMS exibe as informações dos pedidos que serão entregues, como por exemplo, item, unidade de medida e número de volumes.

Esses dados podem ser acessados a partir de um terminal portátil (celular ou tablet) onde informações como chegada no ponto de entrega, conclusão de entrega e possíveis divergências, possam ser informadas, permitindo que as informações cheguem em tempo real a base de controle.

Cabe destacar que a gestão de frota é online, através do TMS, com emissão de relatórios, sistema de rastreamento e envio de informações em tempo real, com status das entregas, emissão de alarmes de discordância de rota e programação de entregas, além de alarmes de prevenção e controle de perdas, com possibilidade de uso smartphones ou tablets para gerar informações sobre status das entregas (Figuras 26 e 27).

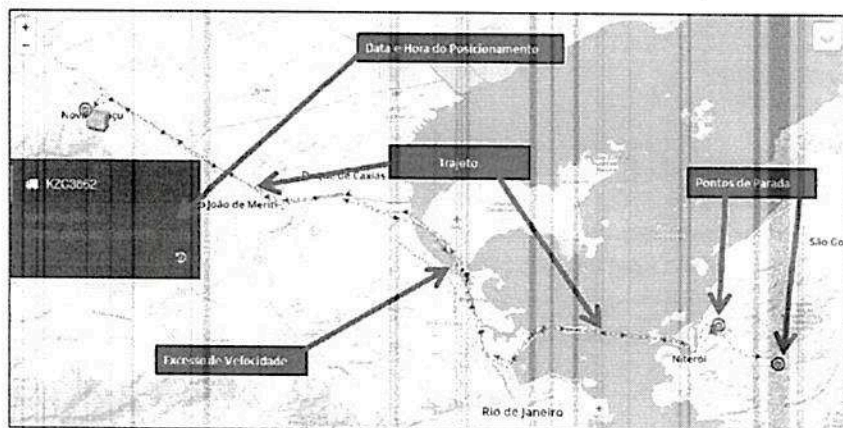
Figura 26: Rastreamento de entregas pelo sistema TMS do Centro de Distribuição



[Assinatura]

[Assinatura]

Figura 27: Rastreamento de entregas pelo sistema TMS do Centro de Distribuição

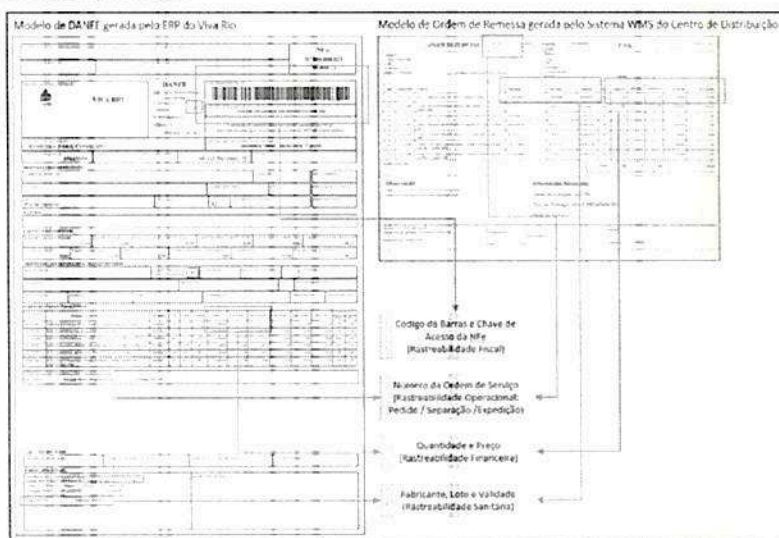


Toda a carga é obrigatoriamente transportada acompanhada de ordem de remessa gerada pelo sistema WMS do Centro de Distribuição e de Nota Fiscal Eletrônica (NFe) emitida pelo software de gerenciamento do Viva Rio (JW Edwards) através de integração entre os dois sistemas. Nos dois documentos constam todos os dados pertinentes a entrega como endereço, número de identificação do pedido, lista de itens com descrição de fabricante, lote, validade, quantidade e valores (Figura 28). As guias de remessa são acompanhadas de formulário de relatório de entrega para preenchimento na ocasião do recebimento dos produtos pelo responsável, qualquer intercorrência deve ser registrada pelo profissional que recebeu a entrega e deve ser tratada pela gestão da operação do Centro de Distribuição. Após a entrega do produto no destino, é realizada a digitalização de todos os documentos referentes ao processo de expedição, possibilitando consulta imediata via web.

[Assinatura]

[Assinatura]

Figura 28: Nota Fiscal eletrônica e Guia de Remessa referentes às entregas provenientes do Centro de Distribuição



Para os processos de transporte adotamos os seguintes procedimentos:

- ✓ Os funcionários responsáveis pela expedição e transporte são periodicamente orientados quanto a forma de carga e descarga dos produtos, segregação dos volumes a serem transportados, observando a classificação de cada um;
- ✓ Não são transportadas cargas incompatíveis no mesmo veículo, esse critério é baseado nas orientações do fabricante, na legislação vigente e/ou na literatura científica referentes aos produtos;
- ✓ Realização de inspeções e controle de pragas periódicas na frota;
- ✓ Registro e monitoramento de temperatura e umidade, conforme definido pelo fabricante e pelas normativas vigentes, durante todo o trajeto da carga;
- ✓ Transporte de termosensíveis realizado em embalagens térmicas apropriadas;
- ✓ Uso de veículos padronizados conforme legislação vigente, adequados para o transporte de medicamentos e produtos para a saúde;
- ✓ Manutenção de registros de ocorrências e procedimentos para avarias, extravios e devoluções;
- ✓ Gerenciamento de risco e rastreamento da frota, garantindo a segurança da carga e dos motoristas;
- ✓ Seguro de toda a carga transportada contra furto ou roubo e demais sinistros.

Os protocolos (complementares) de Logística e Gestão de Contratos seguem no Anexo V.

3. Comissões ou grupos de trabalho que implantará nas unidades de saúde

A seguir, a OS VIVA RIO apresenta as comissões que implantará nas unidades de saúde, especificando nome, conteúdo, membros componentes, objetivos da comissão, frequência de reuniões e demais informações

A OS VIVA RIO priorizará o desenvolvimento da capacidade institucional, apontando para a construção de parcerias, a qualificação de pessoal, o estabelecimento de padrões de desempenho das unidades de saúde e equipes e as normatizações dos processos técnicos e administrativos.

A busca de um novo formato institucional resultará em processos bem determinados, com reflexos positivos no aperfeiçoamento das funções técnicas e gerenciais para atendimento e manutenção de seus objetivos.

Considerando a clareza da missão, o objetivo e o desafio metodológico que envolverá a ação técnica, a ação científica, a ação regulamentadora e a ação reguladora, a OS VIVA RIO entende que as comissões são de fundamental importância, contribuindo para:

- ✓ Fortalecimento da Atenção Primária e seu papel nas Redes de Atenção à Saúde;
- ✓ Consolidação das linhas de cuidados;
- ✓ Uso qualificado dos Sistemas de Informação, correlacionado com indicadores de impacto e eficiência das ações de atenção à saúde;
- ✓ Desenvolvimento e utilização de análises das situações de saúde, de modo sistemático e continuado;
- ✓ Fortalecimento das ações de Vigilância em Saúde;
- ✓ Adoção de política de qualificação de RH, com ênfase na integralidade do cuidado;
- ✓ Participação na realização de ações reguladoras, de forma contínua e sistemática;
- ✓ Promoção de atividades de capacitação e treinamento, de acordo com as necessidades identificadas;
- ✓ Construção de rede de intervenção e articulação intersetorial junto às organizações da sociedade civil.

Para tal a OS VIVA RIO identifica diferentes estratégias, propondo a composição de comissões em diferentes formatos:

- **Comissões implementadas em cada unidade de saúde**, construindo estratégias a partir do território: Comissão de Revisão e Auditoria de Prontuários (CRAP) e Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).

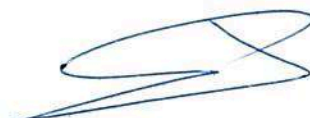
- **Comissões implementadas na coordenação da OS Viva Rio**, com vistas ao monitoramento e fortalecimento das ações e estratégias de gestão implementadas: Comissão de sindicância, Comissão gestora multidisciplinar e plano de prevenção de risco de acidentes com materiais perfurocortantes, Comissão de padronização de materiais e equipamentos médico-hospitalares, Comissão de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde (CGRSS), Comissão de ética médica, Comissão de ética em enfermagem e Comissão de farmácia e terapêutica;

- **Participação nas comissões instituídas pelas coordenações de planejamento/nível central da SMS Rio**, através da garantia de participação de profissionais lotados nas unidades e constituição de grupos de trabalho afins, fortalecendo ações e estratégias da atenção primária: Grupo de trabalho de investigação de mortalidade materna, infantil e fetal e Grupo de trabalho de investigação de óbitos potencialmente evitáveis ou reduzíveis pela APS.

A seguir, descrevem-se as concepções e aspectos operacionais das Comissões propostas:

3.1. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o conceito de **Segurança do Paciente** se refere à redução dos riscos de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável. Esses danos desnecessários são conhecidos como eventos adversos, assim chamados os danos não intencionais decorrentes da assistência prestada ao paciente, não relacionados à evolução natural da doença de base. Obrigatoriamente acarretam lesões mensuráveis nos pacientes afetados, óbitos ou prolongamento do tempo de internação.



Mais amplamente implementada na atenção hospitalar, a Segurança do Paciente no âmbito da Atenção Primária é considerada uma discussão relativamente recente e experiências práticas ainda inovadoras. Entretanto, há consenso de que cuidados primários inseguros ou ineficazes podem aumentar a morbidade e a mortalidade evitável, e podem levar ao uso desnecessário de recursos hospitalares e especializados e, nesse sentido, o Programa Nacional de Segurança do Paciente lançado pelo Ministério da Saúde no ano de 2013, já incluiu a Atenção Primária à Saúde como área de desenvolvimento de ações para a melhoria da segurança do paciente.

Com vistas a facilitar a implementação das práticas de Segurança do Paciente, o Programa Nacional de Segurança do Paciente e a Resolução-RDC nº 36/2013 (ANVISA, 2013a) definem três desafios primários para as instituições e serviços de saúde:

- 1- Implantação dos **Núcleos de Segurança do Paciente**;
- 2- Elaboração de um **Plano de Segurança do Paciente**;
- 3- Implementação dos **Protocolos Básicos de Segurança do Paciente**.

Os **Núcleos de Segurança do Paciente (NSP)** devem atuar como coordenadores e articuladores das demais instâncias do cuidado com vistas à promoção de ações preventivas e corretivas (BRASIL, 2014) e são responsáveis pela elaboração do Plano de Segurança do Paciente do serviço de saúde, que deve contemplar as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a promoção, proteção e mitigação de incidentes associados à assistência à saúde.

Os NSP devem adotar como princípio e diretrizes: melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde; disseminação sistemática da cultura de segurança; articulação e integração dos processos de gestão de risco e garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

Nesse contexto, a OS VIVA RIO implantará, em cada unidade de APS, um NSP cujas atribuições serão:

- ✓ Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos, propondo ações preventivas e corretivas;
- ✓ Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o **Plano Local de Segurança do Paciente**;
- ✓ Acompanhar as ações vinculadas ao Plano Local de Segurança do Paciente;
- ✓ Estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes na APS;
- ✓ Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em qualidade do cuidado e Segurança do Paciente;
- ✓ Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos provenientes dos Comitês de Mortalidade; da Comissão de Revisão e Auditoria de Prontuários; da Comissão de Controle de Infecção; e por meio das Ouvidorias da SMS e da OS;
- ✓ Compartilhar e divulgar aos profissionais de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos;
- ✓ Notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos;
- ✓ Manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;
- ✓ Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

Composição do NSP:

Equipe multiprofissional, minimamente composta por 01 médico, 01 enfermeiro, 01 farmacêutico e 01 cirurgião dentista, quando houver equipe de saúde bucal na unidade, e capacitada em conceitos de melhoria da qualidade, segurança do paciente e em ferramentas de gerenciamento de riscos em serviços de saúde. Os NSP devem ser compostos por profissionais que



conheçam bem os processos de trabalho e que tenham perfil de liderança. Recomenda-se que o gerente/diretor da unidade também componha o núcleo, bem como representantes das preceptorias desenvolvidas na unidade (residência médica, residência de enfermagem, etc).

O processo de implantação, ou de sistematização da organização de eventuais NSP já existentes, se dará a partir do apoio da área técnica da OS VIVA RIO, que também fará o acompanhamento contínuo das atividades do NSP.

Funcionamento do NSP:

As reuniões do NSP serão realizadas em caráter ordinário (quinzenal), em dia, local e horário preestabelecido, de acordo com a conveniência de seus membros, devendo estas, serem comunicadas pelo Presidente ou a pedido de qualquer membro do NSP, de acordo com a urgência da matéria e desde que convocadas, no mínimo, com 48 horas de antecedência.

O NSP poderá criar grupos de trabalho para tratamento de assuntos específicos, podendo solicitar a participação de profissionais que não pertençam ao NSP. Os grupos de trabalho serão compostos por no máximo 6 (seis) e no mínimo 3 componentes, tendo reconhecido saber e competência profissional no tema, todos indicados pelo NSP. Cada grupo de trabalho será coordenado por um representante do NSP.

Já os Planos Locais de Segurança do Paciente elaborados pelos NSP deverão estabelecer estratégias e ações para (ANVISA, 2013a):

- ✓ Identificar, analisar, avaliar, monitorar e comunicar os riscos;
- ✓ Integrar os diferentes processos de gestão de risco;
- ✓ Promover o uso seguro de tecnologias;
- ✓ Prevenir eventos adversos;
- ✓ Promover a comunicação efetiva entre profissionais de saúde e entre os serviços;
- ✓ Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada;
- ✓ Promover o ambiente seguro;
- ✓ Promover a transição segura do cuidado;
- ✓ Implantar os **Protocolos Básicos de Segurança do Paciente**: Identificação do paciente; higienização das mãos; prevenção de quedas; prevenção de úlcera por pressão; uso seguro de medicamentos;
- ✓ Implantar sistema de captação, análise e notificação de eventos adversos;
- ✓ Implantar as medidas de prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS);
- ✓ Implantar ações de capacitação de profissionais de saúde;
- ✓ Garantir o registro adequado e seguro da assistência prestada.

3.2. Comissão de Sindicância

A Comissão de Sindicância tem como finalidade a apuração de irregularidades cometidas no âmbito dos trabalhos desenvolvidos pela OS VIVA RIO, objetivando a elucidação dos fatos, podendo resultar na proposta de aplicação de penalidades estabelecidas no Acordo Coletivo de Trabalho da Instituição. Possui regulamento interno publicizado pela Direção da Instituição, no qual apresenta a normatização dos procedimentos técnicos a serem adotados.

Composta por membros natos, profissionais vinculados às áreas de Gestão de Pessoas e Compliance, a comissão pode contar ainda com profissionais de saúde, a partir das necessidades de apuração das áreas afins.

As gerências de unidades de saúde são as responsáveis pelos encaminhamentos das demandas às gerências de contrato, que por sua vez, remetem os processos de intercorrências detectadas para a Comissão de Sindicância, que promove as medidas cabíveis e protocolares para



a instalação dos trabalhos e a apuração dos fatos. Outros fluxos podem ser adotados mediante o contexto da demanda, como em casos de denúncias, por exemplo.

Registra-se ainda que a comissão possui um papel orientador e sinalizador de questões singulares para a reordenação de processos de trabalho e após os procedimentos protocolares, a comissão emite seu parecer às respectivas áreas técnicas.

3.3. Comissão Gestora Multidisciplinar e Plano de Prevenção de Risco de Acidentes com Materiais Perfurocortantes

Com o objetivo de reduzir os riscos de acidentes com materiais perfurocortantes e a probabilidade de exposição a agentes biológicos, essa comissão atua na elaboração, implementação e atualização de plano de prevenção de riscos de acidentes com materiais perfurocortantes.

De caráter multidisciplinar, a comissão será composta pelos seguintes membros:

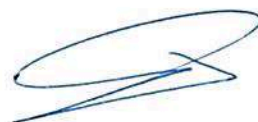
- ✓ o empregador, seu representante legal ou representante da direção do serviço de saúde;
- ✓ Representante do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho- SESMT, conforme a Norma Regulamentadora nº4;
- ✓ Vice-presidente da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) ou o designado responsável pelo cumprimento dos objetivos da Norma Regulamentadora nº5, nos casos em que não é obrigatória a constituição de CIPA;
- ✓ Representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- ✓ RT de enfermagem;
- ✓ RT médico;
- ✓ Responsável pela elaboração e implementação do PGRSS (Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde);
- ✓ Representante do setor de compras;
- ✓ Representante do setor de padronização de material.

A Comissão Gestora Multidisciplinar dispõe das seguintes atribuições:

Quadro 8: Atribuições da Comissão Gestora Multidisciplinar e Plano de Prevenção de Risco de Acidentes com Materiais Perfurocortantes

Áreas e setores representados	Responsabilidades e contribuições
Representante da Direção do Serviço de Saúde	- Comunicar o comprometimento da instituição com a segurança do trabalhador e prover pessoal e recursos, inclusive financeiros, para atender às metas do programa. Visando a proteção, segurança e saúde dos trabalhadores do Viva Rio.

Representante da Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho	- Coletar informações detalhadas sobre os acidentes notificados; - Auxiliar nas avaliações da subnotificação de acidente entre trabalhadores da saúde; - Avaliar fatores que contribuem para os acidentes com perfurocortantes e propor soluções; - Promover a notificação de acidentes, práticas de trabalho seguras e implementação de prioridades de prevenção entre os trabalhadores.
Representante da Comissão Interna Prevenção de Acidentes - CIPA	- Participar da implementação e do controle de qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho; - Participar, em conjunto com a Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados.
Representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	- Avaliar as implicações dos perfurocortantes com dispositivos de segurança para a ocorrência ou mesmo prevenção de infecções.
Responsável Técnico de Enfermagem	- Fornecer informações sobre formas e estratégias educativas e de capacitação da instituição; - Identificar as necessidades educacionais e discutir as implicações organizacionais das intervenções educacionais propostas; - Divulgar as orientações quanto à prevenção de acidentes envolvendo esse tipo de material; - Divulgar os assuntos da comissão para as unidades e apoiar suas ações para que haja um acolhimento da comissão na divulgação desse trabalho.

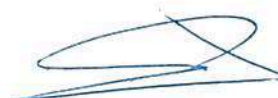



Responsável Técnica Médico	- Fornecer informações sobre fatores e situações de risco de acidentes e sobre implicações das intervenções propostas; - Participar ativamente na avaliação das intervenções de prevenção.
Representante do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde- PGRSS	- Colaborar na segregação de resíduos Grupo E; - Monitorar indicadores de acidentes com perfurocortantes e variação de resíduos do Grupo E, conforme RDC 306/2004; - Participar na elaboração de Procedimentos Operacionais Padrão relacionado à área; - Colaborar na identificação de riscos do meio ambiente que não são detectados através das notificações de acidentes percutâneos; - Avaliar as implicações ambientais das intervenções propostas.
Representante do Setor de Compras	- Ajudar a identificar produtos e fabricantes perfurocortantes com dispositivo de segurança; - Fornecer informações sobre custo para tomada de decisões.
Representante da Comissão de Padronização de Materiais	- Apoiar as comissões de padronização na identificação de produtos e fabricantes de perfurocortantes com dispositivo de segurança.

As reuniões serão realizadas mensalmente conforme cronograma estabelecido, onde serão discutidos os acidentes ocorridos e as medidas necessárias para evitar novos acidentes. Todas as informações discutidas devem ser registradas através de ata assinada por todos os membros presentes e anexada no livro da Comissão Gestora Multidisciplinar.

3.4. Comissão de padronização de materiais e equipamentos médico-hospitalares

- ✓ A Comissão tem por finalidade padronizar materiais e equipamentos médico-hospitalares, e suas especificações técnicas, tendo por base as seguintes definições:
- ✓ Material médico-hospitalar: são todos os artigos de consumo e permanentes, de uso por profissionais de saúde, destinados a fornecer suporte a procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou cirúrgicos;




- ✓ Equipamento médico-hospitalar: equipamentos, aparelhos ou instrumentos de uso médico, odontológico ou laboratorial destinado a fornecer suporte a procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou cirúrgicos;
- ✓ Padronização: é a incorporação de um material à lista de materiais e equipamentos médico-hospitalares padronizados, passíveis de serem comprados para estar disponível para a prescrição, dispensação e utilização nas unidades de saúde administradas pela OS VIVA RIO.

Prática adotada regularmente, essa comissão visa garantir a aquisição e uso de material médico-hospitalar dentro dos padrões técnicos operacionais adequados, tendo como competências:

- ✓ Deliberar sobre a padronização de materiais e equipamentos médico-hospitalares, com especificações técnicas objetivas, obedecendo aos princípios de qualidade e economicidade;
- ✓ Estabelecer critérios de inclusão e exclusão para padronização de qualquer material e equipamento médico-hospitalar;
- ✓ Designar os profissionais responsáveis pela emissão de pareceres técnicos;
- ✓ Analisar e emitir parecer técnico sobre aquisição de material não padronizado de uso temporário ou específico;
- ✓ Revisar anualmente a Lista de Materiais e Equipamentos Médico-Hospitalares Padronizados, utilizando o método descritivo, identificando com clareza as especificações, possibilitando a orientação do processo licitatório;
- ✓ Divulgar as alterações realizadas na Lista de Materiais e Equipamentos Médico-Hospitalares Padronizados, sempre que ocorrerem;
- ✓ Trabalhar com Educação Permanente para desenvolver programas educacionais, de modo a atualizar o conhecimento dos profissionais sobre novos produtos padronizados;
- ✓ Garantir que os materiais adquiridos estejam em conformidade com a legislação sanitária, com as normas técnicas vigentes, de acordo com os padrões de qualidade e segurança estabelecidos pela comissão;
- ✓ Realizar avaliação permanente da qualidade dos materiais adquiridos;
- ✓ Manter processo constante de atualização da listagem, considerando as inovações tecnológicas e as normas reguladoras;
- ✓ Propor modificações em seu regimento interno, quando julgar necessário, como também nas situações não previstas ou omissas, para aprimoramento de suas atividades.

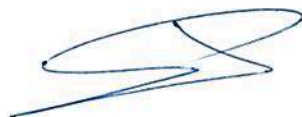
A comissão permanente de padronização de materiais e equipamentos médico-hospitalares da OS Viva Rio é constituída administrativamente por:

- ✓ Presidente (RT médico ou de enfermagem)
- ✓ Vice-presidente (Profissional do setor de abastecimento)
- ✓ Secretário (Profissional do setor de aquisições)
- ✓ Membros efetivos (RTs de cada categoria e representante de odontologia)
- ✓ Consultores técnicos eventuais (Profissionais das unidades de APS e SM)

As decisões serão tomadas por maioria de votos dos presentes na reunião. A comissão poderá contar com membros consultivos, estes que não terão direito a voto.

As reuniões seguirão calendário fixo e podem acontecer extraordinariamente, sempre convocadas pelo presidente em exercício, com no mínimo de 24 horas de antecedência. Durante a fase de implantação e início das atividades, as reuniões serão quinzenais.

O encaminhamento das reuniões da Comissão obedecerá a seguinte rotina:



- I. Aprovação da ata da reunião anterior, seguida de assinatura;
- II. Deliberação dos itens da pauta, e votação quando for o caso;
- III. Sugestão de pauta da próxima reunião.

3.5. Comissão de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde – CGRSS

Nos contratos de gestão sob sua responsabilidade, a implementação do PGRSS (Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde) é utilizada como um instrumento de gestão eficiente relacionada ao manejo adequado dos resíduos, incluindo segregação na fonte, acondicionamento, coleta e transporte, armazenamento, tratamento e disposição final dos resíduos.

Tais ações visam garantir a avaliação dos quatro eixos principais do gerenciamento de resíduos: aspectos ambientais, manejo de resíduos, minimização de resíduos e saúde do trabalhador. Cabe ressaltar que a Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde agrega o gerenciamento de produtos químicos e medicamentos descartados na unidade de saúde.

Das objetivos:

- ✓ Atender as normas e legislações vigentes;
- ✓ Realizar o manejo ambientalmente adequado de resíduos desde a segregação até disposição final;
- ✓ Reduzir acidentes de trabalho relacionados ao processo;
- ✓ Minimizar riscos e impactos ambientais;
- ✓ Incentivar a minimização dos resíduos, através da aplicação dos 3R's – Reduzir, reutilizar e reciclar;
- ✓ Implementar programas de educação e conscientização ambiental ligados à problemática de resíduos;
- ✓ Reduzir custos de tratamento e disposição final de resíduos.

Das finalidades:

A Comissão de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde da OS VIVA RIO, órgão vinculado à Coordenação Técnica do Contrato de Gestão, tem por finalidade a definição das ações que visem à implantação, implementação e manutenção do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde nas Unidades de APS, de acordo com as normas vigentes (Lei 12.305/10, RDC 222/18, CONAMA 358/05).

Das competências:

Compete à Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde:

- ✓ Elaborar o Plano de Ação para implementação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Saúde de acordo com a regulamentação em vigor e encaminhar a Comissão de Infecção Hospitalar para validação;
- ✓ Acompanhar e fazer cumprir o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;
- ✓ Estabelecer programas de metas e atividades para o gerenciamento dos Resíduos, definindo prazo para seu cumprimento;
- ✓ Desenvolver juntamente com a CCIH a efetividade do programa e divulgar seus resultados regularmente;
- ✓ Avaliar, periódica e sistematicamente, o Plano de ação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);
- ✓ Colaborar para a realização de capacitação adequada do quadro de colaboradores nas questões referentes ao gerenciamento de resíduos;



- ✓ Atualizar anualmente o PGRSS das unidades;
- ✓ Auxiliar na normatização de rotinas do manejo de todos os tipos de resíduos gerados na unidade;
- ✓ Auxiliar na elaboração e na implantação das normas de segurança para manipulação e transporte dos resíduos, supervisionando o cumprimento destas;
- ✓ Estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços e Saúde – PGRSS;
- ✓ Cooperar com os órgãos de gestão do meio ambiente a nível municipal, estadual e federal, bem como fornecer as informações solicitadas pelas autoridades competentes;
- ✓ Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (CGRSS) e o Regimento;

Da composição:

A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - CGRSS será formada por servidores voluntários e terá a seguinte composição:

- a) Dois representantes da Coordenação Técnica do Contrato de Gestão;
- b) Um representante da CCIH;
- c) Dois representantes da Gerência Administrativa;
- d) Dois representantes de Enfermagem das unidades de saúde;

Do funcionamento:

A CGRSS reunir-se-á ordinariamente uma vez por mês e, extraordinariamente, sempre que convocado pelo Presidente ou por requerimento da maioria de seus integrantes.

3.6. Comissão de Ética Médica

A Resolução CFM Nº 2.152/2016, que estabelece normas de organização, funcionamento, eleição e competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde, em seu Capítulo II, artigo 3º, item b, informa: "na instituição que possuir de 31 (trinta e um) a 999 (novecentos e noventa e nove) médicos deverá ser instalada uma Comissão de Ética Médica".

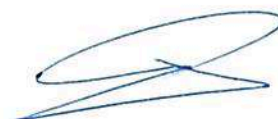
No item c deste mesmo artigo 3º, o seu parágrafo segundo estabelece que "as instituições de saúde vinculadas a uma mesma entidade mantenedora com o mesmo corpo clínico, ou ao mesmo órgão de saúde pública, poderão constituir uma única Comissão de Ética Médica representativa do conjunto das referidas unidades, obedecendo-se as disposições acima quanto à proporcionalidade e garantindo-se a ampla participação do conjunto de médicos que compõem os respectivos corpos clínicos".

Assim, em cumprimento a essa Resolução será implantada no âmbito da OS Viva Rio uma Comissão de Ética Médica (CEM), a qual funcionará como órgão de apoio aos trabalhos do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (Cremérj), possuindo funções investigatórias, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da medicina em sua área de abrangência.

Eleição/composição:

A escolha dos membros da CEM será feita mediante eleição direta, dela participando os médicos do corpo clínico de todas as unidades de saúde sob co-gestão da OS Viva Rio com a SMS Rio, e inscritos na condição de médico em situação regular com o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro.

O RT médico institucional designará uma comissão eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral da CEM, de acordo com as normas do Conselho Regional de Medicina, o qual supervisionará a referida eleição.



A Comissão será composta por 3 (três) membros efetivos e igual número de suplentes (Resolução CFM Nº 2.152/2016). O Presidente e o Secretário serão eleitos dentre os membros efetivos, na primeira reunião da Comissão. O mandato da Comissão de Ética Médica será de até 30 (trinta) meses.

Compete ao presidente da comissão de ética médica:

- a) Representar a Comissão de Ética Médica para todos os fins;
- b) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina da respectiva jurisdição quaisquer indícios de infração aos dispositivos éticos vigentes, eventual exercício ilegal da medicina ou irregularidades que impliquem em cerceio à atividade médica no âmbito da instituição a qual se encontra vinculada;
- c) Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;
- d) Convocar o secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais;
- e) Convocar os membros suplentes para auxiliar nos trabalhos da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário;
- f) Nomear os membros encarregados para instruir as apurações internas instauradas.

Compete ao secretário da comissão de ética médica:

- a) Substituir o presidente em seus impedimentos ou ausências;
- b) Secretariar as reuniões da Comissão de Ética Médica;
- c) Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e demais documentos relativos aos atos da Comissão de Ética Médica, mantendo arquivo próprio;
- d) Abrir e manter sob sua guarda livro de registros da Comissão de Ética Médica, onde deverão constar os atos e os trabalhos realizados, de forma breve, para fins de fiscalização.

Compete aos membros efetivos e suplentes da comissão de ética médica:

- a) Eleger o presidente e o secretário;
- b) Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias, propondo sugestões e assuntos a serem discutidos e, quando efetivos ou suplentes convocados, votar nas matérias em apreciação;
- c) Instruir as apurações internas, quando designados pelo presidente;
- d) Participar ativamente das atividades da Comissão de Ética Médica, descritas no artigo 5º da Resolução CFM Nº 2.152/2016.

Compete à comissão de ética médica:

- a) Fiscalizar o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes, estejam de acordo com os preceitos éticos e legais que norteiam a profissão;
- b) Instaurar procedimentos preliminares internos mediante denúncia formal ou de ofício;
- c) Colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar os profissionais sobre temas relativos à ética médica;
- d) Atuar preventivamente, conscientizando o corpo clínico das unidades de saúde quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;
- e) Orientar o paciente da Rede de Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família sobre questões referentes à Ética Médica;
- f) Atuar de forma efetiva no combate ao exercício ilegal da medicina;
- g) Promover debates sobre temas da ética médica, inserindo-os na atividade regular do corpo clínico das unidades de saúde.



Funcionamento da comissão:

A Comissão de Ética Médica deve possuir autonomia em relação à atividade administrativa e diretiva da rede, sendo a Comissão subordinada e vinculada ao Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro.

As reuniões ordinárias da Comissão serão bimestrais, com cronograma definido e informado a seus membros. Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes.

As reuniões da Comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, discussões e decisões tomadas.

A Comissão de Ética Médica não poderá emitir nenhum juízo de valor a respeito dos fatos que apurar.

3.7. Comissão de Ética em Enfermagem:

A Comissão de Ética de Enfermagem (CEEn) tem função educativa, consultiva e fiscalizadora do exercício profissional e ético dos profissionais de enfermagem. A implantação da Comissão acontece em consonância com o Conselho Regional de Enfermagem, com o objetivo de assessorar tecnicamente os profissionais na busca de soluções para as questões éticas que surgem diariamente. Sua criação é importante em qualquer instituição de saúde, independentemente dos quantitativos de profissionais que compõem as equipes.

A OS VIVA RIO irá implementar a Comissão de Ética de Enfermagem (CEEn) no âmbito da rede de Atenção Primária do município do Rio de Janeiro sob sua gestão. Tal iniciativa resultará em ações direcionadas a realização de consultoria aos profissionais de enfermagem em casos específicos, a promoção de medidas educativas e orientadoras nos processos de trabalho, sensibilização dos profissionais da categoria sobre a necessidade e a importância do comportamento ético e das implicações da atitude antiética. As ações da profissão passam por um crivo de valores, imputando-nos a conhecer plenamente a Lei do Exercício Profissional, principalmente no que diz respeito aos direitos, aos deveres e às responsabilidades dos profissionais.

Objetivos:

- ✓ Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e as demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional.
- ✓ Promover e/ou participar de atividades que visem à interpretação do Código de Ética e a sensibilização dos profissionais de Enfermagem em relação ao comportamento ético profissional.
- ✓ Promover e/ou participar de atividades multiprofissionais ligadas à ética.
- ✓ Assessorar e orientar a Direção/Gerência de Enfermagem, membros da equipe, clientes, familiares e demais interessados, sobre questões éticas e as implicações decorrentes de atitudes não éticas.
- ✓ Verificar as condições oferecidas pela instituição para o desempenho profissional da categoria.
- ✓ Averiguar denúncias ou fatos não éticos, fazendo os devidos encaminhamentos.

Composição:

A CEEn é constituída por Enfermeiro(a), Técnico(a) de Enfermagem, observando os seguintes critérios:

- ✓ Ter no mínimo um ano de efetivo exercício profissional.
- ✓ Ter no mínimo um ano de vínculo empregatício com a instituição.



- ✓ Estar em pleno gozo dos direitos profissionais.
- ✓ Inexistir condenação em processo ético, processo disciplinar, processo civil ou processo penal nos últimos cinco anos.

A CEEEn será constituída por, no mínimo, por um(a) Enfermeiro(a) e dois(duas) técnicos(as) de Enfermagem efetivos e seus respectivos suplentes, ou por dois(duas) Enfermeiros(as) e um(a) técnico(a) de Enfermagem efetivos e seus respectivos suplentes, quando a instituição tiver em seu quadro de pessoal somente estes dois níveis profissionais com vínculo empregatício.

O cargo de Presidente somente poderá ser ocupado por Enfermeiro lotado na instituição. É incompatível a condição de membro da Comissão de Ética com Enfermeiro que exerce o papel de Responsável Técnico na unidade. O mandato dos integrantes da CEEEn é de dois anos, sendo permitida a sua reeleição por igual período.

Competências:

- ✓ Divulgar os objetivos da CEEEn.
- ✓ Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e as demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional.
- ✓ Promover e/ou participar de reuniões, seminários ou atividades similares, que visem à interpretação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.
- ✓ Assessorar a Coordenação de Enfermagem ou órgão equivalente da instituição nas questões éticas.
- ✓ Orientar a equipe de Enfermagem sobre o comportamento ético profissional e sobre as implicações decorrentes de atitudes não éticas.
- ✓ Orientar clientes, familiares e demais interessados sobre questões éticas relativas ao exercício profissional da Enfermagem.
- ✓ Promover e/ou participar de atividades multiprofissionais referentes à ética.
- ✓ Apreciar e emitir parecer sobre questões éticas referentes à Enfermagem.
- ✓ Zelar pelo exercício ético dos profissionais de Enfermagem.
- ✓ Averiguar: a) Os fatos ou atitudes não éticas praticadas por profissionais de Enfermagem; b) As condições oferecidas pelas instituições e sua compatibilidade com o desempenho ético-profissional; c) A qualidade de atendimento dispensada à clientela pelos profissionais de Enfermagem.
- ✓ Comunicar, por escrito, ao COREN/RJ, as irregularidades ou infrações éticas detectadas.
- ✓ Encaminhar anualmente ao COREN/RJ e à Coordenação de Enfermagem ou órgão equivalente, o planejamento das atividades a serem desenvolvidas e o relatório das atividades do ano anterior até 1º de março.
- ✓ Solicitar assessoramento da Comissão de Ética do COREN/RJ (CEC) em caso de necessidade.
- ✓ Cumprir e fazer cumprir as disposições deste regimento e da Decisão do COREN/RJ nº 002, de 10 de janeiro de 2006.

Compete ao Coordenador da CEEEn:

- I. Convocar e presidir as reuniões.
- II. Propor a pauta da reunião.
- III. Propor a redação de documentos que serão discutidos e submetidos à aprovação.
- IV. Representar a CEEEn junto ao Órgão de Enfermagem da instituição.
- V. Representar ou indicar representante, onde se fizer necessária a presença ou a participação da CEEEn.
- VI. Encaminhar as decisões da CEEEn, segundo a indicação.
- VII. Elaborar, juntamente com os demais membros da Comissão, o planejamento e o relatório anuais, garantindo o envio de uma cópia, até o dia 1º de março de cada ano, à Coordenação



- de Enfermagem e à Comissão de Ética do COREN/RJ (CEC).
- VIII. Representar o COREN/RJ em eventos, segundo a solicitação.
- IX. Cumprir e fazer cumprir as disposições deste regimento e as demais normas referentes ao exercício ético-profissional.

Compete ao Secretário da CEEn:

- I. Secretariar as reuniões da CEEn, redigindo atas e documentos.
- II. Providenciar a reprodução de documentos.
- III. Encaminhar o expediente da CEEn.
- IV. Arquivar uma cópia de todos os documentos.
- V. Elaborar, juntamente com os demais membros da Comissão, o planejamento e o relatório anuais.
- VI. Presidir as reuniões nos impedimentos do Coordenador.
- VII. Representar a CEEn nos impedimentos do Coordenador.
- VIII. Cumprir e fazer cumprir as disposições deste regimento e as demais normas relativas ao exercício ético-profissional.

Compete aos membros efetivos da CEEn:

- I. Comparecer e participar das reuniões.
- II. Emitir parecer sobre as questões propostas.
- III. Participar de reuniões ou programações relacionadas à ética, promovidas pela CEEn ou por outras instituições.
- IV. Representar a CEEn quando solicitado pelo Coordenador.
- V. Participar, por meio de voto, das decisões a serem tomadas pela CEEn.
- VI. Garantir a presença do suplente quando impedido de comparecer à reunião.
- VII. Participar da elaboração do planejamento e relatório anuais.
- VIII. Cumprir e fazer cumprir as disposições deste regimento e as demais normas relativas ao exercício ético-profissional.

Compete aos membros suplentes da CEEn:

- I. Substituir os respectivos membros efetivos nos seus impedimentos.
- II. Participar das reuniões da CEEn.
- III. Participar das atividades promovidas pela CEEn.
- IV. Cumprir e fazer cumprir as disposições deste regimento e as demais normas relativas ao exercício ético-profissional.

Funcionamento:

A CEEn deverá reunir-se pelo menos a cada 30 (trinta) dias, sob convocação do Presidente, devendo a própria Comissão estabelecer um cronograma semestral de reuniões ordinárias. A Comissão deverá estabelecer a necessidade de reuniões extraordinárias, cabendo ao Presidente a convocação ou ocorrer por autoconvocação pela maioria dos seus integrantes, ou pelo COREN- RJ.

Em toda reunião será lavrada ata, pelo Secretário nomeado ou por seu respectivo suplente, constando a relação dos presentes, as justificativas dos ausentes, o registro das decisões tomadas e os encaminhamentos deliberados.

3.8. Comissão de Farmácia e Terapêutica

A OS VIVA RIO, no âmbito de suas atribuições, implantará esta instância colegiada – de caráter consultivo e deliberativo – que terá por finalidade selecionar medicamentos essenciais que serão utilizados em nível da Atenção Primária, além de assessorar, se for o caso, o gestor municipal



nas questões referentes aos medicamentos. Deverá ser constituída com a finalidade de elaborar e/ou atualizar a Relação de Medicamentos do TEIAS e o Formulário Terapêutico, além de realizar ações de promoção do uso racional de medicamentos.

Funções da CFT

A CFT, além da atividade de seleção de medicamentos e da elaboração do Formulário Terapêutico, deverá atuar de forma permanente em diversas atividades, tais como:

a) Assessoramento técnico:

- ✓ Atuar como órgão de apoio técnico e de assessoramento da coordenação local, em todos os assuntos afeitos aos medicamentos;
- ✓ Definir critérios para o uso de medicamentos e produtos afins;
- ✓ Elaborar normas para prescrição e dispensação, bem como especificidades sobre medicamentos novos e de uso restrito que não integram a Relação de Medicamentos visando disciplinar e harmonizar condutas terapêuticas para racionalizar o uso destes medicamentos;
- ✓ Elaborar e incentivar a adoção de Protocolos e de Diretrizes Terapêuticas;
- ✓ Avaliar pedidos de inclusão e exclusão de medicamentos da Relação de Medicamentos Essenciais do Município.

b) Investigação:

- ✓ Fomentar a investigação sobre a utilização de medicamentos e utilizar os resultados como insumos para o desenvolvimento de outras funções;
- ✓ Contribuir com as ações de farmacovigilância;
- ✓ Promover estudos de utilização de medicamentos (consumo, perfil de utilização, reações adversas, impacto econômico, entre outros).

c) Ações educativas:

- ✓ Fomentar e participar de atividades da educação permanente das equipes de saúde da família sobre uso racional de medicamentos;
- ✓ Desenvolver e apoiar ações que visem à promoção do uso racional de medicamentos;
- ✓ Elaborar e divulgar informações sobre os medicamentos (problemas no uso de medicamentos, perguntas e respostas sobre medicamentos, revisão bibliográfica de artigos, estudos estatísticos, dados sobre consumos e estudos clínicos) para profissionais da saúde e usuários, por meio da Internet, boletins eletrônicos e/ou outros meios.

Estrutura da Comissão

A composição da Comissão dependerá da disponibilidade dos recursos humanos existentes. A OS VIVA RIO contará com médicos, farmacêuticos, enfermeiros, dentistas, entre outros profissionais de saúde.

Será fundamental a elaboração de regimento, no qual conste: composição, atribuições e responsabilidades, duração de mandato dos membros, critérios e controle na participação, avaliação e funcionamento geral, de forma clara e bem definida.

Composição

O critério de participação deverá estar vinculado à competência técnica. A composição deverá ser multidisciplinar, coordenada pelos farmacêuticos responsáveis pelas unidades (proposta: um farmacêutico para cada três unidades), com representantes de profissionais de saúde de outras formações, com destacado conhecimento farmacológico, terapêutico e da clínica médica.

O número de participantes deverá abranger o maior número de especialidades médicas, possibilitado pelo matriciamento territorial, apontando para a maior representatividade. Se



necessário, deverão ser formadas subcomissões, com participação de especialistas lotados na unidade de especialidades para assessorar a CFT em questões gerais e/ou específicas.

Funcionamento/Organização

A CFT deverá funcionar sob regimento, com definição de metodologia de trabalho e prazo para sua execução. A OS VIVA RIO determinará um cronograma das reuniões da CFT, definindo pauta, data, local, horário, com comunicação antecipada. Atas deverão ser lavradas e adequadamente arquivadas. Ao preparar as reuniões, a CFT deverá dispor de documentação adequada e referências bibliográficas para suporte ao trabalho e as questões deverão ser, preferencialmente, decididas por consenso.

Avaliação da Comissão

A OS VIVA RIO construirá indicadores para a avaliação do processo de trabalho da CFT, com destaque para:

- ✓ Número de reuniões realizadas;
- ✓ Percentual de participação dos membros;
- ✓ Número de boletins e publicações elaboradas, relatório de desempenho de atividades, entre outras.

3.9. Participação em Comissões

Com ampla tradição na gestão de unidades de Atenção Primária à Saúde, a OS VIVA RIO possui experiência na implementação de diversas comissões. Uma vez já estabelecidas pela gestão da SMS Rio, a OS VIVA RIO deverá atuar de forma a garantir a representação dos profissionais das unidades de saúde nas comissões regionais ou municipais, bem como poderá implementar subcomissões ou grupos de trabalho capazes de potencializar o trabalho que já vem sendo desenvolvido.

3.9.1 Grupo de trabalho de investigação de mortalidade materna, infantil e fetal

De caráter multiprofissional, técnico-científico, sigiloso e educativo esse Grupo de Trabalho visa identificar os óbitos maternos, fetais e infantis e apontar medidas de intervenção para a redução desses eventos, apoiando e fortalecendo o Comitê de Prevenção de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal da SMS Rio.

A implantação do GT de Mortalidade Materna, infantil e fetal atua como um importante instrumento de gestão para análise dos óbitos, para planejamento de medidas de intervenção para reduzir mortes por possíveis falhas na assistência à gestante, ao parto ou ao recém-nascido, bem como para avaliar a rede de serviços de saúde.

Objetivos

Tem por objetivos:

- ✓ Apoiar nos processos relacionados à implantação e/ou consolidação do Comitê de Prevenção de Mortalidade Materna, infantil e fetal;
- ✓ Apoiar na elaboração e/ou revisão do Regimento Interno do Comitê;
- ✓ Apoiar na elaboração/revisão dos fluxos de investigação dos óbitos;
- ✓ Apoiar na sistematização de análise dos óbitos, para planejamento de medidas de intervenção para reduzir mortes por possíveis falhas na assistência à gestante, ao parto ou ao recém-nascido, bem como para avaliar a rede de serviços de saúde.

Cabe ao GT a elaboração de um plano de trabalho alinhado com as estratégias do Comitê de Prevenção de Mortalidade materna, infantil e fetal.



3.9.2. Grupo de Trabalho de investigação de óbitos potencialmente evitáveis ou reduzíveis pela APS

Enquanto que a investigação dos casos de óbitos materno/infantil/fetal já é obrigatória e realizada, em boa parte, no âmbito da APS, podemos considerar que diversos outros óbitos, em outras faixas etárias e por outras causas, são de especial interesse das equipes de APS, sendo fundamental estabelecer uma rotina de investigação deles.

Doenças que apresentem alta prevalência, considerável impacto na morbimortalidade e passíveis de tratamento e prevenção ambulatorial têm sido consideradas objeto de intervenção prioritária na atenção primária à saúde e pertinentes ao conceito de condição sensível a esse nível de atenção.

O óbito evitável pode ser compreendido, circunstancialmente, como um "evento sentinela", atuando como um dos elementos para vigilância à saúde e também na qualificação da informação em saúde, especialmente nas informações na Declaração de Óbito.

A proposta do GT é institucionalizar a investigação dos casos de óbitos relacionados a: Tuberculose; HIV/Aids; Hepatites virais; Sífilis, gonorreia e outras IST; Hanseníase; Arboviroses e Suicídio. Esse GT propõe investigar todos os casos de óbitos pelas causas acima descritas ocorridos em usuários cadastrados pelas ESF.

O GT deverá ser instituído e seus membros nomeados por ato formal do gerente da unidade de saúde, estando vinculado diretamente a essa gerência. Deverá ser composto pelo gerente da unidade de saúde, o responsável técnico médico da unidade, o responsável técnico enfermeiro da unidade e 01 profissional de nível médio da unidade, podendo convidar outros participantes se assim achar relevante.

Objetivos

Tem por objetivos:

- ✓ Institucionalizar o processo de investigação dos casos de óbitos potencialmente evitáveis ou reduzíveis pela APS na rotina das equipes de saúde;
- ✓ Implementar ações voltadas à investigação desses óbitos, analisando seus resultados, para indicar e/ou adotar medidas voltadas à superar as causas dos óbitos evitáveis e melhorar a qualidade das informações;
- ✓ Avaliar a efetividade dos serviços de saúde a partir das investigações propostas;
- ✓ Nortear a organização do processo de trabalho, na perspectiva da vigilância da saúde;
- ✓ Apresentar, trimestralmente nas unidades de saúde, análise referente ao período, garantindo o processo de discussão entre as várias áreas técnicas com a socialização das informações específicas de cada área.

Se realizará em encontros mensais com um cronograma para execução das atividades, reunindo extraordinariamente a partir da ocorrência de casos. Deverá apresentar trimestralmente relatório de atividades do grupo nas reuniões gerais da unidade, atuando de forma integrada à Comissão de Revisão e Auditoria de Prontuários.

4. Organização específica da Comissão de Revisão e Auditoria de Prontuários (CRAP)

A organização específica da Comissão de Revisão e Auditoria de Prontuários: membros que a compõem, organização horária, organização da distribuição de tarefas, é apresentada a seguir:



Prontuário é definido como “documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registrados, gerados a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo” (Resolução CFM nº 1.638/2002). Em termos mais simples é o conjunto de documentos relativos à assistência prestada a um paciente.

Em conformidade com a Resolução CFM nº 1.638/2002, que torna obrigatória a criação de Comissão de Revisão e Auditoria de Prontuários (CRAP) nas instituições de saúde, a OS VIVA RIO implantará, em cada unidade de saúde, uma Comissão de Revisão e Auditoria de Prontuários, cujo propósito é garantir a qualidade e a ética das informações registradas pelos profissionais que atendem aos pacientes nesses locais.

O processo de implantação, ou de sistematização da organização de eventuais CRAP já existentes, se dará a partir do apoio da área técnica da OS VIVA RIO, que disponibilizará aos gerentes e profissionais das unidades um modelo de Regimento Interno com as principais normativas das comissões, bem como um plano de trabalho que servirá como nota metodológica para os membros da CRAP e terá o objetivo de nivelar os diversos métodos de avaliação de prontuários utilizados por cada unidade, induzindo uma análise sistemática que produza apoio real e concreto para o trabalho das equipes de saúde, resultando assim na melhoria efetiva dos registros dos profissionais.

Além disso, o trabalho executado por cada CRAP será devidamente acompanhado pelo Núcleo Técnico da OS Viva Rio, uma vez que fazem parte de um conjunto de estratégias de melhoria da qualidade da OS VIVA RIO e constituem meta importante do Contrato de Gestão, monitorada por meio do indicador 1 da Parte variável 01 “Proporção de unidades de saúde da família com comissões de prontuários mantidas”.

A Comissão de Revisão e Auditoria de Prontuários deverá ser instituída e seus membros nomeados por ato formal do gerente da unidade de saúde e estará vinculada diretamente a essa gerência. No caso de unidades sem gerente, a comissão será instituída e seus membros nomeados por ato formal do gestor do contrato ou representante técnico designado por ele. As informações abaixo constituem parte do modelo de Regimento Interno das CRAP proposto.

Composição da Comissão de Revisão e Auditoria de Prontuários:

A seguinte composição é proposta, como parâmetro mínimo, para constituir a Comissão de Revisão e Auditoria de Prontuários das Unidades de Saúde:

- ✓ 01 profissional médico(a) - responsável técnico da Unidade (membro titular): (Presidente);
- ✓ 01 profissional enfermeiro(a), preferencialmente responsável técnico da unidade (membro titular);
- ✓ 01 profissional de nível técnico: técnico de enfermagem (membro titular).
- ✓ Para cada membro titular da comissão haverá um membro suplente da mesma categoria profissional.

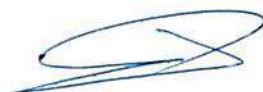
O presidente da Comissão de Revisão e Auditoria de Prontuários deverá ser obrigatoriamente o profissional médico responsável técnico da unidade. Caso a unidade esteja temporariamente sem responsável técnico médico, outro profissional médico deverá assumir a presidência.

Para os demais membros da comissão, o gerente da unidade indicará os profissionais e comunicará toda e qualquer alteração à gestão da OS VIVA RIO. A gestão da unidade deverá disponibilizar um profissional administrativo para ajudar nos serviços administrativos da comissão.

Organização da distribuição de tarefas dos membros:

A Comissão de Revisão e Auditoria de Prontuários de cada unidade pertencente à SMS RIO tem o escopo de atuação na sua respectiva área de abrangência.

Ao Presidente da Comissão compete:



- ✓ Convocar e presidir as reuniões internas da comissão, ordinárias e extraordinárias;
- ✓ Apresentar os resultados dos trabalhos desenvolvidos pela comissão para o gerente e profissionais da unidade, mensalmente;
- ✓ Dirigir os trabalhos da comissão;
- ✓ Assinar toda a documentação da comissão;
- ✓ Delegar responsabilidades e atribuí-las aos membros da comissão;
- ✓ Garantir que sejam elaboradas as atas das reuniões da comissão;
- ✓ Garantir o correto preenchimento dos instrumentos de avaliação de prontuários propostos pela OS VIVA RIO, conforme periodicidade estabelecida;
- ✓ Comparecer às reuniões gerais convocadas pela instituição gestora e realizar apresentação de resultados, quando solicitado.

A todos os membros da Comissão compete:

- a) Comparecer às reuniões convocadas;
- b) Colaborar com os trabalhos da comissão.

Organização de horários da Comissão de Revisão e Auditoria de Prontuários:

Cada comissão disporá de um Regimento Interno e o mandato de cada membro deverá ser de 24 meses, podendo ser renovado conforme definição da gerência da unidade. Suas reuniões ordinárias ocorrerão uma vez por mês e, extraordinariamente, quando se fizer necessário, com data, local e horário previamente definidos e informados.

A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou, ainda, em seis reuniões não consecutivas sem justificativa, durante 12 meses, gera sua exclusão automática.

Funcionamento da Comissão de Revisão e Auditoria de Prontuários:

Todas as reuniões desta comissão serão registradas em ata, em modelo proposto pela OS VIVA RIO, a qual deverá ser compartilhada para todos profissionais da unidade.

Nas reuniões da comissão poderão participar, além dos seus componentes, e quando necessário, outros profissionais da unidade de saúde, técnicos que desenvolvem o prontuário eletrônico, gestores da SMS Rio e profissionais da área técnica da OS VIVA RIO. Esses profissionais poderão compartilhar estratégias adotadas para a melhoria no processo de trabalho e no registro das informações no prontuário eletrônico. Poderão ainda ser discutidas as dúvidas dos integrantes da comissão no que se refere aos campos corretos de registro no prontuário eletrônico, o significado de cada indicador de saúde e o processo de trabalho vinculado aos mesmos.

A nota metodológica que será disponibilizada às CRAP orientará seus membros sobre aspectos como, definição da amostra de prontuários, definição dos critérios de avaliação da qualidade que serão pesquisados nos prontuários, avaliação do nível de conformidade dos critérios, feedback às equipes de saúde, elaboração de intervenção de melhoria e reavaliação do nível de qualidade para verificar a efetividade da intervenção aplicada.

Em princípio, a seleção dos prontuários para análise será feita por amostragem, todavia, será possível a análise de prontuários fora deste critério, considerando justificada necessidade. Dados estatísticos sobre usuários e agravos, no âmbito do território de atuação, serão instrumentos fundamentais para o trabalho da Comissão de Revisão e Auditoria de Prontuários.

Todos os membros devem manter sigilo profissional sobre os assuntos relacionados aos pacientes avaliados pela comissão.

Objetivos da Comissão de Revisão e Auditoria de Prontuários:

- ✓ Atender às resoluções do CFM e CREMERJ, que tratam de prontuário do paciente.
- ✓ Analisar a qualidade e a eficiência do registro realizado pelos profissionais nos prontuários dos usuários cadastrados pelas equipes das unidades de saúde, assessorando no acompanhamento e avaliação dos serviços de saúde prestados



nas respectivas unidades.

- ✓ Induzir estratégias de melhoria e qualificação do registro realizado pelos profissionais nos prontuários dos usuários das unidades de saúde.
- ✓ Medir o efeito das estratégias de melhoria e qualificação propostas, considerando a influência de fatores contextuais que podem afetar o sucesso destas iniciativas.

Competências definidas para a Comissão de Revisão e Auditoria de Prontuários:

- ✓ Promover orientações de cunho técnico, à equipe de saúde para o correto preenchimento do prontuário eletrônico;
- ✓ Analisar a qualidade dos registros, com base no estudo do prontuário eletrônico, em formulário específico e regularidade pré-definida, seguindo as normas vigentes pertinentes à matéria e norteadas pelos critérios de qualidade definidos pelos indicadores do contrato de gestão e/ou outros critérios estabelecidos pela gestão;
- ✓ Propor ações e estratégias de melhoria para os problemas identificados, seja no registro das informações ou no processo de trabalho vinculado a tais indicadores;
- ✓ Medir o efeito das estratégias de melhoria e qualificação propostas, de acordo com o apoio e orientação metodológica da gestão;
- ✓ Apresentar para o gerente, profissionais da unidade, gestores de contrato e afins, as atas das reuniões, relatórios, dados estatísticos, índices e sugestões, com vistas a melhorar o desempenho da assistência;
- ✓ Selecionar casos para apresentação em reuniões de discussão de casos e revisões de óbitos;
- ✓ Convocar profissionais da instituição, quando necessário, para esclarecimentos sobre seus registros nos prontuários;
- ✓ Buscar implementar melhorias na atenção, conforme os resultados;
- ✓ Realizar auditorias internas quanto ao uso e qualidade dos registros no prontuário clínico/paciente, a partir de conteúdos e metodologia comum para o município do Rio de Janeiro junto a SMS.

Convém citar nestas normas que, considerando as responsabilidades do gerente/diretor da unidade onde está instalada a Comissão de Revisão e Auditoria de Prontuários, compete a este:

- ✓ Manter-se informado do trabalho desenvolvido pela comissão;
- ✓ Acompanhar o cumprimento do calendário de reuniões;
- ✓ Registrar as atas das reuniões em prontuário eletrônico;
- ✓ Emitir declaração de atividade mensal da CRAP para fins de contabilização do indicador;
- ✓ Garantir espaço de devolutiva das avaliações realizadas pela comissão aos demais profissionais da unidade;
- ✓ Participar das reuniões internas da comissão, quando solicitado;
- ✓ Participar das reuniões gerais convocadas pela gestão;
- ✓ Apoiar e facilitar a incorporação das estratégias de melhoria e qualificação do registro dos profissionais propostas pela comissão na unidade.

Observe-se que a Comissão de Revisão e Auditoria de Prontuários consiste em um potente espaço de trocas e de esclarecimentos, suscitando nos profissionais a responsabilidade pelo uso adequado do prontuário e pela produção da informação em saúde.

5. Outras iniciativas e Programas de Qualidade

5.1 Programa de Transparência, Ética e Integridade



A OS VIVA RIO adota o conceito "As Três Linhas de Defesa", modelo criado pela Comunidade Europeia, separando áreas, funções e profissionais de forma específica para que possam ser coordenadas com eficácia e eficiência, definindo responsabilidades claras e estabelecendo limites para suas responsabilidades, permitindo que haja clareza em como seus cargos se encaixam na estrutura geral de riscos e controles da organização. Resumidamente pode-se definir o modelo de "As Três Linhas de Defesa" da seguinte forma:

A 1ª Linha de Defesa é a área responsável por identificar, mensurar, avaliar e mitigar os riscos de seu negócio. Cada unidade de negócio tem riscos operacionais inerentes e é responsável por manter controles internos eficientes e implementar ações corretivas para resolver deficiências em processos e controles. (CONTROLADORIA – já implantada desde dez/2015 e em funcionamento).

A 2ª Linha de Defesa inclui funções de gerenciamento de riscos de COMPLIANCE e demais conformidades, deve trabalhar em conjunto com a área de negócios para garantir que a 1ª linha de defesa tenha identificado, avaliado e reportado corretamente os riscos do seu negócio. (COMPLIANCE – já implantado desde agosto/2017 e em funcionamento).

A 3ª Linha de Defesa é representada pela Auditoria Interna, que deve revisar de modo sistemático e eficiente as atividades das duas primeiras linhas de defesa e contribuir para seu aprimoramento. Após esse processo todas as etapas são verificadas por uma Auditoria Externa contratada, auditando os Balanços da Organização, além dos Órgãos de Controle Externo como Tribunais de Contas quando os recursos forem públicos (AUDITORIA INTERNA E EXTERNA – já implantado e em funcionamento).



Os Controles internos são frequentemente associados a processos de *Compliance* em organizações de médio e grande porte. São elementos dos processos de gestão e parte das atividades operacionais das organizações/empresas. A visão recorrente de empresários e gestores a respeito de controles internos é de que tais processos representam uma burocracia necessária para manter a organização operando de acordo com parâmetros de regras e legislações e proporcionar a salvaguarda de seus ativos e da sua reputação. As organizações/empresas que estabelecem controles internos no contexto de seu planejamento estratégico, almejam ganhos de competitividade, produtividade, transparência e reputação. Em conexão com essa visão, a gestão dos controles internos fica, então, delegada às áreas de controladoria, auditoria interna e auditores externos (nos casos aplicáveis).

[Assinatura]

[Assinatura]

Neste ano de 2019 o Compliance tem o compromisso de acompanhar o processo de materialidade dos indicadores Ethos para negócios sustentáveis e responsáveis.

Assim, considerando os indicadores Ethos, bem como as ODS e os dez princípios do Pacto Global o Viva Rio se compromete a atuar de forma a deixar um mundo melhor e mais sustentável, razão pela qual a sustentabilidade será enraizada na instituição.

Desta forma, além de se basear nos indicadores Ethos para a materialidade da sustentabilidade institucional, optou-se pelo engajamento nos seguintes temas:

Temas Sociais: engajamento de comunidades locais; gestão, desenvolvimento e motivação dos colaboradores; saúde ocupacional e segurança.

Temas ambientais: Conformidade e gestão ambiental.

O Compliance não pode ser visto tão somente como um observador do cumprimento de regras, mas também deve atuar para fortalecer o papel institucional nas pautas para a plena implementação da Agenda 2030 que expõe os seguintes termos: "(...) *Comprometemo-nos a trabalhar incansavelmente para a plena implementação desta Agenda em 2013. Reconhecemos que a erradicação da pobreza em todas as suas formas e dimensões, incluindo a pobreza extrema, é o maior desafio global e um requisito indispensável para o desenvolvimento sustentável. Estamos empenhados em alcançar o desenvolvimento sustentável nas suas três dimensões – econômica, social e ambiental – de forma equilibrada e integrada.*"

Desta forma, o Viva Rio vem contemplando as orientações e os compromissos relacionados ao Pacto Global das Nações Unidas, e aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) considerando em suas ações a Agenda 2030 – dividida em cinco grandes temas – Pessoas, Planeta, Prosperidade, Paz e Parceiros.

Controladoria (Controle Interno)

A Controladoria se faz necessária na medida em que uma organização evolui atingindo um determinado porte, com uma complexidade maior de operações e o seu gestor percebe que precisa de um apoio para acompanhar de perto todas as ações com a mesma eficiência.

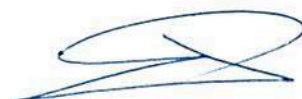
Os objetivos estratégicos da Controladoria são:

- ✓ Promoção do controle social, acesso a informação e transparência;
- ✓ Apoiar e orientar os gestores sobre a utilização de recursos públicos ou privados;
- ✓ Fornecimento de informações estratégicas;
- ✓ Acompanhamento da racionalização do gasto.

A Controladoria tem como papel orientar os gestores quanto à melhoria de aplicação dos recursos públicos ou privados através de informações estratégicas e, principalmente, prévias, proporcionando ao gestor atitudes antes da realização do fato, possibilitando intervenções a tempo de mudar o curso das ações empreendidas, e as informações prestadas devem ser compreensíveis e relevantes para o processo decisório.

A função do controller ou controlador é fornecer informações sobre desempenho, monitorar o processo de elaboração do orçamento, definir padrões, projetar resultados com foco no equilíbrio organizacional e prevenir qualquer tipo de excesso, desperdício ou minimizar a possibilidade de possíveis fraudes, além de fortalecer os controles internos da organização.

Através de análises sobre eventos passados comparados ao desempenho atual, ele consegue prevenir problemas eventuais e auxiliar a definir possíveis rumos da instituição. Além disso, ele é responsável por manter o foco nos planejamentos e orçamentos traçados pela organização, com o que, desta forma, todos os membros, independente dos setores em que



trabalham, são envolvidos.

Ao atuar sobre padrões de controle estabelecidos, a Controladoria ainda se mostra apta a sugerir soluções para os problemas identificados e os gestores conseguem ter as informações necessárias para tomar a decisão mais adequada.

Uma Controladoria bem desenvolvida contribui para a eficácia gerencial. Através do planejamento, organização e controle de todos os riscos e custos, ela também contribui para o alcance das metas estabelecidas e assegura a continuidade da instituição.

Na OS VIVA RIO a implantação da **CONTROLADORIA** foi iniciada em DEZ/2015 e integra a estrutura organizacional da Instituição, tendo por função acompanhar a execução dos atos e apontar, em caráter sugestivo, preventivo ou corretivamente, as ações a serem desempenhadas.

Responsabilidades:

- ✓ Gestão orçamentária dos instrumentos contratuais da Instituição;
- ✓ Prestação de contas aos financiadores;
- ✓ Realizar auditorias internas;
- ✓ Gestão contábil da Instituição;
- ✓ Assessorar a Diretoria e demais setores, nas tomadas de decisão;
- ✓ Interlocução com financiadores governamentais;
- ✓ Acompanhar as auditorias dos órgãos de Controle Externo;
- ✓ Coordenar as atividades do Sistema de Controle Interno;
- ✓ Zelar pela qualidade e pela independência do Sistema de Controle Interno.

Programa de Ética e Integridade

Este tópico será detalhado no **ITEM 6 A e 6 B** desta proposta.

Transparência e Prestação de Contas (ACCOUNTABILITY)

Este tópico será detalhado no **ITEM 4D** desta proposta.

5.2 Programas de Qualidade de Gestão em Saúde

Acreditação da Organização Social

O Viva Rio é associado ao Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde (Ibross), que é uma entidade nacional representativa das Organizações Sociais de Saúde (OSS), responsáveis pelo gerenciamento de serviços de saúde do SUS (Sistema Único de Saúde). Criado em 10 de abril de 2015 e atualmente com 25 instituições associadas, que atuam em 14 estados brasileiros e no Distrito Federal e com sede em Brasília (DF), o instituto tem entre seus objetivos informar e mobilizar a sociedade em favor da melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados pelas OSS aos brasileiros usuários da rede pública, difundir as boas práticas de gestão, colaborar para o aperfeiçoamento das normas estabelecidas para a parceria entre as organizações e os governos, promover estudos e pesquisas e zelar pelos valores universais do SUS.

Em processo pioneiro e parceria com o Instituto Ética Saúde, o Ibross está desenvolvendo uma metodologia de certificação das Organizações Sociais, o que vai ao encontro do maior compromisso da entidade, que é com a qualidade da saúde pública brasileira.

Como membro integrante do Ibross, o Viva Rio pretende se inserir no processo de Acreditação de Organizações Sociais, tão logo o mesmo esteja disponível para os seus associados.



5.3 Proposta de incremento de metas operacionais indicativas de eficiência e qualidade do serviço

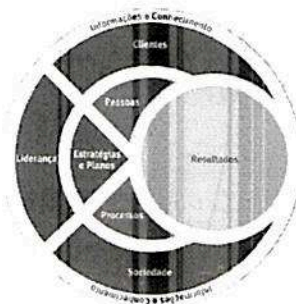
A busca por uma gestão eficaz tem sido um grande desafio para as organizações, especialmente as públicas. Fazer com que as instituições e serviços tenham um resultado positivo é uma tarefa árdua e requer o envolvimento de todos os integrantes.

A busca pela excelência da gestão é a melhor estratégia para a concretização da missão do serviço. Por meio do estímulo e apoio ao desenvolvimento e a evolução da gestão, espera-se que os processos se tornem sustentáveis, cooperativos e gerem valor para a sociedade e outras partes interessadas.

A metodologia da excelência da gestão possibilita a avaliação do grau de maturidade da gestão, pontuando processos gerenciais e resultados organizacionais. E, ainda, proporciona a compreensão do cenário loco - regional onde o serviço atua e se relaciona.

A adoção de práticas de excelência favorece o alinhamento de seus recursos, identifica os pontos fortes e as oportunidades de melhoria, aprimora a comunicação, a produtividade e a efetividade de suas ações, além de se preparar para que os seus objetivos estratégicos sejam atingidos.

A figura ao lado demonstra esquematicamente as principais etapas envolvidas na aplicação das metas operacionais contidas nesse plano. Essa metodologia será fundamental para a estratificação dos indicadores, pois levanta questionamentos, permitindo um exercício de reflexão sobre a gestão e a adequação de suas práticas, auxilia no reconhecimento dos pontos fortes e limitações, tem como foco o estímulo à organização para obtenção de respostas, por meio de práticas de gestão, sempre com vistas à geração de resultados que a torne mais eficiente na sua missão.



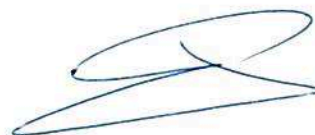
A presente proposta de incremento de metas operacionais tem como objetivo estimular medidas institucionais que visam eficiência e qualidade do serviço prestado, do ponto de vista econômico, operacional e administrativo conforme estabelecido no Edital NºCP 008/2021. O Quadro 9 apresenta as metas, seus respectivos prazos e formas de execução.

[Assinatura]

[Assinatura]

Quadro 9: Proposta de incremento de metas operacionais para o Telas da AP 5.2

Dimensão: Operacional							
Objetivo 1: Garantir que as unidades de APS funcionem de forma ininterrupta com insumos, materiais e serviços de qualidade e excelência.							
Ação	Indicadores de Acompanhamento	Fórmula de cálculo	Meta	Fonte	Periodicidade da avaliação	Responsável	Observações
Implantar Comissão Permanente de Padronização de Materiais Médicos, Insumos e Instrumentais.	Proporção de reuniões realizadas pela Comissão, com produção de atas e/ou pareceres técnicos, por semestre.	(N) Número de reuniões realizadas pelo CPMI, no período analisado. (D) Número de reuniões previstas no programa de trabalho	80% de reuniões realizadas.	Atas das reuniões da Comissão ou Pareceres técnicos produzidos a partir do trabalho da Comissão.	Semestral	Responsáveis técnicos, equipe de ressuprimento.	Criação de Regimento Interno e de Composição da Comissão.
Avaliar os itens de abastecimento padronizados.	Proporção de itens de abastecimento analisados e padronizados.	(N) Número de itens padronizados pela CGISS, no período analisado. (D) Número total de itens de abastecimento.	Implantar sistemática de avaliação de qualidade dos itens de abastecimento até o segundo trimestre do	Ficha de parecer técnico dos itens, constando os seguintes critérios de avaliação: especificações de marca e material, conformidade	Bimensal	Responsáveis técnicos, equipe de ressuprimento.	Itens a serem avaliados: Materiais médicos, insumos e instrumentais adequados, uniformes no padrão e qualidade estabelecidos pela Contratante.




				contrato de gestão	do item, tipo de indicado				
Objetivo 2: Prover recursos humanos comprometidos e capacitados, que visem desempenho de excelência no atendimento à população adscrita.									
Ação	Indicador de Acompanhamento	Fórmula de cálculo	Meta	Fonte	Periodicidade da avaliação	Responsável	Observações		
Mantém os profissionais que atuam na APS permanentemente capacitados e atualizados.	Proporção de profissionais que participaram ao menos de uma ação de educação permanente, treinamento ou atualização profissional ao longo do período analisado.	(N) N° de profissionais de saúde que participaram ao menos de uma ação de educação permanente, treinamento ou atualização profissional durante o período de análise. (D) N° Total de profissionais de saúde contratados pela OS para atuar na APS durante o período de análise	Mínimo de 5% dos profissionais por mês, ao longo de um ano. Os profissionais só deverão ser considerado 5 uma vez no período de um ano, para constar no numerador.	Lista de presença referente às ações de educação permanente, treinamento ou atualização profissional	Semestral	Núcleo técnico da OSS, Gerência da unidade.	- As ações educativas seguem os critérios acordados com a Contratante e temas elencados no item de educação permanente presente proposta		
Mantém rotina de avaliação dos profissionais que atuam na APS	Proporção de profissionais com formulário de avaliação profissional devidamente	(N) N° de profissionais que tiveram o formulário de avaliação preenchido e corrigido	Mínimo de 80% dos profissionais por trimestre. Para o	Lista de controle das avaliações profissionais	Trimestral	Núcleo técnico da OSS, Gerência da unidade.	- Utilizar e metodologia de formulário de avaliação conforme proposta da OS		

	preenchido e com devolutiva realizada	devolutiva feita no período de análise	denominado r, só devem ser considerados os profissionais ativos no período em análise				Viva Rio, validados previamente com a Contratante
		(2) Nº Total de profissionais contratados pela OS para atuar no APS durante o período de análise					
Dimensão: Administrativa							
Objetivo 3: qualificar a gestão com a produção e registro de informações estratégicas							
Ação	Indicadores de Acompanhamento	Formula de cálculo	Meta	Fonte	Periodicidade da avaliação	Responsáveis	Observações
Disponibilizar estrutura e sistema informatizado para registro das atividades assistenciais	Período máximo sem conectividade, ao longo de um mês	(1) Tempo, em minutos, sem internet funcionando em cada unidade, durante o período de análise (2) Tempo total analisado	Máximo 90 minutos sem internet, por mês, em cada unidade avaliada	Relatório de acompanhamento de conectividade	Mensal	Equipe de Tecnologia da Informação, validado pelo Gerente da Unidade	
Manter canal de comunicação com o usuário e afim a resolubilidade da Ouvidoria	Índice de resolubilidade da Ouvidoria	(1) Número de ouvidorias registradas em todos os canais disponíveis, tratadas pela gestão e respondidas ao usuário/profissional	90%	Relatório de acompanhamento de ouvidorias registradas (Ouvidor SUS?)	Bimestral	Ouvidor	

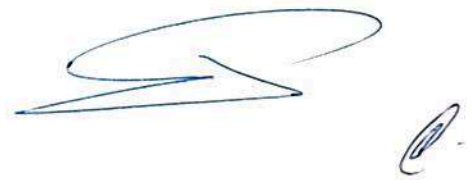
		(D) Número total de ouvidorias registradas no período de análise x 100					
	Índice de atendimento aos prazos de resposta	$\frac{(N) \text{ N}^{\circ} \text{ de manifestações respondidas em até 10 dias}}{(D) \text{ N}^{\circ} \text{ total de manifestações recebidas}} \times 100$	90%	Relatório de acompanhamento de ouvidorias registradas (Ouvidor SUS?).	Semestral	Ouvidor	
Dimensão: Econômica							
Objetivo 4: desenvolver gestão eficiente com uso adequado dos recursos públicos							
Ação	Indicador de Acompanhamento	Fórmula de cálculo	Meta	Fonte	Periodicidade da avaliação	Responsáveis	Observação
implantar sistema de apuração e análise de custos	Sistema de apuração de custos implantado e em operação	NSA	Cronograma de implantação do sistema de custos até o final do primeiro trimestre	Selatório Administrativo	Trimestral	Prestação de contas - OS Viva Rio	

Implantar Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.	Proporção de reuniões realizadas pela Comissão, com produção de atas e/ou pareceres técnicos, por semestre.	(A) Número de reuniões realizadas pela CGRSS, no período analisado. (B) Número de reuniões previstas no cronograma de trabalho.	90% de reuniões realizadas, segundo o cronograma.	Ata das reuniões da Comissão ou Pareceres técnicos produzidos a partir do trabalho da Comissão.	Trimestral	Responsáveis técnicos, equipe de Segurança do Trabalho.	
Implementar práticas de consumo consciente nas unidades sob gestão da OS VIVA R.O.	Proporção de unidades com de estratégias de consumo consciente elaboradas e implementadas.	(A) Número de unidades com estratégias de consumo consciente elaboradas e implementadas. (B) Número total de unidades sob gestão da OS VIVA R.O.	10% de unidades a cada mês, até alcançar 100% no fim do primeiro ano.	Plano de ação elaborado pelas equipes de APS.	Mensal	Núcleo Técnico da OSS, Setor de Educação Socio-ambiental, Gerência da unidade.	

Fonte: OS Viva Rio.

Custos

O orçamento para execução das ações deste item estão incluídas nos custos de operacionalização da OS Viva Rio.



5.4 Programa de Sustentabilidade

Em setembro de 2015, mais de 150 líderes mundiais estiveram reunidos na sede da ONU, em Nova York, a fim de adotar formalmente uma nova agenda de desenvolvimento sustentável. Esta agenda é formada pelos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que devem ser implementados por todos os países do mundo até 2030. Dentre os 17 ODS destacam-se nesta proposta o ODS3 - Saúde e bem-estar, que visa assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades. Sua Meta 3.9 propõe, até 2030, reduzir substancialmente o número de mortes e doenças por produtos químicos perigosos, contaminação e poluição do ar e água do solo; e o ODS11 cidades e comunidades sustentáveis, que visa tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis, e sua Meta 11.6, que é em até 2030, reduzir o impacto ambiental negativo per capita das cidades, inclusive prestando especial atenção à qualidade do ar, gestão de resíduos municipais e outros.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Saúde Ambiental envolve todos os aspectos da saúde humana, incluindo a qualidade de vida, que estão determinados por fatores físicos, químicos, biológicos, sociais e psicológicos no meio ambiente. Também se refere à teoria e prática de prevenir ou controlar tais fatores de risco que, potencialmente, possam prejudicar a saúde de gerações atuais e futuras (OMS, 1993).

O campo da Saúde Ambiental compreende a área da Saúde Pública, afeita ao conhecimento científico e à formulação de Políticas Públicas e às correspondentes intervenções (ações) relacionadas à interação entre a saúde humana e os fatores do meio ambiente natural e antrópico que a determinam, condicionam e influenciam, com vistas a melhorar a qualidade de vida do ser humano sob o ponto de vista da sustentabilidade (BRASIL, 2007).

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em 2015, 5,9 milhões de crianças com menos de cinco anos de idade morreram e as principais causas de morte de crianças em todo o mundo foram pneumonia, prematuridade, complicações relacionadas com o parto, sepse neonatal, anomalias congênitas, diarreia, traumatismos e malária. A maioria dessas doenças e condições é causada, ao menos parcialmente, pelo ambiente. Em 2012, estimou-se que 26% das mortes e 25% da carga de doença total em crianças menores de cinco anos poderiam ser evitadas pela redução dos riscos ambientais, como poluição do ar, contaminação da água e a falta de acesso aos serviços de saneamento básico, higiene e a exposição a substâncias químicas (OPAS, 2018).

As questões relacionadas à Saúde Ambiental, em âmbito mundial e também no Brasil, têm demandado um crescente e necessário empenho das instâncias governamentais para implementar ações de controle e prevenção dos riscos ambientais que impactam negativamente a saúde humana.

Nos tempos atuais, em meio às doenças graves decorrentes de uma convivência inadequada do Homem no Ambiente em que vive, cujo o exemplo mais agudo encontra-se no centro da vida dos seres de todo o Planeta Terra, que é o Covid-19 e o abalo que vem causando na vida de seres humanos, é de extrema urgência que sejam implementadas junto aos equipamentos públicos de saúde ações baseadas no conceito de Saúde Ambiental, e que estes tornem-se polos disseminadores de boas práticas a partir da Educação para o Ambiente, contribuindo para o alcance das metas dos ODS, com destaque para os acima citados, e para a geração de emprego e renda junto à comunidade que vive no entorno destes equipamentos públicos de saúde do Teias da AP 5.2, e compreende os bairros de Bancários, Jardim América, Pitangueiras, Bonsucesso, Jardim Carioca, Portuguesa, Brás de Pina, Jardim Guanabara, praia da Bandeira, Cacuia, Manguinhos, Ramos, Cidade Universitária, Maré, Ribeira, Cocotá, Moneró, Tauá, Complexo do Alemão, Olaria, Vigário Geral, Cordovil, Parada de Lucas, Zumbi, Freguesia, (Ilha), Penha, Galeão e Penha Circular, no município do Rio de Janeiro.



O Viva Rio, a partir de sua ampla experiência na área socioambiental e no desenvolvimento de projetos junto às comunidades periféricas e vulneráveis, apresenta um conjunto de ações integradas que visam contribuir para a melhoria de qualidade dos serviços prestados nas localidades onde atua, pautado no conceito de Saúde Ambiental a partir da Educação e do fomento à geração de trabalho e renda no entorno dos equipamentos públicos de saúde, objeto deste Edital, tornando-os locais disseminadores de boas práticas e de troca de saberes entre o conhecimento popular e técnico da área socioambiental e de saúde, afim de diminuir o impacto negativo ligado às questões do manejo inadequado do resíduo e do uso irresponsável dos recursos renováveis, ampliando seus olhares para as questões ambientais que interferem na saúde humana, planejando, coordenando, supervisionando e monitorando a execução das atividades propostas.

5.4.1 Gestão e Redução do Consumo de Energia

Gestão de energia é uma forma inteligente de reduzir e controlar os custos com energia elétrica em uma instituição, trazendo eficiência energética e aumentando a sua sustentabilidade.

Objetivo:

Contratação de Assessoria Técnica especializada em projeto de Eficiência Energética e Redução de Energia térmica e elétrica (Conta de energia + Gás Natural), para:

- a) Reduzir os custos com energia elétrica em no mínimo 10%aa;
- b) Redução dos custos de manutenção;

Metodologia:

A elaboração do Plano de Gestão e Redução de Energia, Emissão e Neutralização, compreende a utilização da ferramenta M&V, que possui metodologia pré-determinada utilizada internacionalmente como parâmetros de medição. O desenvolvimento do projeto abrange as seguintes etapas:

- a) Levantamento e análise de oportunidades: identificação dos ativos sujeitos a submissão de atividades de eficiência energética;
- b) Medição de equipamentos: medições gráficas em sistemas para verificar a real situação de operação.
- c) Apresentação das oportunidades de redução de energia: relatório simplificado para apresentação das ações de Eficiência Energética elencadas por *TIR* e *Payback*.
- d) Diagnóstico Energético: relatório detalhado tecnicamente as possibilidades de redimensionamento de sistemas antigos e de novas integrações energéticas.

Implementação das Ações:

A empresa de Assessoria Técnica, a partir do Diagnóstico Energético, buscará captar recursos junto à Empresa Concessionária fornecedora de energia local, em seus Programas de Eficiência Energética (PEE), para garantir a implementação da fase prática do Projeto, que compreende as seguintes etapas:

Gerenciamento energético: ações de revisão do gerenciamento energético existente nas unidades para evitar perdas e reduzir consumo por meio da reestruturação das atividades operacionais;

Eficientização de Equipamentos e Sistemas: readequação dos equipamentos dependentes de energia, considerando, se possível, a substituição por modelos mais eficientes.

Prazo para Execução do Produto:

O serviço deverá ser executado num prazo de até 24 meses.



5.4.2 Ações Voltadas para o Consumo Racional e Consciente de Água

Um dos grandes desafios atuais, a escassez hídrica tem feito com que órgãos públicos de todas as esferas adotem medidas para reduzir o consumo e evitar perdas, dando não só exemplo à população como também fazendo a sua parte em vistas de um consumo mais consciente. No Distrito Federal, por exemplo, um decreto publicado em 2017 busca diminuir os gastos públicos com água em 10%².

Segundo relatório da Agência Nacional de Águas (ANA)¹, 48 milhões de pessoas foram afetadas por secas (duradoura) ou estiagens (passageira) no território nacional entre 2013 e 2016. Neste período, foram registrados 4.824 eventos de seca com danos humanos, afetando a oferta de água para abastecimento público e para setores que dependem de água para realizarem atividades econômicas, como geração hidrelétrica, irrigação, produção industrial e navegação.

A importância de uma atitude mais consciente do poder público na gestão da água parte do estímulo para melhorias estruturais dos prédios públicos e na aquisição de equipamentos mais eficientes, implementação de práticas de redução e reuso de água e na participação de cada funcionário público ao realizar um consumo de água mais consciente em sua rotina e nas atividades profissionais que desenvolve.

1. Objetivo:

Mapear e identificar, nas Unidades de Saúde, as pontenciais práticas a serem adotadas, de forma a garantir o uso racional e consciente de água, tendo como resultados a diminuição dos custos com água potável e a conservação desse recurso natural, a partir da Educação.

2. Metodologia:

Por meio da adoção de diagnóstico, serão identificadas as práticas a serem implementadas nas diferentes Unidade de Saúde, bem como a capacitação da equipe das mesmas e a sensibilização do público beneficiário. São exemplos de ações voltadas ao uso racional e controlado de água:

- a) Implantação de sistema para a captação da água de chuva;
- b) Instalação de arejador tipo spray, em torneiras;
- c) Substituição de torneiras com acionamento manual, por torneiras automáticas de pressão;
- d) Substituição, quando couber, da lavagem pela varrição, nas áreas externas;
- e) Monitoramento constante para identificação de gotejamentos e/ou vazamentos de água.
- f) Educação voltada ao uso Racional da Água junto às equipes de Unidade de Saúde e ao público usuário.

3. Resultados Esperados:

Economia nos gastos com consumo de água potável, mudança comportamental da equipe das Unidade de Saúde e do público usuário no sentido da adoção de boas práticas e ações voltadas ao uso racional e consciente da água.

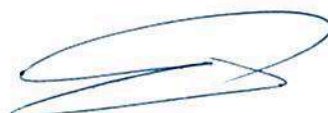
4. Prazo para Execução do Produto:

O serviço deverá ser executado num prazo de 24 meses.

5.4.3 Gestão dos Resíduos Recicláveis nas Unidades de Saúde e Reaproveitamento de Uniformes com Geração de Trabalho e Renda para a Comunidade

Lixo x Resíduo

O lixo é um dos maiores problemas da humanidade. Atualmente, segundo dados da ONU-Habitat, são produzidas em todo o mundo mais de 2 bilhões de toneladas por ano. De acordo com dados do Relatório 2019 publicado pela World Wild Foundation (WWF), mais de 75% de todo plástico produzido já se converteu em lixo. Ao menos, um terço desse montante



foi inserido na natureza como fonte poluidora terrestre, de água doce ou marinha, especialmente em função da inadequada gestão de resíduos.

Segundo definição da Política Nacional de Resíduos Sólidos (Lei 12.305/2010), os resíduos correspondem a todo material, substância, objeto ou bem descartado resultante de atividade humana em sociedade. Os resíduos sólidos podem ser encontrados nos estados sólido ou semi-sólido, líquido e gasoso e suas características sofrem variação em razão de aspectos, culturais, sociais e econômicos, fatores que acabam por determinar também as diferenças entre cidades e populações. Os maiores riscos de impacto ambiental provocados pelo lixo são atribuídos à ausência de um adequado e eficiente sistema de gestão e manejo dos Resíduos Sólidos Urbanos (RSU).

O impacto dos resíduos na natureza é particularmente alarmante uma vez que causam poluição visual e mal cheiro, poluem a água, o solo e colocam os animais em risco (MMA, 2017) já que eles podem se ferir em materiais cortantes ou mesmo ingerir os materiais descartados de forma indevida na natureza.

A resolução CONAMA 001/86 define impacto ambiental como sendo qualquer alteração das propriedades físicas, químicas e biológicas do meio ambiente, provocado por qualquer forma de matéria ou energia resultante de atividades desenvolvidas pelo homem que possam afetar a saúde, segurança e o bem-estar da população, economia, biota, condições estéticas e sanitárias do meio ambiente e a qualidade dos recursos ambientais (BRASIL, 1986).

O Lixo é um dos maiores impactos socioambientais de nosso Planeta. Já o resíduo é um dos maiores potenciais para a geração de trabalho e renda em comunidades periféricas e vulneráveis e movimenta a economia mundial de países como a Alemanha. Isto por que Lixo, a partir do seu manejo correto, deixa de impactar o ambiente e a sociedade e torna-se resíduo, com valor agregado.

Origem e Classificação dos Resíduos

Atualmente, existem variadas formas de classificação dos resíduos sólidos, porém duas delas são comumente mais utilizadas: 1- quanto à origem e natureza - os resíduos são classificados por: i) Doméstico ou residencial (de casas, apartamentos, condomínios e demais edificações residenciais); ii) Comercial (gerados em estabelecimentos comerciais); iii) Público (proveniente de logradouros públicos como: folhas, poeira, terra, galhos, etc.); iv) Serviços de saúde (todos os resíduos gerados nas instituições que lidam com a saúde da população como: farmácias, hospitais, clínicas, laboratórios, etc.); v) Fontes especiais (radioativo; de portos, aeroportos e terminais rododotroviários) vi) Industrial (cinzas, lodos, alcalinos ou ácidos, metal, borracha, etc.) vii) Agrícola (gerados a partir de restos de embalagens impregnados com pesticidas e fertilizantes químicos, etc.); 2- quanto ao potencial de contaminação do meio ambiente - No que tange a classificação segundo os riscos potenciais de contaminação, os resíduos podem ser de: Classe I ou perigosos (são os resíduos inflamáveis, corrosivos, reativos, tóxicos, etc.); Classe II ou não-inertes (são resíduos que apresentam combustibilidade, biodegradabilidade ou solubilidade); Classe III ou inertes (não apresentam riscos à saúde e ao meio ambiente).

1. Objetivo:

Implementar a separação e doação dos Resíduos Recicláveis gerados nas Unidades de Atenção Primária à Saúde, de forma a beneficiar Organização de Catadores ou coletivos de iniciativas similares atuantes nas localidades próximas aos equipamentos de saúde, como fomento a geração de trabalho e renda a partir do adequado manejo dos recicláveis.

Articular logística para garantir a doação dos uniformes utilizados pelos profissionais das Unidades de Saúde à Associação de Moda Sustentável EcoModa, para que estes sejam transformados em bolsas retornáveis, alternativas ao uso de sacolas plásticas.

2. Metodologia:

A implementação da proposta de manejo dos resíduos gerados nas Unidades de Saúde, parte da adoção da metodologia de classificação dos resíduos em 4 fluxos, respeitando as



especificidades de cada Unidade: Compostável, Reciclável, Comum e de Saúde. A destinação e disposição final dos resíduos Comum, Compostável e de Saúde respeitarão as determinações do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde de cada Unidade, enquanto que a fração Reciclável deverá ser destinada e doada a iniciativas locais de geração de trabalho e renda, identificadas de forma colaborativa com Associações de Moradores das localidades. Diante da constatação de inexistência desse tipo de iniciativa, os resíduos recicláveis poderão ser comercializados diretamente pelos trabalhadores da limpeza.

A logística para doação dos uniformes dos profissionais de saúde deverá respeitar o critério de seleção dos mesmos, segundo potencial de reaproveitamento de maneira a encaminhar ao centro operacional de separação e qualificação da Associação de Moda Sustentável EcoModa apenas os que não demandam destinação específica em função do risco de contaminação. Dessa forma, estarão aptos a reutilização os uniformes dos trabalhadores de Serviços Gerais e funções análogas, usualmente confeccionados com tecido Oxford, constituído majoritariamente de poliéster.

A execução do Projeto compreende as seguintes ações:

- a) Diagnóstico e classificação dos resíduos gerados e dos uniformes com potencial de reaproveitamento;
- b) Capacitação dos trabalhadores das Unidades de Saúde para o adequado manejo dos resíduos e redução da geração de resíduos, segundo as especificidades de cada unidade.
- c) Sensibilização junto à população usuária dos serviços de saúde, para o adequado manejo dos resíduos e redução da geração de resíduos, segundo as especificidades de cada unidade.
- d) Articulação e parceria com Associação de Moradores das localidades para identificar as iniciativas beneficiadas;
- e) Elaboração do processo de logística para doação dos uniformes;
- f) Implantação de centro operacional para separação, manejo e qualificação do resíduo têxtil;
- g) Doação dos resíduos para as iniciativas identificadas.
- h) Capacitação pela Associação de Moda Sustentável EcoModa, ao público do entorno das unidades de saúde para inserção na cadeia produtiva com geração de trabalho e renda a partir do resíduo têxtil

3. Resultados Esperados:

Destinação final dos resíduos recicláveis gerados nas Unidades de Saúde, de forma a potencializar iniciativas populares de geração de trabalho e renda localizadas próximas às Unidades de Saúde, a partir da sua matéria-prima, que seria descartada.

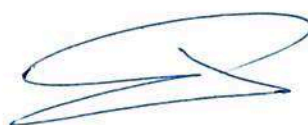
Os resíduos recicláveis deverão ser convertidos em renda, a partir de sua comercialização por Organização de Catadores, iniciativas similares ou pelos profissionais de limpeza. Os uniformes dos trabalhadores das Unidades de Saúde serão convertidos em bolsas retornáveis ou outras peças identificadas como prioritárias, pela Associação de Moda Sustentável EcoModa, de forma a gerar renda para seus alunos, moradores do entorno dos equipamentos públicos de saúde, contribuindo para a redução do impacto gerado pelo resíduo têxtil altamente poluente dos uniformes e pela utilização de sacolas plásticas ao Ambiente.

4. Prazo para Execução do Produto:

O serviço deverá ser executado num prazo de 24 meses.

5.4.4 Inventário de Emissões de Gases do Efeito Estufa e Monitoramento das Ações do Plano de Mitigação

O inventário de emissões de gases de efeito estufa (GEE) permite fazer o levantamento das fontes e sumidouros e a respectiva contabilização das emissões e remoções dos gases de efeito estufa (GEE) na atmosfera, resultantes das atividades humanas, podendo ser um



importante mecanismo para a gestão de empresas e cidades, permitindo o monitoramento e planejamento de ações visando a mitigação das emissões.

Se realizado periodicamente, torna-se uma ferramenta de gestão de gases, possibilitando conhecer o perfil das emissões de GEE da entidade inventariante. A partir das informações apresentadas no inventário é possível acompanhar a evolução das emissões ao longo dos anos, monitorar as principais fontes e identificar possíveis oportunidades de redução nas emissões, auxiliando na formulação de políticas públicas.

Para uma grande cidade como o Rio de Janeiro que acompanha e participa ativamente de diversos acordos internacionais, como o Acordo de Paris, que visam direcionar a gestão para um futuro mais sustentável e de baixa emissão de carbono, uma das prioridades é o enfrentamento aos riscos provenientes das mudanças climáticas com a redução das emissões de gases do efeito estufa (GEE).

1. Objetivo

Contratação de consultoria para elaboração do Inventário de Emissões de Gases do Efeito Estufa para as atividades exercidas ao longo da gestão do Viva Rio na REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, visando aumentar a sustentabilidade local, a partir da adoção de iniciativas de compensação de emissões.

2. Metodologia

Determinação dos limites do Inventário por meio da metodologia Greenhouse Gas Protocol: a Corporate Accounting and Reporting Standard, do World Resource Institute, e atendendo os padrões internacionais estabelecidos na norma ISO 14064-1.

De acordo com o GHG Protocol necessário à contabilização dos seis tipos de gases previstos no Protocolo de Kyoto: Dióxido de Carbono – CO₂; Hexafluoreto de enxofre - SF₆; Metano - CH₄; Óxido Nitroso – N₂O; Hidrofluorcarbonetos – HFCs; Compostos perfluorados – PFCs.

A partir dos resultados obtidos pelo Inventário, serão definidas as ações a serem adotadas como meio de garantir o sequestro de carbono na quantidade proporcional à emitida durante período de funcionamento das Unidades de Atenção Primária à Saúde, objetos deste Edital.

3. Escopos do Inventário:

a) Emissões diretas: estas emissões ocorrem a partir de fontes controladas ou pertencentes diretamente a empresa, como por exemplo:

- ✓ Emissões de Processo Produtivo;
- ✓ Consumo de combustíveis fósseis em fontes estacionárias;
- ✓ Consumo de combustíveis fósseis em fontes móveis;
- ✓ Utilização de gases refrigerantes (Ex: ar condicionado);
- ✓ Tratamento de resíduos e efluentes na planta industrial;

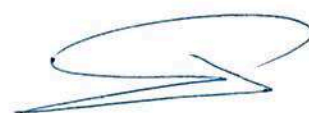
b) Emissões indiretas do uso de eletricidade: embora um consumidor de eletricidade não tenha controle direto sobre essas emissões, ele tem algum grau de controle sobre a quantidade e/ou fonte da eletricidade que consome.

4. Memória de Cálculo:

Consiste das conversões necessárias para o cálculo das emissões de GEE. A memória de cálculo será enviada ao cliente para revisão e ao final do projeto será entregue junto do relatório final.

5. Inventário de Emissões de Gases do Efeito Estufa (GEE):

É o documento que detalha todos os cálculos, indicando as premissas utilizadas e como foram feitas as alocações e as devidas justificativas. O relatório contém informações sobre a qualidade e rastreabilidade dos dados. De um modo geral as oportunidades de redução de emissão são divididas em 3 etapas:



Quadro 10: Quadro de Oportunidades de redução de emissões de GEEE

Tipo de Processo	Ação
Gestão Interna	Redução de desperdícios ou de fontes que podem ser eliminadas sem custos expressivos a empresa, apenas gerenciando e otimizando processos;
Projetos de Redução de Emissão	São projetos que quando implantados reduzem emissão de GEE. Esses projetos vão desde energia renovável, eficiência energética, até gestão de resíduos.
Compensação de Emissões	Compram-se créditos de carbono de projetos, ou projeto florestais que sequestram o carbono na mesma quantidade que a empresa emite.

6. Implantação de projetos que iniciem o processo de redução de emissão dos gases GEEE

A partir do inventário, implantar projetos nas Unidades de Saúde ou em suas áreas do entorno, como Hortas/Hortos Comunitários; Compostagem; recuperação de áreas degradadas a partir de reflorestamento etc, estimulando a geração de trabalho e renda locais.

7. Prazo para Execução do Produto:

O Projeto, compreendendo as fases de elaboração do Inventário e adoção de iniciativas de compensação de emissões, deverá ser executado num prazo de até 24 meses.

6. Regimento Interno da Unidade

Os regimentos internos das unidades são documentos que regulamentam sua organização e funcionamento, devendo ser elaborados segundo os princípios e diretrizes do SUS e da SMS Rio.

A experiência da OS VIVA RIO na gestão de unidades de Atenção Primária permitirá a elaboração, a publicização e a revisão periódica dos regimentos internos, em colaboração com a SMS, gerentes, profissionais e usuários das unidades de saúde.

Em seu conteúdo, são abordados os seguintes aspectos:

- ✓ Características da unidade de saúde, das equipes e profissionais que a compõem, do território adscrito;
- ✓ Missão, visão e valores;
- ✓ Aspectos da organização interna do serviço e do seu funcionamento;
- ✓ Funções e atribuições dos profissionais;
- ✓ Caracterização da população sob sua responsabilidade sanitária;
- ✓ Estratégias de qualificação do serviço (CRAP, prestação de contas, colegiado gestor e outros);

No que se refere ao aspecto de publicização destes regimentos, são alternativas possíveis a serem adotadas:

- ✓ Publicização nas páginas das unidades em redes sociais;
- ✓ Publicação nas páginas oficiais da SMS Rio e coordenação de área;
- ✓ Disponibilização impressa, para leitura, na administração das unidades;
- ✓ Exposição nos painéis internos da unidade e em locais de fácil visualização, principalmente por parte dos usuários.

Por se tratar de um documento extenso, somente parte das informações são de maior interesse da população em geral, e por isto acredita-se que estas sejam mais facilmente visualizadas em outros layouts, tais como quadros informando horário de funcionamento, composição das equipes e turnos de atendimento de profissionais, áreas adscritas e microáreas




vinculadas a cada equipe, dentre outros, podendo ser divulgado também a possibilidade de acesso ao documento integral a qualquer usuário que assim o deseje.

Destacamos que de um modo geral, os regimentos seguem um mesmo padrão de questões operacionais, com variações pontuais como horário de funcionamento. Segue abaixo o modelo de índice de regimento interno proposto para serem desenvolvidos para cada unidade.

CAPÍTULO I – Identificação da unidade, dos profissionais e do território

Da unidade

Dos profissionais que compõe o corpo da unidade

Do território

CAPÍTULO II – Estrutura física e estrutura organizacional

Estrutura física

Estrutura organizacional

CAPÍTULO III – Missão, visão e valores

Missão

Visão

Valores

CAPÍTULO IV – Estrutura de gestão da unidade

Modelo

Instâncias gerenciais

Comissões

Atribuições

Competências

CAPÍTULO V – Funcionamento da unidade

Horário de funcionamento

Carteira de serviços

Identificação da rede social

Informação e comunicação

Protocolos e linhas de cuidados

Educação permanente

7. Ações voltadas à qualidade relacionadas à satisfação dos pacientes e/ou acompanhantes, implantação de um serviço de acolhimento

De acordo com a Política Nacional de Humanização (2003), o acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde.

Além disso, a gestão participativa constitui-se em uma estratégia transversal e deve estar presente nos processos cotidianos das unidades de saúde. Mais que o controle social, a gestão participativa requer a adoção de práticas e mecanismos permanentes de escuta das demandas da comunidade, tendo por objetivo avaliar a percepção de satisfação dos usuários, com vistas à qualificação da assistência.

O conceito de satisfação é expresso na expectativa e na percepção que os usuários têm dos atendimentos recebidos, desse modo, o que se mede não é a satisfação propriamente dita, mas a diferença entre a expectativa prévia dos usuários e a percepção da experiência concreta com os serviços de saúde.

Nos últimos anos, o conceito de satisfação como dimensão da qualidade começou a ser complementado, ou melhor, ampliado, ao se tornar cada vez mais evidente a escassa operacionalidade dos inquéritos de satisfação, se estes não fossem capazes de identificar os seus determinantes, para modificar e melhorar a situação identificada. Assim, ganhou força



outro tipo de enfoque e de inquérito: os "relatos do paciente", em que se avaliam não somente o nível de satisfação, mas fundamentalmente os problemas identificados pelo paciente durante sua experiência no serviço de saúde.

A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde orienta que as unidades devem possuir mecanismos que garantam o direito de expressão dos cidadãos, seja por meio de urnas ou outro equipamento existente.

Essa prática pode ser desenvolvida por meio da implantação da Pesquisa de Satisfação do Usuário, dos Relatos do Paciente (Patient reports), da Ouvidoria e dos Colegiados Gestores Locais. Além disso, pode-se destacar as estratégias de Comunicação e de Acolhimento como potencializadores dessa prática. Tais iniciativas atuam como instrumentos de gestão, subsidiando possíveis intervenções nos processos de trabalho da unidade de saúde.

Os instrumentos de pesquisa e a organização dos serviços de satisfação dos usuários são apresentados ITEM 5D.

8. Recursos Humanos estimados, apontando por categoria, a quantidade de profissionais, a carga horária de trabalho e o salário base total (em reais).

O dimensionamento de recursos humanos foi realizado em conformidade com o projeto básico do presente edital.

QUADRO I – DIMENSIONAMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE - ESF - 1º AO 12º MES

EQUIPE	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANT.	TOTAL SALÁRIO
EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA	MÉDICO	40	150	R\$ 15.577,17
	ENFERMEIRO	40	150	R\$ 6.302,16
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	40	150	R\$ 2.544,93
EQUIPE DE SAÚDE BUCAL	CIRURGIÃO DENTISTA	40	50	R\$ 6.302,16
	TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL	40	25	R\$ 2.544,93
	AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL	40	50	R\$ 1.770,00
	FARMACÊUTICO	40	25	R\$ 6.302,16
	TÉCNICO DE FARMÁCIA	40	25	R\$ 2.544,93
	GERENTE	40	35	R\$ 8.734,80
	AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	40	50	R\$ 1.620,00
	POENTEIRO	40	50	R\$ 1.620,00

QUADRO I – DIMENSIONAMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE - ESF - 13º AO 24º MÊS

EQUIPE	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANT.	TOTAL SALÁRIO
EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA	MÉDICO	40	180	R\$ 15.907,67
	ENFERMEIRO	40	180	R\$ 6.515,04
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	40	180	R\$ 2.626,30
EQUIPE DE SAÚDE BUCAL	ODONTÓLOGO	40	60	R\$ 6.515,04
	TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL	40	60	R\$ 2.626,30
	AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL	40	60	R\$ 1.824,25
	FARMACÊUTICO	40	30	R\$ 6.515,04
	TÉCNICO DE FARMÁCIA	40	30	R\$ 2.626,30
	GERENTE	40	35	R\$ 9.031,82
	AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	40	60	R\$ 1.669,00
	PORTEIRO	40	60	R\$ 1.669,00

QUADRO I – DIMENSIONAMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE - NASF 1º AO 12º MÊS

EQUIPE	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANT.	TOTAL SALÁRIO
EQUIPE NASF	MÉDICO NASF	40	10	R\$ 11.319,68
	PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR	40	40	R\$ 6.010,84

QUADRO I – DIMENSIONAMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE - NASF 13º AO 24º MÊS

EQUIPE	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANT.	TOTAL SALÁRIO
EQUIPE NASF	MÉDICO NASF	40	10	R\$ 11.708,12
	PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR	40	40	R\$ 6.213,00




9. Recursos Humanos estimados, apontando por categoria, a quantidade de profissionais, a carga horária de trabalho e a incidência de encargos patronais de forma separada ao salário base total (em reais)

QUADRO II - CUSTEIO DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA - 1º AO 12º MÊS (VALORES COM ENCARGOS E BENEFÍCIOS)							
RECURSOS HUMANOS	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QTD	SALÁRIO BASE	INSSALUBRIDADE	ADICIONAL NOTURNO	TOTALS	
MEDICO	40	150	R\$ 15.157,17	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ -	2.306.115,52
ENFERMEIRO	40	150	R\$ 6.582,19	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ -	945.324,30
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	40	150	R\$ 2.324,93	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ -	341.739,95
OPERAÇÃO DENTISTA	40	90	R\$ 8.082,16	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ -	935.158,30
TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL	40	45	R\$ 2.324,93	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ -	83.420,25
ATENDENTE DE SAÚDE BUCAL	40	90	R\$ 1.850,00	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ -	89.850,00
FARMACÊUTICO	40	25	R\$ 8.082,16	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ -	187.554,05
TÉCNICO DE FARMÁCIA	40	25	R\$ 2.324,93	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ -	83.420,25
GERENTE	40	35	R\$ 8.914,80	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ -	305.718,50
EMPREGADO PORTARIA	40	150	R\$ 1.420,00	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ -	195.000,00
TOTAL FUNCIONARIO		760					
TOTAL SALARIOS			R\$ 51.843,24	R\$ 2.200,00	R\$ -	R\$ -	4.789.765,50
ENCARGOS SOCIAIS/TRABALHISTAS	27,841%						
INSS - EMPRESA	0,000%	DEBÁS				R\$ -	
INSS - TERCEIROS	0,000%	DEBÁS				R\$ -	
FUT3	0,000%					R\$ -	385.181,24
FÉRIAS + 1/3	0,185%	FÉRIAS E ADICION CONSTITUCIONAL SOBRE LE Nº 12.506/11				R\$ -	9.907,27
GRATUO	0,332%					R\$ -	194.947,47
RECUSÓRIOS	11,121%	2,76% sobre os bens (1/3); 1,687% Férias proporcionais em caso de morte de benfeitor; 0,42% - 0,833% FÉRIAS PROPORCIONAIS; 0,105% INSS sobre os bens (1/3) sobre os bens (1/3) sobre os bens (1/3); 0,105% FÉRIAS E ADICION CONSTITUCIONAL sobre os bens (1/3) sobre os bens (1/3) sobre os bens (1/3); 1,00% MULTA DE FÉRIAS; 1,292% Encargos Patronais				R\$ -	532.148,82
ENCARGO FISCAL	1,000%						
IR	1,000%					R\$ -	47.837,56
TOTAL ENCARGOS	28,548%					R\$ -	1.122.876,23
SUBTOTAL (SALARIOS+ENCARGOS)						R\$ -	6.161.841,73
BENEFÍCIOS							
VALE TRANSPORTE	R\$ 8,10	30 Funcionários beneficiários			760	R\$ -	120.432,00
VALE REFEIÇÃO ALIMENTAÇÃO	R\$ 12,11	30 Funcionários beneficiários			760	R\$ -	302.796,00
TOTAL BENEFÍCIOS							
						R\$ 1.074,00	423.228,00
CUSTEIO MENSAL DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM ENCARGOS E BENEFÍCIOS						TOTAL	R\$ 6.600.872,93

QUADRO II - CUSTEIO DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA - 12º AO 24º MÊS (VALORES COM ENCARGOS E BENEFÍCIOS)							
RECURSOS HUMANOS	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QTD	SALÁRIO BÁSICO	INSSAL. GEREDE	ADICIONAL NOTURNO	TOTAL	
MEDICO	40	180	R\$ 15.537,67	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 2.985.580,77	
ENFERMEIRO	40	180	R\$ 6.296,04	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 1.174.706,41	
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	40	180	R\$ 2.436,30	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 472.734,48	
ODONTÓLOGO DENTISTA	40	60	R\$ 6.296,04	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 360.205,14	
TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL	40	60	R\$ 2.436,30	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 161.576,15	
FARMACIA DE SAÚDE BUCAL	40	60	R\$ 1.604,25	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 109.466,05	
FARMACÊUTICO	40	20	R\$ 6.296,04	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 164.431,07	
TÉCNICO DE FARMÁCIA	40	30	R\$ 2.436,30	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 76.786,08	
GERENTE	40	35	R\$ 8.812,82	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 318.148,53	
LIMPEZA / PORTARIA	40	120	R\$ 1.444,00	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 200.280,00	
TOTAL FUNCIONARIO		835					
TOTAL SALÁRIOS			R\$ 53.657,75	R\$ 2.280,00	R\$ -	R\$ 5.957.425,70	
ENCARGOS SOCIAIS/TRABALHISTAS	27,646%						
INSS - EMPRESA	0,000%	CEBAS				R\$ -	
INSS - TERCEIROS	0,000%	CEBAS				R\$ -	
FGTS	8,000%					R\$ 428.864,08	
FÉRIAS + 13	0,185%	FÉRIAS E 13º SALÁRIO CONSTITUCIONAL SOBRE LEI Nº 12.506/11				R\$ 11.021,24	
13º SALÁRIO	0,000%					R\$ 456.203,58	
PERCULSORES	11,101%	2,75% sobre os R\$ 100.000,00; 1,502% Férias proporcionais em caso de afastamento; 0,42% - 0,833% AVISO PRECISO INDENIZADO; AVISO PRECISO - (descontado); 0,139% 13º salário (Lei nº 12.506/11); 0,101% FÉRIAS E 13º SALÁRIO CONSTITUCIONAL sobre Lei nº 12.506/11 (descontado); 4,00% MULTA PRECISO - 1,202% Encargos Patronais				R\$ 660.121,06	
ENCARGO FISCAL	1,000%						
IR	1,000%					R\$ 56.574,20	
TOTAL ENCARGOS	28,646%					R\$ 1.706.564,17	
SUBTOTAL (SALÁRIOS+ENCARGOS)						R\$ 7.663.989,87	
BENEFÍCIOS							
VALE TRANSPORTE	R\$ 10			Os Funcionários Beneficiários	935	R\$ 186.017,00	
VALE ALIMENTAÇÃO	R\$ 13,11			Os Funcionários Beneficiários	935	R\$ 322.522,70	
TOTAL BENEFÍCIOS							
					SUBTOTAL	R\$ 508.539,70	
CUSTEIO MENSAL DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM ENCARGOS E BENEFÍCIOS						TOTAL	R\$ 8.203.129,57

QUADRO II - CUSTEIO DE UMA EQUIPE DE NASF - 1º AO 12º MÊS (VALORES COM ENCARGOS E BENEFÍCIOS)							
RECURSOS HUMANOS	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QTD	SALÁRIO BASE	INDEVIDUIDADE	ADICIONAL NOTURNO	TOTAL	
MEDICO NASF	40	10	R\$ 11.095,63	R\$ 200,00	R\$ -	R\$	113.195,30
PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR	40	40	R\$ 9.730,34	R\$ 200,00	R\$ -	R\$	349.412,60
TOTAL FUNCIONARIO		50					
TOTAL SALARIOS			R\$ 16.829,97	R\$ 440,00	R\$ -	R\$	253.607,90
ENCARGOS SOCIAIS/TRABALHISTAS	27,641%						
INSS - EMPREGADO	0,000%					R\$	
INSS - TERCEIROS	0,000%					R\$	
FORT	0,000%					R\$	29.289,70
FÉRIAS - 1/3	0,133%					R\$	654,18
13º SALARIO	0,330%					R\$	29.455,70
RESCISÓRIOS	11,131%					R\$	38.360,30
ENCARGO FISCAL	1,000%						
PTD	1,000%					R\$	3.506,10
TOTAL ENCARGOS	28,546%					R\$	101.299,98
SUBTOTAL (SALARIOS+ENCARGOS)						R\$	454.907,88
BENEFÍCIOS							
VALE TRANSPORTE	R\$ 6,10		Qtd. Funcionários beneficiados	50	R\$		9.610,00
VALE REFEIÇÃO / ALIMENTAÇÃO	R\$ 12,14		Qtd. Funcionários beneficiados	50	R\$		19.921,00
TOTAL BENEFÍCIOS							
						SUBTOTAL	R\$ 29.531,00
CUSTEIO MENSAL DE UMA EQUIPE DE NASF COM ENCARGOS E BENEFÍCIOS						TOTAL	R\$ 483.739,99

QUADRO II - CUSTEIO DE UMA EQUIPE DE NASF - 12º AO 24º MÊS (VALORES COM ENCARGOS E BENEFÍCIOS)							
RECURSOS HUMANOS	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QTD	SALÁRIO BASE	INSSALUBRIDADE	ADICIONAL NOTURNO	TOTAL	
MEDICO NASF	40	10	R\$ 11.438,12	R\$ 220,00	R\$ -	R\$	117.081,17
PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR	40	40	R\$ 8.222,00	R\$ 220,00	R\$ -	R\$	248.520,08
TOTAL FUNCIONARIO		50					
TOTAL SALARIOS			R\$ 17.451,92	R\$ 440,00	R\$ -	R\$	365.601,25
ENCARGOS SOCIAIS TRABALHISTAS	27,846%						
INSS - EMPRESA	0,000%	DESAF				R\$	
INSS - TERCEIROS	0,000%	DESAF				R\$	
FGTS	8,000%					R\$	29.048,10
FERIAS + 13	0,185%	FERIAS + 13 + 1/3 DO 13º SALARIO SOBRE LEI Nº 12.506/11				R\$	976,36
13º SALARIO	8,330%					R\$	30.454,38
RESCISÓRIOS	11,131%	2,11% sobre os meses (10); 1,652% Férias proporcionais em caso de demissão; 0,12% 0,803% AVISO PRECISO INDEVIDO AVISO PRECISO (das extras); 0,136% 13º salario (Lei nº 12.506/11); 0,185% FERIAS E ADICION CONSTITUCIONAL sobre Lei nº 12.506/11 (depar); 1,30% MULTA 50%DTOS 1,202% Encargos Patronais				R\$	82.665,07
ENCARGO FISCAL	1,000%						
IRPJ	1,000%					R\$	2.050,21
TOTAL ENCARGOS	28,846%					R\$	104.738,13
SUBTOTAL (SALARIOS+ENCARGOS)						R\$	470.339,38
BENEFÍCIO							
VAL. TRANSPORTE	R\$ 6,12			Qtd. Funcionários beneficiados	NO	R\$	9.040,00
VAL. ALIMENTAÇÃO	R\$ 18,11			Qtd. Funcionários beneficiados	NO	R\$	18.921,00
TOTAL BENEFÍCIO							
						SUBTOTAL	R\$ 28.961,00
CUSTEIO MENSAL DE UMA EQUIPE DE NASF COM ENCARGOS E BENEFÍCIOS						TOTAL	R\$ 499.299,38

Política de Recursos Humanos

A OS Viva Rio objetiva atrair, desenvolver e reter pessoas comprometidas e identificadas com sua cultura organizacional: missão, visão e valores, e que estejam alinhados com os princípios e diretrizes do SUS, entre eles: universalidade, equidade e participação da comunidade.

A política de Gestão de Pessoas da OS Viva Rio objetiva a completa interação entre os Recursos Humanos e a Organização através da definição de estratégias que visam o fortalecimento organizacional, o engajamento dos colaboradores, a satisfação dos usuários e a melhoria constante dos serviços oferecidos.

Princípios norteadores da política de Recursos Humanos:

- ✓ Valorização profissional;
- ✓ Garantia da inclusão de Pessoas com Deficiência (PCD);
- ✓ Institucionalização dos processos de Educação e Desenvolvimento;
- ✓ Promoção da contratação de profissionais do entorno;
- ✓ Saúde e bem-estar do trabalhador;
- ✓ Garantia, por bases legais, de uma remuneração compatível com o mercado de trabalho.




Gestão Estratégica através de:

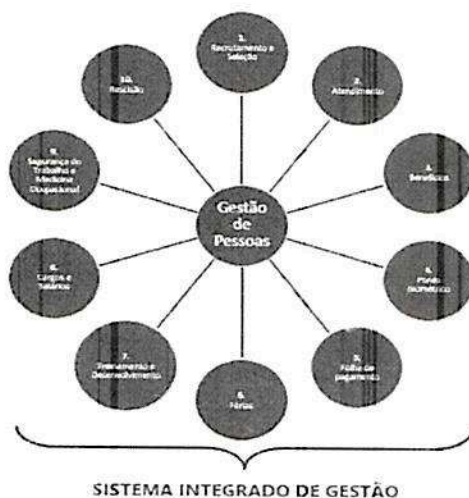
- ✓ Avaliação de Desempenho;
- ✓ Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS);
- ✓ Acordo Coletivo de Trabalho;
- ✓ Gestão Participativa (supervisão, grupos de trabalho e rodas de conversa);
- ✓ Transparência nos processos de seleção de pessoal.

Ações Estratégicas:

- ✓ Agir em conformidade com o Código de Ética e Conduta da Viva Rio, com o Regulamento Interno de Gestão de Pessoas e Regimento Interno;
- ✓ Manter os profissionais permanentemente capacitados e atualizados;
- ✓ Manter rotina de avaliação dos profissionais;
- ✓ Manter canal de comunicação com o usuário;
- ✓ Manter o Controle de Frequência dos Funcionários pelo Ponto Biométrico.

O setor de Gestão de Pessoas abrange três áreas de atuação: Recursos Humanos, Departamento Pessoal e Segurança e Medicina do Trabalho, sendo dividido em 10 subsistemas integrados, que estão apresentados na figura abaixo, e que são responsáveis pela operacionalização desta política.

Figura 29: Setores que compõem a área de Gestão de Pessoas



E para viabilizar a execução das atividades supracitadas, a equipe de Gestão da Pessoas da OS Viva Rio atualmente² é composta por:

- ✓ 1 Gerente de Gestão de Pessoas
- ✓ 1 Coordenador de Gestão de Pessoas
- ✓ 1 Supervisor de Recursos Humanos

²Essa equipe pode ser redimensionada de acordo com a necessidade de adequação dos Recursos Humanos da Instituição em se ajustar a novos projetos.

- ✓ 1 Engenheiro de Segurança do Trabalho
- ✓ 5 Analistas de Recursos Humanos
- ✓ 1 Analista de Cargos e Salários
- ✓ 3 Analistas de Folha de Pagamento
- ✓ 3 Técnicos de Segurança do Trabalho
- ✓ 2 Assistentes de Medicina Ocupacional
- ✓ 4 Assistentes de Ponto Eletrônico
- ✓ 1 Analista de Benefícios
- ✓ 1 Analista de Rescisão
- ✓ 1 Assistente de Rescisão
- ✓ 2 Auxiliares Administrativos
- ✓ 3 Estagiários

Todos os profissionais são qualificados para atuar em sua área de conhecimento, possuindo cursos de capacitação e passando por treinamentos *on job* de forma periódica.

Sistema Integrado de Gestão Empresarial

O Sistema Integrado de Gestão Empresarial (ERP) tem objetivo automatizar os processos da área de gestão de Pessoas e possibilita o acesso a um banco de dados de todos os funcionários, automação de registros e tratamento de ponto biométrico, integração de dados e cálculos da folha de pagamento, gestão de pessoas e saúde e segurança ocupacional, além de atender os requisitos previstos para transmissão de eventos ao Programa do Governo eSocial.

Os setores envolvidos na Política de Gestão Pessoas estão inseridos e utilizam o mesmo sistema operacional, o que garante maior segurança na execução, geração e rastreabilidade das informações processadas.

Subsistemas e suas principais atribuições

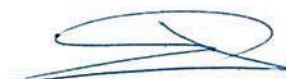
Recrutamento e Seleção

O trabalho voltado para a área da saúde traz consigo a necessidade de avaliação cotidiana tanto dos profissionais quanto das competências e habilidades necessárias para realização das funções e responsabilidades que cabem a cada categoria profissional.

Desta forma, o processo seletivo é porta de entrada, isto é, a primeira etapa de avaliação do potencial técnico e comportamental dos futuros empregados e está atrelado:

- ✓ A proposta de perfil de trabalho dos profissionais para Rede de Atenção Primária do Município de Rio de Janeiro, com suas especificidades;
- ✓ Às políticas, objetivos e valores da OS Viva Rio;
- ✓ E às estratégias de mercado para captação e análise de profissionais.
- ✓ No primeiro momento, a contratação do quadro de pessoal será realizada por meio de um Processo Seletivo Simplificado, seguinte as seguintes descritas abaixo:
- ✓ Planejamento do processo seletivo;
- ✓ Divulgação;
- ✓ Captação e triagem;
- ✓ Aplicação de prova objetiva (1ª etapa – eliminatória);
- ✓ Aplicação de entrevista técnica e comportamental (2ª etapa – classificatória);
- ✓ Análise do Perfil Profissional;
- ✓ Divulgação de resultados e convocação dos aprovados.

Concomitantemente a esse processo, poderá ser publicado um edital de Processo Seletivo Público visando provisão definitiva dos profissionais de saúde segundo necessidades estabelecidas no dimensionamento de pessoal. Para o atendimento deste requisito, a OS Viva



Rio poderá contratar instituições especializadas na condução de Processo Seletivo Público e esta, por sua vez, cobrar taxa de inscrição dos candidatos para a execução do referido processo.

A OS Viva Rio se propõe a realizar o processo seletivo de acordo com os princípios da transparência, publicidade e impessoalidade, sendo a divulgação e o acompanhamento do processo divulgados através do site da OS Viva Rio, observando o Regulamento de Gestão de Pessoas (<http://www.vivario.org.br/regulamentos/>) e o Código de Ética e Conduta (<http://www.vivario.org.br/wordpress/wp-content/uploads/2017/09/Programa-de-%C3%89tica-e-Integridade-VIVA-RIO.pdf>) da Organização: "Levar em conta competência técnica e comportamental, experiência profissional e habilidades, garantindo igualdade de condições a todos nos processos de seleção e promoção."

A área de Gestão de Pessoas trabalha com profissionais especializados e qualificados para realizar a cobertura de todas as categorias técnicas, utilizando ferramentas de recrutamento nas redes sociais e sites de vagas, grupos de profissionais técnicos, networking de diversos profissionais, além do banco de profissionais cadastrados que já atuaram ou participaram de processos na OS Viva Rio.

A OS Viva Rio utiliza do seu banco de profissionais previamente cadastrados para convocação de forma imediata, havendo necessidade de cobertura por faltas ou demais licenças.

Contratação de Pessoas com Deficiência (PCD's)

Atento às demandas sociais e seguindo às políticas de inclusão, de acordo com o Decreto Federal nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999 e, em cumprimento à Lei Estadual nº 3.398, de 08 de julho de 1994, com redação alterada pela Lei Estadual nº 2.482, de 14 de dezembro de 1995, a OS Viva Rio destina 5% de suas vagas para Pessoas com Deficiência (PCD). Além disso, a OS Viva Rio desenvolve outras ações em benefício da pessoa com deficiência (PCD), tais como: participação ativa em feiras voltadas para inclusão de portadores da deficiência, patrocínio de eventos destinados a captar profissionais Pcd, realização de processos seletivos voltados para seleção de Pcds, parceria com associações, entre outras ações diversas que são capitaneadas pelo Programa Viva Rio Eficiente.

Neste momento, a OS Viva Rio encontra-se em movimento para contratar profissionais fluentes em libras como forma de promover o maior acesso de usuários portadores de deficiência auditiva.

Atendimento

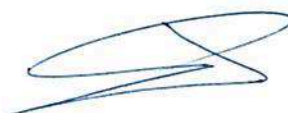
Atuando como uma ponte entre o profissional e os demais setores da Área de Gestão de Pessoas, o Setor de Atendimento tem como principais atribuições:

- ✓ Realizar processos de admissão;
- ✓ Receber profissionais que estão com dúvidas e direcioná-los aos setores responsáveis;
- ✓ Efetuar atualizações cadastrais, como por exemplo: troca de endereço e atualização de estado civil;
- ✓ Encaminhar solicitações de movimentações e promoções;
- ✓ Emissão de documentos e declarações de direito do trabalhador.

Benefícios

A OS Viva Rio compreende que o pacote de benefícios oferecido compõe uma remuneração indireta, oferecendo maior contentamento e suporte de maneira a suprir necessidades pessoais de seus profissionais. Com isso objetivamos valorizar e reter nossos profissionais e ao mesmo tempo reduzir a rotatividade e o absenteísmo.

Baseado nisso, a Instituição fornece os benefícios sempre em conformidade com as pactuações definidas nas convenções coletivas, disponibilizando o pacote de acordo com as especificidades dos projetos sob sua gestão.



Existe uma constante preocupação em avaliar a qualidade dos benefícios oferecidos, assim como expandir suas parcerias e convênios, buscando sempre atingir o maior número de beneficiários. Citamos abaixo o pacote em vigor:

Vale Transporte

Concedido de acordo com a necessidade de cada profissional e mediante a apresentação do comprovante de residência no ato da admissão. De acordo com Lei, o profissional que optar por este benefício sofrerá um desconto de 6% de sua remuneração, respeitando o limite máximo que corresponde ao valor total do crédito recebido pelo profissional. O valor deste benefício poderá ser alterado mediante apresentação de documento comprobatório de alteração de endereço.

Vale Alimentação / Refeição

O benefício de alimentação é garantido para todos os profissionais. Os valores aplicados são baseados no orçamento previsto em cada projeto. O formato proposto para a concessão do benefício para a Rede de Atenção Primária de Rio de Janeiro, será apresentado em duas modalidades: Vale Alimentação ou Refeição. A escolha será feita pelo profissional, de acordo com a escolha individual, no ato de seu processo admissional. O crédito é disponibilizado mensalmente no formato de cartão nominal do profissional, oferecendo a ele autonomia e gestão do benefício.

Salário Família

O benefício deverá ser pago para cada filho, até os 14 anos de idade, dos profissionais que compõem nosso quadro funcional. No entanto, os profissionais elegíveis a este benefício estão condicionados a não ultrapassarem a faixa estabelecida pela tabela legal, que é atualizada anualmente.

Crédito Consignado

O Crédito consignado é oferecido pela OS Viva Rio através do banco conveniado. O desconto das parcelas é realizado diretamente na folha de pagamento do profissional. Para a concessão deste benefício, o profissional deverá ter no mínimo 1 (um) ano de vínculo por contrato celetista com a Instituição e o valor da parcela mensal deve ser igual ou menor que 30% da remuneração do profissional.

Convênios e Parcerias

A OS Viva Rio possui diversos convênios com instituições de ensino (Escolas de educação Infantil, colégios, universidades, escola de idiomas), locais de lazer (SESC, academias, escolas de dança, espaços colaborativos), entre outros.

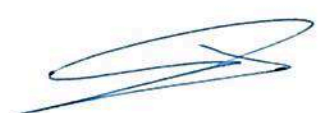
Outros benefícios podem ser incrementados conforme previsão orçamentária de cada um dos contratos, convênios ou serviços dos quais o colaborador faz parte.

Ponto Biométrico

A proposta para controle da frequência dos profissionais é apresentado no ITEM 4.F, da presente proposta.

Folha de Pagamento

O Setor de Folha de Pagamento tem como principais responsabilidades mensais o pagamento salarial de toda a força de trabalho da OS Viva Rio, pagamento de autônomos, geração de encargos e envio para pagamento de FGTS e INSS, recolhimento IRRF, pagamento de PIS e envio das informações de admissão e demissão através do CAGED.



Como obrigações anuais o setor deve declarar todos os Recolhimentos Tributáveis à Receita Federal (DIRF) e a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) para o Ministério do Trabalho.

Pagamento salarial

Todo o empregado deverá receber seu salário até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente ao mês trabalhado, mediante crédito em conta salário ou corrente informada ao setor no ato de sua admissão. Os analistas responsáveis pela folha de pagamento realizam a conferência final de todos os eventos informados e dos encargos sociais gerados pelo sistema operacional. Depois da verificação da conformidade dos cálculos é gerado o arquivo bancário eletronicamente e enviado ao setor financeiro, que realiza os pagamentos dos salários. Por fim, são gerados os impostos, pensões e relatórios para Prestação de Contas.

O acesso ao demonstrativo salarial deverá ser feito, via intranet, no portal do RH (<http://totvsportalrh.vivario.org.br/corpore.net/Login.aspx>) ou via aplicativo Meu RH. No dia 10 do mês seguinte à contratação o profissional poderá acessar o sistema com o login e senha fornecidos por informativo pelo atendimento no momento de sua admissão.

Autônomos

Todo o profissional prestador de serviço autônomo poderá receber seus honorários em até 2 (duas) datas específicas no decorrer do mês. A data estipulada para pagamento e as informações relativa à prestação de serviços serão devidamente preenchidas no documento "Ordem de Serviço".

Férias

O Setor de Férias é o responsável por dimensionar e programar o período de descanso anual, que deve ser concedido ao empregado após o exercício de suas atividades pelo período de um ano (12 meses consecutivos), denominado período "aquisitivo".

Na OS Viva Rio, ao cumprir o período aquisitivo, o empregado poderá solicitar férias ao seu gerente imediato, que deverá observar que não haja prejuízo à execução do objetivo social da Organização. A aprovação do período de gozo das férias, denominado período concessivo, se dará pelo gestor imediato que deverá informar a área de Gestão de Pessoas, com 60 (sessenta) dias de antecedência.

O prazo legal para pagamento das férias é de até 48 horas úteis antes do início do gozo de férias.

Treinamento e Desenvolvimento

O setor de Treinamento e Desenvolvimento tem como principal objetivo produzir ferramentas e soluções capazes de desenvolver profissionais, trazer mais produtividade para equipes de trabalho e oferecer oportunidades de melhoria nos processos e procedimentos.

As responsabilidades do setor envolvem diretamente os **Princípios Norteadores** - Valorização Profissional e Institucionalização dos processos de Educação e Desenvolvimento - e **Gestão Estratégica** - Avaliação de Desempenho e Gestão participativa, supervisão das atividades, rodas de conversa e grupos de trabalho.

Com o intuito de conseguir maior assertividade no desenvolvimento humano, técnico e gerencial e visando obter profissionais conscientes de seu papel dentro da Rede de Atenção Primária do Município de Rio de Janeiro, utilizamos como estratégia de atuação as etapas e metodologias de trabalho propostas abaixo:



SENSIBILIZAÇÃO E ENTENDIMENTO DOS PROCESSOS



Sensibilização e entendimento dos processos

Esta etapa contempla os seguintes pontos:

- ✓ MAPAS PROFISSIONAIS – Apresentar os mapas profissionais que estão contidos da Rede de Atenção Primária do Município de Rio de Janeiro.
- ✓ PAPEL PROFISSIONAL – Reconhecer e valorizar o papel de cada profissional dentro do processo da Rede de Atenção Primária do Município de Rio de Janeiro.
- ✓ SENTIMENTO DE PERTENCIMENTO – Reforçar o pertencimento, a pertinência e o entendimento dos diálogos.
- ✓ CONSTRUÇÃO COLETIVA – Trazer possibilidades de abertura dos olhares para formatação didática, agregadora e estimuladora no processo de construção coletiva.
- ✓ EDUCAÇÃO PERMANENTE – Sensibilizar sobre a importância da Educação Permanente nos processos de trabalho da saúde, à luz da Política Nacional de Educação Permanente – PNEPS, construindo uma identidade enquanto grupo, através dos princípios da Educação Permanente, suas ferramentas e orientação do processo de trabalho.
- ✓ SABERES MULTIPROFISSIONAIS – Possibilitar a contribuição individual de forma singular e agregando saberes através das equipes que comumente são multiprofissionais.
- ✓ AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO – Apresentar a ferramenta de avaliação de desempenho por competência, desenvolvida pela OS Viva Rio, contribuindo para um melhor entendimento da dinâmica de funcionamento.
- ✓ SISTEMA DE GRATIFICAÇÃO – Apresentar informações sobre o sistema de gratificação oferecido, conforme indicadores estabelecidos nas variáveis, do contrato de prestação de serviços e dentro dos padrões estabelecidos para pagamento a cada profissional.
- ✓ CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS – Apresentar o quadro de treinamentos obrigatórios no contexto da Segurança e Saúde do Trabalhador.

Diagnóstico situacional

Etapa que consiste no reconhecimento e levantamento de necessidades que fundamentam o planejamento estratégico a fim de permitir o desenvolvimento de ações efetivas em relação às questões apresentadas.

É realizado nos 3 (três) primeiros meses de contrato, uma vez por ano e sempre que houver a necessidade de revisão de processos de trabalho.

Educação Continuada e Educação Permanente

Os processos educacionais estipulados pelo setor de Treinamento e Desenvolvimento prezam:

- ✓ Pela valorização e crescimento do profissional e equipes nos seus campos de trabalho (técnico);
- ✓ Pelo oferecimento de estratégias e materiais que visam um melhor entendimento e atuação nos processos de trabalho (processos);
- ✓ Pela maturação profissional nos processos que envolvem as relações de trabalho e as transformações necessárias para seu desenvolvimento pessoal (comportamental).

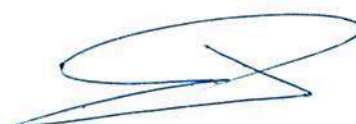
Educação Continuada

A **Educação Continuada** tem como principais propostas desenvolver competências individuais e coletivas, incentivando o autodesenvolvimento profissional e trazendo à tona a responsabilidade do próprio crescimento.

Modalidade - Dentre as principais modalidades que possibilitam a realização das atividades previstas, a OS Viva Rio dispõe de treinamentos presenciais e à distância (através de nossa plataforma virtual), treinamentos em serviço, grupos de trabalho e treinamento de multiplicadores.

Quadro 11: Mapa de Treinamentos

Classe	Título	Público-Alvo	Período	Objetivo	Modalidade
TREINAMENTOS INSTITUCIONAIS	Ambientação	Todos os profissionais atuantes	No primeiro mês de trabalho.	Apresentar a Organização e seus objetivos, crenças e valores, junto com os direitos, deveres e ferramentas de acesso às informações, integrando o profissional à dinâmica proposta. Reforçar o conceito da parceria e a importância do entendimento da atuação junto à saúde coletiva.	Presencial ou à distância
	Curso de Ética e Integridade	Todos os profissionais atuantes	No primeiro mês de trabalho.	Garantir que todos os profissionais estejam alinhados aos valores, princípios e objetivos da OSS Viva Rio, com respeito às leis, regulamentos e políticas externas.	Presencial ou à distância.
	Política de Segurança da Informação	Todos os profissionais atuantes	No primeiro mês de trabalho.	Garantir que todos os profissionais entendam suas responsabilidades e atuem em consonância com os preceitos da Política de Segurança da Informação da OSS Viva Rio, reduzindo o risco de furto, fraude ou mau uso da informação.	Presencial ou à distância.




PROCESSOS DE TRABALHO – ENGENHARIA CLÍNICA	Equipamentos de Saúde	Capacitação sobre a utilização de componentes do parque de equipamentos direcionada aos profissionais utilizadores	O cronograma será desenvolvido após diagnóstico situacional	Otimizar o uso dos equipamentos, garantindo a maior qualidade no funcionamento, através da orientação técnica, prezando pela segurança do paciente	Presencial
	Prevenção/ Tratamento de acidentes	Conforme tabela apresentada no item 9. Segurança do Trabalho e Medicina Ocupacional - Matriz de Treinamento de Segurança e Saúde do Trabalhador		Oferecer visibilidade e informação sobre: - Riscos ocupacionais existentes nos locais de trabalho e as medidas de controle adotadas pela instituição para reduzir ou eliminar tais riscos - Procedimentos que devem ser adotados em caso de acidente ou doença relacionados ao trabalho, análise de suas causas e cumprimento das disposições legais e regulamentares sobre segurança e saúde no trabalho	Presencial
PROCESSOS DE TRABALHO – SEGURANÇA E SAÚDE OCUPACIONAL	ERP de Folha de Pagamento	Profissionais do Departamento Pessoal	Trimestralmente e/ou sob demanda	Reforçar e atualizar sobre a efetiva utilização do aplicativo Sistema – ERP em Folha de Pagamento – para todas as rotinas do Departamento Pessoal. Abordar as possíveis parametrizações utilizadas para a realização desses processos	Presencial
	ERP de Ponto	Obrigatório/ Profissionais do Departamento Pessoal	Trimestralmente e/ou sob demanda	Trabalhar os controles de jornada e nas rotinas diárias e operacionais do ERP de Ponto – apresentando as funcionalidades deste aplicativo, possibilitando ao participante explorar seus recursos por meio de exercícios práticos assistidos pelo instrutor.	Presencial
	eSocial: Teoria e Prática	Profissionais do Departamento Pessoal	Trimestralmente e/ou sob demanda	Orientar sobre a finalidade do eSocial, assim como os principais impactos nos processos da Organização, destacando os pontos a serem observados no processo de implantação e tratamento de inconsistências.	Presencial
	Portal específico de Gestão de ERP de Segurança e Saúde	Gestores	Trimestralmente e/ou sob demanda	Capacitar os gestores na execução de procedimentos de gerenciamento no sistema.	Presencial
		Profissionais de	Trimestralmente e/ou sob demanda	Apresentar os controles necessários para o gerenciamento das atividades inerentes a Segurança e Medicina do	Presencial

	Ocupacional	Segurança e Saúde Ocupacional	demanda	Trabalho, a fim de atender aspectos ligados a Legislação vigente.	
PROCESSOS DE GESTÃO	Avaliação de Desempenho	Gerentes, Coordenações e demais lideranças que deverão avaliar suas equipes formalmente.	1 (um) mês antes do início do processo de avaliação no sistema.	Orientar lideranças em relação a todos os processos necessários, desde o planejamento, aplicação e acordos, a fim de garantir a qualidade dos resultados com insumos efetivos para o desenvolvimento individual e de equipes. Apresentar o sistema e o tutorial utilizados para a efetiva realização do processo	Presencial

*Além dos treinamentos citados na tabela acima, poderemos oferecer capacitações específicas para as necessidades das equipes e funções a partir do diagnóstico situacional, que deverá ser realizado nos três primeiros meses de contrato.

E ainda contamos com estratégias elaboradas, em conjunto com a nossa Comunicação Interna, para oferecer pilulas de informação e fontes de pesquisas, através da Intranet, que embasem novas possibilidades de atuação e fortaleçam o desenvolvimento profissional.

Educação Permanente

A Educação Permanente é um processo contínuo de aperfeiçoamento e atualização profissional, processo este que será implementado na REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE RIO DE JANEIRO, com o objetivo de atender as demandas técnico-assistenciais de acordo com o perfil e as características das unidades, promovendo a qualidade da assistência através de um processo contínuo de aprendizado interpessoal.

Falaremos sobre Educação Permanente com suas descrições e especificidades no item 5A desta proposta.

Avaliação de Desempenho

Avaliação de desempenho é uma ferramenta de gestão de pessoas que tem como objetivo analisar, de forma idônea e criteriosa, o desempenho individual ou de um grupo de profissionais em suas atuações dentro de uma empresa. Avalia-se, dentro de critérios pré-determinados, baseando-se na função e responsabilidades de cada profissional, como se encontra seu desempenho em determinado período de tempo e quais oportunidades de desenvolvimento se enxerga para cada indivíduo.

Formato de Avaliação

A OS Viva Rio implantou a ferramenta de Avaliação de Desempenho por Competência para todos os seus profissionais - ferramenta que possibilita um olhar específico para cada profissional de sua equipe de trabalho, potencializando os talentos que já possuímos, identificando o que cada um tem de melhor e as possibilidades de melhoria dentro do seu dia a dia de trabalho.

Os resultados de cada avaliação de desempenho trazem os insumos necessários para uma nova etapa do desenvolvimento profissional.

Períodos e Instrumentos de Avaliação

A Avaliação de Desempenho por competência encontra-se presente nos seguintes

períodos:

- ✓ Avaliação por Prazo de Experiência
- ✓ Avaliação Periódica Anual

Avaliação do Período de Experiência

Objetivo: Refletir sobre a relação de trabalho que se iniciou, analisando, através de elementos objetivos e formais as possibilidades de crescimento do profissional no âmbito técnico e comportamental, a fim de verificar as reais possibilidades de continuidade do contrato de trabalho.

Responsável pela avaliação

Gestor da unidade/projeto/setor junto ao coordenador direto, quando for cabível.

Principais tópicos analisados:

1. Evolução Profissional – Pontuar o desenvolvimento de habilidades e competências, visando a melhoria da atuação profissional em produtividade e, conseqüentemente, os resultados esperados para a função.
2. Frequência do profissional – Observar assiduidade durante o período de experiência.
3. Comportamento no ambiente de trabalho – Avaliar a adaptação do profissional às novas rotinas e demandas, relação com outros profissionais e equipes de trabalho e empenho na resolução de demandas e na troca com seus grupos de trabalho.
4. Adaptação às normas organizacionais – Avaliar a integração do profissional aos valores e regras institucionais e padrões estipulados pelo órgão contratante (SUS, Secretarias, Institutos).

Cronograma para análise: 45 (Quarenta e cinco) e 90 (Noventa) dias, sendo que no 2º prazo a avaliação deverá ser feita com até 5 (cinco) dias de antecedência do término do tempo de experiência.

Avaliação	Ação	Cronograma de aplicação			Responsáveis
		Até 45 dias	Até 90 dias	Logo após término do processo	
Período de Experiência - 45 dias	Realizar avaliação junto à coordenação direta, quando cabível.	X			Gestor da Unidade/Projeto/Setor
	Realizar retorno ao profissional, pontuando pontos positivos e a desenvolver.		X		Gestor da Unidade/Projeto/Setor
	Realizar acordos e assinar documento de avaliação.				Profissional avaliado
	Garantir o envio do documento digitalizado para o analista de RH responsável e para o setor de Atendimento.			X	Gestor da Unidade/Projeto/Setor
Avaliação	Ação	Cronograma de aplicação			Responsáveis
		Até 10 dias antes do fim do contrato	No dia do término do contrato	Logo após término do processo	
Período de Experiência - 90 dias	Realizar avaliação junto à coordenação direta, quando cabível.	X			Gestor da Unidade/Projeto/Setor
	Acompanhar, junto aos gestores, a aplicação da avaliação.	X			Analista de RH
	Realizar retorno ao profissional, pontuando os bases para decisão de continuação ou término do contrato de trabalho.		X		Gestor da Unidade/Projeto/Setor
	Garantir o envio do documento digitalizado para o analista de RH responsável e para o setor de Atendimento.			X	

Instrumento utilizado: Formulário em papel “instrumento de avaliação de desempenho” disponibilizado ao Gestor. Os itens do formulário encontram-se presentes no tópico – Estrutura de conteúdos e conceitos – presentes na descrição da Avaliação Periódica.

Avaliação Periódica Anual

Objetivo: A ferramenta desenvolvida pela OS Viva Rio, pautada nas especificidades técnicas e comportamentais, possui aplicação em 180º (auto avaliação, avaliação da gestão e avaliação por consenso) e tem como principais objetivos:




- ✓ Avaliar competências e seus potenciais de crescimento em cada profissional para o desempenho da função;
- ✓ Traçar oportunidades de desenvolvimento profissional contínuo e de crescimento pessoal.

A dinâmica do processo é construída em dois momentos:



Estrutura de conteúdo e conceitos

As competências de um profissional são as partes estruturadoras do seu desempenho. Nesta avaliação, separamos em duas categorias:

- ✓ Comportamentais - relacionadas à interação do indivíduo com o meio
- ✓ Técnicas - relacionadas ao desempenho na função

O instrumento de avaliação de desempenho se configura, atualmente, com a seguinte estrutura de conteúdo:

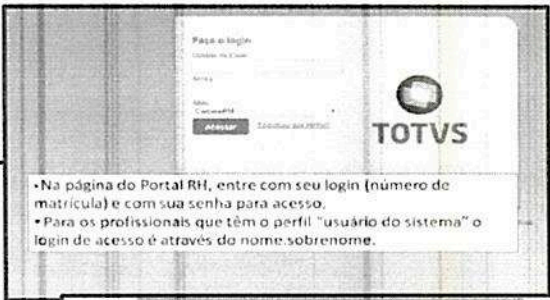
ÁREA DE COMPETÊNCIA	ITENS AVALIADOS (COMPETÊNCIAS)	ITENS DE PERFORMANCE	OBSERVAÇÃO
Competência Técnica	Informações técnicas	Detém os conhecimentos, habilidades e experiência necessários às suas atividades. Aplica recursos teóricos e práticos para a realização das atividades. Expressa autoconfiança nas informações, atividades e serviços prestados sob a sua responsabilidade.	ITEM ESPECÍFICO GESTORES
	Capacidade analítica	Identifica, interpreta e avalia diferentes tipos de dados. Relaciona os diferentes tipos de dados de forma lógica e com sentido crítico. Acompanha o desenvolvimento profissional, utilizando ferramentas de apoio que possam contribuir para uma avaliação imparcial e de qualidade. Monitora e avalia, periodicamente, os resultados de sua unidade/setor/equipe, traçando estratégias para a melhoria do desempenho.	
	Geração do conhecimento	Busca, sistematiza, registra e dissemina o conhecimento, de modo a transformá-lo em soluções possíveis e assertivas para sua área/território/local de trabalho.	ITEM ESPECÍFICO GESTORES
	Comunicação	Escuta atentamente e expressa suas ideias, verbalmente e por escrito. Use uma linguagem clara e objetiva. Certificação do entendimento das mensagens transmitidas ou recebidas. Adota o meio de comunicação adequado ao conteúdo e contexto da informação. Busca conhecer regras institucionais e procura aplicá-las no seu contexto de trabalho. Compartilha informações, envolvendo a equipe no processo, buscando melhores resultados.	

ÁREA DE COMPETÊNCIA	ITENS AVALIADOS (COMPETÊNCIAS)	ITENS DE PERFORMANCE	OBSERVAÇÃO
COMPETÊNCIA COMPORTAMENTAL	Interação e Interlocução	Escuta argumentos e ideias. Possui capacidade de negociação, oferecendo respostas consistentes e educadas, contribuindo para o trabalho e valorizando os relacionamentos.	ITEM ESPECÍFICO (GESTORES)
		Articula com a rede local e busca parceiros, visando ampliar e melhorar a qualidade dos serviços prestados aos usuários/clientes.	
	Colaboração	Coopera no compartilhamento de ideias, atividades e soluções com os membros da equipe e demais profissionais. Põe-se a disposição para executar outros serviços e auxiliar colegas, de acordo com as possibilidades.	
	Ações de incentivo e encorajamento	Demonstra capacidade de estimular seus colegas e demais membros da equipe, sempre que necessário.	ITEM ESPECÍFICO (GESTORES)
		Concretiza com eficácia e eficiência os objetivos de seu trabalho.	
	Orientação para resultados	Cumprir as tarefas que lhe são atribuídas com qualidade e nos prazos estipulados.	
		Preocupa-se com o uso racional dos recursos disponíveis, incluindo custos, prazos e qualidade.	ITEM ESPECÍFICO (GESTORES)
	Busca de orientação	Orienta-se, através da busca de informações e possibilidades, para solucionar questões do dia a dia, diante de situações imprevistas.	
	Adaptação às mudanças	Adapta-se a possíveis mudanças, visando o alcance do resultado esperado.	
		Trata a todos com respeito, presteza e educação, independente de hierarquia e do público.	
	Relacionamento interpessoal	Busca um clima de harmonia, leveza, otimismo, confiança e cooperação. Demonstra capacidade de conviver com diferenças (ritmo, estilo, pensamentos, etc.).	
		Possui a habilidade de dizer "o que precisa ser dito" de forma respeitosa.	
	Auto desenvolvimento	Busca evolução pessoal, profissional e intelectual. Busca aperfeiçoamento e atualização de seus conhecimentos.	
	Organização	Planeja e organiza adequadamente as tarefas relativas à realização do trabalho.	
	Ética	Trata com confidencialidade os dados das entidades e informações/registros de usuários e/ou profissionais. Zeramenta-se do seu local de trabalho no horário estipulado no contrato.	
	Cumprimento de normas institucionais	Cumprir as normas e compromissos de qualidade, inclusive familiares e relacionados. Zelar por bens materiais e equipamentos de trabalho.	

Todo o processo de Avaliação Periódica ocorre dentro do Sistema Integrado de Gestão Empresarial (ERP), no qual todos os funcionários possuem acesso para a entrada na aba "Avaliação".

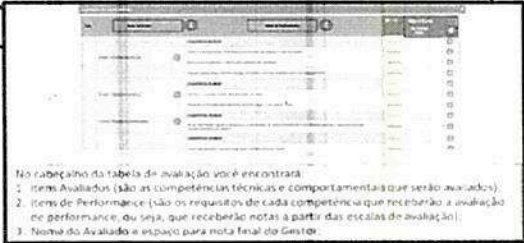
Demonstramos abaixo alguns exemplos de telas para entrada no sistema e dentro do ambiente de produção.

Entrada no Sistema



- Na página do Portal RH, entre com seu login (número de matrícula) e com sua senha para acesso.
- Para os profissionais que têm o perfil "usuário do sistema" o login de acesso é através do nome-sobrenome.

No ambiente de avaliação



No cabeçalho da tabela de avaliação você encontrará:

1. Item Avaliados (são as competências técnicas e comportamentais que serão avaliadas);
2. Item de Performance (são os requisitos de cada competência que receberão a avaliação de performance, ou seja, que receberão notas a partir das escalas de avaliação);
3. Nome do Avaliado e espaço para nota final do Gestor.

No ambiente de avaliação



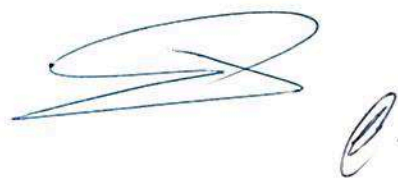
Geração de Gráficos

Como insumo para visualizar oportunidades de melhoria e desenvolvimento profissional individual, de setores/áreas categorias, o sistema permite gerar, ao fim do prazo da Avaliação de Desempenho, os seguintes gráficos: Comparativo por setores, por função e por avaliado, percentual/comparativo de notas de aproveitamento.

Outros gráficos, com características específicas para o negócio e o contrato, poderão ser desenvolvidos dentro do próprio sistema.

Plano de Cargos, Carreiras e Salários

O Plano de Cargos, Carreiras e Salários é apresentado no **ITEM 4C** - dos critérios de avaliação e pontuação da proposta técnica.



Q

A Equipe de Segurança do Trabalho treina e supervisiona os profissionais no uso adequado destes equipamentos realizando visitas periódicas às unidades a fim de acompanhar e orientar as atividades fundamentais para a prevenção de acidentes.

Todos os profissionais da assistência que atuam diretamente ou que possam ter contato com paciente com suspeita ou confirmados com o novo coronavírus (SARS-CoV-2) deverão se proteger visto que a forma de transmissão do vírus ocorre por meio de gotículas respiratórias ou contato. Isso inclui qualquer pessoa que tenha contato próximo – considerado o distanciamento social menor que 1 metro – com alguém que tenha sintomas respiratórios, como por exemplo: espirros, tosse, entre outros sintomas característicos.

O fornecimento de EPI para atuar na prevenção de doença ocupacional por causas respiratórias, principalmente pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), será determinado em conformidade com a *NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020*, que está transcrita abaixo.

Quadro 12: Recomendação de medidas a serem implementadas para prevenção e controle da disseminação do novo coronavírus (SARS-CoV-2) durante o atendimento pré-hospitalar móvel de urgência

CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS E ACOMPANHANTES	- usar máscara cirúrgica; - usar lenços de papel (tosse, espirros, secreção nasal); - higiene das mãos frequente com água e sabonete líquido OU preparação alcoólica a 70%.
PROFISSIONAIS DE SAÚDE	- higiene das mãos com água e sabonete líquido OU preparação alcoólica a 70%; - óculos de proteção ou protetor facial; - máscara cirúrgica; - avental; - luvas de procedimento; - gorro para procedimentos que geram aerossóis. Observação: os profissionais de saúde deverão utilizar máscaras N95, FFP2, ou equivalente, ao realizar procedimentos geradores de aerossóis como por exemplo, intubação ou aspiração traqueal, ventilação mecânica invasiva e não invasiva, ressuscitação cardiopulmonar, ventilação manual antes da intubação, coletas de amostras nasotraqueais.
PROFISSIONAIS DE APOIO, CASO PARTICIPEM DA ASSISTÊNCIA DIRETA AO CASO SUSPEITO OU CONFIRMADO	- higiene das mãos com água e sabonete líquido OU preparação alcoólica a 70%; - óculos de proteção ou protetor facial; - máscara cirúrgica; - avental; - luvas de procedimento.




Fonte: GVIMS/GGTES/ANVISA, 2020

Observação 1: Todas essas medidas são baseadas no conhecimento atual sobre os casos de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) e podem ser alteradas conforme novas informações sobre o vírus forem disponibilizadas.

Observação 2: O uso de máscaras é uma das medidas de prevenção para limitar a propagação de doenças respiratórias, incluindo o novo coronavírus (SARS-CoV-2).

Figura 30: Prevenção ao novo coronavírus (SARS-CoV-2) - Como reduzir o risco

Covid-19 | Novo coronavírus

Como reduzir o risco de infecção?

O que é o novo coronavírus?
O novo coronavírus é um vírus respiratório que provoca uma doença chamada de Covid-19. Os principais sintomas são febre, tosse e dificuldade para respirar, semelhante a um resfriado. O vírus pode ser transmitido pelo contato com uma pessoa contaminada, pelo toque ou aperto de mãos, ou por gotículas de saliva, tosse, espirro ou catarro.

O que você pode fazer?

- 

Lave as mãos várias vezes ao longo do dia com água e sabão. Se não houver água e sabão, você também pode usar um desinfetante para as mãos à base de álcool.
- 

Ao tossir ou espirrar, cubra a boca e o nariz com o cotovelo flexionado ou com um lenço de papel. Se utilizar um lenço, jogue-o fora imediatamente e lave as mãos.
- 

Evite o contato próximo com pessoas que estejam com sintomas de gripe (febre e tosse).

Fonte: Organização Mundial da Saúde (OMS).



fiocruz.br/coronavirus
#SaúdeRespiratória #HigieneEPrevenção



Fonte: FIOCRUZ – Covid19 /2020

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Figura 31: Prevenção ao novo coronavírus (SARS-CoV-2) - Tempo do vírus na superfície de objetos

Covid-19 | Novo coronavírus

Atenção ao tempo em que o novo coronavírus fica ativo em cada superfície

Uma das formas de contágio da Covid-19 é pelo contato com objetos ou superfícies contaminadas, seguido de contato com a boca, nariz ou olhos.

De acordo com a New England Journal Of Medicine, CDC e University of California, LA, Princeton, este é o tempo de duração do vírus em cada superfície:

- ACQUINOXIDAVEL > 72 horas (3 dias)
- PLÁSTICO > 72 horas (3 dias)
- PAPELÃO > 24 horas (1 dia)
- COPRE > 4 horas
- AEROSSOLIZADA EM MATERIAL DE DUVU SOLUÇÃO > 24 horas
- PER 4A > 40 min a 2h 30 min

Fonte: Artigo "Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1" de cientistas dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) da Universidade da Califórnia, em Los Angeles e em Princeton. Disponível em: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2004973?query=featured_home

INCQS **fiocruz.br/coronavirus**
#SaúdeRespiratória #Prevenção

Fonte: FIOCRUZ – Covid19 /2020

Figura 32: Prevenção ao novo coronavírus (SARS-CoV-2) - Lavagem correta das mãos

Covid-19 | Novo coronavírus

A melhor prevenção é a lavagem correta das mãos

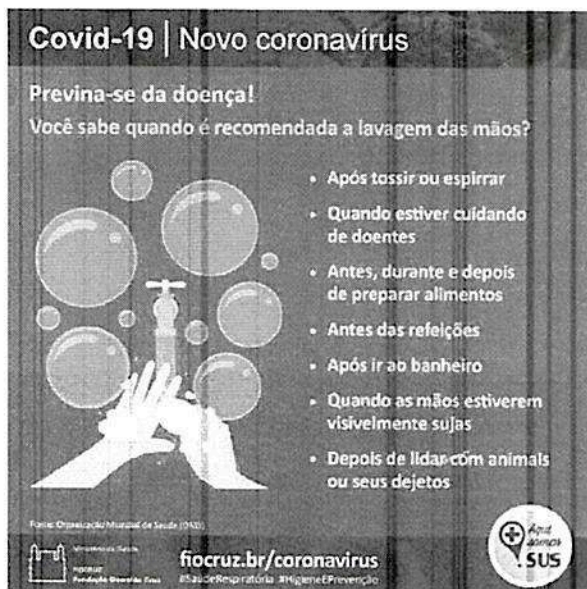
Cada lavagem deve durar pelo menos 20 segundos e deve ser feita com frequência.

Fonte: Departamento Municipal de Saúde DMS

fiocruz.br/coronavirus
#SaúdeRespiratória #Prevenção

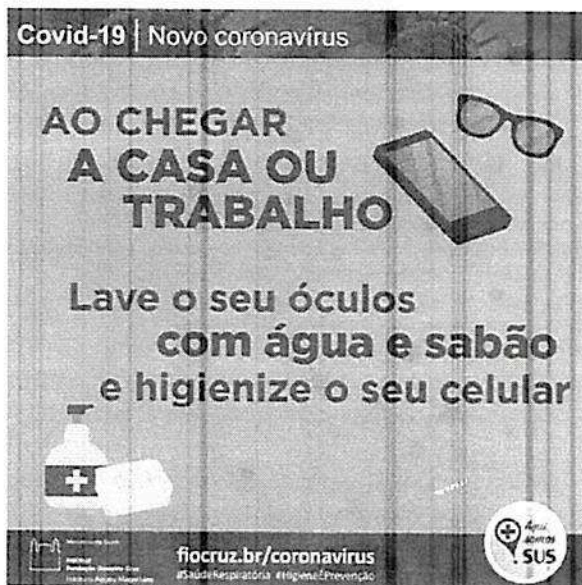
Fonte: FIOCRUZ – Covid19 /2020

Figura 33: Prevenção ao novo coronavírus (SARS-CoV-2) - Prevenção da Doença



Fonte: FIOCRUZ – Covid19 /2020

Figura 34: Prevenção ao novo coronavírus (SARS-CoV-2) - Cuidados com objetos ao chegar em casa



Fonte: FIOCRUZ – Covid19 /2020

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

Figura 35: Cartaz de reforço da NR32



Fonte: OS Viva Rio.

PPRA, PCMSO E PPP

Os documentos fundamentais para operacionalização das atividades relacionadas a Equipe de Segurança do Trabalho são:

- ✓ Programa de Prevenção aos Riscos Ambientais (PPRA) representado por um conjunto de ações preventivas que prezam pela preservação da saúde e integridade dos funcionários.
- ✓ Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) que monitora o risco ocupacional através de ações que buscam prevenir e diagnosticar precocemente possíveis danos à saúde.
- ✓ Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP) entregue a todos os colaboradores no momento de sua saída da empresa ou para solicitação de aposentadoria.
- ✓ A seguir iremos expor a apresentação destes documentos através de documentos de outras unidades de saúde que são administradas pelo OS Viva Rio.

[Assinatura]

[Assinatura]

Figura 36: Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - Modelo de PPRA de outra unidade

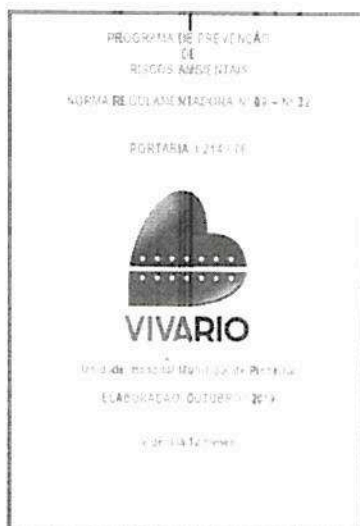


Figura 37: Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - Modelo de PCMSO de outra unidade



[Handwritten signature]

Figura 38: Perfil Profissiográfico Previdenciário - Modelo de PPP

ANEXO XV
INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 27/INSS/PRES, DE 30 DE ABRIL DE 2008
INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 20/INSS/PRES, DE 10 DE OUTUBRO DE 2007
PERFIL PROFISSIOGRÁFICO PREVIDENCIÁRIO - PPP

SEÇÃO DE DADOS ADMINISTRATIVOS											
1	CNPJ do Conselho Tributário (CET)		2	Nome Empresa			3	CNAE			
	00.343.941/0001-28			VIVA RIO				94.30-8			
4	Nome do Trabalhador			5	GRATUI		6	NIT			
	HELENA				NA			112345678910			
7	Data Nascimento	8	Sexo (F/M)	9	CIPG (PP, Seme e UE)	10	Data Admissão	11	Regime Reversamento		
	13.11/1991		F		123456 003-0 RJ		04/04/2017		NA		
CAT REGISTRADA											
12.1 - Data do Registro		12.2 - Número da CAT		12.1 - Data do Registro		12.2 - Número da CAT					
NA		NA		NA		NA					
LOTAÇÃO E ATRIBUIÇÃO											
13.1 - Período		13.2 - CNP/ROD		13.3 - Setor		13.4 - Cargo		13.5 - Função		13.6 - CPO	13.7 - CIP
04/04/2017 até 20/02/2020		00.343.941/0001-28		SEMI-INTENSIVA		Enfermeiro		NA		223505	04
PROFISSIOGRAFIA											
14.1 - Período		14.2 - Descrição da Atividade									
04/04/2017 até 20/02/2020		Prestar assistência aos pacientes, realizar consultas de enfermagem, prescrever ações de enfermagem, prestar assistência direta a pacientes, realizar procedimentos de maior complexidade, registrar observações, cuidados e procedimentos prestados, analisar a assistência prestada pela equipe técnica de enfermagem, acompanhar a evolução clínica de pacientes, coordenar serviços de enfermagem, padronizar normas e procedimentos de enfermagem, aplicar métodos para avaliação de qualidade, diagnosticar situação, orientar equipe para controle de infecção nas unidades de saúde. Executar outras tarefas de mesma natureza e nível de complexidade associadas ao ambiente organizacional.									
SEÇÃO DE REGISTROS AMBIENTAIS											
EXPOSIÇÃO A FATORES DE RISCOS											
15.1 - Período		15.2 - Tipo	15.3 - Fator de risco	15.4 - Intensidade / Concentração	15.5 - Técnica utilizada	15.6 - EPC Elétrico	15.7 - EPI Elétrico	15.8 - CA EPI			
04/04/2017 até 20/02/2020		B	MICRO ORGANISMOS E PARASITAS INFECTO CONTAGIANTE VIVO E SUAS TOXINAS	NA	QUALITATIVA	NA	5	29996 / 9732 / 13211			
15.9 Atendimento aos requisitos das NR-06 e NR-09 do MTE pelos EPI informados										(S/N)	
Foi tentada a implementação de medidas de proteção coletiva, de caráter administrativo ou de organização do trabalho, optando-se pelo EPI por inviabilidade técnica, insuficiência ou interdição, ou ainda em caráter complementar ou emergencial.										NA	

15.9 Atendimento aos requisitos das NR-08 e NR-09 do MTE pelos EPI informados (CONTINUAÇÃO)		(S/N)
Foram observadas as condições de funcionamento e do uso ininterrupto do EPI ao longo do tempo, conforme especificação técnica do fabricante, ajustada às condições de campo.		NA
Foi observado o prazo de validade, conforme Certificado de Aprovação-CA do MTE.		S
Foi observada a periodicidade de troca definida pelos programas ambientais, comprovada mediante recibo assinado pelo usuário em época própria.		NA
Foi observada a higienização.		NA

16 RESPONSÁVEL PELOS REGISTROS AMBIENTAIS			
16.1 Período	16.2 NIT	16.3 Registro Conselho Ocorrê	16.4 Nome do Profissional Legitimamente Habilitado
01/04/2011 a 04/10/2012	130.23780.60-6	MTE 0090873	FELIPE JOSE DA SILVA
05/12/2012 até 19/09/2019	190.0518.509-3	MTE 13298 - RJ	ANDRE CHAGAS DA ROCHA
20/09/2019 a 20/02/2020	206.522.6807-7	MTE SP - 0033197	ALEX DE ARAUJO MIRANDA

III RESULTADOS DE MONITORAÇÃO BIOLÓGICA				
17 EXAMES MÉDICOS CLÍNICOS E COMPLEMENTARES (Quadro I e II da NR 07)				
17.1 - Data	17.2 - Tipo	17.3 - Natureza	17.4 - Exame (R2)	17.5 - Indicação de Resultados
Os conteúdos do Quadro III, item 17 da Instrução Normativa INSS/DC nº 96/2003, referentes aos resultados de monitoração biológica, deverão ser complementados pelo(a) profissional habilitado, devidamente registrado no Conselho Federal de Medicina, para a realização da monitoração biológica.				
18 RESPONSÁVEL PELA MONITORAÇÃO BIOLÓGICA				
18.1 Período	18.2 NIT	18.3 Registro Conselho Ocorrê	18.4 Nome do Profissional Legitimamente Habilitado	
07/06/2011 A 10/10/2013	107.68005.17-2	CRM 52.294.74-3	YOSHIFICO KUNISAWA	
11/10/2013 A 01/04/2014	122.17168.97-3	CRM 52.35003-7 / MTE 18712	MARIA BEATRIZ KOPLIN CEZAR	
16/06/2014 A 15/12/2014	190.152.49.15-9	CRM - RJ 52944017	SANNY ALVES BEZERRA	
02/12/2015 até 19/06/2016	123.34524.99-9	CRM - RJ 5234804-8	IONE DE SOUZA FERREIRA	
01/09/2016 até 15/01/2018	107.68005.17-2	CRM 52.294.74-3	YOSHIFICO KUNISAWA	
16/01/2018 até 02/03/2019	21283982.24-0	CRM - RJ 5258521-0	ANDREA FERREIRA	
10/09/2019 a 20/02/2020	10803353328	CRM - RJ 5231100-5	PAULO ROBERTO BARBOSA DA CLINHA	

IV RESPONSÁVEIS PELAS INFORMAÇÕES	
Declaramos, para todos os fins de direito, que as informações prestadas neste documento são verdadeiras e foram transcritas fielmente dos registros administrativos, das documentações ambientais e dos programas médicos de responsabilidade da empresa. E de nosso conhecimento que a prestação de informações falsas neste documento constitui crime de falsificação de documento público, nos termos do art. 297 do Código Penal e, também, que as informações falsas de caráter privado do trabalhador, constituindo crime, nos termos da Lei nº 9.093/90, poderão ocasionar sanções de natureza cível, penal e trabalhista, bem como de sua divulgação para terceiros, resultando quando exigida pelos órgãos públicos competentes.	
19 DATA EMISSÃO	20 REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA
20/02/2020	20.1 - NIT 12345678410
	20.2 - Nome CAROLINA PEREIRA
	Assinatura @carolina

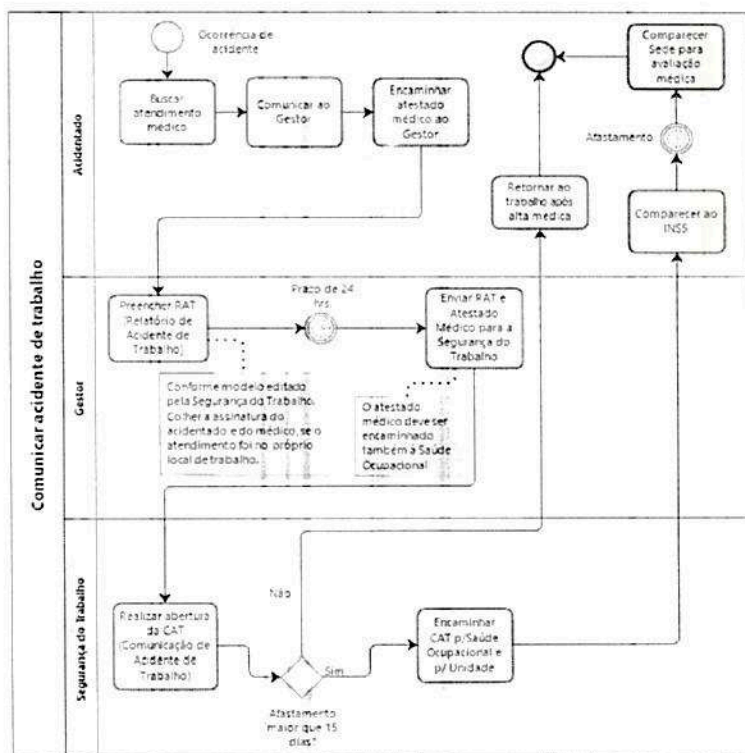
OBSERVAÇÕES
O setor de Segurança do Trabalho neste documento e responsável pelas informações dos itens 15 e 16 (Seção de Registros Ambientais).

Acidente de trabalho

Em caso de acidente típico, isto é, aquelas situações que ocorrem dentro do estabelecimento da empresa ou a serviço dela, ou em caso de acidente de trajeto, considerado o acidente que acontece no deslocamento da casa para trabalho ou vice-versa, a OS Viva Rio possui fluxograma das etapas que devem ser seguidas pelo acidentado, gestor local, segurança do Trabalho e Medicina Ocupacional.

Caso o acidente ocorra com material biológico ou perfurocortante a empresa possui um folder com a orientação dos procedimentos que devem ser seguidos.

Figura 39: Fluxograma de acidente típico

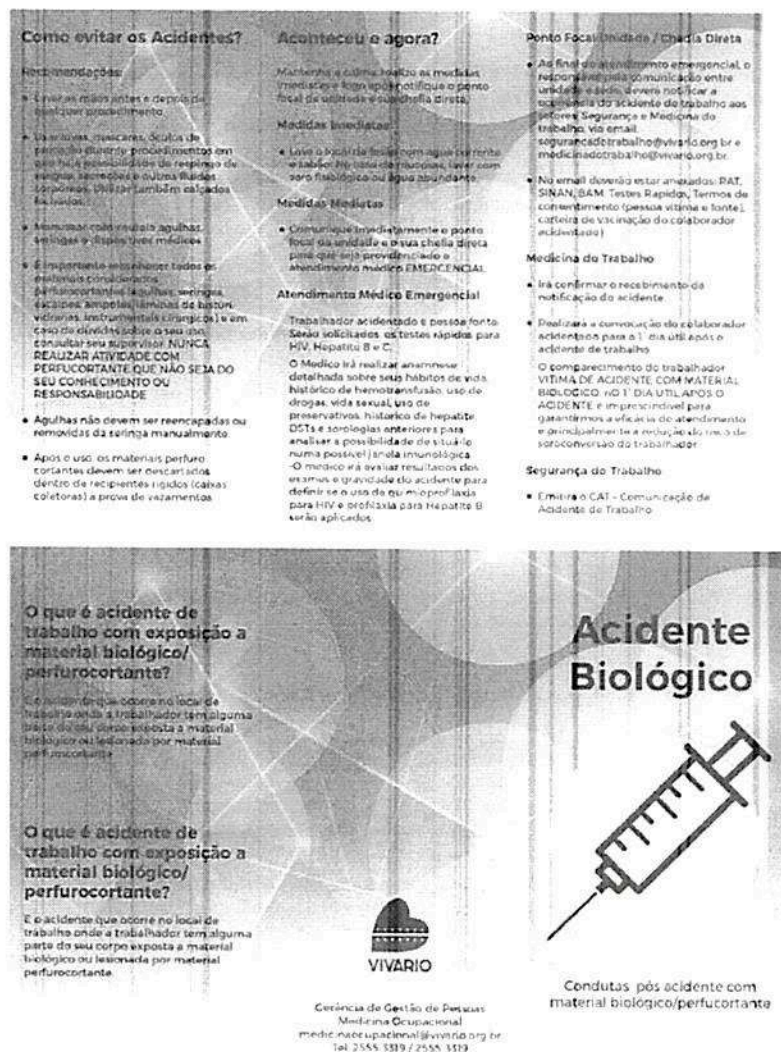


Fonte: OSS Viva Rio

[Assinatura manuscrita]

[Assinatura manuscrita]

Figura 40: Fluxograma de acidente típico com perfurocortante ou material biológico



Fonte: OSS Viva Rio

Além da Equipe de Segurança do Trabalho, a OS Viva Rio possui uma **Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)** muito atuante e participativa na prevenção dos acidentes de trabalho, promoção de saúde e bem-estar dos seus empregados. A CIPA apoia a Equipe de Segurança e Medicina Ocupacional na garantia dos requisitos das Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho. A equipe de Segurança do Trabalho fiscaliza o cumprimento do Código de Segurança contra Incêndio e Pânico, o COSCIP, do Estado do Rio de Janeiro.

Visando a prevenção e a promoção da saúde, a área de **Medicina Ocupacional (MO)**

[Assinatura]

[Assinatura]

está voltada para a integridade física e mental do profissional, respeitando tanto as regras e as necessidades da organização quanto a legislação vigente.

Dentre suas atribuições, a MO é responsável por:

- ✓ Controle de vacinação dos profissionais nas unidades de saúde;
- ✓ Fomento de programas preventivos para diabetes, hipertensão, obesidade, acidente de trabalho e controle de estresse;
- ✓ Solicitação de exames médicos ocupacionais obrigatórios no ato da admissão, periódicos, mudança de função, retorno ao trabalho pós afastamento ou demissão.

Equipe de Medicina do Ocupacional utiliza como base o PCMSO (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional). Esse documento é preparado para cada uma das unidades administradas pela OS Viva Rio.

Capacitação e Campanhas

A OS Viva Rio promove diversas campanhas ao longo do ano, com enfoque em:

- a) **Prevenção e promoção da segurança ocupacional;**
- b) **Prevenção e promoção da saúde;**
- c) Incentivo à atividade física e ao lazer;
- d) Combate ao estresse;
- e) Semana Interna de Prevenção de Acidente de Trabalho (SIPAT).

A formação de Brigada de Incêndio Voluntária (BVI) ocorrerá através da capacitação de profissionais por turno para atuarem como combatentes de incêndio. No que refere a formação de Brigadistas de Incêndio Voluntário socorrista, esta, será composta por profissionais da assistência e mais Brigadistas Voluntários Evacuadores. Estes profissionais serão formados através de treinamento, em um mesmo turno, ministrados pela equipe do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) da OSS Viva Rio. Esta capacitação será atualizada anualmente e os exercícios simulados serão realizados com periodicidade anual.

Cronograma

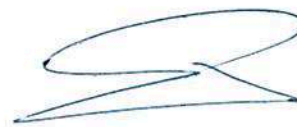
Ação	Período
Treinamento de BVI - Socorrista	1º Mês do Contrato
Treinamento de BVI - Evacuador	1º Mês do Contrato
Treinamento de BVI - Combatente	2º Mês do Contrato

O treinamento de BVI Socorrista e BVI Evacuador serão realizados pelos três técnicos de Segurança do Trabalho do contrato com o apoio do SESMT corporativo da OSS Viva Rio.

Política de Segurança e Saúde Ocupacional

A OSS Viva Rio possui política voltada para preservação da saúde e, por consequência, da vida de seus profissionais como pode ser visualizado em sua Política de Segurança e Saúde Ocupacional, que está em seu endereço eletrônico:

http://www.vivario.org.br/wordpress/wp-content/uploads/2019/08/Pol%C3%ADtica-de-Seguran%C3%A7a-e-Sa%C3%BAde-Ocupacional_2.pdf





VIVARIO

Assegurar a disponibilidade dos recursos essenciais para estabelecer, implementar, manter e melhorar a gestão de Segurança e Saúde Ocupacional, incluindo pessoas, bem como infraestrutura organizacional e financeira.

Gestão de Pessoas

Delinear processos de gestão de pessoas ou incrementá-los com ações que visem a manutenção do bem-estar, da saúde e da segurança dos trabalhadores ao longo de todo seu relacionamento com esta Organização, que engloba desde o recrutamento e seleção de profissionais até a demissão ou aposentadoria dessas.

Gestores

Zelar, apoiar e atuar para promover todas as ações que visem a Segurança e a Saúde Ocupacional na administração de suas seções/unidades.

Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina Ocupacional

Apoiar tecnicamente a elaboração dos procedimentos de Segurança e Saúde Ocupacional, promover os procedimentos e orientar todos os setores sobre assuntos de Segurança e Saúde Ocupacional.

Colaboradores Membros da CIPA

Atuar em conjunto com os gestores locais e da gestão de pessoas no desenvolvimento de um ambiente seguro e saudável nas unidades.

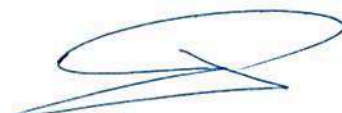
Colaboradores

Participar de todas as ações para prevenção de acidente e propor melhorias para redução de acidentes e doenças em suas atividades diárias.

Para saber mais sobre informações sobre Segurança e Saúde Ocupacional, tais como: definições, manual, fluxo, formulários [clique aqui](#).

Rua Alberto de Campos, 12 - Saracá - Japerão - Rio de Janeiro
RJ - Brasil - Cep: 22411-030
Tel.: (55 21) 2555-3755 Fax: (55 21) 2555-3753
CNPJ: 06.743.741/0001-28 Inscrição Estadual: 85.743.345 Inscrição Municipal: 01.953.745
www.vivario.org.br

O SESMT do projeto deverá ser implementado e funcionará em consonância com a Política de Segurança e Saúde Ocupacional da OS Viva Rio.



Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)

OBJETIVO: Prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

ORGANIZAÇÃO: Será composta de representantes do empregador e dos empregados. Os representantes dos empregadores, titulares e suplentes, serão por eles designados e os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, do qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados.

O número de membros titulares e suplentes da CIPA, considerando a ordem decrescente de votos recebidos, observará o dimensionamento previsto no Quadro I da Norma Regulamentadora nº 5.

O mandato dos membros eleitos da CIPA terá a duração de um ano, permitida uma reeleição.

Será vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção de Comissões Internas de Prevenção de Acidentes desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato.

O empregador designará entre seus representantes o Presidente da CIPA, e os representantes dos empregados escolherão entre os titulares o vice-presidente.

ATRIBUIÇÕES: A CIPA terá por atribuição:

- a) identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do SESMT, onde houver;
- b) elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;
- c) participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;
- d) realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;
- e) realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;
- f) divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;
- g) participar, com o SESMT, onde houver, das discussões promovidas pelo empregador, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores;
- h) requerer ao SESMT, quando houver, ou ao empregador, a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;
- i) colaborar no desenvolvimento e implementação do PCMSO e PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;
- j) divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;
- l) participar, em conjunto com o SESMT, onde houver, ou com o empregador, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;
- m) requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;
- n) requisitar à empresa as cópias das CAT emitidas;
- o) promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, onde houver, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho - SIPAT;



p) participar, anualmente, em conjunto com a empresa, de Campanhas de Prevenção da AIDS.

Cabe ao Viva Rio proporcionar aos membros da CIPA os meios necessários ao desempenho de suas atribuições, garantindo tempo suficiente para a realização das tarefas constantes do plano de trabalho.

Cabe aos empregados:

- ✓ Participar da eleição de seus representantes;
- ✓ Colaborar com a gestão da CIPA;
- ✓ Indicar à CIPA, ao SESMT e ao empregador situações de riscos e apresentar sugestões para melhoria das condições de trabalho;
- ✓ Observar e aplicar no ambiente de trabalho as recomendações quanto à prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho.

Cabe ao Presidente da CIPA:

- ✓ Convocar os membros para as reuniões da CIPA;
- ✓ Coordenar as reuniões da CIPA, encaminhando ao empregador e ao SESMT, quando houver, as decisões da comissão;
- ✓ Manter o empregador informado sobre os trabalhos da CIPA;
- ✓ Coordenar e supervisionar as atividades de secretaria;
- ✓ Delegar atribuições ao Vice-Presidente.

Cabe ao Vice-Presidente:

- ✓ Executar atribuições que lhe forem delegadas;
- ✓ Substituir o Presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários.

O Presidente e o Vice-Presidente da CIPA, em conjunto, terão as seguintes atribuições:

- ✓ Cuidar para que a CIPA disponha de condições necessárias para o desenvolvimento de seus trabalhos;
- ✓ Coordenar e supervisionar as atividades da CIPA, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;
- ✓ Delegar atribuições aos membros da CIPA;
- ✓ Promover o relacionamento da CIPA com o SESMT, quando houver;
- ✓ Divulgar as decisões da CIPA a todos os trabalhadores do estabelecimento;
- ✓ Encaminhar os pedidos de reconsideração das decisões da CIPA;
- ✓ Constituir a comissão eleitoral.

O Secretário da CIPA terá por atribuição:

- ✓ Acompanhar as reuniões da CIPA e redigir as atas apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros presentes;
- ✓ Preparar as correspondências;
- ✓ Outras que lhe forem conferidas.

DO FUNCIONAMENTO: A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido em reunião de instalação e posse do novo mandato.

As reuniões ordinárias da CIPA serão realizadas durante o expediente normal da empresa e em local apropriado. Todas as reuniões da CIPA terão atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros.

Reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando: houver denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência; ocorrer acidente de trabalho grave ou fatal; e, houver solicitação expressa de uma das representações.

As decisões da CIPA serão preferencialmente por consenso. Não havendo consenso, e frustradas as tentativas de negociação direta ou com mediação, será instalado processo de votação, registrando-se a ocorrência na ata da reunião.



O membro titular perderá o mandato, sendo substituído por suplente, quando faltar a mais de quatro reuniões ordinárias sem justificativa.

A vacância definitiva de cargo, ocorrida durante o mandato, será suprida por suplente, obedecida a ordem de colocação decrescente que consta na ata de eleição, devendo os motivos ser registrados em ata de reunião.

DO PROCESSO ELEITORAL: Caberá ao Viva Rio cumprir os prazos legais estabelecido na legislação, onde a convocação deve se iniciar no mínimo 60 dias antes do término do mandato em curso e a eleição deverá ocorrer no tempo mínimo de 30 dias do fim do mandato em curso.

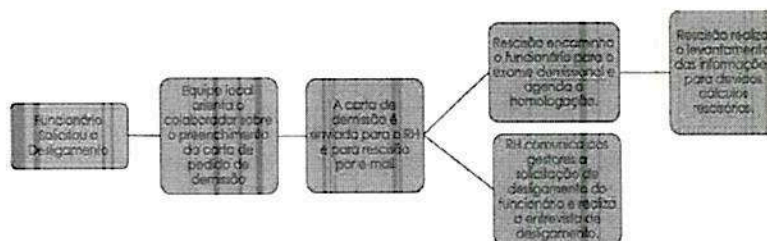
Os membros representantes do empregador e dos empregados devem receber treinamento antes da posse do mandato de sua gestão.

Rescisão

O Setor de Rescisão é de extrema importância, pois encaminha todo o processo de desligamento dos funcionários. Dentre suas responsabilidades podemos citar:

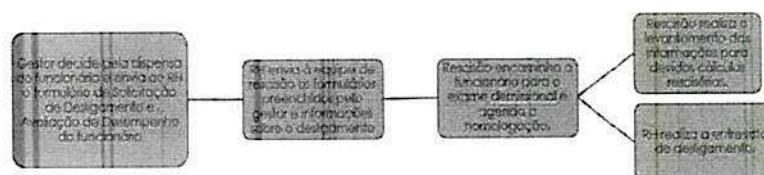
- ✓ Emissão do Comunicado de Dispensa;
- ✓ Aceite de Pedido de Demissão;
- ✓ Acompanhamento do colaborador durante o período de cumprimento de aviso prévio;
- ✓ Cálculo das verbas rescisórias;
- ✓ Encaminhamento para o exame demissional;
- ✓ Emissão da Guia de Recolhimento do Fundo de Garantia;
- ✓ Emissão da guia para Auxílio Desemprego;
- ✓ Geração de arquivo bancário para pagamento da rescisão;
- ✓ Cálculo de pensões e recolhimento de impostos;
- ✓ Homologação da rescisão.

Figura 41: Fluxograma de pedido de demissão



Fonte: Gestão de Pessoas - OS Viva Rio, 2021.

Figura 42: Fluxograma de dispensa do funcionário pela empresa



Fonte: Gestão de Pessoas - OS Viva Rio, 2021.

[Assinatura]

[Assinatura]

Programa de desenvolvimento humano, técnico e gerencial

A **Gestão do Trabalho** em serviços de saúde que agregam grandes conglomerados populacionais para moradores e profissionais que atuam nesses territórios, consubstanciam-se como grandes desafios para a captação e retenção de profissionais.

Considerando este cenário, a OS VIVA RIO investe na formação em serviço para seu quadro de pessoal, com estratégias efetivas para garantir a permanência dos profissionais nas equipes, por tempo mais prolongado. Algumas estratégias serão elencadas a seguir:

a) Avaliação do período de experiência e Avaliação Anual de desempenho por competência: Visando um aumento na eficácia do atendimento realizado pela OS VIVA RIO, realiza-se avaliação do período de experiência e avaliação anual de desempenho por competência dos seus profissionais com o intuito de acompanhar e desenvolver os profissionais no exercício da sua função. A primeira avaliação ocorre dentro de 90 dias contados da contratação do profissional, sendo que o gestor direto encaminha para o RH a avaliação do colaborador justificando assim a continuidade do contrato ou solicitando a rescisão do mesmo. Após a avaliação do período de experiência, o Gestor deverá formular um Plano de Desenvolvimento Individual (PDI) para esse profissional, visando desenvolver os pontos de melhoria observados durante esses 90 dias. Além desta, há também a avaliação de desempenho que ocorre uma vez ao ano, geralmente no início do primeiro ou do segundo semestre, conforme cronograma do setor de Gestão de Pessoas. As datas e prazos dessas avaliações são definidos anualmente pela Área de Gestão de Pessoas da OS VIVA RIO e todas as etapas para o cumprimento do processo estão descritas no item 7. **Treinamento e Desenvolvimento**, que se apresenta nesta proposta.

b) Cuidado com a ambiência e a comunicação com profissionais e usuários. Intervenções de caráter gerencial, afeitas a Rede de Atenção Primária, são importantes, como a boa organização dos fluxos e dependências físicas confortáveis e limpas (ambiência), adequadas para o bom atendimento, conforto e segurança dos profissionais e usuários.

É neste ambiente de inovação das práticas e aprimoramento de processos que investimos em conceitos de confiabilidade total de processo, em que buscamos antever problemas que antes eram tratados apenas de forma corretiva e saneando questões crônicas. Um grande avanço experimentado foi o fortalecimento da Ouvidoria, que recebe as reclamações e sugestões de melhoria, além do setor de Compliance que investiga, analisa, trata e devolve as soluções em forma de comunicação estruturada, clara e objetiva. Ainda nesta linha, o fortalecimento da estabilidade dos processos é garantido através de reuniões sistemáticas entre equipe técnica, gestão de pessoas, profissionais de articulação e apoiadores e administração da OS VIVA RIO, utilizando para isso de recursos tecnológicos de comunicação em tempo real no cotidiano, como forma de manter as decisões estratégicas em ação e observância constante.

c) Aperfeiçoamento e capacitação dos gestores da Rede de Atenção Primária buscando instrumentalizar com conceitos de gestão os profissionais de formação técnica, um maior profissionalismo na gestão das Unidades, proporcionando assim uma boa organização, melhorias no atendimento e resultados.

d) Investimento na profissionalização da gestão de pessoas, a partir de uma estratégia integrada com foco em sustentabilidade. A visão de macroprocessos integrados por suas partes tem sua expressão desde a seleção dos profissionais, lastreada em gestão por competências e cultura de alta performance, com reflexos não só na avaliação de desempenho, como também na capacitação e aprimoramento profissional.

e) Estratégias de educação permanente e desenvolvimento profissional contínuo dos trabalhadores. Um programa de **formação profissional em serviço** da Rede de Atenção Primária deve estar centrado na integralidade das ações e no trabalho em equipe, visando ao aumento da capacidade resolutiva das equipes e profissionais de referência, a fim de torná-las capazes de elaborar estratégias para o enfrentamento de problemas. A OS VIVA RIO identificará necessidades que reforcem as competências dos profissionais (seus conhecimentos, habilidades



e atitudes), colaborando na formação dessas competências, acompanhando e avaliando as ações cotidianamente. Este processo de educação permanente se dá nos serviços, com apoio técnico da OS VIVA RIO e de outros profissionais do Serviço de Saúde da Rede de Atenção Primária e também da rede intra e intersetoriais.

Através da utilização de estratégias como reuniões sistemáticas, feedback das informações, reuniões técnicas, seminários temáticos para atualização, supervisão territorial, colegiado gestor no território em que estão instalados e a implantação de programas de qualidade para melhoria contínua em todos os processos de trabalho.

Estas atividades dar-se-ão de forma a privilegiar o espaço de trabalho, dos serviços, como locais estratégicos de aprendizagem. Considera-se que a Rede de Atenção Primária pode oferecer diversos espaços de aprendizagem e produção de conhecimento, fundamental para a qualificação das práticas das equipes e potencialidade também para aumentar a satisfação e resolutividade profissional. Todos os profissionais têm a oportunidade de participar deste processo.

Por fim, destacam-se, como fatores facilitadores entre as estratégias de gerência e gestão do trabalho, os processos de supervisão e apoio técnico que são implementados pela OS VIVA RIO, com abordagem pedagógica e acompanhamento do desempenho dos profissionais e das Equipes, permitindo reformulação e melhoria do processo de trabalho. A supervisão realizada por Grupo Técnico específico da OS, em parceria com a Coordenação Regional e outras instâncias de gestão da SMS é estratégia exitosa para a articulação, integração das atividades e qualificação profissional.

10. Prazos propostos para implantação e para pleno funcionamento de cada serviço proposto (cronograma) de acordo com a atividade prevista

Os serviços para funcionamento da Rede de Atenção Primária do Município do Rio de Janeiro, descritos no quadro abaixo, serão implantados de acordo com o seguinte cronograma (Quadro 13):



Quadro 13: Cronograma de implantação dos serviços de terceiros da Rede de Atenção Primária do município do Rio de Janeiro.

N.º do contrato / Material de Consumo	Tipo de contrato	Objeto do Contrato	Início dos Serviços	Término dos Serviços
XXX/2021	Serviço	Água e esgoto	mes 1	mes 24
XXX/2021	Serviço	Coleta de lixo	mes 1	mes 24
XXX/2021	Serviço	Desinsetização e desratização (Controle de Vetores)	mes 1	mes 24
XXX/2021	Serviço	Energia elétrica	mes 1	mes 24
XXX/2021	Serviço	Manutenção e recarga de cilindros de O2	mes 1	mes 24
XXX/2021	Serviço	Exames de ultrassonografia	mes 1	mes 24
XXX/2021	Serviço	Oftalmologia básica	mes 2	mes 24
XXX/2021	Serviço	Laboratório de próteses odontológicas	mes 2	mes 24
XXX/2021	Serviço	Limpeza de reservatórios	mes 2	mes 24
XXX/2021	Serviço	Jardinagem	mes 3	mes 24
XXX/2021	Serviço	Manutenção de equipamentos	mes 1	mes 24
XXX/2021	Serviço	Manutenção predial e refrigeração	mes 1	mes 24
XXX/2021	Serviço	Telefonia móvel e fixa	mes 1	mes 24
XXX/2021	Serviço	Prontuário eletrônico	mes 1	mes 24
XXX/2021	Serviço	Internet banda larga	mes 1	mes 24
XXX/2021	Serviço	Gestão de software/Informática/Sistema de Informação	mes 1	mes 24
XXX/2021	Serviço	Seguros	mes 1	mes 24
XXX/2021	Serviço	Logística integrada- Gestão de suprimentos e operação logística	mes 1	mes 24
XXX/2021	Serviço	Locação de Ponto Biométrico	mes 1	mes 24
XXX/2021	Serviço	Manutenção de câmeras de vigilância	mes 1	mes 24
XXX/2021	Serviço	Manutenção de extintores	mes 1	mes 24
XXX/2021	Serviço	Exames ocupacionais	mes 1	mes 24
XXX/2021	Serviço	Adequação da Programação Visual	Mês 1	Mês 24
XXX/2021	Consumo	Material hospitalares	mes 1	mes 24
XXX/2021	Consumo	Material odontológicos	mes 1	mes 24
XXX/2021	Consumo	Material de consumo e expediente	mes 1	mes 24
XXX/2021	Consumo	Material de higienização	mes 1	mes 24
XXX/2021	Consumo	Material de informática	mes 1	mes 24
XXX/2021	Consumo	Fornecimento de uniformes	mes 2	mes 24
XXX/2021	Serviço/Consumo	Outras despesas gerais administrativas	mes 1	mes 24




Quadro 14: Cronograma de implantação das ações relativas à Gestão de Pessoas da Rede de Atenção Primária do município do Rio de Janeiro

Ação	Cronograma de implantação					Responsáveis
	Imediato	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês em diante	
1. Processo Seletivo Simplificado	X					Gerência de Gestão de Pessoas
2. Admissão de Quadro de Pessoal	X					Gerência de Gestão de Pessoas
3. Ambientação da Equipe Contratada		X				Gerência de Gestão de Pessoas
4. Realizar Treinamento de Equipe Municipal de PPI		X				Gerência de Gestão de Pessoas
5. Realizar Treinamento Sobre Covid-19		X				Gerência de Gestão de Pessoas e Gerência de Saúde
6. Realizar Treinamento de Código de Ética e Conduta		X				Gerência de Gestão de Pessoas
7. 1ª Avaliação de Experiência			X			Gerência de Gestão de Pessoas
8. Implementar Plano de Ação Permanente			X			Gerência de Gestão de Pessoas
9. Elaboração Estratégia de Diminuição do Turnover			X			Gerência de Gestão de Pessoas
10. 2ª Avaliação de Experiência				X		Gerência de Gestão de Pessoas
11. Implementar Ações de Valorização do Colaborador				X		Gerência de Gestão de Pessoas

Quadro 15: Cronograma de implantação das ações de Logística e Gestão de Materiais

Ação	Cronograma de implantação					Responsáveis
	Imediato	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês em diante	
1. Monitoragem de Atendimento Cidadão	X	X				
2. Realização de Reunião Geral de Nível de Projeto	X	X				Gerência de Desenvolvimento e Logística e Gerência Geral
3. Realização de Reuniões de Trabalho de Acompanhamento	X	X				Gerência de Desenvolvimento e Logística e Gestão Local
4. Elaboração de Plano de Trabalho para Acompanhamento	X	X				Gerência de Desenvolvimento e Logística
5. Realização de Reuniões e Reuniões de Trabalho para Demanda Atendida	X	X				Gerência de Aquisições
6. Elaboração de Plano de Trabalho para Demanda Atendida	X	X				Gerência de Desenvolvimento e Logística
7. Colheita de Dados para o Plano de Trabalho de Demanda Atendida (PDPA)	X	X				Gerência de Desenvolvimento e Logística, Comissão de Padronização
8. Elaboração do Plano de Trabalho de Demanda Atendida (PDPA)	X	X	X			Gerência de Desenvolvimento e Logística, Comissão de Padronização
9. Elaboração do Plano de Trabalho de Aquisição	X	X	X			Gerência de Desenvolvimento e Logística, Gerência de Aquisições
10. Implementação do Plano de Trabalho de Aquisição	X	X	X			Gerência de Desenvolvimento e Logística, Gerência de Aquisições
11. Elaboração do Plano de Trabalho de Aquisição e Distribuição	X	X	X			Gerência de Desenvolvimento e Logística
12. Implementação do Plano de Trabalho de Aquisição e Distribuição	X	X	X			Gerência de Desenvolvimento e Logística
13. Realização de Reuniões de Trabalho de Aquisição e Distribuição	X	X	X			Gerência de Desenvolvimento e Logística
14. Elaboração de Plano de Trabalho de Aquisição e Distribuição	X	X	X			Gerência de Desenvolvimento e Logística
15. Elaboração de Plano de Trabalho de Aquisição e Distribuição	X	X	X			Gerência de Desenvolvimento e Logística e Gestão Local
16. Realização de Reuniões de Trabalho de Aquisição e Distribuição	X	X	X			Gerência de Desenvolvimento e Logística e Gestão Local
17. Implementação do Plano de Trabalho de Aquisição e Distribuição	X	X	X			Gerência de Desenvolvimento e Logística e Gestão Local
18. Implementação do Plano de Trabalho de Aquisição e Distribuição	X	X	X	X	X	Gerência de Desenvolvimento e Logística

11. Organização das atividades de apoio, incluindo a sistemática de programas de manutenção predial e de equipamentos

1. Engenharia Clínica, Manutenção de Equipamentos	
2. Manutenção Predial	
3. Coleta de Resíduos	
4. Limpeza	
5. SADT	
6. Segurança/Portaria	
7. Ponto Biométrico	
8. Gases Medicinais	
9. Exames Ocupacionais	
10. PEP/ Sistemas de Informação	

11.1 Engenharia Clínica e Manutenção de Equipamentos

A Engenharia Clínica é a área responsável pela gestão das tecnologias utilizadas no desenvolvimento de procedimentos ligados à assistência ao paciente, estabelecendo as estratégias de gestão da vida útil dessas tecnologias incorporadas, através de rotinas de manutenções preventivas e corretivas. Também faz parte do escopo da engenharia clínica analisar as melhores opções de tecnologias existentes no mercado, definindo especificações técnicas detalhadas dos equipamentos para aquisição e repassando para a equipe de compras. É um importante componente na gestão de estabelecimentos assistenciais de saúde pois age nas causas-raízes dos eventos adversos promovendo a sua mitigação e prevenção.

A gerência de engenharia clínica do Viva Rio vêm utilizando softwares de gestão para prestação de serviços de manutenção preventiva e corretiva, calibração, treinamento de operadores, elaboração de especificações, pareceres, laudos técnicos e consultorias no auxílio ao gerenciamento de equipamentos médico assistenciais instalados nas unidades básicas de saúde - UBS, auxiliando no processo de incorporação de novas tecnologias, instrumentos e materiais necessários à execução adequada dos serviços, com fornecimento de peças e materiais de reposição e realização de serviços eventuais conforme especificações, quantidades e exigências do contratante.

A área atua conforme o preconizado pela Resolução RDC nº 02/2010 da ANVISA – Ministério da Saúde, publicada no Diário Oficial da União em 25/01/2010, que orienta a aplicação de ações para garantir a rastreabilidade, qualidade, eficácia, efetividade e segurança das tecnologias em saúde, como também as normas da RDC Nº 50 de 2002 da ANVISA –

Ministério da Saúde, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

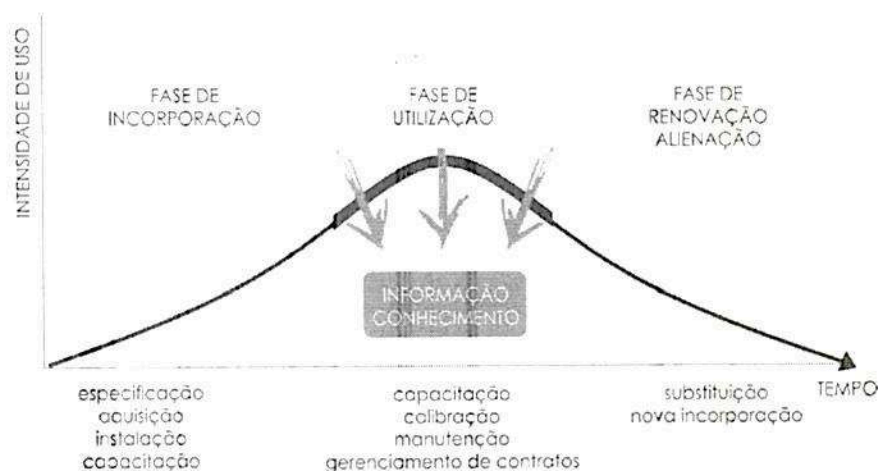
Qualidade em saúde

Existem diversas categorizações para o conceito de qualidade em saúde, atualmente vários autores pesquisam e cunham novos termos, e organizam estes critérios para definição do conceito qualidade. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), qualidade significa um alto nível de excelência profissional, o uso eficiente dos recursos, o mínimo de riscos para o paciente, um alto grau de satisfação por parte do paciente e resultados finais em saúde.

Dentro do conceito de qualidade, segundo a ANVISA, a Engenharia Clínica consiste no gerenciamento de tecnologias da saúde e no conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de garantir então a rastreabilidade, eficácia, efetividade, segurança no desempenho das tecnologias de saúde utilizadas na prestação de serviços para atendimento nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS).

Ciclo de vida das tecnologias médico-hospitalares

Durante todo o ciclo de vida das tecnologias médico hospitalares a gerência de engenharia clínica faz o acompanhamento necessário àquela fase do seu ciclo. Ao todo, o ciclo de vida de uma tecnologia percorre onze etapas: aquisição, instalação, capacitação, calibração, manutenção, gerenciamento de contratos, substituição e nova incorporação. Tais etapas estão subdivididas em três fases: fase de incorporação, fase de utilização e fase de renovação/alienação, todas acompanhadas pela gerência de engenharia clínica, como pode ser verificado no quadro abaixo:



Ainda dentro do ciclo de vida, a gerência também acompanhará e desenvolverá inventário próprio; protocolo de movimentação de bens; cadastro de parceiros e fornecedores; gerenciamento de documentos inerentes ao equipamento, notas fiscais, garantias e contratos; controle e acompanhamento dos serviços de manutenção; gerenciamento e disponibilização por sistema interno de ordens de serviços categorizadas em graus de criticidade e prioridades; divulgação mensal dos planos de manutenções preventivas

[Assinatura]

[Assinatura]

e calibrações; produção trimestral de relatórios de indicadores de produtividade de serviços realizados por empresas terceirizadas.

Em síntese, o gerenciamento do ciclo de vida de um equipamento médico se dá como uma das finalidades da gerência da engenharia clínica por meio de uma abordagem sistemática, responsável por garantir que os equipamentos tenham boa relação de custo-efetividade, sejam eficazes e seguros. Além de garantir que os equipamentos estejam disponíveis para atender com qualidade a demanda do cuidado à saúde, deve reunir ferramentas necessárias a uma eficiente gestão do parque tecnológico, de maneira acessível e transparente para os usuários, operadores e gestores.

Buscando sempre alcançar a excelência em manutenção, e também atender em completude as fases e etapas do ciclo de vida dos equipamentos, a gerência de engenharia clínica desenvolveu os seus fluxos de trabalho para o acompanhamento minucioso em cada fase citada acima, e serão aprofundados a seguir, todas as etapas associadas às estratégias de gestão e controle dos recursos aplicados no parque tecnológico. São elas:

Especificação – Em seu quadro técnico o Viva Rio dispõe de profissional especializado, responsável técnico de engenharia clínica, que estará disponível para assessorar a SMS no processo de especificação de equipamentos dentro do plano de incorporação de novas tecnologias.

Aquisição - Em consonância com o regulamento de aquisição de bens, contratação de obras, serviços e locações e também programa de ética e integridade, o setor acompanha tecnicamente fornecedores e prestadores de serviço durante o processo de aquisição, buscando a máxima eficácia na administração dos recursos utilizados no parque tecnológico.

Desde 2017 o Viva Rio adotou a modalidade de pregão eletrônico para as licitações. Onde todas as empresas vencedoras dos certames devem apresentar o questionário de análise de riscos com informações relacionadas à sua reputação, idoneidade e às práticas adotadas no combate à corrupção - *Due Diligence de Integridade (DDI)*.

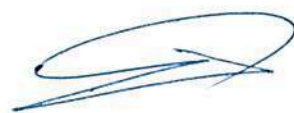
Também é realizada Análise de Risco Reputacional por empresa contratada, com utilização de ferramenta própria para esse fim, a partir de consulta em diversos tribunais, mídia e perfil socioeconômico da proponente e seus sócios. Ao final do processo o proponente recebe uma qualificação, de acordo com o seu Grau de Risco de Integridade (GRI).

Dadas as medidas adotadas, observou-se que os pregões realizados em 2020, resultaram em uma economicidade de R\$ 5.363.593,06 (cinco milhões, trezentos e sessenta e três mil, quinhentos e noventa e três reais e seis centavos) ao ano.

Inventário – Além do patrimônio institucional, a engenharia clínica desenvolverá um inventário próprio das tecnologias, construindo o prontuário do equipamento, que subsidiará todo o histórico de informações quanto ao equipamento, tais como: garantia, manual de instruções para uma gestão eficaz de manutenção, fotos, dentre outros. O calendário de patrimônio do setor, acompanhará as datas das visitas de treinamento e implantação nas unidades, que acontecerão até o final do segundo mês após a assunção do setor.

Instalação – Através de ação conjunta com o setor de manutenção e TI, a engenharia clínica verifica e planeja todas as necessidades de adequação estrutural, hidráulica, elétrica e/ou tecnológica para a instalação de um determinado equipamento. Realizando testes nos equipamentos adquiridos para verificação da conformidade com as características técnicas referenciadas para aquisição e instruindo os profissionais envolvidos na instalação.

Capacitação – Além dos treinamentos de educação permanente descritos, a engenharia clínica também desenvolverá um treinamento por unidade até o segundo mês após a assinatura do contrato de gestão. O treinamento abordará a utilização do sistema, com procedimentos para abertura de chamados e utilização deste, rotinas de entrada e saída de equipamentos para manutenção, descarte adequado e inutilização de equipamentos médicos, instruções para eventos adversos e falhas no equipamento, higienização e manuseio, e boas práticas em engenharia clínica. Ao final desta capacitação, os responsáveis pela UBS recebem o manual instrutivo da engenharia clínica, contendo informações gerais e o conteúdo supracitado.



Calibração - Até o final do segundo mês após a assinatura do contrato será apresentado o plano anual com cronograma de calibração de todos os equipamentos, que serão executadas conforme a orientação dos manuais dos fabricantes, sendo posteriormente assinadas pelos responsáveis, ou por quem estes designarem como responsável dos setores nos quais os equipamentos encontram-se ou são utilizados. Os serviços de calibração, quando aplicáveis, deverão ser realizados nos equipamentos pelo menos uma vez ao ano, obedecendo às recomendações técnicas do fabricante, com exceção das centrífugas, caso haja, que deverão possuir frequência trimestral. Ainda deverão estar em conformidade com as portarias do INMETRO (143/2001, 035/1999 e 236/1994) para esfigmomanômetros, balanças, e demais legislações vigentes.

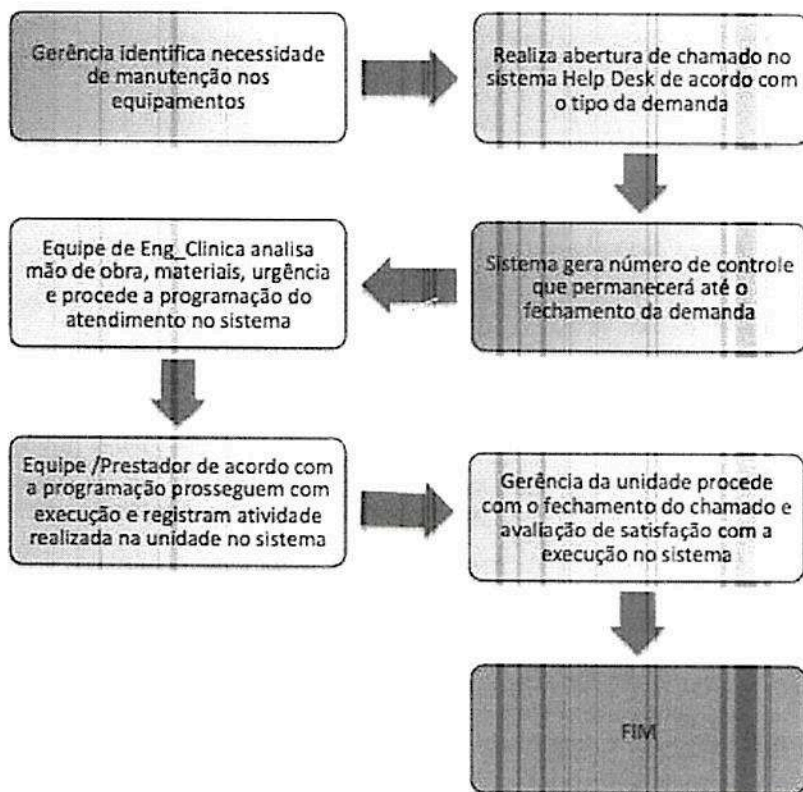
Manutenções Corretivas e Preventivas

Manutenções preventivas – A engenharia clínica realizará a manutenção regular, objetiva e apropriada, aos equipamentos que compõem a rede de atenção primária, garantindo mais segurança para os usuários e profissionais. Os equipamentos serão rotineiramente inspecionados, com vistas à prevenção de ocorrências de inutilização/indisponibilidade temporária ou permanente. A execução da manutenção de rotina no equipamento hospitalar permitirá que as instalações possam operar de forma mais eficaz, através de uma abordagem proativa para a reparação e manutenção dos equipamentos. A manutenção preventiva terá como objetivo o aumento da vida útil do equipamento, que incluirá no bom funcionamento, melhor desempenho e maior segurança, objetivando uma redução significativa de recursos aplicados na gestão do parque tecnológico, pois a substituição completa de um dispositivo ou um reparo de emergência são, frequentemente, mais onerosos que a manutenção de rotina. O setor apresentará após o início das atividades, o plano anual de manutenção preventiva, que será publicizado para todos os responsáveis dos setores assistenciais para que os equipamentos possam ser disponibilizados quando na data programada. O Planejamento será realizado com base na criticidade do parque, levando em consideração as recomendações dos fabricantes e as normas cabíveis. Os equipamentos que forem submetidos à manutenção preventiva receberão etiqueta contendo, obrigatoriamente, a data da realização da preventiva e data da próxima manutenção.

Manutenções Corretivas - A manutenção corretiva tem por finalidade corrigir falhas e defeitos no funcionamento dos equipamentos, bem como testes e calibrações após reparos para garantir o perfeito funcionamento da tecnologia. O procedimento de atendimento de chamado de manutenção corretiva aos equipamentos médicos é realizado através de um sistema informatizado de gestão, um organizador de chamados bastante intuitivo, de fácil manuseio e compreensão. A manutenção corretiva compreenderá visita extra, através de contratação de empresas especializadas e reconhecidas no mercado pela sua alta performance. Após a abertura dos chamados, estes seguem para triagem, onde serão avaliados os critérios para definição do prazo de atendimento, de acordo com a categorização dos equipamentos, seu grau de importância para o funcionamento da unidade, agendamento de pacientes e seu próprio histórico de manutenção, e, após a triagem, o chamado é encaminhado ao prestador de serviços, que informará a data do atendimento, respeitando o prazo limite definido anteriormente para execução da triagem. O atendimento é realizado e comprovado através de ordem de serviço, que concluirá o chamado ou informará a necessidade de substituição de peça ou alienação do equipamento, que em ambos os casos é encaminhado à gerência de engenharia clínica, onde é analisada e verificada a real necessidade, e assim é encaminhada. Após o atendimento, o técnico finaliza o chamado atendido incluindo a ordem de serviço assinada pelo solicitante, e como atesto da conclusão definitiva do atendimento, o solicitante finaliza o chamado e o avalia, gerando indicadores de desempenho dos atendimentos realizados. O sistema poderá ser visualizado pela contratante e outros setores internos para acompanhamento das etapas de atendimento tendo como metodologia sistemática a mudança



de status por *workflow*, nível de responsabilização de processos, como pode ser visualizado no fluxo de integração no quadro a seguir.



O Sistema de Gerenciamento de Manutenção substituiu grande parte da necessidade de rastreamento baseado em papel, permitindo que se crie rapidamente relatórios para monitorar métricas úteis de desempenho, como Tempo Médio entre Falhas (MTBF), Tempo Médio de Reparo (MTTR), dentre outras. Configura-se em uma solução mais ampla, que possibilita a sincronização das operações de produção, o armazenamento e disponibilidade de informações, viabilizando assim uma abordagem de antecipação de problemas.

Criticidade dos equipamentos – A gerência de engenharia clínica realiza a classificação de criticidade dos equipamentos conforme preconiza a RDC nº 185, e com isso busca-se otimizar o programa de manutenções preventivas, possibilitar melhor foco para um plano de contingência eficaz e estabelecer a melhor forma para priorizar o atendimento das manutenções corretivas. A definição da classificação da criticidade de um equipamento se dá da avaliação dos fatores de função, risco físico e curva ABC, como descrito a seguir.

FUNÇÃO

Suporte a Vida – Equipamentos utilizados para sustentar a vida de um paciente após a falha ou insuficiência de um ou mais órgãos vitais. Exemplo: Ventilador Pulmonar;

Terapia – Equipamento destinado ao tratamento de patologias, incluindo a substituição ou modificação da anatomia ou processo fisiológico do organismo humano. Geralmente os equipamentos de terapia aplicam algum tipo de energia ao paciente. Exemplo: Bisturi Elétrico;

Diagnóstico – Equipamento destinado à detecção de informações do organismo humano para auxílio ao procedimento clínico. Exemplo: Monitor Multiparamétrico;

Análise – Equipamentos de laboratório e relacionados ou equipamentos de informática médica. Exemplo: Centrífuga;

Equipamento de apoio – Equipamento destinado a fornecer suporte a procedimentos diagnósticos, cirúrgicos e terapêuticos. Exemplo: Maca hospitalar.

RISCO FÍSICO

Morte – Falha no equipamento pode levar a morte do paciente. Exemplo: Cardioversor;

Injúria – Falha no equipamento pode produzir dano permanente ao paciente ou ao operador. Exemplo: Bisturi Elétrico;

Terapia ou Diagnóstico falho – Falha no equipamento pode induzir a um diagnóstico inadequado ou a uma terapia inadequada. Exemplo: Eletrocardiógrafo.

GRAU DE IMPORTÂNCIA “ABC”

A curva ABC é um método de classificação de informações, que permite destacar os itens que – mesmo estando em menor quantidade numérica – representam para a instituição o maior grau de importância ou impacto.

Então, a grande vantagem de incluir o Grau de Importância ABC no cálculo de criticidade, está na flexibilidade de poder pontuar de acordo com a realidade e prioridade estratégica da instituição de saúde.

Grau A – Falta do equipamento impacta diretamente interrupção do serviço, na perda de receita da instituição ou mesmo colocar em risco sua credibilidade junto ao cliente. Equipamentos enquadrados nesta faixa possuem geralmente um maior valor de aquisição (> R\$ 100.000,00) e são impossíveis de serem substituídos em um curto espaço de tempo, seja por serem únicos na instituição ou por serem equipamentos fixos ou de difícil mobilidade. Exemplos: Hemodinâmica; Microscópio Cirúrgico Especializado.

Grau B – Nesta faixa estão enquadrados equipamentos que podem impactar de forma direta no cuidado ao paciente ou mesmo na perda de receita da instituição, interrompendo o funcionamento de um leito ou mesmo cancelando uma cirurgia, por exemplo. Os equipamentos aqui enquadrados possuem um valor de aquisição moderado e possuem unidades iguais ou similares dentro da instituição, tornando possível sua substituição de forma mais rápida. Exemplos: Aparelho de Anestesia; Mesa Cirúrgica.

Grau C – Falta do equipamento não acarreta paralisação nos serviços de assistência. Equipamento facilmente substituível seja pela existência de inúmeros outros similares na instituição ou mesmo devido à maior facilidade de compra. Exemplos: Oxímetro; Esfigmomanômetro.

IMPORTÂNCIA ABC	PONTUAÇÃO
Grau A	10
Grau B	5
Grau C	1

Sendo assim, haja visto que a definição da classificação da criticidade de um equipamento se dá a partir da somatória dos pontos relativos às classificações quanto aos fatores de função, risco físico e curva ABC, temos então as possíveis classificações quanto à criticidade:

CRITICIDADE DOS EQUIPAMENTOS

Criticidade = Função + Risco Físico + Grau de Importância ABC

Função	Pontuação	Risco Físico	Pontuação
Suporte a Vida	10	Morte	7
Terapia	8	Injúria	5
Diagnóstico	6	Terapia ou Diagnóstico Falho	3
Análise	4	Sem risco	1
Equipamentos de Apoio	2		
Importância ABC	Pontuação		
Grau A	10		
Grau B	5		
Grau C	1		

classificação de criticidade de equipamentos, pela RDC nº 185, de 22 de outubro de 2001

Exemplo:

EQUIPAMENTO	FUNÇÃO	RISCO FÍSICO	IMPORTÂNCIA ABC	CRITICIDADE
Centrífuga	4	3	5	12
Desfibrilador	10	7	5	22
Eletrocardiógrafo	6	3	1	10
Ressonância Magnética	6	3	10	19

Com o Cálculo de Criticidade apresentado na tabela acima, enquadraremos os equipamentos por Faixas de Criticidade de maneira similar a RDC nº 185 como exposto abaixo:

- Baixa criticidade – Índice de criticidade variando de 04 a 11
- Mediana criticidade – Índice de criticidade variando entre 12 a 18
- Máxima criticidade – Índice de criticidade variando entre 19 e 27

Com isso, os equipamentos enquadrados na faixa de criticidade Mediana ou Máxima deverão estar incluídos no programa de manutenção preventiva, nos planos de contingência e recebem regras especiais para atendimento de chamados para manutenção corretiva.

Tendo a classificação de criticidade mostrada acima (baixa, mediana e máxima), poderá ser estabelecido em comum acordo com a administração da UBS, os tempos máximos para atendimento de cada nível e, com isto, ter estabelecida uma regra de priorização para a Engenharia Clínica.

INDICADORES DE DESEMPENHO (KPI's)

Os KPI's (*Key Performance Indicator* ou Indicadores Chave de Desempenho) abaixo estão relacionados à disponibilidade dos equipamentos e serão empregados como base referencial para avaliação do desempenho da prestação de serviço do Viva Rio. O objetivo será sempre aumentar o MTBF e diminuir o MTTR e por conseguinte obter a maior taxa de disponibilidade dos equipamentos possível.

Número de Ordens de Serviço Concluídas (NOSC)

O NOSC é definido pela conversão de ordens de serviço abertas e fechadas em um determinado período (mês), a fim de demonstrar se a equipe está conseguindo acompanhar as demandas geradas. Será calculado da seguinte forma:

$$NOSC = N^{\circ} \text{ de OS's fechadas} / N^{\circ} \text{ de OS's abertas}$$

Tempo Médio entre Falhas (MTBF)

MTBF (*Mean Time Between Failures* ou Tempo Médio entre Falhas) será definido como o tempo decorrido entre as falhas de um equipamento durante a operação, ou seja, tempo médio entre uma falha e outra. Calculado da seguinte forma:

$$MTBF = \text{de horas em bom funcionamento} / N^{\circ} \text{ de paradas para manutenção corretiva}$$

Essa avaliação deixa perceptível problemas sistemáticos ou falhas de operação de um determinado equipamento, ou até mesmo a necessidade de manter equipamentos sobressalentes (*backup's*).

Tempo Médio para Reparo (MTTR)

MTTR (*Mean Time to Repair* ou Tempo Médio para Reparo. Ou seja, MTTR é o indicador de desempenho usado para indicar o Tempo Médio Para Reparo de algum equipamento. Calculado da seguinte forma:

$$MTTR = \text{dos tempos de reparo} / N^{\circ} \text{ de intervenções realizadas}$$

Taxa de Disponibilidade do Equipamento (% Disponibilidade)

O tempo de indisponibilidade (ou inatividade) reflete a eficiência e a velocidade da equipe técnica, bem como sua experiência, nível de treinamento e a manutenibilidade do equipamento ou sistema. A fórmula que será usada para calcular disponibilidade é:

$$\% \text{ Disponibilidade} = \frac{MTBF}{MTBF + MTTR} \times 100$$

Indicadores de produtividade

Os indicadores de produtividade possibilitam um acompanhamento maior do serviço prestado às unidades básicas de saúde, bem como a melhor visualização de necessidade de adequação de fluxos e processos e prevenir e identificar possíveis falhas antecipadamente. Os indicadores de produtividade serão calculados relacionando os quadros abaixo:

Quadro 16: Indicadores de produtividade - manutenção corretiva e preventiva

Cálculo de OS	Confirmação de OS	Prazos de atendimento x Unidade
Nº OS x Unidade	Grau de Satisfação	Tempo Médio de Atendimento (Índice de Resolutividade)
Nº OS x Setor		

Nº OS x Tipo de Problema

Nº OS x Status de
Atendimento

Nº OS x Grau de Criticidade

Tempo Entre Falhas (Índice de
Efetividade)

Fonte: OS Viva Rio.

Segue ainda no Anexo VI segue o Plano de Gerenciamento de Tecnologias.

11.2 Manutenção Predial

O Programa de Manutenção Predial e Equipamentos propõe a realização de assistência técnica e manutenção preventiva e corretiva de forma contínua aos equipamentos e instalações hidráulicas, elétricas, prediais e de climatização das unidades de saúde.

A manutenção preventiva tem como objetivo prevenir situações que possam impactar negativamente na dinâmica das unidades da Rede de Atenção Primária.

As manutenções preventivas prediais e de climatização serão realizadas a partir de um *check list* de atividades.

Manutenção preventiva predial:

- ✓ Monitorar o funcionamento todos os pontos de iluminação, tomadas, interruptores, pontos de água, sistemas de bombas d'água, vasos, chuveiros, lavatórios, esgotamentos, fechaduras, sistemas elétricos e sistemas hidráulicos;
- ✓ Manter acompanhamento e fiscalização na execução do Programa de Manutenção Preventiva, para a verificação de possível substituição de qualquer produto, método e/ou colaborador, cuja atuação considere prejudicial;
- ✓ Exercer fiscalização constante nos locais da realização dos serviços com o intuito de manter a eficiência e credibilidade dos serviços executados no Programa de Manutenção Preventiva;

São pertinentes à execução do Programa de Manutenção Preventiva as recomendações, orientações e Normas Executivas de ensaios e de construção da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), relativas a todos os serviços pertinentes a execução do Programa de Manutenção Preventiva e orientações conforme Manuais e orientações da SMS e EMOP.

Manutenção preventiva de climatização:

- ✓ Manter limpos os componentes dos sistemas, tais como, bandejas, serpentinas, umidificadores, ventiladores e dutos, de forma a evitar a difusão ou multiplicação de agentes nocivos à saúde humana e manter a boa qualidade do ar interno;
- ✓ Verificar periodicamente as condições física dos filtros, mantê-los em operação e substituí-los quando necessários;
- ✓ O PMOC deve estar coerente com a legislação de Segurança e Medicina do Trabalho. Os procedimentos adotados não devem trazer riscos à saúde dos trabalhadores que os executam, nem aos ocupantes dos ambientes climatizados;
- ✓ Os órgãos competentes de Vigilância Sanitária farão cumprir este RT, mediante inspeções e outras ações pertinentes, com apoio de outros órgãos governamentais, organismos representativos da comunidade e ocupantes do ambiente climatizado.

No tocante à manutenção corretiva, é aquela realizada após a ocorrência de dano em equipamento ou instalação, com vistas a restaurar sua plena capacidade operacional.

Propõe-se atendimento constante às unidades componentes da Rede de Atenção Primária, considerando boas práticas realizadas em experiências anteriores, na gestão de unidades com diferentes níveis de complexidade assistencial e estrutura física.

Nesse sentido, para o atendimento às unidades de saúde da Rede de Atenção Primária do Município do Rio de Janeiro, o Viva Rio irá operar com terceirização de serviços, monitorando os atendimentos de acordo com os valores da área, estabelecendo indicadores que primem pela qualidade da conservação em infraestrutura e garantam o bem estar no âmbito assistencial.

Princípios de Gestão da Gerência de Manutenção

Os princípios que norteiam o núcleo de manutenção do Viva Rio são pautados no conceito de sustentabilidade ambiental na aquisição de bens, contratação de serviços ou obras, no uso racional de recursos e equipamentos prevenindo o desperdício de insumos, bem como a geração excessiva de resíduos. Os materiais básicos empregados deverão atender à melhor relação entre custos e benefícios, considerando-se os impactos ambientais positivos e negativos.

Estratégias de atendimento da gerência de Manutenção

Para garantir o atendimento com base nos princípios de sustentabilidade, desenvolvimento e segurança, a equipe de manutenção do Viva Rio tem como estratégia o uso continuado de tecnologia e ferramentas da qualidade em análise de indicadores de eficácia e eficiência determinados.

Utiliza-se o sistema organizador de chamados, intitulado "Help Desk" e seu tutorial será disponibilizado na intranet para acesso dos colaboradores da instituição. O sistema funciona com níveis de responsabilização, onde a integram-se a unidade de saúde (demandante) e área operacional (equipe de manutenção), tendo o demandante a responsabilidade pela finalização do chamado e atesto do serviço realizado, com possibilidade de avaliação da qualidade, por meio de pesquisa de satisfação. As informações inseridas no Help Desk são compiladas por um programa de *Business Intelligence* (BI).

Metas de atendimento da gerência de Manutenção

A área de manutenção predial definirá indicadores de atendimento às unidades da Rede de Atenção Primária, com vistas ao alcance da satisfação das unidades. Assim, mensalmente são monitorados os percentuais de cordialidade da equipe operacional e da velocidade no atendimento, através da referida pesquisa.

O preenchimento da pesquisa possui um conceito claro e direto, mitigando a subjetividade através de acordo do nível de serviço (SLA). Mensalmente o cronograma de visitas de manutenção preventiva será atualizado no sistema Help Desk.

Já o atendimento das manutenções corretivas terá sua velocidade avaliada em três níveis, estando relacionado ao encerramento, de acordo com o número de visitas. Os critérios de avaliação ficam disponíveis no tutorial a ser disponibilizado.



Figura 43: Modelo de Relatório de pesquisa de velocidade

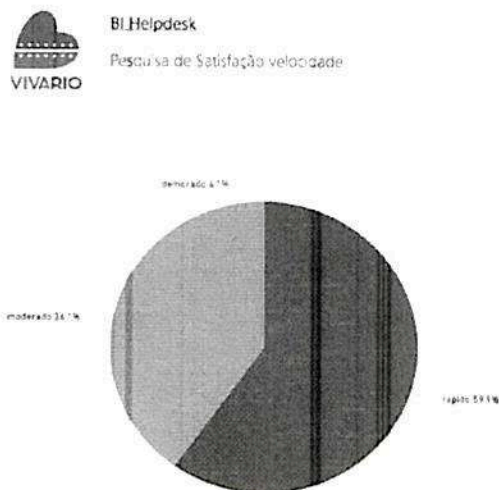
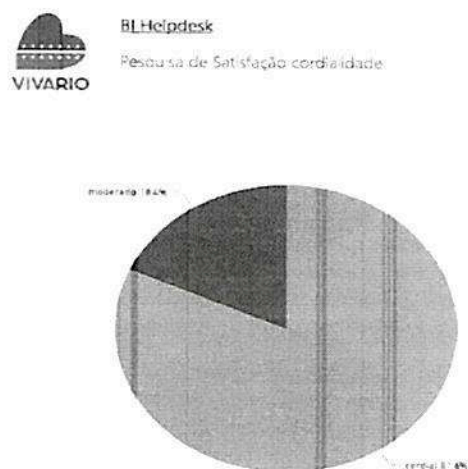


Figura 44: Modelo de Relatório de pesquisa de cordialidade



Fonte: Help Desk OS Viva Rio.

Usando o mesmo conceito de nível de serviço a gerência da manutenção monitora mensalmente a quantidade de demandas que foram concluídas dentro do prazo estabelecido pelos padrões operacionais. Esses prazos são informados no sistema, a cada demanda e são acompanhados de maneira ilimitada por gestores e pela unidade demandante. O Viva Rio buscará através dos processos de melhoria contínua alcançar resultados ótimos neste indicador.

11.3 Coleta de Resíduos

Os Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) são classificados em função de suas características e consequentes riscos que podem acarretar ao meio ambiente e à saúde. De acordo com a RDC 306/2004 e Resolução CONAMA Nº 358/2005, os RSS são classificados em cinco grupos: A, B, C, D e E, conforme resumido abaixo:

Grupo A - engloba os componentes com possível presença de agentes biológicos que, por suas características de maior virulência ou concentração, podem apresentar risco de infecção. Exemplos: placas e lâminas de laboratório, carcaças, peças anatômicas (membros), tecidos, bolsas transfusionais contendo sangue, dentre outras.

Grupo B - contém substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade. Ex: medicamentos apreendidos, reagentes de laboratório, resíduos contendo metais pesados, dentre outros.

Grupo C - quaisquer materiais resultantes de atividades humanas que contenham radionuclídeos em quantidades superiores aos limites de eliminação especificados nas normas da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN), como, por exemplo, serviços de medicina nuclear e radioterapia etc.

Grupo D - não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares. Ex: sobras de alimentos e do preparo de alimentos, resíduos das áreas administrativas etc.

Grupo E - materiais perfurocortantes ou escarificantes, tais como lâminas de barbear, agulhas, ampolas de vidro, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, lancetas, espátulas e outros similares.

A OS Viva Rio irá contratar empresa especializada na prestação de serviço de coleta, transporte, tratamento e disposição final dos resíduos gerados nos equipamentos de saúde da do Teias da AP 5.2 do município do Rio de Janeiro.

O quantitativo de coletas semanais será definido a partir da análise de série histórica e volume de resíduos produzidos. O transporte dos resíduos pela empresa especializada atenderá a legislação em vigor, com o devido preenchimento do manifesto por profissional da unidade.

Os resíduos transportados deverão receber tratamento e acondicionamento adequados, de acordo com a legislação ambiental e de saúde vigente, sendo que o método utilizado será responsabilidade da contratada.

A coleta e o transporte deverão ser efetuados por veículo com as adaptações necessárias, atendendo por completo às normas vigentes, com a identificação da carga transportada, motorista e um ajudante, capacitados e portando EPIs (equipamento de proteção individual) pertinente à função.

O destino final dos resíduos será de total responsabilidade da empresa, contratada, sendo que esta deverá apresentar os documentos ambientais pertinentes ao gerenciamento de resíduos, bem como a comprovação de destino final por parte da unidade onde a contratada fizer o descarte. A contratada deverá apresentar, em 15 dias cópias da Licença de Operações (LO), Cadastro Técnico Federal (CTF), Credenciamento da COMLURB, Alvará Municipal, contrato ou documento que comprove onde o resíduo será destinado com validade não inferior ao tempo de duração dos serviços prestados, comprovação de capacitação do motorista e do ajudante e relação de EPIs utilizados no processo, para arquivo nas unidades onde o serviço será prestado.

A contratada deverá também fornecer recipientes, sacos plásticos e similares para coleta, padronizado, com rodas e seguindo as normas de cores da legislação vigente.

IMPORTANTE - Os resíduos do Grupo A, gerados pelos serviços de assistência domiciliar, devem ser acondicionados e recolhidos pelos próprios agentes de atendimento ou



por pessoa treinada para a atividade, de acordo com o protocolo estabelecido, e encaminhados ao estabelecimento de saúde de referência.

11.4 Limpeza

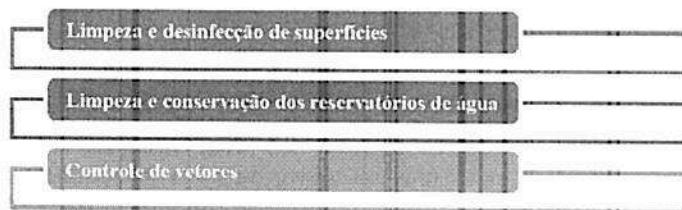
A prestação do serviço de limpeza e a desinfecção de superfícies são ações que promovem a sensação de bem-estar, segurança e conforto dos pacientes, profissionais e familiares nos serviços de saúde, colaborando também para o controle das infecções relacionadas à assistência à saúde, por garantir um ambiente com superfícies limpas, com redução do número de microrganismos, e apropriadas para a realização das atividades desenvolvidas nesses serviços.

O ambiente é apontado como importante reservatório de microrganismos nos serviços de saúde, especialmente os multirresistentes, e a presença de matéria orgânica favorece a proliferação de microrganismos e o aparecimento de insetos, roedores e outros, que podem veicular microrganismos nos serviços de saúde. Sendo assim o aparecimento de infecções nos ambientes de assistência à saúde pode estar diretamente relacionado ao uso de técnicas incorretas de limpeza e desinfecção de superfícies e manejo inadequado dos resíduos em serviços de saúde.

Os produtos de limpeza utilizados devem possuir garantia de qualidade e fichas de informação de segurança de produtos químicos (FISQP) e os equipamentos durabilidade conforme padrão atual do mercado. Os auxiliares de serviços gerais devem ser treinados dentro das normas de higienização e desinfecção da Anvisa além de possuírem todos os EPIS (equipamento individual de segurança) necessários à sua segurança e manutenção de saúde.

Adicionalmente, cabe ao serviço de Limpeza a garantia de realização dos serviços e higienização e conservação dos reservatórios de água da unidade, bem como entrega de laudo de avaliação de potabilidade, e o controle de vetores (desratização, descupinização e controle de insetos em geral), igualmente com laudo técnico do serviço, dentro da periodicidade definida por legislação estadual vigente.

Figura 45: Responsabilidades do serviço de limpeza



Fonte: OS Viva Rio.

A OS Viva Rio irá gerir o serviço de higienização das unidades de saúde da família da AP 5.2, com a contratação direta de auxiliares de serviços gerais e compra de insumos e equipamentos. Cabe frisar que o Viva Rio possui experiência na primarização deste serviço, uma vez que atuou desta forma nos contratos de gestão das APs 2.1, 3.1, e AP 3.3. Quanto à limpeza de reservatórios de água e controle de vetores para os equipamentos de saúde da AP 5.2, a OS Viva Rio irá contratar o serviço de empresa especializada.

A contratação de empresa especializada para aplicação de produtos e de técnicas eficientes de controle referentes aos serviços de dedetização, desratização e descupinização se dará em função dos serviços serem de natureza continuada, necessários para a preservação do patrimônio, propiciando as condições de higiene adequadas, prevenindo e/ou combatendo

[Assinatura]

[Assinatura]

doenças e acidentes, sendo de extrema necessidade para o bom funcionamento das unidades atendidas. Por serem serviços complementares, têm a necessidade de se inter-relacionar para melhor execução, gerenciamento e fiscalização dos contratos, possibilitando obter condições mais vantajosas para a administração das unidades de saúde. A empresa contratada deverá apresentar comprovante de registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA ou em órgão estadual competente, que comprove a autorização para execução dos serviços propostos. Os produtos utilizados pela Contratada também deverão possuir certificação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

11.5 Serviços de Apoio Terapêutico e Diagnóstico

O acesso aos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico será realizado de acordo com o fluxo estabelecido pela SMSRJ. A Organização Social Viva Rio cabe atender a todos os procedimentos diagnósticos e de apoio ao tratamento de patologias, conforme edital e que serão oferecidas aos usuários das Unidades de Saúde sob a administração desta organização. A Organização Social Viva Rio irá contratar os serviços de SADT, para cada unidade sob sua administração na quantidade mensal, a partir de quantitativos estimados.

A OS Viva Rio pretende implementar o Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) para cada exame fornecido pelas unidades de Saúde da Família. Esta iniciativa visa a manutenção das boas práticas e eficiência dos processos técnico-assistenciais.

Exames de imagem, serviço de oftalmologia e prótese dentária

Considerando o caráter naturalmente preventivo das atividades de atenção primária, os exames e atividades técnicas de apoio possuem importância-chave e demandam atenção especial. No que tange aos exames imaginológicos, a AP 5.2 ofertará, diretamente, os serviços de radiografia (raios X) e de ultrassonografia (USG). A assistência radiográfica será prestada em todas as CF e CMS que já possuem instalações radiológicas. As devidas condições de proteção radiológica e otimização de doses serão geridas dentro dos preceitos sugeridos pela Agência Internacional de Energia Atômica (IAEA), exigidos pela NR 32 da atual Secretaria de Trabalho do Ministério da Economia (antigo MTb) e, principalmente, pelas resoluções da ANVISA, com ênfase na RDC 330/19.

Quanto aos exames de USG, será ofertado o serviço em ao menos um turno semanal em todas as unidades operantes na área, seja CF, seja CMS. O objetivo é a otimização dos recursos através da redução e prevenção de casos de absenteísmo, levando o exame para mais perto dos usuários. Essa estratégia mostra-se executável, já que, diferente de uma instalação de raios X, o serviço de USG necessita apenas de equipamento emissor/receptor/processador de ondas sonoras, mão de obra e poucos recursos, dispensando infraestrutura diferenciada.

Para a viabilização de outras atividades de apoio mais amplamente especializadas, tais como confecção de próteses dentárias e de cunho oftalmológico (retinografia digital e refração ocular), serão contratadas empresas especializadas para prestação dos serviços. Os mesmos serão dimensionados em consonância com as estatísticas municipais mensais e previstos no plano orçamentário.

No caso das próteses, a OS Viva Rio contratará empresa para prestação de serviços de confecção laboratorial de próteses odontológicas parciais ou totais removíveis.

Serão oferecidos os Serviços de Oftalmologia – refração ocular (com garantia da prescrição das lentes corretivas aos pacientes quando for o caso), de retinografia digital, bem como a avaliação de profissional especializado.

Quanto aos equipamentos oftalmológicos necessários para a execução dos serviços, os mesmos deverão ter suporte técnico especializado, com serviços de manutenção preventiva, diagnóstico de defeitos e orientação para reparos. Deverão ser entregues relatórios mensais com o número de exames realizados na unidade contendo a descrição exata do exame.



11.6 Segurança/Portaria

A prestação deste serviço tem como base fundamental o CUIDADO, identificação e orientação, das pessoas que conviverão na Unidade de Saúde. O serviço de portaria será gerido pela OS Viva Rio, que fará a contratação de porteiros para as unidades de Saúde da Família.

As atividades de Portaria/vigilância têm como premissa garantir a segurança e a melhoria no atendimento dos acessos com vistas ao aperfeiçoamento do controle do fluxo de pessoas nas dependências.

O porteiro/vigilante será responsável por comunicar imediatamente à administração da unidade qualquer anormalidade verificada, em relação ao cumprimento das rotinas e normas da unidade. Deverá controlar rigorosamente a entrada e saída de pessoas, veículos, bens patrimoniais, equipamentos e materiais nas dependências da Instituição. Deverá ainda proibir a utilização do Posto de serviço para guarda de objetos estranhos ao local, de bens de servidores, de empregados ou de terceiros. Deverá atender com cortesia e direcionar os usuários, dando informações pertinentes quando solicitadas.

Locação e manutenção de Câmeras de segurança

Ainda pensando em segurança, a prestação de serviços de monitoramento de imagens deverá ser realizada por empresa especializada, com todos os equipamentos necessários para captação, transmissão, recepção, gravação, monitoramento e processamento das imagens de vídeo com sistema informatizado de gerenciamento, armazenamento e consulta das mesmas, via internet. Deverá prever a manutenção com peças *Backup* e será implantado em até **60 dias** após a assinatura do contrato.

O monitoramento por câmeras de segurança (CFTV - Circuito Fechado de Televisão) nas Unidades de Saúde é uma ferramenta eficaz não só para aumentar a segurança, mas também para ajudar a controlar os custos. Câmeras de vigilância podem funcionar para proteger funcionários e pacientes da unidade contra falhas na segurança e fornecer evidências visuais que podem ser usadas para aumentar a produtividade.

A área deverá ser monitorada 24 horas por dia e as câmeras deverão ser instaladas em pontos estratégicos a fim de reforçar a segurança da instituição, especialmente nos diferentes pontos de acesso a unidade, incluindo áreas de recepção, almoxarifado, farmácia e ponto biométrico. Apesar de serem ferramentas eficazes para monitoramento de muitas seções de uma Unidade de Saúde, deve haver a preocupação com a privacidade do paciente.

11.7 Ponto biométrico

Atendendo à exigência do edital, o qual define que todos os profissionais contratados devem utilizar ponto biométrico na própria unidade para registro diário de frequência, a OS Viva Rio, fará a contratação de empresa especializada na instalação e manutenção das máquinas de ponto biométrico das unidades da AP 5.2. com as condições e especificações definidas em termo de referência.

11.8 Gases medicinais

A OS Viva Rio contratará empresa especializada na prestação de serviço de fornecimento de oxigênio, em conformidade com a RDC 50/2002. A mesma prestará serviços de reposição de cilindros de oxigênio medicinal, manutenção dos equipamentos e acessórios inclusa no fornecimento de acordo com as especificações técnicas, nas Unidades de Saúde da Área Programática 5.2.



O serviço será prestado mensalmente, conforme quantitativo médio e especificações contidas no quadro abaixo:

Item	Unidade	Quantidade	Descrição do material
1	Carga	A definir	Reposição de oxigênio medicinal para cilindro com capacidade 3,5 lts / 0,5 m ³
2	Carga	A definir	Reposição de oxigênio medicinal para cilindro com capacidade 40 lts / 7m ³
3	Carga	A definir	Reposição de oxigênio medicinal para cilindro com capacidade 50 lts / 10 m ³

As recargas de oxigênio medicinal deverão ser entregues, em local indicado pela conforme solicitação, sendo imprescindível a apresentação pela empresa fornecedora, mensalmente, as requisições/autorizações de fornecimento, para que seja realizado o atesto do serviço prestado e, posteriormente, seja emitida a Nota Fiscal de serviço.

Os cilindros que receberão a recarga são de propriedade da Contratante, podendo, em caso de necessidade ser fornecido pela Contratada, mediante assinatura de termo de responsabilidade, sem qualquer custo adicional. Todos os cilindros deverão estar em perfeito estado de conservação, devendo possuir capacete de proteção móvel ou fixo, caso contrário deverão ser devolvidos à Contratante.

A manutenção técnica corretiva deverá ser efetuada no prazo máximo de 03 (três) dias, contados a partir da comunicação e deverá estar à disposição 24 (vinte e quatro) horas por dia.

Durante a entrega e retirada dos cilindros os técnicos da Contratada deverão utilizar dispositivos que garantam a segurança total do procedimento e dos profissionais envolvidos, sendo de responsabilidade da Contratada providenciar tais dispositivos.

A Contratada deverá entregar a Contratante a FISPQ (Ficha de Informação de Segurança de Produtos Químicos) e fornecer orientação quanto às regras de guarda e exibição dos documentos.

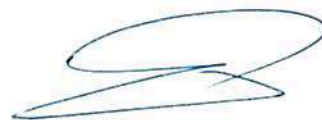
A empresa deverá fornecer também o PPRA (Programa de Prevenções Riscos Ambientais), PCMSO (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional), comprovante de capacitação junto com o conteúdo programático de manuseio e segurança em suas atividades prestadas nas áreas internas das unidades.

Quanto ao transporte, todos os cilindros devem estar adequadamente classificados, marcados e rotulados, conforme declaração emitida pela própria Contratada, constante na documentação de transporte (a classificação, a marcação e a simbologia de risco e manuseio são definidas na Resolução nº 420 de 12/02/2004 da Agência Nacional de Transportes Terrestres - ANTT). Rótulos de risco devem estar também afixados à superfície exterior das unidades de transporte e de carga. O transporte dos equipamentos e dos gases deverá ser realizado pela Contratada em caminhões especiais, seguindo o estabelecido no Decreto Lei N.º 96.044 de 18/05/88 do Ministério dos Transportes e na Resolução nº 420 da ANTT.

11.9 Exames Ocupacionais

Visando o atendimento integral das normas regulamentadoras do Ministério da Economia e da legislação vigente, o Viva Rio contratará empresa para a prestação dos serviços de saúde ocupacional, proporcionando melhoria na qualidade de vida, desenvolvimento saudável do ambiente de trabalho e redução dos riscos associados às atividades profissionais, para as Unidades da AP 5.2. A empresa será responsável pela implantação, assessoria, avaliação, elaboração e reavaliação dos documentos de Saúde Ocupacional.

Caberá à empresa contratada:




- a. Emissão de Atestado de Saúde Ocupacional – ASO (admissional, periódico, retorno ao trabalho, mudança de função e demissional);
- b. Avaliação clínica, abrangendo anamnese ocupacional, exame físico;
- c. Avaliação biopsicossocial de Pessoas com Deficiência (PCD), com laudo, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar, considerando PCD aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. Também com relação as PCD, a CONTRATADA deverá emitir “Atestado de Enquadramento de Deficiência” e “Declaração de Ciência de Inclusão na Cota” para os casos avaliados;
- d. No caso de Pessoas com Deficiência (PCD), a CONTRATADA deverá avaliar a necessidade de tecnologias assistivas com o objetivo de promover e prevenir a saúde e a integridade de todos os empregados; implementar as adaptações indicadas, mediante a autorização prévia da CONTRATANTE e emitir relatório periódico de monitoramento;
- e. Exames complementares, realizados de acordo com os termos específicos da NR-07;
- f. Avaliação médica dos colaboradores do CONTRATANTE que apresentarem atestado médico de afastamento entre 13 (treze) e 15(quinze) dias;
- g. Treinamentos, cursos e palestras relacionadas à saúde dos colaboradores do CONTRATANTE;
- h. Relatório mensal das alterações de saúde se houver necessidade;
- i. Acompanhamento e controle do estado clínico ocupacional dos colaboradores do CONTRATANTE;
- j. Controle de atestados médicos enviados pelos colaboradores do CONTRATANTE;
- k. Relatório mensal dos atestados médicos e afastamentos;
- l. Controle e envio dos afastados pelo INSS;
- m. Enviar relatórios de serviços com planilha nominal em formato Excel;
- n. Os ASO's devem ser enviados diariamente ao final do atendimento;
- o. O atendimento para os colaboradores que sofreram acidente com material biológico deve ser baseado nos documentos padrões da CONTRATANTE, sendo eles “Termo de Consentimento e acompanhamento do acidente biológico e “solicitação de exames”.
- p. Elaboração do PCMSO das unidades.

11.10 Prontuário eletrônico e Sistemas de Informação em Saúde

O uso de tecnologia nos processos de gestão e controle dos serviços públicos são essenciais no cenário atual. As inovações tecnológicas têm sido uma grande aliada no processo de modernização da saúde coletiva, principalmente quando se leva em consideração a necessidade de transparência e a cessão de informações ao controle social.

Para além, a complexidade inerente ao processo de produção de saúde nos territórios - considerando todos os condicionantes sociais - por si só já representa um enorme desafio para a gestão na Atenção Primária, Especializada, Hospitalar e Urgência e Emergência. A conformação da rede de saúde deve estar atenta aos processos de inovação, incorporando novas formas de organização, a fim de prover cuidado centrado nas pessoas, nas famílias e nas comunidades do território, o que pode ser potencialmente favorecido pela utilização de uma ferramenta de gestão em saúde customizada para atender a estes objetivos.

A utilização de um software de gestão em saúde amplia a possibilidade de gestão da clínica, contemplando um conjunto de funcionalidades que possibilitam ir além do registro clínico no prontuário eletrônico do paciente, como: o cadastramento das famílias; as atividades



coletivas; as visitas domiciliares; as consultas médicas, de enfermagem e de saúde bucal; as reuniões de equipes; operações de farmácia e a gestão do estoque de insumos e medicamentos; bem como permitir o acompanhamento, monitoramento e avaliação dos indicadores e metas estabelecidas em contrato e outros que se fizerem necessários ao longo do projeto. As informações geradas são acessíveis não só aos gestores locais, mas também aos profissionais das equipes, assim como às áreas técnicas e Coordenação da SMS para que possam subsidiar os ajustes necessários nos processos de trabalho, direcionando e qualificando a oferta dos serviços de saúde à população de abrangência.

Para que o sistema informatizado cumpra suas funções de maneira apropriada e possa de fato qualificar tanto a assistência ao usuário quanto os processos administrativos e gerenciais, alguns requisitos e funcionalidades precisam estar garantidos. O sistema precisa ser uma ferramenta de facilitação do processo de trabalho, ser intuitivo, ter uma interface simples, leve e agradável e estar integrado com a rede de atenção à saúde. Neste sentido, a garantia de funcionalidades para além do cadastro e do prontuário eletrônico, a possibilidade de integração com outros sistemas e de customização a partir da identificação de necessidades locais, em tempo oportuno, configuram-se como objetivos previstos dessa Organização. Abaixo segue quadro com lista das funcionalidades previstas e apropriadas pela OS Viva Rio aos Sistemas de Gestão em Saúde voltados para a Atenção Primária e Saúde Mental. Os itens foram classificados como obrigatórios e customizáveis. Os itens obrigatórios são aqueles previstos no edital e de implantação imediata. Já os itens customizáveis, são itens não previstos no edital, mas que a OS entende serem importantes no processo de qualificação de gestão da informação.

Quadro 17: Funcionalidades previstas para Sistema de Gestão em Saúde

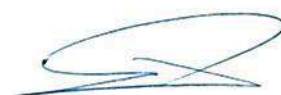
Funcionalidades previstas para o Sistema de Gestão em Saúde na Atenção Primária	Item Obrigatório	Item Customizável
1. Do Cadastro:		
Possibilitar o registro de dados cadastrais individuais, pelos profissionais habilitados, referentes à identificação, condições de saúde autorreferidas, características sociais, econômicas e demográficas, compatível com as obrigações do SISAB, ou qualquer outro sistema orientado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS)e/ou Ministério da Saúde (MS), devendo garantir a vinculação do cadastro ao número do CPF e ao CNS, à equipe e microárea de referência, além da família a qual o usuário faz parte. Esta funcionalidade deve estar disponível, também, através de interface mobile (adaptado para utilização através de dispositivos portáteis como smartphones e/ou tablets);	X	
Permitir o cadastro da família, pelos profissionais habilitados, referentes a identificação, situação de moradia, tipo de domicílio, rede de abastecimento e tratamento de água e todas as demais condições presentes e compatíveis com as obrigações do SISAB, vinculando, ainda, o responsável da família, à equipe e microárea de referência. Esta funcionalidade deve estar disponível também através de interface mobile (adaptado para utilização através de dispositivos portáteis como smartphones e/ou tablets);	X	




Permitir o registro de cadastros temporários, pelos profissionais habilitados, visando ao atendimento imediato, quando o usuário não pertence ao território de uma equipe e/ou na ausência de documentos como CNS ou CPF, contendo minimamente campos de identificação individual (nome completo - do usuário e da mãe), nome social, gênero, raça/cor, endereço, telefone, data de nascimento);	X	
Permitir a busca de usuário cadastrado, minimamente através do (a): nome (do usuário e da mãe), data de nascimento, telefone, CPF, CNS, número do prontuário, número da família cadastrada, estando todos os campos disponíveis para pesquisa na mesma tela;	X	
Permitir a verificação automática de cadastros com dados semelhantes e homônimos, sendo que esta verificação deve ser realizada obrigatoriamente ao se iniciar um novo cadastro, possibilitando ferramenta de unificação de cadastros. Devem ser utilizados como parâmetros, minimamente, os campos do CPF, CNS, nome (do usuário e da mãe), data de nascimento;	X	
Permitir o cadastro do Nome Social facilitando aos profissionais o uso deste em detrimento do nome de registro;	X	
Permitir a emissão de relatórios configuráveis da situação cadastral, com informações consolidadas e individualizadas, em formatos Excel e pdf, que possibilitem identificar e acompanhar o perfil da população cadastrada e do território de abrangência;	X	
2. Da Agenda:		
Possibilitar visualização da agenda, pelos profissionais habilitados, por turnos e horários de trabalho;	X	
Permitir agendamento de consultas e interconsultas, pelos profissionais habilitados, com possibilidade de registro do status do agendamento (usuário agendado/aguardando/falta/cancelado);	X	
Permitir o agendamento, pelos profissionais habilitados, de outras atividades previstas em contrato, tais como reunião de equipe, visita domiciliar, atividades de grupo, educação permanente e planejamento, articulação intra e intersetorial, matriciamento, articulação territorial, etc.	X	
Permitir o bloqueio de agenda do profissional evidenciando o motivo (Ex. folgas, férias, feriados), pelos profissionais habilitados;	X	
3. Do Gerenciador de Fila:		
Permitir a gestão de filas, tempo de espera e encaminhamento dos usuários às diversas salas de atendimento da unidade, através de interface de suporte a TV e sistema de som ambiente, visando otimizar a chamada e acolhimento do usuário;	X	
Permitir a priorização do Nome Social cadastrado na interface de suporte a TV e sistema de som ambiente;	X	
Possibilitar a divulgação de informações de saúde e demais conteúdos institucionais pertinentes ao acolhimento dos usuários, através da interface de suporte com TV;	X	
Permitir a emissão de relatórios configuráveis de gestão da fila e tempos de espera, em formatos Excel e pdf;	X	
4. Do Prontuário Eletrônico do Paciente:		
Relacionadas ao acolhimento:		




Exibir lista de atendimento, minimamente, por data/turno/ profissional;	X	
Incluir registro de demanda espontânea e demanda agendada;	X	
Permitir o registro de escuta inicial (sem limite de caracteres), possibilitando o registro do motivo da consulta através do Sistema de Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP2) e classificação de risco segundo protocolo definido pela Secretaria Municipal de Saúde - SMS e/ou Ministério da Saúde MS;	X	
Relacionadas à vacinação:		
Permitir o registro de vacinas, considerando o calendário vacinal nacional vigente, de acordo com ciclo de vida e linha de cuidado (criança, adolescente, adulto, idoso gestante e povos indígenas) preconizadas pelo Programa Nacional de Imunização (PNI) do Ministério da Saúde, garantindo a devida integração e envio regular dos dados para o SISAB, conforme Nota Informativa nº 47/2018-CGPNI/DEVIT/SVS/MS, utilizando o layout de dados LEDI-AB;	X	
Permitir o registro da dose do imunológico aplicada, com os seguintes campos: dose (1ª, 2ª, 3ª), lote/fabricante/data de validade, via de administração, estratégia de vacinação (Ex. Rotina, Especiais, Intensificação, Multivacinação), aprazamento, campo aberto para observações;	X	
Permitir o registro tardio (registro de doses aplicadas em momento anterior – em outro dia ou outro local de administração), com a finalidade de atualizar a carteira de vacinação, com registro mínimo da data da aplicação;	X	
Permitir o registro de outros imunobiológicos não constantes do calendário nacional de vacinação, com os seguintes campos: dose (1ª, 2ª, 3ª), lote/fabricante/data de validade, via de administração, estratégia de vacinação (Ex. Rotina, Especiais, Intensificação, Multivacinação), aprazamento, campo aberto para observações;	X	
Apresentar o status da situação de cada imunológico (Ex. vacina aplicada, vacina atrasada, vacina futura);	X	
Permitir a visualização dos dados registrados em cada dose aplicada;	X	
Permitir a visualização do resumo do histórico vacinal do usuário para ciência e acompanhamento pelo profissional de saúde habilitado, no ato do atendimento/consulta;	X	
Possibilitar a atualização da carteira de vacinação do usuário, pelo profissional de saúde habilitado, no ato do atendimento/consulta, quando couber;	X	
Relacionadas ao registro clínico:		
Exibir folha de rosto do prontuário do paciente, com apresentação de registros pregressos;	X	

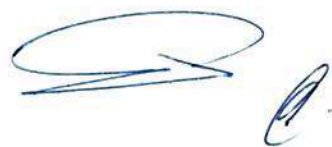



Permitir o registro clínico (sem limite de caracteres) voltado às necessidades da atenção básica, para todas as categorias habilitadas ao atendimento clínico, incluindo profissionais de saúde bucal e do NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica). Deve ser utilizado o método SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação, Plano), contemplando minimamente: anamnese, história pregressa individual e familiar, exame físico (peso, altura e sinais vitais), relatórios de exames complementares como bioquímica, radiologia, rastreamento, diagnóstico ou hipótese diagnóstica, através da Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP2) e Classificação Internacional de Doenças (CID10), lista de problemas e condições e demais registros de achados clínicos relevantes e essenciais ao processo de cuidado;	X	
Possibilitar o registro clínico de estudantes habilitados como internos e residentes (sem limite de caracteres);	X	
Permitir o registro por linhas de cuidado (sem limite de caracteres), de acordo com os protocolos vigentes indicados, garantindo, minimamente: acompanhamento do pré-natal, rastreamento do câncer de colo uterino, crescimento e desenvolvimento da criança, situação vacinal, acompanhamento do idoso, hipertensão e diabetes, tuberculose e hanseníase;	X	
Permitir o registro, em ficha específica, de avaliação de feridas e curativos que permita visualizar a evolução do tratamento e as coberturas utilizadas (sem limite de caracteres);	X	
Possibilitar o registro de interconsulta, de forma que o registro dos dois ou mais profissionais responsáveis pelo atendimento sejam integrados na mesma consulta e que a produção de cada um seja contabilizada individualmente (sem limite de caracteres);	X	
Permitir o cadastramento de unidades de medida e seus tipos nos campos devidos (Ex. Peso/Altura);	X	
Possibilitar funcionalidade interativa que habilite odontograma digital, com todos os elementos dentários, evolução por face e elemento, registro de ações e procedimentos, histórico por atendimento, desde o atendimento inicial, permitindo a comparação, no odontograma, do diagnóstico inicial com a evolução do tratamento no momento da alta;	X	
Permitir o registro dos procedimentos odontológicos não só por elemento, mas também por face;	X	
Permitir o registro do plano de tratamento odontológico (sem limite de caracteres), a partir da avaliação inicial, com possibilidade de previsão do número de atendimentos necessários para conclusão;	X	
Permitir a integração dos registros do cirurgião dentista e do técnico de saúde bucal (TSB), quando o tratamento do paciente for compartilhado entre os dois profissionais;	X	
Permitir o registro do Projeto Terapêutico Singular (PTS) voltado ao usuário cadastrado (sem limite de caracteres);	X	

Permitir o registro das atividades de matriciamento com equipes multiprofissionais dos estabelecimentos que compõem a rede de saúde, com campos de registro para discussão do caso (sem limite de caracteres);	X	
Permitir o registro de atividades de articulação intra, intersetorial e territorial, possibilitando a identificação dos pontos da rede de saúde, além de atividades de educação permanente e planejamento (sem limite de caracteres);	X	
Possibilitar o registro do Processo de Enfermagem em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes conforme estabelecido na Resolução Cofen nº 358/2009. Os campos para registro serão compostos por: I – Histórico de Enfermagem; II – Diagnóstico de Enfermagem (NANDA-I, CIPE® ou CIPESC®); III – Planejamento de Enfermagem; IV – Implementação; e, V – Avaliação de Enfermagem;	X	
Relacionadas a exames e encaminhamentos:		
Permitir o registro e emissão de solicitação de exames a partir de lista parametrizada e campo livre, inclusive os de alto custo e outros que demandem formulários específicos, como Siscan;	X	
Permitir a emissão de atestados, certidão de comparecimento, laudos e encaminhamentos e todos os demais formulários oficiais indicados de acordo com padrão e normas oficiais;	X	
Permitir o registro de procedimentos, seguindo as regras e consistências definidas na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OFM do SUS; vincular lista do SIGTAP a um sistema de busca inteligente, de forma a automatizar o registro de procedimentos e possibilitar o registro de procedimentos mais comuns à cada categoria profissional;	X	
Permitir a emissão e impressão das fichas de notificação compulsória, conforme listas de agravos, doenças e eventos (nacionais, estaduais e municipais) de referência, vinculando mensagens de alertas aos profissionais a partir da sinalização dos CID associados;	X	
Permitir o registro de informações adicionais ao atendimento, tais como resultados de exames; dados de acompanhamento provenientes de consultas em outros serviços de saúde; sem gerar novo procedimento ou nova consulta. Deve disponibilizar, minimamente, além de campo aberto para observação (sem limites de caracteres), campo para registro da data do exame.	X	
Relacionadas à prescrição medicamentosa:		
Permitir a prescrição de medicamentos a partir de lista parametrizada (RENAME ou REMUME) e campo livre, com exibição do histórico de prescrições e impressão da receita;	X	
Permitir a avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso;	X	
Possibilitar o registro de texto livre em campo observações;	X	
Possibilitar emissão das prescrições, conforme formulários oficiais, indicados pela contratante, permitindo a emissão do LME (Laudo de medicamento especializado), conforme padrão da SES/RJ (Secretaria Estadual da Saúde do Rio de Janeiro);	X	




Permitir a impressão de tabela de prescrição com símbolos e figuras que facilitem o entendimento do usuário em relação a periodicidade do medicamento e colaborem na adesão de usuários com dificuldade de leitura, por exemplo;	X	
Permitir o registro das orientações e ações realizadas com o paciente para o momento da dispensação do medicamento;	X	
Permitir a consulta de prescrições emitidas por dia, de pacientes que tiveram consulta, mas que ainda não chegaram até a farmácia;	X	
Permitir a consulta do histórico de prescrições do paciente;	X	
O sistema deverá automatizar o processo de registro clínico e prescrição do medicamento no Prontuário Eletrônico do Paciente, integrando-se ao Sistema de Estoque, vinculando suas movimentações a partir dispensação dos medicamentos e/ou insumos.	X	
Relacionadas à conclusão do atendimento:		
Permitir o registro de finalização do atendimento;	X	
Exibir o histórico clínico do paciente, com possibilidade de geração de arquivo em formato pdf e, ainda, impressão resumida e completa de todo o prontuário do cidadão;	X	
Obs.: Registros de contingência (quando não for possível o registro no ato do atendimento presencial, ex. problemas de infra que inviabilize o uso da ferramenta disponível, ações externas às unidades)	X	
Possibilitar o registro de contingência para atendimento individual clínico, através da coleta de dados com interface mobile (adaptado para utilização através de dispositivos portáteis como smartphones e/ou tablets), compatível com CNS, SISAB, ou qualquer outro subsistema orientado pela Secretaria Municipal de Saúde - SMS e/ou Ministério da Saúde - MS;	X	
Possibilitar o registro de contingência para atendimento individual odontológico, através da coleta de dados com interface mobile (adaptado para utilização através de dispositivos portáteis como smartphones e/ou tablets), compatível com CNS, SISAB, ou qualquer outro subsistema orientado pela Secretaria Municipal de Saúde - SMS e/ou Ministério da Saúde - MS;	X	
Possibilitar o registro de contingência de vacinação, através da coleta de dados com interface mobile (adaptado para utilização através de dispositivos portáteis como smartphones e/ou tablets), compatível com CNS, SISAB, ou qualquer outro subsistema orientado pela Secretaria Municipal de Saúde - SMS e/ou Ministério da Saúde - MS;	X	
Possibilitar o registro de visitas domiciliares, através da coleta de dados com interface mobile (adaptado para utilização através de dispositivos portáteis como smartphones e/ou tablets), permitindo o registro qualitativo das visitas domiciliares (sem limite de caracteres), além do registro do procedimento, compatível com CNS, SISAB, ou qualquer outro subsistema orientado pela Secretaria Municipal de Saúde - SMS e/ou Ministério da Saúde - MS;	X	



Possibilitar o registro de atividades coletivas, através da coleta de dados com interface mobile (adaptado para utilização através de dispositivos portáteis como smartphones e/ou tablets), compatível com CNS, SISAB, ou qualquer outro subsistema orientado pela Secretaria Municipal de Saúde - SMS e/ou Ministério da Saúde -MS;	X	
Possibilitar o registro de marcadores de consumo alimentar, através da coleta de dados com interface mobile (adaptado para utilização através de dispositivos portáteis como smartphones e/ou tablets), compatível com CNS, SISAB, ou qualquer outro subsistema orientado pela Secretaria Municipal de Saúde - SMS e/ou Ministério da Saúde - MS;	X	
Possibilitar o registro de eventos de emergência em Saúde Pública (quando couber) através da coleta de dados com interface mobile (adaptado para utilização através de dispositivos portáteis como smartphones e/ou tablets); compatível com CNS, SISAB, ou qualquer outro subsistema orientado pela Secretaria Municipal de Saúde - SMS e/ou Ministério da Saúde – MS;	X	
Relacionadas aos relatórios:		
Emitir relatórios e listas de cobertura vacinal, por unidade/equipe/microárea, fornecendo informações de acompanhamento sobre doses aplicadas, coberturas por imunobiológico, doses atrasadas, de forma que facilite a busca ativa pelas equipes; em formato excel e pdf;	X	
Emitir relatórios e listas de pacientes pertencentes as linhas de cuidados, minimamente, por condições de saúde; por unidade/equipe/microárea, em formatos excel e pdf;	X	
Emitir relatórios individualizados de acompanhamento do PTS, em formato excel e pdf;	X	
Emitir relatórios individualizados de procedimentos, por unidade/equipe/microárea, fornecendo minimamente, as seguintes variáveis: usuário, idade, data do atendimento, profissional de saúde responsável pelo registro, nome e código do procedimento gerado, em formato excel e pdf;	X	
Emitir relatórios individualizados por CID e CIAP-2 cadastrados, por unidade/equipe/microárea, fornecendo minimamente, as seguintes variáveis: usuário, idade, data do atendimento, profissional de saúde responsável pelo registro, CID e CIAP-2 registrado, em formato excel e pdf;	X	
Emitir relatórios de acompanhamento de adequação das prescrições à RENAME e à REMUME, em formatos Excel e pdf;	X	
Emitir relatórios individualizados de usuários atendidos na farmácia, por unidade/equipe/microárea, contendo as seguintes variáveis: usuário, idade, data do atendimento, medicamento prescrito, dispensação realizada, em formato pdf e excel;	X	
Emitir relatórios, por unidade e equipe, referentes aos resultados dos indicadores de desempenho, em formatos Excel e pdf, com disponibilização da memória de cálculo. O sistema deve ser capaz de enviar tais relatórios por e-mail, dentro dos períodos estipulados, aos profissionais das equipes;	X	

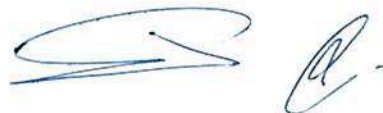



Emitir relatórios de ocorrências específicas de gestão da unidade e de classificação de risco do território, de acordo com o protocolo de acesso seguro;	X	
Relacionadas a demais funcionalidades:		
Emitir alertas, em formatos apropriados, que otimizem a identificação e leitura pelos profissionais (Ex. pop ups), de modo a sinalizar informações importantes, tais como: doses de vacina (futuras, atrasadas), inclusão de usuários em linhas de cuidado, necessidade de revisão de projeto terapêutico, entre outras;	X	
Permitir o registro de informações sigilosas, de forma que o profissional tenha a opção de não compartilhar a informação com outros profissionais ou compartilhar de forma seletiva com alguma categoria profissional específica;	X	
Possibilitar instrumento de chat interno ao software que permita a comunicação entre os profissionais logados;	X	
Permitir o registro, em ficha específica, de classificação de risco do território de acordo com o protocolo de acesso mais seguro.	X	
Obs. I) O Prontuário Eletrônico do Paciente deverá ainda permitir a personalização, adaptação e/ou customização para registro da assistência realizada nos serviços da Estratégia de Saúde da Família que podem ser demandadas pela contratante em conformidade com a SMS e ainda, com as políticas de saúde, com a evolução das tecnologias de mercado para a área, e ou de necessidades locais;	X	
Obs. II) As permissões de registro, bem como de visualização, na funcionalidade prontuário eletrônico, serão especificadas por categoria profissional, pela contratante;	X	
5. Do TeleSaúde - Teleconsulta, Teleconsultoria, Teleorientação e Telemonitoramento:		
Agendamento dos serviços de teleconsulta, teleorientação e telemonitoramento diretamente pelas unidades de saúde e ainda, por meio digital, como aplicativos para dispositivos eletrônicos móveis e/ou ferramentas do tipo Chatbots (através de mídias sociais - Ex. aplicativos de trocas de mensagens simultâneas; e-mails) com envio da confirmação, informando a unidade de saúde, equipe de referência (quando couber), profissional, data e hora;		X
Disponibilização de ferramenta tecnológica que viabilize a realização de video chamadas com voz, em ambiente virtual, permitindo ainda, o envio do link de acesso da chamada de vídeo através de mídias sociais (Ex. aplicativos de trocas de mensagens simultâneas; e-mails) e a possibilidade de anexar arquivos em formato digital (textos, imagens e vídeos), que possibilite resguardar, armazenar e preservar com segurança a interação eletrônica entre o profissional de saúde habilitado e o usuário (no caso das teleconsultas, teleorientação e telemonitoramento) e entre gestores e trabalhadores da saúde (no caso da teleconsultoria);		X

Integração entre os serviços de teleconsulta com as funcionalidades do prontuário eletrônico, que possibilite a identificação do tipo de atendimento (Teleconsulta), permitindo minimamente o acesso/registro a (o): identificação do profissional e instituição de saúde, termo de consentimento livre e esclarecido do usuário ou de seu representante legal (autorização/aceitação para todos os atos referentes ao atendimento, incluindo a plataforma utilizada para comunicação, possibilidade de gravação e arquivamento da consulta, imagens e outros documentos), identificação e dados cadastrais do usuário, data e hora do início e encerramento da consulta, registros clínicos conforme metodologia SOAP e demais funcionalidades descritas para o atendimento clínico, conforme orientações da Portaria Ministerial nº 467, de 20 de março de 2020;		X
Permitir o envio dos registros/orientações resultantes da consulta ao usuário do serviço, tais como: prescrição de medicamentos, exames solicitados, encaminhamentos para especialidades, atestados;		X
Possibilitar acesso a um ambiente de registro para as atividades relacionadas ao Telemonitoramento, permitindo integração com as funcionalidades do prontuário eletrônico do paciente monitorado, que viabilize o registro, a transmissão, o manejo e a análise da coleta de dados clínicos, conforme orientações da Portaria Ministerial nº 467, de 20 de março de 2020;		X
Permitir o registro da pesquisa de satisfação referente ao serviço de teleconsulta, através de aplicativos de mensageria para dispositivos eletrônicos móveis e/ou ferramentas do tipo Chatbots (através de mídias sociais - Ex. aplicativos de trocas de mensagens simultâneas; e-mails;		X
6. Do Faturamento:		
Permitir interface de registro, exportação e gerenciamento dos dados das equipes de atenção básica a serem enviados ao SISAB do Ministério da Saúde e demais sistemas pertinentes;	X	
Permitir interface de registro, exportação e gerenciamento dos dados dos estabelecimentos de saúde e profissionais, de acordo com as exigências padronizadas pelo Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - SCNES, do Ministério da Saúde;	X	
Permitir interface de registro, exportação e gerenciamento do BPA Consolidado, BPA Individualizado, da FPO e ou demais sistemas do Ministério da Saúde para as áreas de Estratégia de Saúde da Família;	X	
Realizar a consistência dos arquivos que serão enviados aos sistemas nacionais, antes da exportação; emitindo relatórios das inconsistências identificadas, no formato pdf e excel e ainda, permitindo a correção no sistema de tais inconsistências;	X	
Emitir arquivo que possibilite a reapresentação da produção, conforme portaria específica do Ministério da Saúde;	X	
Gerenciar os profissionais/usuários do sistema, podendo adicionar o profissional/usuário do sistema com os mesmos campos obrigatórios do CNES e conforme tabela CBO para registro e vinculação das categorias profissionais;	X	




Permitir a redefinição de senhas de usuários; lotar um profissional na unidade/equipe e permitir a configuração da agenda dos profissionais;	X	
Adotar diferentes perfis de acesso (com suas respectivas habilitações), sendo minimamente, perfis relacionados a registro de produção pelos profissionais; perfis de gestor, tanto a nível local, quanto nível central;	X	
Adotar terminologia da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, garantindo a atualização da tabela, conforme competência. O sistema deve estar aberto à possibilidade de automatização de procedimentos, conforme aspectos técnicos e mediante solicitação da contratante e ainda, possibilitar parametrização manual de regramentos que se fizerem necessários;	X	
Cadastrar novos procedimentos adicionais aos da tabela SUS, vinculados ou não aos mesmos e suas relações e consistências, podendo estes serem bloqueados ou desbloqueados a qualquer momento, dependendo da necessidade;	X	
Importar o arquivo gerado no programa BPA magnético para conferência dos procedimentos encaminhados e realizados por serviços terceirizados;	X	
7. Do Business Intelligence (BI):		
Permitir a geração de painéis digitais iterativos (dashboards)	X	
Permitir a geração de relatórios, em formato multipágina, com integração de textos, gráficos, tabelas, imagens, mapas e arquivos não estruturados, em formatos HTML, PDF, XLS, XLSX e CSV;	X	
Permitir a customização de grupos de indicadores de desempenho, possibilitando o cálculo automático de tendências dos resultados com base de comparação entre o período corrente e períodos anteriores;	X	
Disponibilizar o uso das aplicações previstas também em dispositivos móveis (Tablets e Smartphones), com sistemas operacionais iOS e Android;	X	
Possibilitar análise integrada a bases de dados georreferenciadas em saúde;	X	
Permitir a seleção e combinação de filtros, contendo minimamente, os seguintes campos: unidade, equipe, período; com reflexo imediato em todos os objetos da aplicação, quer sejam gráficos, tabelas, mapas, painéis, etc;	X	
Criar, de forma automática, agrupamentos especiais de período de tempo, sendo minimamente: acumulado do ano vigente, acumulado do ano anterior, mês corrente;	X	
Permitir a análise, considerando desde o nível consolidado até o nível detalhado do dado (suporte para Drill Down que deve ser nativo da solução);	X	
Possibilitar a exploração off-line para as análises de dados;	X	
Permitir a navegação e interação com os dados, sem a necessidade de caminhos pré-definidos de análise;	X	
Possuir ajuste automático de layout quando objetos são modificados, inseridos ou excluídos;	X	
8. Da Pesquisa de Satisfação:		



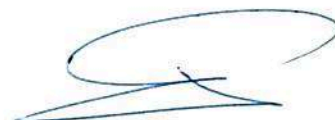
Possuir funcionalidades adaptáveis para o registro de satisfação do usuário, através de interface com o atendimento realizado na unidade de avaliação. Deve ser baseado em inquéritos de satisfação ou inquéritos do tipo relato do paciente (na forma de questionário), contendo questões fechadas que vão desde a avaliação da infraestrutura e instalação física dos serviços de saúde à avaliação do atendimento prestado (acesso, agilidade, qualidade do atendimento) e problemas identificados pelo paciente durante sua experiência no serviço de saúde;	X	
Permitir o registro da pesquisa através de canal físico, do tipo Totem ou Tablet	X	
Possibilitar o registro da pesquisa por meio de canal digital, tipo Chatbots (Através de mídias sociais - Ex. aplicativos de trocas de mensagens simultânea, e-mails);		X
Emitir relatórios configuráveis, em formatos Excel e pdf, que possibilite a visualização dos resultados dos inquéritos, em diferentes níveis de agregação da informação (equipe, unidade, regional, município);	X	
A metodologia de inquéritos escolhida pode vir a ser utilizada para outras finalidades de pesquisa, além da satisfação. Desta forma, a funcionalidade deve ser parametrizável para demais necessidades que surgirem no decorrer do projeto.	X	
9. Da Gestão de Estoque (Materiais e Medicamentos):		
Relacionadas ao cadastro do item:		
Permitir o cadastro de insumos contendo todas as informações que possibilitem a completa identificação e gestão de cada item, contendo, codificação sequencial numérica para rápida identificação e movimentação, descrição completa e abreviada do insumo permitindo a descrição em campo texto, especificação do insumo, classificação com grupo de estocagem a que pertence, classificação com grupo de similaridade, classificação com grupos de compras;	X	
Permitir que no cadastro os medicamentos sejam identificados como componentes da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME);	X	
Permitir informar permissão de fornecimento e transferência entre almoxarifados, farmácias e Unidades de Saúde;	X	
Permitir a criação de kits/protocolos/pacotes, que associem os insumos a procedimentos e outros produtos permitindo a padronização na solicitação e dispensação dos itens cadastrados na criação, sendo que ele deverá conter a identificação dos insumos, quantidade, custo médio e localização;	X	
Apresentar estatística de consumo do mês anterior em quantidade, valor do custo, média atual e valor custo de reposição, saldo atual em estoque e Unidade de dispensação, identificação da localização do insumo dentro da área de armazenagem (sal a, estante e prateleira), visando a organização e adequação física e a realização de inventários e ainda conter as informações sobre a classificação do insumo dentro da Curva ABC (classificação financeira) de forma automática e classificação XYZ (criticidade);	X	




Relacionadas às requisições:		
Possibilitar gerar o número sequencial de documento de requisição automaticamente;	X	
Limitar seleção do local reabastecedor pelo perfil do usuário;	X	
Permitir salvar diversos itens favoritos que poderão ser usados nas próximas requisições;	X	
Permitir selecionar o item por código ou descrição;	X	
Permitir selecionar outra Unidade de medida além da Unidade básica, efetuando automaticamente a devida conversão;	X	
Emitir relatório de requisição;	X	
Controlar dispensação por código de barras controlando a rastreabilidade dos pacientes que tomaram medicamentos de um determinado lote;	X	
Controlar data e hora da devolução, o estoque para onde está ocorrendo a devolução com a possibilidade de registro de perda por centro de custo, a identificação do usuário e do centro de custo que está devolvendo, os insumos que estão sendo devolvidos e os dados da requisição bem como das devoluções já efetuadas;	X	
Deverá registrar entradas de insumos via devolução ao estoque por paciente interno, paciente em tratamento ambulatorial e por centro de custos;	X	
Registrar saídas de insumos para atendimento de requisição a paciente interno, externo (ambulatoriais) e centro de custo, com baixas automáticas. Em se tratando de pacientes, o software deverá lançar o consumo automaticamente na conta corrente do paciente, para efeito de apuração de custos;	X	
Permitir a busca rápida a todas as requisições já atendidas, com possibilidade de visualização em tela ou impressão do documento, permitir a impressão do comprovante da requisição e do comprovante da dispensação.	X	
Relacionadas às transferências:		
Deverá possibilitar gerar número sequencial do documento de transferência automaticamente;	X	
Permitir selecionar requisições por status: Não Atendidas, Atendidas ou Parcialmente Atendidas;	X	
Permitir atender uma única requisição com mais de uma transferência de estoque;	X	
Permitir inserção na transferência de itens não requisitados somente para perfis privilegiados;	X	
Permitir uso de código de barras para inserção dos itens;	X	
Permitir seleção de lote e validade;	X	
Emissão da Solicitação de Transferência / Consumo Efetivada;	X	
Permitir controle de regulação na distribuição dos insumos pelo almoxarifado central aos demais almoxarifados.	X	
Relacionadas ao aceite:		
Permitir selecionar pelo número de documento da transferência ou pelo número de documento da requisição;	X	




Permitir aceitar todos os itens com um único comando;	X	
Permitir aceite parcial;	X	
Emitir Divergência de Aceite;	X	
Emitir Solicitação/Transferência em Aberto;	X	
Emitir Divergência entre Solicitação e Transferência;	X	
Relacionadas ao inventário	X	
Demonstrar a situação atual do estoque com data, hora, local, grupo de inventário ou itens individuais;	X	
Emitir Mapa de Contagem;	X	
Emitir Relatório de Itens não digitados;	X	
Emitir Divergência de Contagem;	X	
Permitir contagem informando data e hora exata da contagem;	X	
Permitir contagem pelo código do item;	X	
Emitir balancete de ajuste de inventário;	X	
Emitir Inventário de Itens sem Conciliação;	X	
Emitir Conciliação de Inventário;	X	
Relacionadas aos relatórios:		
Emitir relatório demonstrativo do estoque físico;	X	
Emitir relatório de movimentações de estoque;	X	
Emitir lista de materiais faltantes;	X	
Emitir relatório de medicamentos da REMUME;	X	
Relatórios específicos das movimentações de consumo: Curva ABC de consumo por período e curva ABC de consumo por grupo de estocagem, Consumo de insumo por período, por grupo de estocagem, por centro de custo e por estoque fixo, Consumo de insumo por médico e por patologia, Consumo de kits/Protocolo/Pacote, por centro de custos e por estoque fixo, Insumos sem movimentação de consumo;	X	
Relatórios das movimentações de inventário: Produtos inventariados por período e por grupo de estocagem, Mapa de inventário por grupo de estocagem.	X	
3. Da Pesquisa de Satisfação:		
Permitir o registro da pesquisa através de canal físico, do tipo Totem ou Tablet;	X	
Possibilitar o registro da pesquisa por meio de canal digital, tipo Chatbots (Através de mídias sociais - Ex. aplicativos de trocas de mensagens simultânea, e-mails);		X
Emitir relatórios configuráveis, em formatos Excel e pdf, que possibilite a visualização dos resultados dos inquéritos, em diferentes níveis de agregação da informação (equipe, unidade, regional, município);	X	
A metodologia de inquéritos escolhida pode vir a ser utilizada para outras finalidades de pesquisa, além da satisfação. Desta forma, a funcionalidade deve ser parametrizável para demais necessidades que surgirem no decorrer do projeto.	X	
4. Da Gestão de Estoque (Materiais e Medicamentos):		
Permitir o cadastro de insumos contendo todas as informações que possibilitem a completa identificação e gestão de cada item, contendo,	X	




codificação sequencial numérica para rápida identificação e movimentação, descrição completa e abreviada do insumo permitindo a descrição em campo texto, especificação do insumo, classificação com grupo de estocagem a que pertence, classificação com grupo de similaridade, classificação com grupos de compras;		
Permitir que no cadastro os medicamentos sejam identificados como componentes da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME);	X	
Permitir informar permissão de fornecimento e transferência entre almoxarifados, farmácias e Unidades de Saúde;	X	
Permitir a criação de kits/protocolos/pacotes, que associem os insumos a procedimentos e outros produtos permitindo a padronização na solicitação e dispensação dos itens cadastrados na criação, sendo que ele deverá conter a identificação dos insumos, quantidade, custo médio e localização;	X	
Apresentar estatística de consumo do mês anterior em quantidade, valor do custo, média atual e valor custo de reposição, saldo atual em estoque e Unidade de dispensação, identificação da localização do insumo dentro da área de armazenagem (sal a, estante e prateleira), visando a organização e adequação física e a realização de inventários e ainda conter as informações sobre a classificação do insumo dentro da Curva ABC (classificação financeira) de forma automática e classificação XYZ (criticidade);	X	
Relacionadas às requisições:		
Possibilitar gerar o número sequencial de documento de requisição automaticamente;	X	
Limitar seleção do local reabastecedor pelo perfil do usuário;	X	
Permitir salvar diversos itens favoritos que poderão ser usados nas próximas requisições;	X	
Permitir selecionar o item por código ou descrição;	X	
Permitir selecionar outra Unidade de medida além da Unidade básica, efetuando automaticamente a devida conversão;	X	
Emitir relatório de requisição;	X	
Controlar dispensação por código de barras controlando a rastreabilidade dos pacientes que tomaram medicamentos de um determinado lote;	X	
Controlar data e hora da devolução, o estoque para onde está ocorrendo a devolução com a possibilidade de registro de perda por centro de custo, a identificação do usuário e do centro de custo que está devolvendo, os insumos que estão sendo devolvidos e os dados da requisição bem como das devoluções já efetuadas;	X	
Deverá registrar entradas de insumos via devolução ao estoque por paciente interno, paciente em tratamento ambulatorial e por centro de custos;	X	
Registrar saídas de insumos para atendimento de requisição a paciente interno, externo (ambulatoriais) e centro de custo, com baixas automáticas. Em se tratando de pacientes, o software deverá lançar o consumo automaticamente na conta corrente do paciente, para efeito de apuração de custos;	X	




Permitir a busca rápida a todas as requisições já atendidas, com possibilidade de visualização em tela ou impressão do documento, permitir a impressão do comprovante da requisição e do comprovante da dispensação.	X	
Relacionadas às transferências:		
Deverá possibilitar gerar número sequencial do documento de transferência automaticamente;	X	
Permitir selecionar requisições por status: Não Atendidas, Atendidas ou Parcialmente Atendidas;	X	
Permitir atender uma única requisição com mais de uma transferência de estoque;	X	
Permitir inserção na transferência de itens não requisitados somente para perfis privilegiados;	X	
Permitir uso de código de barras para inserção dos itens;	X	
Permitir seleção de lote e validade;	X	
Emissão da Solicitação de Transferência / Consumo Efetivada;	X	
Permitir controle de regulação na distribuição dos insumos pelo almoxarifado central aos demais almoxarifados.	X	
Relacionadas ao aceite:		
Permitir selecionar pelo número de documento da transferência ou pelo número de documento da requisição;	X	
Permitir aceitar todos os itens com um único comando;	X	
Permitir aceite parcial;	X	
Emitir Divergência de Aceite;	X	
Emitir Solicitação/Transferência em Aberto;	X	
Emitir Divergência entre Solicitação e Transferência.	X	
Relacionadas ao inventário	X	
Demonstrar a situação atual do estoque com data, hora, local, grupo de inventário ou itens individuais;	X	
Emitir Mapa de Contagem;	X	
Emitir Relatório de Itens não digitados;	X	
Emitir Divergência de Contagem;	X	
Permitir contagem informando data e hora exata da contagem;	X	
Permitir contagem pelo código do item;	X	
Emitir balancete de ajuste de inventário;	X	
Emitir Inventário de Itens sem Conciliação;	X	
Emitir Conciliação de Inventário.	X	
Relacionadas aos relatórios:		
Emitir relatório demonstrativo do estoque físico;	X	
Emitir relatório de movimentações de estoque;	X	
Emitir lista de materiais faltantes;	X	
Emitir relatório de medicamentos da REMUME;	X	
Relatórios específicos das movimentações de consumo: Curva ABC de consumo por período e curva ABC de consumo por grupo de estocagem, Consumo de insumo por período, por grupo de estocagem, por centro de custo e por estoque fixo, Consumo de insumo por médico e por patologia, Consumo de kits/Protocolo/Pacote, por centro de custos e por estoque fixo, Insumos sem movimentação de consumo;	X	
Relatórios das movimentações de inventário: Produtos inventariados por período e por grupo de estocagem, Mapa de inventário por grupo de estocagem.	X	




5. Sala de procedimentos		
Verificar histórico de medicações administradas	X	
Proceder à checagem de itens de prescrição	X	
Lançar procedimentos complementares ao atendimento médico	X	
6. Do Business Intelligence (BI):		
Permitir a geração de painéis digitais interativos (dashboards)	X	
Permitir a customização de grupos de indicadores de desempenho, possibilitando o cálculo automático de tendências dos resultados com base de comparação entre o período corrente e períodos anteriores;	X	
Disponibilizar o uso das aplicações previstas também em dispositivos móveis (Tablets e Smartphones), com sistemas operacionais iOS e Android;	X	
Possibilitar análise integrada a bases de dados georreferenciadas em saúde;	X	
Permitir a seleção e combinação de filtros, contendo minimamente, os seguintes campos: unidade, equipe, período; com reflexo imediato em todos os objetos da aplicação, quer sejam gráficos, tabelas, mapas, painéis, etc;	X	
Criar, de forma automática, agrupamentos especiais de período de tempo, sendo minimamente: acumulado do ano vigente, acumulado do ano anterior, mês corrente;	X	
Permitir a análise, considerando desde o nível consolidado até o nível detalhado do dado (suporte para Drill Down que deve ser nativo da solução);	X	
Possibilitar a exploração off-line para as análises de dados;	X	
Permitir a navegação e interação com os dados, sem a necessidade de caminhos pré-definidos de análise;	X	
Possuir ajuste automático de layout quando objetos são modificados, inseridos ou excluídos;	X	
8. Do Faturamento:		
Permitir interface de registro, exportação e gerenciamento dos dados dos estabelecimentos de saúde e profissionais, de acordo com as exigências padronizadas pelo Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - SCNES, do Ministério da Saúde	X	
Permitir interface de registro, exportação e gerenciamento do RAAS, BPA Consolidado, BPA Individualizado, da FPO e ou demais sistemas do Ministério da Saúde	X	
Realizar a consistência dos arquivos que serão enviados aos sistemas nacionais, antes da exportação; emitindo relatórios das inconsistências identificadas, no formato pdf e excel e ainda, permitindo a correção no sistema de tais inconsistências	X	
Emitir arquivo que possibilite a reapresentação da produção, conforme portaria específica do Ministério da Saúde	X	
Gerenciar os profissionais/usuários do sistema, podendo adicionar o profissional/usuário do sistema com os mesmos campos obrigatórios do CNES e conforme tabela CBO para registro e vinculação das categorias profissionais	X	
Permitir a redefinição de senhas de usuários; lotar um profissional na unidade/equipe e permitir a configuração da agenda dos profissionais	X	



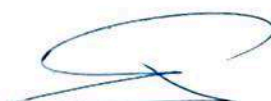

Adotar diferentes perfis de acesso (com suas respectivas habilitações), sendo minimamente, perfis relacionados a registro de produção pelos profissionais; perfis de gestor, tanto a nível local, quanto nível central	X	
Adotar terminologia da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, garantindo a atualização da tabela, conforme competência. O sistema deve estar aberto à possibilidade de automatização de procedimentos, conforme aspectos técnicos e mediante solicitação da contratante e ainda, possibilitar parametrização manual de regramentos que se fizerem necessários	X	
Cadastrar novos procedimentos adicionais aos da tabela SUS, vinculados ou não aos mesmos e suas relações e consistências, podendo estes serem bloqueados ou desbloqueados a qualquer momento, dependendo da necessidade	X	
Importar o arquivo gerado no programa BPA magnético para conferência dos procedimentos encaminhados e realizados por serviços terceirizados	X	

Fonte: OS VIVARIO.

Ainda se faz importante considerar demais critérios indispensáveis para implantação e utilização de um sistema de gestão em saúde, previstos pela OS VIVARIO:

Critérios adicionais considerados indispensáveis para implantação e utilização de um sistema de gestão em saúde.

Integração e Compatibilidade	➤ Compartilhamento eletrônico da informação, garantindo que as funcionalidades estejam integradas entre si, de forma a facilitar a consulta dos dados entre as equipes de saúde e demais estabelecimentos da rede de atenção.
	➤ Geração dos dados através de arquivo com layout compatível com os sistemas oficiais do Departamento de Informática do SUS do Ministério da Saúde (DATASUS/MS), permitindo a importação e consolidação dos dados do Município.
	➤ Permitir sincronização de todos os dados clínicos e cadastrais entre todas as unidades em que a empresa atue no âmbito do município do Rio, em no máximo 2 horas.
Segurança	➤ Garantia de cobertura onde todos os indivíduos de uma base populacional devam ser alcançados pelo processo de registro; garantia de completude dos dados de forma que não comprometa a análise e interpretação das informações; garantia de confiabilidade, confidencialidade e validade dos dados.
	➤ A empresa deverá fornecer ambiente do sistema em servidor localizado na sede da OS o qual deverá ser atualizado com backup da base de dados das unidades em período não superior a uma semana.
Suporte	➤ Estabelecimento de indicadores para avaliação de desempenho do sistema, de forma a mensurar o tempo médio entre falhas, tempo médio de reparo e o percentual de disponibilidade do sistema.
	➤ Suporte técnico local e remoto (multicanais), contemplando atividades de manutenção preventiva e




		corretiva para todo e qualquer incidente e/ou problema diretamente envolvido na descontinuidade do processo de registro da informação, de acordo com os prazos estabelecidos.
Treinamento e capacitação	e	Treinamento e capacitação dos profissionais de saúde no uso pleno do sistema, em ambiente virtual e na modalidade presencial, incluindo o conhecimento integral e aprofundado no software desenvolvido, tanto no início da operação, durante a implantação, e/ou conforme necessidade identificada pela gestão do serviço.

Concluindo, além de conceder o acesso irrestrito e em tempo real do sistema à Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, a OS Viva Rio garantirá:

- ✓ Contratação de um sistema de gestão em saúde com as funcionalidades adequadas ao processo de trabalho das equipes de saúde da família, com previsão de integração dos dados entre as unidades de atenção básica e possibilidade de integrar com demais equipamentos da rede de saúde municipal mediante barramentos específicos definidos pela contratante, garantindo os serviços de suporte e treinamento necessários;
- ✓ Disponibilização de um portal web para gerar relatórios gerenciais bem como possibilitar acesso aos dados clínicos para auditoria clínica a nível local, regional através das CAP (Coordenações de Área de Planejamento) e do nível central (S/SUBPAV);
- ✓ Fornecimento de backup (cópia) dos bancos de dados das unidades a qualquer momento, bem como a utilização de padrões internacionais que permitam a migração dos dados;
- ✓ Preenchimento e impressão dos formulários oficiais padronizados pela SMS/SUBPAV/SAP a partir do prontuário eletrônico;
- ✓ Alimentação e atualização dos sistemas de informação oficiais disponibilizados pelo DATASUS/MS com as informações completas acerca dos serviços prestados e procedimentos realizados;
- ✓ Alimentação e atualização dos sistemas de informação a serem adotados pela SMS/RJ;
- ✓ Adoção de hardware e links adequados ao pleno funcionamento dos sistemas;
- ✓ Disponibilização de rede para transmissão de dados redundante como plano de contingência e alta disponibilidade, sendo os serviços fornecidos por empresas diferentes, assegurando dessa forma que não existam pontos únicos de falha;
- ✓ Utilização de sistemas informatizados de gestão, centro de custo da Unidade gerenciada, gestão de pessoal, e os demais sistemas indicados ou disponibilizados pelo nível municipal, estadual e federal, além da alimentação contínua com as informações requeridas;
- ✓ Migração de dados, importação e exportação para demais sistemas estabelecidos com o controle adequado de verificação de integridade do banco dados e a documentação necessária para fins de interoperabilidade ou transição de sistemas no término do contrato.

12. Proposta detalhada de implantação em até dois meses, de cabeamento das unidades de saúde sob sua gestão e colocação de câmeras de segurança na recepção, no auditório e no almoxarifado e farmácia com possibilidade de visualização pela internet com login e senha

Os serviços de tecnologia da informação estão a cada dia ganhando mais importância no mundo corporativo e com o advento da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) – Lei 13.709 de 14 de agosto de 2018, as organizações sociais de saúde também passaram a ter que se preocupar mais com a coleta, armazenamento e disponibilidade dos dados de pacientes e prontuários médicos.

Importância de integrar tecnologia e segurança da informação

A abordagem que integra um plano de segurança da informação às operações de tecnologia

do dia-a-dia, busca minimizar possíveis ataques, como o sequestro, quebra de confidencialidade e integridade das informações confidenciais de uma unidade de saúde. A tecnologia evoluiu muito nos últimos anos e, a partir disso, fez-se mais presente a ameaça de invasões e perda de dados e informações.

A área de Tecnologia da Informação deverá prover a infraestrutura básica de recursos computacionais, suporte técnico e gestão da segurança da informação para as Unidades de Atenção Básica de Saúde atendendo aos padrões e níveis de serviços estabelecidos.

Segurança da informação

- ✓ Monitoramento sistemático: monitorar a integridade da rede, desempenho dos servidores e serviços de conectividade de forma centralizada do centro de operações de rede;
- ✓ Cópia de segurança (Backup): realizar diariamente de forma automática cópias de segurança dos bancos de dados dos sistemas de saúde. As cópias de segurança serão hospedadas localmente e replicadas externamente mediante a disponibilidade de conectividade;
- ✓ Relatórios de risco: fazer periodicamente relatórios de risco levantando a defasagem dos equipamentos de tecnologia e apresentando propostas de redução destes riscos;
- ✓ Mecanismos de proteção (antivírus): implantar e manter atualizados sistemas de antivírus ou antimalwares concebidos para prevenir, detectar e eliminar vírus de computador e outros tipos de softwares nocivos;
- ✓ Controle e Gestão de Ativos de TI (computadores, servidores e impressoras) através de sistema especialista.
- ✓ Disseminar política de segurança da informação através treinamento e campanhas de conscientização.
- ✓ Fazer gestão de incidentes monitorando possíveis não conformidades a política de segurança da informação.
- ✓ Realizar periodicamente análise de vulnerabilidade nos servidores e serviços.

Mapa de risco

A OS Viva Rio realizou diagnóstico de infraestrutura de TI, apontando alguns riscos que podem impactar na execução do objeto. Os riscos são apresentados na matriz abaixo, levando-se em consideração a criticidade do impacto no caso de exploração das vulnerabilidades apresentadas.



AP 5.2			
RISCO	AÇÃO DE MITIGAÇÃO	CRITICIDADE	PRAZO PARA IMPLANTAÇÃO
Processos que dependem de internet paralizados devido Unidade não possuir contingência de Internet.	1 - Contratação de Link de Contingência; 2- Aquisição de Roteador de Borda permitindo controle de tráfego, failover e balancimaneto entre os links.	Média	30 dias
Infecção por softwares maliciosos nos Servidores de prontuário.	1 - Aquisição e instalação de software antivírus licenciado para os dois servidores de prontuário; 2 - Manutenção das rotinas do Antivírus.	Alta	15 dias
Ausência ou desconhecimento da Política de Segurança da Informação.	1 - Classificação das informações; 2 - Divulgação e Treinamento da PSI (Política de Segurança da Informação) para os colaboradores.	Alta	90 dias
Inexistência de Controle atualizado, desconhecimento da utilização e localização dos computadores e ativos de rede.	1 - Implantação de sistema para automatização e gestão do inventário de computadores e ativos de rede.	Média	15 dias
Janela de indisponibilidade alta dos sistemas e serviços por problemas frequentes na rede.	1- Organização dos racks de TI; 2- Identificação, certificação e mapeamento de todos os pontos de rede.	Média	90 dias
Perda de Informações e/ou paralização do PEP por defeito no servidor que não possui Hardware adequado para função exercida.	1- Aquisição de Servidor com redundância de fontes e discos;	Alta	30 dias
Ausência de processo para monitoramento das rotinas de backup.	1 - Criação de backup diário automatizado por software; 2- Monitoramento das rotinas de backup.	Alta	7 dias
Servidor de Backup do PEP não encontrado ou inexistente, não garantindo a execução da rotina de backup, deixando unidade altamente vulnerável a perda de informações.	1 - Aquisição de Computador para cópia local diária do backup; 1 - Criação e Divulgação ao responsável administrativo	Alta	30 dias




	da unidade das rotinas de backup.		
Defeito por problemas elétricos dos equipamentos do rack principal de TI por instabilidade elétrica.	1 - Aquisição de Nobreak	Média	30 dias
Inexistência de critério para gestão administrativa da unidade e gestão de TI da Viva Rio avaliarem e acompanhar os atendimentos da equipe de suporte técnico.	1 - Implantação e treinamento dos usuários para utilização do sistema Helpdesk.	Média	30 dias

Conectividade

- ✓ Conectividade interna: proporcionar conectividade aos serviços localmente hospedados na unidade como sistemas de saúde e outros possíveis sistemas computacionais;
- ✓ Disponibilizar Link de contingência para minimizar impactos na Operação das unidades;

Telefonia

- ✓ Atender necessidades de comunicação móvel conforme critérios determinados pela Gestão de Saúde da Viva Rio.
- ✓ Manter as linhas de telefone fixo da unidade em pleno funcionamento.

Suporte

- ✓ Manter o parque de equipamentos de TI (computadores, servidores e impressoras) atendendo de forma satisfatória as demandas operacionais da unidade;
- ✓ Suporte: prestar suporte de hardware e software aos computadores e servidores da unidade, através de ferramenta de abertura e acompanhamento de chamados em sistema Help-Desk;
- ✓ Avaliação contínua de melhorias no suporte através de análise das informações e indicadores gerados pelo sistema HelpDesk.

Câmeras segurança

A área de tecnologia possui expertise em grandes projetos de CFTV e cabeamento estruturado de dados. O processo de implantação de câmeras de segurança será iniciado 15 dias após a assinatura do contrato de gestão, conforme cronograma abaixo :

AP 5.2			
AÇÃO	15 DIAS	30 DIAS	45 DIAS
Contratação de empresa especializada em locação de equipamentos;	x		




Cabeamento estruturado;	x		
Instalação dos equipamentos;		x	
Parametrização e liberação dos acessos remotos;			x
Contratação de empresa especializada em manutenção dos equipamentos;			x
Definição dos POPs para solicitação e utilização das imagens;		x	

Equipamento para implantação

Cada unidade contará com a instalação completa de um sistema de CFTV com a quantidade de 4 câmeras na recepção, no auditório e no almoxarifado e farmácia com possibilidade de visualização pela internet com login e senha.

Central de video conferência

A videoconferência permite a comunicação através de áudio e vídeo, simultaneamente e em tempo real. Além da possibilidade de compartilhamento de arquivos sem a necessidade dos envolvidos estarem em um mesmo ambiente. Desta forma, neste momento de pandemia do covid-19, o Viva Rio, disponibilizará uma Estação de Videoconferência para cada unidade de Saúde que consta neste edital e compõe a AP 5.2, visando viabilizar a fácil comunicação entre as unidades de Saúde da Família, CAP, SMSRJ e OS Viva Rio.



Aplicabilidade

Utilizando a Estação de Videoconferência Personalizada, as unidades de saúde poderão prover uma comunicação mais adequada ao momento de pandemia em diferentes tipos de encontros digitais, tais como:

- ✓ Reuniões Estratégicas;
- ✓ Telemedicina/Telessaúde;
- ✓ Cursos e treinamentos;
- ✓ Comunicação entre profissionais e pacientes;

Central multiplataforma

A central multiplataforma pode ser utilizada através de vários softwares de videoconferência, como Google Hangout, Zoom Meeting, Microsoft Teams, Cisco Webex entre outros.



13. Mecanismo de controle para que todos os serviços contratados e materiais de consumo conttenham o "atesto" do diretor/ gerente da unidade

Este item apresenta o mecanismo de controle para que todos os serviços contratados e materiais de consumo conttenham o "atesto" do diretor/ gerente da unidade/responsável técnico.

A OS Viva Rio estabelece o fluxo de atesto de notas, que será uma condição para pagamento da fatura mensal do serviço prestado ou item adquirido. Ressalta-se que, no momento do atesto, o valor unitário de cada item/ insumo/ material de consumo ou permanente deve constar na nota a ser atestada.

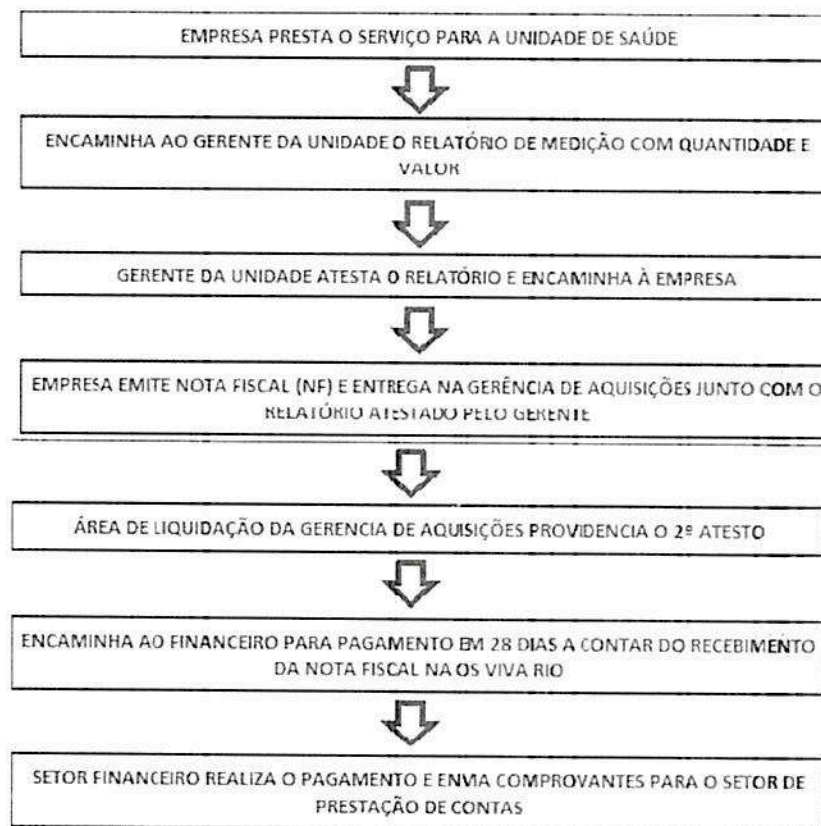
A Figura 46, demonstra o tratamento que deve ser dado às notas fiscais e respectivos atestos. Todas as notas de serviços contratados possuirão dois atestos, o primeiro de execução de serviços, a ser realizado pelo diretor, gerente ou responsável técnico da unidade e o segundo, que levará em conta a conformidade com o contrato (valores contratados e serviços desenvolvidos), pelo Setor de Contratos, da Gerência de Aquisições e Patrimônio, assim como as notas de insumos, que também deverão contar com dois atestos, conforme descrito no instrutivo de notas fiscais.

Encontra-se em fase de implantação o sistema de atesto eletrônico, buscando assim agilizar o processo de atesto de notas fiscais. O atesto eletrônico se dá a partir da assinatura de termo que autoriza a equipe de Tecnologia da Informação (TI) do Viva Rio colete e digitalize a assinatura do responsável pela unidade. A partir disso, cria-se um login individual para que o mesmo ateste eletronicamente as notas fiscais referentes à sua unidade.

A utilização dessa ferramenta terá início imediato, considerando determinados grupos de prestadores de serviços, sendo implementada gradativamente, para que no quarto mês do contrato a mesma encontre-se plenamente implantada.



Figura 46: Mecanismo de atesto de notas



Fonte: OS Viva Rio.

14. Mecanismo de controle de patrimônio de cada item adquirido

Este item apresenta o mecanismo de controle do patrimonialamento de cada item adquirido, incluindo o código CNES na placa de patrimônio de cada um dos itens. Esses itens são os que constam na tabela de equipamentos do CNES/ DATASUS, demonstrando também através de planilha, a forma como fora a atualização de cada movimentação de patrimônio.

O Viva Rio possui uma área de Patrimônio, responsável por realizar de modo eficiente e eficaz o controle de bens patrimoniais referentes a: inventário, movimentação, disponibilização, baixa patrimonial e manutenção de pequeno montante. Esta área atua em parceria com os demais setores da Instituição para a otimização de processos de trabalho e garantia de boas práticas administrativas.

Atualmente, o Viva Rio tem expertise para atender às exigências da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, referentes à cláusula – Nona das obrigações da contratada, presente na minuta do contrato de gestão, no que diz respeito aos procedimentos relativos aos bens móveis e imóveis: IX – Bem administrar os bens móveis e imóveis públicos a ela cedidos e XXXVI – Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes que porventura venham a ser

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

Os bens patrimoniais serão identificados por placas e código de barras, contendo o código CNES para possibilitar a rastreabilidade. Ademais, a rotina da área de Patrimônio é informatizada, o que garante maior controle dos ativos e favorece a disponibilidade da informação entre as demais áreas. O sistema de patrimônio é uma ferramenta desenvolvida pela área de TI do Viva Rio, que possui características intuitivas e de fácil manejo, como pode se verificar nas figuras abaixo:

Figura 47: Home/tela inicial do sistema de Patrimônio



Figura 48: Tela de cadastros gerais dos bens, por tipo de pesquisa

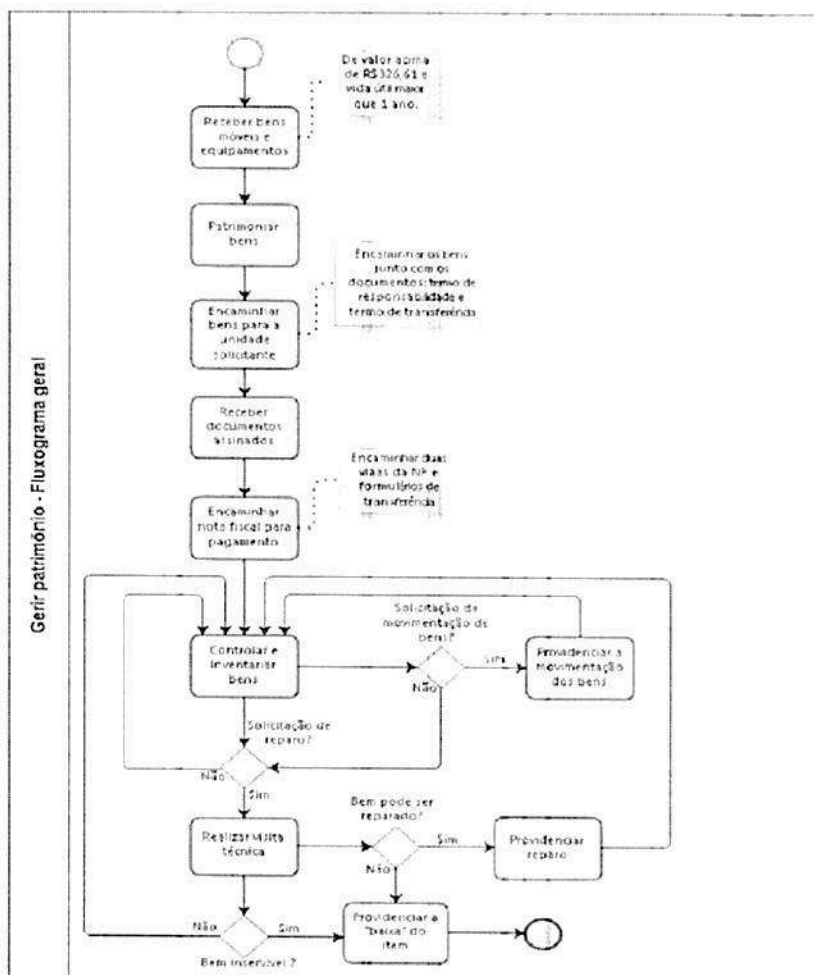


As atividades do setor de Patrimônio estão descritas no Instrutivo de Gestão de Patrimônio (Anexo VII).

[Assinatura]

[Assinatura]

Figura 49: Fluxograma - Macro Processo da Gestão Patrimonial



Fonte: OS Viva Rio.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

D. PROPOSTA DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL

Considerando os aspectos apresentados na PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL e, respeitadas as diretrizes previstas na Carteira de Serviços para a Atenção Primária da SMS Rio, segue abaixo a descrição das principais atividades assistenciais a serem desenvolvidas nas unidades sob cogestão da OS VIVA RIO.

A APS deve estar preparada para resolver os problemas de saúde mais comuns na população e oferecer todos os serviços descritos na carteira de serviços do município. Para tanto, é necessário estabelecer parâmetros e adotar critérios para nortear o fazer cotidiano, reforçando a responsabilização dos trabalhadores de saúde no processo de cuidado dos usuários.

A OS VIVA RIO em seus dez anos de cogestão da APS na cidade do Rio de Janeiro, desenvolve um conjunto de práticas no intuito de qualificar e organizar a produção de saúde no território, a partir da coordenação e integração das ações e serviços do setor Saúde, prezando ainda pela articulação intersetorial, de acordo com os marcos da promoção e da vigilância em saúde.

A OS VIVA RIO propõe que as programações das atividades assistenciais sejam orientadas pelas demandas/necessidades dos usuários, bem como pela decisão da equipe, a partir do perfil epidemiológico da população e da realidade local, considerando as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica e da Carteira de Serviços para a Atenção Primária da SMS Rio.

Com a concordância dos princípios organizativos do SUS e da PNAB, a OS VIVA RIO pretende contribuir para o fortalecimento da rede de Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro através da implementação das seguintes atividades:

Consultas

Toda unidade de Atenção Primária oferece consultas médicas e de enfermagem e aquelas que dispõem de equipes de saúde bucal e equipes multiprofissionais (NASF) também oferecem consultas odontológicas e interconsultas das categorias profissionais que compõem os NASF junto às equipes de Atenção Primária.

A consulta é uma atividade que pode ser realizada através do atendimento individual de um profissional ou de forma compartilhada entre médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas e as diversas categorias profissionais que compõem o NASF.

Apresenta-se a seguir o conjunto de premissas que envolvem essa atividade:

- ✓ As unidades devem organizar o serviço de modo a evitar a formação de filas. Portanto, sempre que possível, evitar concentrar a oferta de algum serviço em um dia/horário específico. Sempre que possível algum funcionário volante deve organizar o fluxo na unidade e oferecer ajuda para esclarecimentos da população.
- ✓ Cabe prioritariamente o Agente Comunitário de Saúde (ACS) realizar escala de atendimento na recepção, com guichê de atendimento identificado por equipe de abrangência.
- ✓ A agenda dos profissionais deve ser organizada a partir dos prontuários eletrônicos. Quando não for possível, esta deve estar disponível na recepção;
- ✓ Todas as equipes devem sempre que possível aceitar marcação de consulta por telefone e por e-mail dos pacientes já cadastrados e que tenham sido atendidos ao menos uma vez na unidade. O telefone da equipe e e-mail da equipe ou da

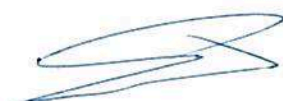


- unidade deve sempre estar em local visível;
- ✓ A oferta de marcação de consulta por demanda programada deve ser disponibilizada todos os dias em todo o horário de funcionamento da unidade.
 - ✓ As unidades devem organizar o serviço de modo a priorizar o atendimento a gestantes, idosos (acima de 60 anos), e pessoas com necessidades especiais.
 - ✓ Todos os procedimentos como medição antropométrica, aferição de pressão arterial e outros, deverão ser realizados durante a consulta.
 - ✓ Toda Unidade de Atenção Primária deve garantir o atendimento de consultas agendadas e de demanda não programada.
 - ✓ Os casos emergenciais devem ter os procedimentos garantidos, independentemente do número de consultas agendadas e realizadas no período.
 - ✓ A condição não urgente pode ser agendada para até dois dias úteis.
 - ✓ O tempo máximo para o agendamento de consulta (que não seja intencionalmente programada desta forma) não pode exceder 30 dias.
 - ✓ Os retornos agendados deverão respeitar os protocolos preconizados. Sempre que houver necessidade de consulta de retorno, o usuário deverá sair da unidade com o agendamento em mãos.
 - ✓ Em casos extremos o paciente ou o médico de família pode solicitar a troca do usuário de equipe dentro da mesma unidade, sendo necessário o preenchimento das informações pertinentes em prontuário e anotação no livro de ocorrência da unidade.
 - ✓ A consulta de enfermagem faz parte da assistência à saúde centrada na pessoa, e deve ser orientada de acordo com protocolos clínicos da SMS Rio, da SES/RJ e do Ministério da Saúde (MS). As consultas de puericultura e de assistência ao pré-natal e puerpério, idealmente devem ser intercaladas entre o médico e o enfermeiro.
 - ✓ A prescrição de enfermagem e solicitação de exames complementares devem seguir os protocolos clínicos que especifiquem essas ações e/ou normativas técnicas e/ou decretos que regulamentem tais procedimentos.
 - ✓ Toda unidade de atenção primária deve agendar consultas, inclusive de especialidades disponíveis no SisREG. A agenda dos profissionais deve ser disponibilizada e acessível a toda a equipe técnica através do prontuário eletrônico, não devendo ficar restrito ao próprio profissional de saúde o agendamento das consultas.
 - ✓ Os pacientes que procurarem agendar consultas devem sair da unidade sabendo o dia e horário de sua consulta.
 - ✓ Nenhuma consulta de primeira vez pode ser agendada para mais de 30 dias úteis para o médico, enfermeiro ou dentista.

Visitas domiciliares

Todos os profissionais que atuam na APS devem realizar visitas domiciliares. Apresenta-se a seguir o conjunto de premissas e ações incluídas nessa atividade:

- ✓ Em qualquer equipe de saúde da família a periodicidade para visitas domiciliares dos Agentes Comunitários é baseada em estratificação de risco, com a seguinte periodicidade mínima: tuberculose e hanseníase (diária), Hipertensos Severos, Diabéticos Severos, Gestantes, Crianças até 1 ano (mensal), Hipertensos leves, Diabéticos leves, Crianças >2 anos, Acamados (trimestral); demais pessoas (anual).
- ✓ Todo domicílio deve ser visitado pelo menos 1 vez ao ano pelo agente de



vigilância em saúde; considerando fatores de risco ambientais e do domicílio pode ocorrer visita mensal.

- ✓ O tempo máximo para realizar Visita Domiciliar quando solicitada a unidade é de 5 dias para avaliação do ACS e de 30 dias para ida do técnico, enfermeiro, dentista ou médico.
- ✓ As visitas domiciliares devem ser agendadas conforme a programação semanal, de acordo com as demandas dos usuários e da equipe. O resultado de cada visita domiciliar deve ser repassado à equipe para o conhecimento de cada caso e encaminhamento de acordo com sua realidade.
- ✓ A programação das visitas deve levar em conta também o disposto nas especificações técnicas da SMS Rio e no Termo de Referência do Contrato de Gestão, no que se refere à produção mínima esperada dos profissionais.

Assistência farmacêutica

- ✓ Toda Unidade de Atenção Primária deve apresentar um plano de uso racional de medicamentos e deve estar em conformidade com as diretrizes municipal e nacional de uso racional e previsão de consumo à Assessoria de Assistência Farmacêutica.
- ✓ Toda Unidade de Atenção Primária deve dispensar os medicamentos em local próprio que possibilite a dispensação e o depósito exclusivo da farmácia. Fica vedada a dispensação de medicamentos nos consultórios médicos ou de outros profissionais.
- ✓ A dispensação de medicamentos deve ser realizada mediante apresentação de receita.
- ✓ A farmácia deve ser mantida aberta durante todo o horário de funcionamento da unidade.
- ✓ Fica vedada a visitação de representantes de laboratórios farmacêuticos, bem como a dispensação de medicamentos de amostra grátis. A dispensação deve ser preferencialmente realizada por profissional com treinamento para tal, preferencialmente técnico / oficial de farmácia ou farmacêutico.
- ✓ Toda a relação de medicamentos disposta na Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) deve ser dispensada nas Unidades de Atenção Primária, incluindo: Medicamentos para doenças respiratórias (asma, DPOC, dentre outras); medicamentos para Diabetes mellitus (hipoglicemiantes orais e insulina); medicamentos controlados (receituário de controle especial tipos A, B, B2 e comum).
- ✓ Toda prescrição de medicamento não contido na REMUME deve ser acompanhada de orientação de que esta medicação não é dispensada na unidade, por não fazer parte da Relação Municipal de Medicamentos.
- ✓ A validade da receita comum deve ser determinada pelo profissional de saúde. Caso a medicação seja de uso contínuo e não houver especificação da validade de receita simples, esta terá validade para dispensação de até 12 (doze) meses para anticoncepcionais e até 6 (seis) meses para demais medicamentos. Nesse sentido, a dispensação deverá ocorrer para o período mensal. O profissional de saúde deve identificar na receita a informação que o medicamento é de "USO CONTÍNUO". Para efeitos de validade de receita simples, nenhum anti-inflamatório, analgésico, antitérmico, antibiótico deve ser considerado como uso contínuo.
- ✓ Deve ser garantido acesso universal aos medicamentos disponíveis na unidade, durante todo o horário de funcionamento da mesma.



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

Atenção centrada no adulto/pessoa idosa

- ✓ Planejamento reprodutivo e direito sexual e reprodutivo, que compreende as ações de: orientação individual e em grupos de métodos contraceptivos; inserção de DIU; dispensação de métodos contraceptivos e investigação de infertilidade conjugal
- ✓ Avaliação pré-concepção
- ✓ Assistência ao pré-natal desde o diagnóstico precoce gravidez, incluindo a assistência pré-natal (mínimo de 6 consultas - intercalar consultas médicas e de enfermagem)
- ✓ Assistência ao puerpério
- ✓ Assistência ao climatério
- ✓ Rastreamento de câncer de colo uterino (preventivo ou papanicolaou)
- ✓ Rastreamento de câncer de mama
- ✓ Rastreamento de dislipidemia em adultos em homens maiores de 35 anos; homens entre 20 e 35 anos se alto risco cardiovascular (CV) e em mulheres maiores de 45 anos se alto risco CV
- ✓ Rastreamento de DM em adultos quando os níveis pressóricos forem superiores a PA >135/80 sustentada
- ✓ Rastreamento de HA (hipertensão arterial) para homens maiores que 18 anos, anualmente
- ✓ Rastreamento e aconselhamento para tabagismo
- ✓ Rastreamento e aconselhamento para uso nocivo/abuso de álcool e outras drogas
- ✓ Prevenção, identificação e acompanhamento das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e HIV
- ✓ Prevenção, identificação e acompanhamento de situações de violência contra mulheres
- ✓ Prevenção, identificação, acompanhamento e encaminhamento qualificado de deficiências físicas, auditivas, visuais e intelectuais.
- ✓ Manejo de problemas ginecológicos mais comuns
- ✓ Manejo das doenças cardiovasculares
- ✓ Manejo das doenças crônicas respiratórias
- ✓ Manejo de outras doenças crônicas prevalentes
- ✓ Manejo de problemas mais prevalentes no adulto
- ✓ Avaliação global do paciente idoso.
- ✓ Manejo de tuberculose
- ✓ Manejo de hanseníase
- ✓ Abordagem Síndrômica de ISTs
- ✓ Abordagem das hepatites virais agudas
- ✓ Manejo de parasitoses intestinais
- ✓ Manejo da dengue
- ✓ Emissão de atestado médico e demais documentos
- ✓ Valorização da paternidade
- ✓ Identificação e acompanhamento de doenças relacionadas ao trabalho
- ✓ Promoção do envelhecimento ativo e saudável
- ✓ Prevenção, identificação e acompanhamento de distúrbios nutricionais no idoso
- ✓ Prevenção de quedas e fraturas

- ✓ Prevenção, identificação e acompanhamento de situações de violência contra idosos
- ✓ Prevenção, identificação e acompanhamento da pessoa idosa em processo de fragilização
- ✓ Prevenção, identificação e tratamento de doenças crônicas não-transmissíveis em todas as unidades, com foco na prevenção de incapacidades e deficiências.
- ✓ Realização de atividades de grupo, como Terapia Comunitária, Roda de conversa (Espaços de Comunicação)
- ✓ Realizar levantamento e acompanhamento das pessoas com deficiência na comunidade, identificando situações de risco/vulnerabilidades, trabalhando a gestão das listas e diagnóstico comunitário
- ✓ Incluir a pessoa com deficiência nas ações/programas de saúde previstas para seu ciclo de vida e gênero
- ✓ Prestar apoio/orientação aos cuidadores de deficientes
- ✓ Realizar as ações de reabilitação previstas para os Serviços de Reabilitação Física das pessoas com deficiência
- ✓ Realizar as ações de práticas integrativas e complementares
- ✓ Imunização de rotina e participação nas campanhas
- ✓ Atualização do Calendário Vacinal
- ✓ Identificação de caso suspeito de síndrome gripal e de Covid-19
- ✓ Manejo terapêutico de casos leves de covid-19
- ✓ Estabilização e encaminhamento de casos graves de covid-19
- ✓ Realização de testes e monitoramento clínico dos casos de covid-19

Atenção centrada na criança/adolescente

- ✓ Acolhimento mãe-pai-bebê após alta da maternidade
- ✓ Vigilância do recém-nato de risco/vulnerável
- ✓ Triagem Neonatal: teste do pezinho, teste do reflexo vermelho e teste da orelhinha
- ✓ Promoção e apoio ao aleitamento materno exclusivo até 6 meses e continuado até 2 anos ou mais
- ✓ Promoção de alimentação e hábitos saudáveis
- ✓ Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, com utilização da Caderneta de Saúde da Criança (0 a 10 anos): incluindo o mínimo de 7 consultas no 1º ano, 2 consultas no 2º ano e anuais a partir do 3º ano. Ações de pesagem, medição e avaliação do desenvolvimento motor, neurológico, social, preenchendo a caderneta da criança em todo atendimento. As consultas médicas devem ser idealmente intercaladas com as de enfermagem. Cabe ainda avaliar aspectos psíquicos e afetivos buscando identificar fatores de risco e proteção
- ✓ Imunização de rotina e participação nas campanhas
- ✓ Atualização do Calendário Vacinal
- ✓ Vigilância Nutricional: identificação e acompanhamento de crianças e adolescentes em risco nutricional (baixo peso, sobrepeso e obesidade)
- ✓ Acolhimento com avaliação de risco (demanda espontânea)
- ✓ Prevenção da violência contra crianças e adolescentes e acolhimento/atendimento/notificação/acompanhamento dos casos suspeitos ou confirmados
- ✓ Assistência a problemas mais comuns no recém-nascido e no lactente
- ✓ Identificação, tratamento e acompanhamento de crianças e adolescentes do Cartão Família Carioca



- ✓ Atendimento aos agravos prevalentes na infância e na adolescência
- ✓ Identificar situações que requeiram atendimento de urgência e/ou especializado/internação e encaminhar quando necessário
- ✓ Realizar ações para o Saúde do Escolar (atividades em escolas e creches da área)
- ✓ Apoio e vigilância à saúde das crianças e adolescentes portadoras de doenças crônicas e deficiências residentes na área
- ✓ Realizar consulta para mãe e bebê nos primeiros 7 dias pós-parto (visita domiciliar ou na unidade de saúde)
- ✓ Atenção à saúde bucal
- ✓ Prevenção dos acidentes e violências
- ✓ Prevenção do uso de drogas
- ✓ Promoção da saúde sexual e reprodutiva
- ✓ Prevenção do tabagismo
- ✓ Promoção da atividade física
- ✓ Atividades educativas individuais e coletivas voltadas para a promoção do desenvolvimento saudável da criança
- ✓ Promoção da cultura de prevenção nas escolas
- ✓ Inclusão da saúde no Projeto Político Pedagógico das escolas
- ✓ Promoção de Saúde Ambiental e Desenvolvimento Local Sustentável
- ✓ Prevenção dos fatores de risco para doença cardíaca isquêmica e diabetes na infância e na adolescência
- ✓ Manejo dos problemas mais comuns na adolescência
- ✓ Estadiamento puberal (estágios de tanner)
- ✓ Pesquisar causas de retardo puberal em adolescentes que não iniciaram a puberdade no sexo feminino até os 13 anos (broto mamário) e no sexo masculino até os 14 anos (aumento de testículos)
- ✓ Avaliar ginecomastia
- ✓ Atividades educativas voltadas para a promoção do desenvolvimento saudável e do vínculo pais e filhos
- ✓ Identificação de caso suspeito de síndrome gripal e de Covid-19
- ✓ Manejo terapêutico de casos leves de covid-19
- ✓ Estabilização e encaminhamento de casos graves de covid-19
- ✓ Realização de testes e monitoramento clínico dos casos de covid-19

Saúde mental

- ✓ Oferecer atenção integral que articule ações de prevenção, promoção, tratamento e reinserção social.
- ✓ Oferecer acesso e atendimento às pessoas com transtorno mental e/ou em uso abusivo de álcool e outras drogas do território, em seus graus variados de severidade. Nos casos de maior complexidade, solicitar apoio matricial dos profissionais do NASF e das equipes de saúde mental do território.
- ✓ Realizar intervenções baseadas no contexto familiar e comunitário. Dar apoio às famílias e cuidadores das pessoas com transtorno mental e/ou uso abusivo de álcool e drogas.
- ✓ Atender e acolher as pessoas em situações de crise, e referenciar se necessário, mantendo o acompanhamento dos pacientes e a coordenação do cuidado pela Atenção Primária.
- ✓ Em situação de emergência em saúde mental solicitar Vaga Zero, através da plataforma de ambulâncias. Se a pessoa estiver em casa ou em via pública, chamar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Sempre que possível, contatar os profissionais de saúde mental do NASF de referência para



- discutir a condução do caso.
- ✓ Realizar desintoxicação alcoólica na Unidade de Atenção Primária à Saúde.
 - ✓ Os casos de abstinência grave devem ser encaminhados através da Central de Regulação, pelo protocolo de Vaga Zero.
 - ✓ Promover ações de redução de danos junto às pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas, tanto aos domiciliados quanto aos em situação de rua.
 - ✓ Realizar ações de promoção à saúde e de prevenção do tabagismo e uso abusivo de álcool e outras drogas.
 - ✓ Promover ações de redução de danos às gestantes usuárias de álcool, tabaco e outras drogas.
 - ✓ Realizar e incentivar a participação de profissionais da Atenção Primária à Saúde em fóruns e supervisões de saúde mental do território, visando a integração e construção de parcerias intersetoriais.
 - ✓ Realizar atendimento às pessoas e seus familiares visando intervenção em situações de risco, vulnerabilidades e violência.
 - ✓ Incluir usuários com transtornos mentais e/ou em uso abusivo de álcool e outras drogas nas atividades de rotina da Unidade, como consultas e acompanhamento de hipertensão, diabetes, tuberculose, saúde bucal, em grupos, oficinas terapêuticas ou outras atividades.
 - ✓ Atentar para a dimensão do sofrimento psíquico, que pode estar presente nos mais diversos processos de adoecimento, tais como hipertensão, diabetes, tuberculose, HIV/AIDS e outras doenças infectocontagiosas que exijam isolamento social, como a covid-19.
 - ✓ Atender e acompanhar pacientes em uso crônico de benzodiazepínicos e outros psicotrópicos, através de consulta médica e de enfermagem, grupos, oficinas terapêuticas e visitas domiciliares.
 - ✓ Realizar ações de reinserção psicossocial através do incentivo à participação nos espaços de convivência da comunidade, tais como: academia carioca, vilas olímpicas, escolas, centros culturais e centros de convivência.
 - ✓ Identificar e atender pessoas com risco de suicídio/violência autoprovocada e realizar notificação das tentativas, através da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal Autoprovocada.

Saúde bucal

- ✓ Atividade educativa/orientação em grupo na atenção básica
- ✓ Instrução de higiene oral
- ✓ Evidenciação/revelação de placa bacteriana
- ✓ Escovação dental supervisionada
- ✓ Aplicação tópica de flúor
- ✓ Visita domiciliar
- ✓ Atendimento clínico fora da Unidade de Saúde (TRA - Tratamento Restaurador Atraumático)
- ✓ Ações do Dentescola/PSE
- ✓ Atendimento clínico ambulatorial na Unidade de Saúde
- ✓ Tartarotomia/raspagem de cálculo
- ✓ Restauração de dentes anteriores e posteriores decíduos e permanentes, em amálgama, resina composta fotopolimerizável e cimento de ionômero de vidro
- ✓ Radiografia periapical
- ✓ Exodontias/extrações de dentes permanentes e decíduos
- ✓ Atendimento de urgência
- ✓ Exame clínico para identificação de lesões suspeitas de malignidade



- ✓ Encaminhamento para os CEOs para a realização de procedimentos de média complexidade (tratamento de canal, periodontal severo, cirurgias periododontais, extrações complexas, raio X panorâmico, entre outros). Pessoas com deficiência, que não precisam de internação para realização de procedimentos, podem ser encaminhadas para os CEOs. Aqueles que precisarem de internação devem ser encaminhados para as unidades hospitalares de referência.
- ✓ Serviço de Confecção de Próteses Dentárias: esse serviço deve ser em número suficiente para atender a demanda de encaminhamento das Equipes de Saúde Bucal. Os moldes devem ser realizados na própria Unidade de Atenção Primária, podendo ser o Laboratório para Confecção das Próteses concentrado em outro endereço na Área de Planejamento, desde que garantido o prazo máximo de 30 dias desde a confecção do molde e a implantação da prótese dentária; Caberão às equipes de Saúde Bucal da unidade a modelagem, avaliação e manutenção das próteses.

Vigilância em saúde

- ✓ Análise da Situação de Saúde
- ✓ Imunização: A sala de imunização deve estar em atividade durante todo o horário de funcionamento da unidade, não existindo dias para vacinas específicas, ao exemplo da BCG, com oferta de todas as vacinas disponíveis no Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde (PNI/MS) otimizando todas as oportunidades para a atualização do cartão vacinal. A vacinação contra a covid-19 deve seguir as recomendações específicas do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação.
- ✓ Ações de Vigilância Ambiental em Saúde
- ✓ Ações de Vigilância Epidemiológica
- ✓ Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde

Promoção da saúde

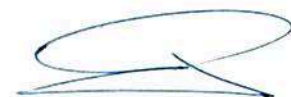
- ✓ Ações Intersetoriais
- ✓ Promoção de ambientes e de territórios de vida e trabalho saudáveis
- ✓ Promoção da cultura da paz e dos direitos humanos
- ✓ Promoção de Saúde na Escola
- ✓ Promoção da mobilidade segura
- ✓ Protagonismo dos grupos sociais
- ✓ Comunicação e informação em saúde
- ✓ Protagonismo Juvenil
- ✓ Reconhecimento da identidade étnico-racial
- ✓ Acolhimento e respeito à diversidade sexual
- ✓ Acolhimento e respeito à diversidade religiosa
- ✓ Fortalecimento de vínculos familiares
- ✓ Estimulo ao parto normal e ao aleitamento materno
- ✓ Estimulo à participação do homem nos serviços e espaços de cuidado
- ✓ Estimulo às relações solidárias e prevenção das violências
- ✓ Fortalecimento do autocuidado e da autonomia das pessoas
- ✓ Desenvolvimento de habilidades pessoais e de competências para a promoção da saúde e defesa da vida.
- ✓ Plano de autocuidado individual.
- ✓ Ações voltadas para o estímulo ao autocuidado com relação à alimentação



- ✓ saudável, atividade física, controle do tabagismo e álcool e outras drogas.
- ✓ Promoção da alimentação saudável
- ✓ Vigilância Alimentar e Nutricional
- ✓ Acompanhamento dos Agravos Nutricionais e Doenças Relacionadas à Alimentação
- ✓ Promoção da prática de atividade física
- ✓ Incentivo e orientação da prática regular de atividade física nas rotinas e protocolos dos serviços de saúde
- ✓ Grupos de promoção da atividade física
- ✓ Ginástica laboral
- ✓ Alongamentos
- ✓ Orientações posturais na gestação
- ✓ Prática corporal/exercícios no pré-natal
- ✓ Posições e exercícios facilitadores para o trabalho de parto ativo
- ✓ Sala de espera ativa
- ✓ Programa Academia Carioca
- ✓ Controle do Tabagismo
- ✓ Ambiente Livre de Fumo
- ✓ Abordagem mínima do tabagismo em todos os pacientes tabagistas
- ✓ Manejo da dependência de nicotina
- ✓ Prevenção de tabagismo na infância e na adolescência
- ✓ Abordagem aos familiares de crianças com doença respiratória
- ✓ Abordagem aos pacientes fumantes dos grupos de risco: gestantes, tuberculose, HIV, diabéticos e hipertensos
- ✓ Abordagem do tabagismo no planejamento reprodutivo
- ✓ Estratégias de Comunicação e informação em saúde
- ✓ Comunicação social e de mídia direcionadas ao fortalecimento dos princípios e ações em promoção e regulamentação de saúde e de defesa de políticas públicas saudáveis.

Procedimentos/cirurgias ambulatoriais

- ✓ Administração de medicamentos por via oral e parenteral
- ✓ Tratamento supervisionado para tuberculose
- ✓ Aferição de glicemia capilar para pacientes em uso de insulina ou em caso de emergência/urgência
- ✓ Aferição de pressão arterial
- ✓ Coleta de material de escarro para exame laboratorial
- ✓ Coleta de material de sangue para exame laboratorial
- ✓ Coleta de material de urina para exame laboratorial
- ✓ Testagem para covid-19 (Teste rápido antígeno, RT PCR e teste rápido anticorpos)
- ✓ Curativo
- ✓ Curativo em pé diabético
- ✓ Desbridamento e curativo de escara ou ulceração
- ✓ Estesimetria (teste de sensibilidade)
- ✓ Nebulização
- ✓ Realização de exame de eletrocardiografia
- ✓ Realização do teste do pezinho
- ✓ Garantir a realização do teste da orelhinha (exame regulado)
- ✓ Realização do teste do reflexo vermelho
- ✓ Realização de testes rápidos de gravidez



- ✓ Realização de testes rápidos para detecção de HIV, sífilis e hepatites
- ✓ Terapia de reidratação oral
- ✓ Emissão de atestados médicos
- ✓ Consulta de pré-natal realizada por enfermeiro
- ✓ Consulta puerperal realizada por enfermeiro
- ✓ Consulta para diagnóstico de diabetes mellitus
- ✓ Acompanhamento e avaliação de portadores de diabetes mellitus
- ✓ Consulta para diagnóstico de hipertensão arterial
- ✓ Acompanhamento e avaliação de portadores de hipertensão arterial
- ✓ Atividade coletiva de educação em saúde por profissionais de nível médio
- ✓ Atividade coletiva de educação em saúde por profissionais de nível superior
- ✓ Atividades executadas por agente comunitário de saúde
- ✓ Visita domiciliar por profissional de nível médio
- ✓ Consulta/atendimento de urgência em clínicas básicas
- ✓ Atendimento médico de urgência com observação
- ✓ Consulta médica em Atenção Primária à Saúde
- ✓ Consulta de enfermagem em Atenção Primária à Saúde
- ✓ Visita domiciliar da equipe de ESF
- ✓ Consulta médica para hanseníase
- ✓ Consulta médica puerperal
- ✓ Consulta para avaliação clínica do fumante
- ✓ Ação coletiva de escovação dental supervisionada
- ✓ Ação coletiva de bochecho fluorado
- ✓ Ação coletiva de aplicação tópica de flúor-gel
- ✓ Visita domiciliar da Equipe de Saúde da Família
- ✓ Consulta para hanseníase
- ✓ Anestesia loco regional
- ✓ Cauterização química de pequenas lesões
- ✓ Drenagem de abscesso
- ✓ Manejo de queimaduras
- ✓ Ordenha mamária
- ✓ Remoção de cerume
- ✓ Retirada de corpo estranho de nariz
- ✓ Retirada de corpo estranho de ouvido
- ✓ Retirada de corpo estranho subcutâneo
- ✓ Retirada de gesso
- ✓ Retirada de pontos
- ✓ Sutura de lesões superficiais de pele
- ✓ Tamponamento de Epistaxe
- ✓ Tratamento de miiase furunculóide
- ✓ Assistência ao parto nas situações de urgência
- ✓ Cateterismo uretral
- ✓ Coleta de material para exame citopatológico (papanicolau)
- ✓ Drenagem de abscesso da glândula de Bartholin
- ✓ Extração de corpo estranho na vagina
- ✓ Inserção de DIU
- ✓ Procedimentos adicionais realizados em algumas unidades de APS, incluindo: Avaliação de acuidade visual; Fundoscopia (exame de fundo de olho); Realização de exame de radiografia; Realização de exame de ultrassonografia; Biópsia/punção de tumores superficiais de pele; Cirurgia da unha (cantoplastia); Drenagem de hematoma subungueal; Exérese de calo; Exérese de tumor de pele e anexos; Infiltração de corticóide em articulações; Sessão de acupuntura com

inserção de agulhas; Marsupialização de cisto de Bartholin e Excisão de pólipos uterinos.

Atendendo as normativas da SMS Rio e as recomendações previstas no edital, a OS VIVA RIO se compromete junto às unidades da disponibilidade durante todo o período de funcionamento da unidade de saúde os serviços de curativos, vacinas, administração de medicação, aferição de dados vitais, realização de teste rápido e acolhimento.

Manejo de situações de urgência/emergência

Para o atendimento das urgências, todos os profissionais devem estar aptos a reconhecer situações de alerta e gravidade por meio da classificação do risco, garantindo a assistência adequada aos pacientes em situações de surto ou emergência em saúde pública, visando reduzir a morbimortalidade.

Apresenta-se a seguir o conjunto de premissas que envolvem as atividades de urgência e emergência:

- ✓ Os casos de emergência que, porventura, derem entrada na unidade de Atenção Primária devem ser prontamente atendidos pelo médico e, havendo necessidade, deve-se solicitar a remoção do paciente à Central de Regulação, cujo telefone deve estar afixado em local visível.
- ✓ Até a remoção, todas as medidas para estabilização clínica hemodinâmica e respiratória necessárias devem ser assumidas e o paciente deve permanecer em observação. Nestes casos, a remoção deve ser assegurada o mais prontamente possível.
- ✓ Toda unidade de Atenção Primária deve dispor de uma maleta para emergência, com itens e medicamentos padronizados pela Carteira de Serviços e pelo Protocolo de Urgência e Emergência do município.
- ✓ Todas as unidades de Atenção Primária à Saúde devem estar preparadas para manejar os casos mais comuns de urgências e emergências clínicas: Infecção respiratória comum; Amigdalite; Resfriado comum; Gripe (influenza); Traqueobronquite; Laringite (crupe); Epiglottite; Bronquiolite; Pneumonia; Bronquite aguda; Exacerbação de DPOC; Gastroenterites; Cefaleias; Mialgias; Dores articulares; Dor lombar; Crise hipertensiva; Otites (otite média, otite externa); Rinossinusites; Infecção urinária; Angina/IAM (atendimento inicial, remoção posterior a serviço de emergência); Crise convulsiva (atendimento inicial, remoção posterior a serviço de emergência); Casos de covid19 (atendimento inicial, remoção posterior a serviço de emergência caso necessário);
- ✓ Todas as unidades de Atenção Primária à Saúde devem estar preparadas para manejar os casos mais comuns de emergência a fim de estabilizar o paciente e providenciar a rápida remoção para o serviço de emergência de referência através dos mecanismos de regulação de emergência - vaga zero.

De acordo com o exposto no edital, outras estratégias podem ser definidas em conjunto com a SMS Rio para potencialização das ações de urgência/emergência, tais como:

- ✓ Ampliação do horário de atendimento das Unidades de Atenção Primária, com a ampliação correspondente da oferta de RH, insumos e equipamentos;
- ✓ Abertura de centros de acolhimento, atendimento e vigilância;
- ✓ Garantia de transporte dos pacientes e exames;



- ✓ Oferta de serviços de Laboratório;
- ✓ Confeção e distribuição de material informativo.

Encaminhamentos

- ✓ Todos os profissionais das unidades de APS devem conhecer suas referências dentro do sistema de regulação, assim como o TEIAS da sua área e todo encaminhamento realizado pela APS deve ser feito por meio dos sistemas de regulação, com guia específica de referência e contra-referência, sendo garantido ao usuário orientações precisas sobre datas, horários, telefone e unidade para a qual está sendo encaminhado. Em caso de necessidade de referenciar o paciente a outro serviço para apoio na condução do caso deve-se entregar ao paciente o número da solicitação no sistema de regulação.
- ✓ Cabe à toda unidade de referência fornecer uma contra-referência com o resumo da consulta e recomendações.
- ✓ A unidade de APS deve ter controle de todos os encaminhamentos realizados, bem como monitorar os internamentos e altas de pessoas de sua área, de modo a garantir a coordenação do cuidado de responsabilidade da APS.

Exames laboratoriais e apoio diagnóstico

- ✓ Toda Unidade de Atenção Primária deve oferecer coleta de exames laboratoriais em dias úteis.
- ✓ O tempo máximo para resultado de exames: Laboratoriais: 5 dias úteis; Citopatológico (preventivo): 10 dias úteis; RX, ultrassonografia e eletrocardiograma: 30 dias úteis.
- ✓ Toda Unidade de Atenção Primária deve oferecer coleta de exames laboratoriais em dias úteis. Para coleta de exame de gravidez e de baciloscopia não deve haver restrição de horário de recebimento do material. Para acondicionamento de amostras de escarro, deve-se ter disponível caixa térmica com gelox e/ou geladeira frigobar (se o período de acondicionamento > 1 dia).
- ✓ Toda unidade de Atenção Primária do tipo Clínica da Família deverá oferecer serviços de Radiologia e de Ultrassonografia. Esses serviços devem ser em número suficiente para atender a demanda de encaminhamento das equipes de Saúde da Família. Os exames de imagem devem ser integrados nos prontuários eletrônicos de forma que a imagem seja disponibilizada automaticamente para ser acessada pelo médico da equipe. Os exames devem ser disponibilizados com laudo, podendo ser utilizados para tanto telerradiologia;

Serviços de oftalmologia – Refração e Retinografia digital

Esses serviços devem ser em número suficiente para atender a demanda de encaminhamento das equipes de Saúde da Família.

- ✓ Deve-se garantir a prescrição das lentes corretivas aos pacientes, quando for o caso.
- ✓ Quando houver necessidade de encaminhamento para elucidação de outras causas de baixa acuidade visual deve-se encaminhar o paciente para investigação.
- ✓ Sugere-se a implantação de retinógrafo digital que permita laudo à distância (telemedicina) para otimização de custo-efetividade. O exame deve ser realizado na Atenção Primária, porém a análise da imagem pode ser realizada a



distância. Deve-se garantir a avaliação de profissional especializado (oftalmologista) com laudo.

Assistência em situações de surto ou emergência em saúde pública

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

E. DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL

O dimensionamento de pessoal para atender a Rede de Atenção à Saúde do Município do Rio de Janeiro foi realizado com base no cronograma de metas físicas estabelecido no presente edital, conforme segue nos quadros abaixo.

QUADRO I – DIMENSIONAMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE - ESF - 1º AO 12º MÊS

EQUIPE	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANT.
EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA	MÉDICO	40	150
	ENFERMEIRO	40	150
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	40	150
EQUIPE DE SAÚDE BUCAL	CIRURGIÃO DENTISTA	40	50
	TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL	40	25
	AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL	40	50
	FARMACÊUTICO	40	25
	TÉCNICO DE FARMÁCIA	40	25
	GERENTE	40	35
	AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	40	50
	PORTEIRO	40	50




QUADRO I – DIMENSIONAMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE - ESF - 13º AO 24º MÊS

EQUIPE	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANT.
EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA	MÉDICO	40	180
	ENFERMEIRO	40	180
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	40	180
EQUIPE DE SAÚDE BUCAL	CIRURGIÃO DENTISTA	40	60
	TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL	40	60
	AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL	40	60
	FARMACÊUTICO	40	30
	TÉCNICO DE FARMÁCIA	40	30
	GERENTE	40	35
	AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	40	60
	PORTEIRO	40	60

QUADRO I – DIMENSIONAMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE - NASF 1º AO 12º MÊS

EQUIPE	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANT.
EQUIPE NASF	MÉDICO NASF	40	10
	PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR	40	40

QUADRO I – DIMENSIONAMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE - NASF 13º AO 24º MÊS

EQUIPE	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANT.
EQUIPE NASF	MÉDICO NASF	40	10
	PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR	40	40




QUADRO II - CUSTEIO DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA - 1º AO 12º MÊS (VALORES COM ENCARGOS E BENEFÍCIOS)							
RECURSOS HUMANOS	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QTD	SALÁRIO BASE	INSSALUBRIDADE	ADICIONAL NOTURNO	TOTALS	
MÉDICO	40	1	R\$ 15.157,17	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ -	15.377,17
ENFERMEIRO	40	1	R\$ 6.042,16	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ -	6.262,16
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	40	1	R\$ 2.324,63	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ -	2.544,63
OPERAÇÃO DENTISTA	40	0,3333	R\$ 6.042,16	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ -	2.500,72
TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL	40	0,1667	R\$ 2.324,63	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ -	424,16
ALUNDADE DE SAÚDE BUCAL	40	0,3333	R\$ 1.550,00	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ -	546,22
FARMACÊUTICO	40	0,1667	R\$ 6.042,16	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ -	1.050,38
TÉCNICO DE FARMÁCIA	40	0,1667	R\$ 2.324,63	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ -	424,16
GERENTE	40	1	R\$ 8.514,80	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ -	8.734,80
EMPREGADO PORTARIA	40	0,3333	R\$ 1.430,00	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ -	546,22
TOTAL FUNCIONARIO		5,5000					
TOTAL SALÁRIOS			R\$ 51.843,24	R\$ 2.200,00	R\$ -	R\$ -	54.043,24
ENCARGOS SOCIAIS/TRABALHISTAS	27,540%						
INSS - EMPRESA	0,000%	CE-948				R\$ -	
INSS - FICL/DIR	0,000%	CE-948				R\$ -	
FCTE	8,000%					R\$ -	2.947,68
FÉRIAS + 13	0,185%	FÉRIAS E ABONO CONSTITUCIONAL SOBRE Lei nº 12.506/11				R\$ -	70,46
13º SALÁRIO	8,330%					R\$ -	3.172,77
PERCEPÇÕES	11,131%	2,76% sobre o Bruto (13); 1,507% Férias proporcionais em caso de demissão; 0,42% - 0,833% AVISO PRECISO INDENIZADO AVISO PRECISO (des extra); 0,109% 13º salário (Lei nº 12.506/11); 0,161% FÉRIAS E ABONO CONSTITUCIONAL sobre Lei nº 12.506/11 (des extra); 4,00% MULTA 50% QTD; 1,202% Encargos Patronais				R\$ -	4.229,63
ENCARGOS FISCAL	1,000%						
IRIS	1,000%					R\$ -	362,88
TOTAL ENCARGOS	28,646%					R\$ -	10.915,52
SUBTOTAL (SALÁRIOS+ENCARGOS)						R\$ -	64.958,76
BENEFÍCIO							
VALOR TRANSPORTE	R\$ 9,10		Qtd. Funcionários beneficiados	5.5000	R\$ -	R\$ -	500,50
VALOR ALIMENTAÇÃO	R\$ 15,11		Qtd. Funcionários beneficiados	5.5000	R\$ -	R\$ -	2.161,11
TOTAL BENEFÍCIO							
						SUBTOTAL	R\$ 3.161,61
CUSTEIO MENSAL DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM ENCARGOS E BENEFÍCIOS						TOTAL	R\$ 68.119,88

QUADRO II - CUSTEIO DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA - 13º AO 24º MÊS (VALORES COM ENCARGOS E BENEFÍCIOS)							
RECURSOS HUMANOS		CARGA HORÁRIA SEMANAL	QITC	SALÁRIO BASE	INSS/GRATUIDADE	ADICIONAL NOTURNO	TOTALS
MEDICO		40	1	R\$ 15.587,67	R\$ 220,30	R\$ -	R\$ 15.807,97
ENFERMEIRO		40	1	R\$ 8.276,04	R\$ 220,30	R\$ -	R\$ 8.496,34
TÉCNICO DE ENFERMAGEM		40	1	R\$ 2.436,30	R\$ 220,30	R\$ -	R\$ 2.656,60
CIREFIÇÃO DENTISTA		40	0,3333	R\$ 5.295,04	R\$ 220,30	R\$ -	R\$ 5.515,34
TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL		40	0,1667	R\$ 2.436,30	R\$ 220,30	R\$ -	R\$ 2.656,60
ACUPUNTOLOGISTA		40	0,3333	R\$ 1.524,25	R\$ 220,30	R\$ -	R\$ 1.744,55
FARMACÊUTICO		40	0,1667	R\$ 6.276,04	R\$ 220,30	R\$ -	R\$ 6.496,34
TÉCNICO DE FARMÁCIA		40	0,1667	R\$ 2.436,30	R\$ 220,30	R\$ -	R\$ 2.656,60
DESENTE		40	1	R\$ 8.112,62	R\$ 220,30	R\$ -	R\$ 8.332,92
LAPIDEIA / PORTARIA		40	0,3333	R\$ 1.449,00	R\$ 220,30	R\$ -	R\$ 1.669,30
TOTAL FUNCIONARIO			5,5000				
TOTAL SALÁRIOS				R\$ 53.657,75	R\$ 2.200,30	R\$ -	R\$ 55.858,05
ENCARGOS SOCIAIS/TRABALHISTAS		27,140%					
INSS - EMPRESA		3,000%					R\$ -
INSS - TERCEIROS		0,000%					R\$ -
FCTG		5,000%					R\$ 2.792,44
FÉRIAS - 13		0,181%	FÉRIAS E ADONTO CONSTITUCIONAL SOBRE Lei Nº 12.506/11				R\$ 72,88
13º SALÁRIO		0,333%					R\$ 3.255,25
PRECATORIOS		11,131%	0,75% sobre o total (10) 0,157% Férias proporcionais em 13º salário de demissão 0,42% 0,433% a 13º PRECISO INDEVIDUADO EVICHO PRECISO (sem extra) 0,139% 13º Salário (L. nº 12.506/11), 0,141% FÉRIAS E ADONTO CONSTITUCIONAL sobre Lei nº 12.506/11 (caput), 4,30% MULTA 50% 1,2024% Encargos Patronais				R\$ 4.363,20
ENCARGO FISCAL		1,000%					
IRS		1,000%					R\$ 103,20
TOTAL ENCARGOS		28,640%					R\$ 11.260,36
SUBTOTAL (SALÁRIOS+ENCARGOS)							R\$ 67.118,41
BENEFÍCIOS							
VALE TRANSPORTE		R\$ 9,12		Os Funcionários Beneficiários	5,500%		R\$ 502,10
VALE REFEIÇÃO / ALIMENTAÇÃO		R\$ 10,11		Os Funcionários Beneficiários	5,500%		R\$ 2.141,11
TOTAL BENEFÍCIO							R\$ 2.643,21
						SUBTOTAL	R\$ 69.761,62
CUSTEIO MENSAIS DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM ENCARGOS E BENEFÍCIOS						TOTAL	R\$ 53.814,41

QUADRO II - CUSTEIO DE UMA EQUIPE DO NAS / APOIO ESPECIALIZADO - 12 AD 120 MES (VALORES COM ENCARGOS E BENEFÍCIOS)							
RECURSOS HUMANOS		CRÉDITO MENSAL SEMANAL	QTD	SALÁRIO BASE	IN SALUBRIDADE	ADICIONAL NOTURNO	TOTAL
INTERNO NA RE		40	1	R\$ 11.799,63	R\$ 220,00	R\$	R\$ 12.019,63
PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR		40	4	R\$ 5.793,44	R\$ 220,00	R\$	R\$ 76.361,36
TOTAL FUNCIONARIO			5				
TOTAL SALARIOS				R\$ 16.885,92	R\$ 840,00	R\$	R\$ 15.340,92
ENCARGOS SOCIAIS/TERCEIRISTAS	27,246%						
INSS - EMPRESA	30,00%	TERCEIROS					R\$
INSS - TERCEIROS	30,00%	TERCEIROS					R\$
FGTS	8,010%						R\$ 2.328,88
TERCEIROS + FGTS	38,010%	TERCEIROS					R\$ 69,42
TERCEIROS	30,00%						R\$ 2.955,23
TERCEIROS	30,00%						R\$ 1.918,23
ENCARGO FISCAL	1,000%						
IRPJ	12,00%						R\$ 15,16
TOTAL ENCARGOS	28,646%						R\$ 10.129,61
QUOTIENTE PARABOLICARDO							R\$ 45.410,50
BENEFÍCIOS							
VALE TRANSPORTE	R\$ 8,10			QTD - Funcionários beneficiados:	5		R\$ 392,00
VALE REFEIÇÃO / ALIMENTAÇÃO	R\$ 18,51			QTD - Funcionários beneficiados:	5		R\$ 1.925,50
TOTAL BENEFÍCIOS							
						QUOTIENTE	R\$ 2.381,10
CUSTEIO MENSAL DE UMA EQUIPE DO NAS / APOIO ESPECIALIZADO						TOTAL	R\$ 46.313,60

ANEXO TÉCNICO C
DESTINAÇÃO DE RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS NO CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

1. CONDIÇÕES GERAIS

Para o repasse dos recursos previstos neste Edital, a Organização Social deverá seguir os seguintes critérios:

Alimentar, mensalmente, o Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais, sistema institucional de monitoramento, avaliação e controle dos contratos de gestão da Secretaria Municipal de Saúde (<https://osinfo.prefeitura.rio/>) ou qualquer outro que por decisão exclusiva do gestor municipal vier a complementá-lo ou substituí-lo, de forma a viabilizar a análise da prestação de contas dos contratos de gestão, tanto na parte assistencial como financeira. Compõem as informações gerenciais que deverão ser alimentadas no Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais:

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

Os dados enviados pela Organização Social serão certificados pela representante legal da entidade. Além disso, a OSS será responsável por:



- Disponibilizar informações financeiras e gerenciais para auditorias externas.
- Possuir uma conta corrente única em instituição financeira oficial para as movimentações bancárias, conforme previsto no Decreto 33.010 de 03 de novembro de 2010.

Todas as informações relacionadas aos recursos repassados e demonstrativos gerenciais ficarão permanentemente à disposição da SMS/RJ e da Comissão Técnica de Avaliação (CTA), responsável pelo acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão.

A proposta de orçamento e o programa de investimentos deverão ser aprovados pelo Conselho de Administração da Organização Social.

2. PLANO DE APLICAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS

Os recursos transferidos pela CONTRATANTE à CONTRATADA serão mantidos por esta em conta especialmente aberta para a execução do presente Contrato de Gestão em instituição financeira oficial e os respectivos saldos serão obrigatoriamente aplicados, conforme Decreto Municipal 33.010 de 3 de novembro de 2010.

O montante de recursos previstos e repassados à contratada a título de provisionamento deverá ser depositado em conta específica, preferencialmente em conta poupança, sendo vedada a utilização desses recursos para custear despesas que não sejam oriundas de processos rescisórios ou de provisionamentos obrigatórios.

Na formulação das Propostas Técnicas, as Organizações Sociais deverão computar todas as despesas e custos operacionais relacionados com os serviços a serem executados, especialmente os de natureza tributária (taxas e impostos), trabalhista, previdenciária e securitária (quadros de pessoal), bem como os gastos com o cumprimento das normas pertinentes à Saúde, Segurança e Medicina do Trabalho.

A CONTRATADA deve zelar pelo equilíbrio financeiro entre receita e despesa, de modo a evitar déficit orçamentário ou financeiro.

3. EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E PRESTAÇÃO DE CONTAS

3.1 Para a execução orçamentária do presente Contrato de Gestão será seguido o seguinte procedimento:

O acompanhamento orçamentário/financeiro realizado pela Secretaria Municipal de Saúde será efetivado por consulta ao Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais que gerará relatórios gerenciais para subsidiar a avaliação da Comissão Técnica de Avaliação e o controle dos Órgãos competentes.

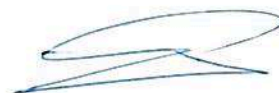


A transferência de recursos orçamentários para a contratada se dará em parcelas trimestrais fixas, que serão liberadas conforme cronograma especificado anexo ao contrato e condicionada à apresentação e aprovação das prestações de contas das parcelas percebidas, conforme detalhado abaixo:

- A primeira prestação de contas será feita no 2º mês do contrato de gestão de forma que a mesma seja processada na SMS e a 2ª parcela trimestral antecipada seja liberada no 3º mês, para execução no período seguinte.
- A segunda prestação de contas será feita no 5º mês do contrato de gestão de forma a que a mesma seja processada na SMS e a 3ª parcela trimestral antecipada seja liberada no 6º mês, para execução no período seguinte.
- A terceira prestação de contas será feita no 8º mês do contrato de gestão de forma a que a mesma seja processada na SMS e a 4ª parcela trimestral antecipada seja liberada no 9º mês, para execução no período seguinte.
- A quarta prestação de contas será feita no 11º mês do contrato de gestão de forma a que a mesma seja processada na SMS e a 5ª parcela trimestral antecipada seja liberada no 12º mês, para execução no período seguinte.
- A quinta prestação de contas será feita no 14º mês do contrato de gestão de forma a que a mesma seja processada na SMS e a 6ª parcela trimestral antecipada seja liberada no 15º mês, para execução no período seguinte.
- A sexta prestação de contas será feita no 17º mês do contrato de gestão de forma a que a mesma seja processada na SMS e a 6ª parcela trimestral antecipada seja liberada no 18º mês, para execução no período seguinte.
- A sétima prestação de contas será feita no 20º mês do contrato de gestão de forma a que a mesma seja processada na SMS e a 7ª parcela trimestral antecipada seja liberada no 21º mês, para execução no período seguinte.

3.2. A prestação de contas se dará:

Prestação de Contas mensal deverá ser disponibilizada no Paineiro de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais, até o 10º dia útil de cada mês, junto com notas fiscais digitalizadas, contratos de prestação de serviços firmados com empresas terceirizadas escaneados e qualquer outro documento que se entenda pertinente, para fins de acompanhamento pela SMS e pela CTA.



A Organização Social CONTRATADA deverá, juntamente com o envio das informações de prestação de contas no Painel, apresentar declaração, assinada pelo representante legal da entidade, quanto a veracidade dos dados alimentados no Painel de Gestão.

No ato da prestação de contas, deverão ser disponibilizadas no Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais as certidões negativas da Organização Social, bem como as Guias de Recolhimento de INSS e FGTS dos valores relativos aos funcionários contratados em regime CLT para execução deste Contrato de Gestão, além do extrato bancário que comprove a existência do provisionamento de férias, décimo terceiro salário e rescisão dos funcionários.

4. DESCRIÇÃO DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS NO CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

Os recursos orçamentários estão divididos em 02 (duas) partes, sendo uma parte fixa e uma parte variável.

4.1. Recursos orçamentários pela Gestão Direta dos Serviços de Saúde (Parte Fixa)

Os recursos orçamentários para gestão direta dos serviços de Saúde previstos no Anexo Técnico B – Roteiro para a Elaboração da Proposta Técnica, consistem em um montante fixo, com repasse trimestral antecipado, destinado ao custeio de recursos humanos e prestação de serviços de manutenção e funcionamento das unidades.

As despesas previstas e não realizadas no mês de referência deverão ser objeto de ajustes nos demonstrativos do mês subsequente.

4.2. Recursos orçamentários em função de resultados apresentados (Parte Variável)

A CONTRATANTE solicitará à CONTRATADA a apresentação de relatórios contendo dados e informações relativas à produtividade e qualidade dos serviços prestados, conforme Quadro de Indicadores de Acompanhamento e Avaliação.

A CONTRATADA para fazer jus aos recursos orçamentários trimestrais da Parte Variável previsto no cronograma de desembolso constante no Anexo II – Item 10 – C e no Anexo Técnico F do Projeto Básico deverá cumprir o conjunto de requisitos definidos no Anexo Técnico E do Projeto Básico.

4.3. Recursos orçamentários para adaptações das instalações das unidades

O repasse será realizado de acordo com o cronograma de desembolso constante do Anexo Técnico F do Projeto Básico.

5. CONDIÇÕES PARA DESTINAÇÃO DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS NO CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO E METAS FÍSICAS



A parcela correspondente à parte fixa do primeiro trimestre do Cronograma de Desembolso e Metas Físicas constante deste Anexo será creditada como 1º (primeiro) aporte de recursos financeiros, viabilizando o cumprimento do item que solicita abertura de conta corrente específica para movimentação e comprovação das despesas realizadas através de extrato bancário mensal.

A competência da execução financeira é sempre de 01 a 30 (ou 31) de cada mês.

A aprovação dos relatórios de acompanhamento financeiro trimestral deverá ser assinada por pelo menos 3 (três) membros da Comissão Técnica de Acompanhamento – CTA.

6. DOTAÇÃO ONERADA

A execução do presente Contrato de Gestão onerará a dotação orçamentária do respectivo Plano de Trabalho da CAP-5.2, objeto deste contrato de gestão, ND 335039 e nos anos subsequentes no PT que o suceder, respeitando os valores do Cronograma de Desembolso e Metas Físicas constante deste Anexo.

Este valor inclui as partes variáveis 1, 2 e 3.

Os limites máximos mensais em cada categoria de despesa são apontados no cronograma de desembolso constante deste Anexo.

As proponentes deverão apresentar na Proposta Técnica um Quadro idêntico àquele apresentado no cronograma de desembolso constante deste Anexo, com a proposta de evolução mensal dos valores totais para cada uma das rubricas apresentadas, sob pena de desclassificação da mesma.

7. DESPESAS GLOSADAS

Todas as despesas que não forem eventualmente reconhecidas pela CTA como pertinentes ao contrato, deverão ser ressarcidas à conta específica do mesmo com demonstração por meio de extrato bancário no prazo determinado pela CTA.

8. MANUTENÇÃO E APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS FISCAIS E CONTÁBEIS

A CONTRATADA deverá manter em perfeita ordem todos os documentos fiscais e contábeis, especialmente os respectivos livros e os comprovantes de todas as despesas contraídas, devendo apresentá-los sempre que requerido pelos órgãos fiscalizadores competentes.

As informações fiscais e contábeis deverão ser encaminhadas através do Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais, mediante a também da Declaração de veracidade das informações constantes no relatório financeiro, conforme modelo da alínea "a)".



Todos os comprovantes fiscais deverão ser emitidos em nome da CONTRATADA e seus originais ficarão sob sua guarda e à disposição dos órgãos fiscalizadores.

As notas fiscais devem estar devidamente quitadas, contendo aposição de carimbo identificador da CONTRATADA, bem como a data e a assinatura de seu preposto.

Somente serão aceitos os recibos e as notas fiscais quando emitidos com data posterior à assinatura do Contrato de Gestão e de seus respectivos termos aditivos. No momento do "atesto", o valor unitário de cada item/insumo/ material de consumo ou permanente deve constar na nota a ser atestada. Todos os recibos e notas fiscais devem ter o atesto do diretor/gerente da unidade.

9. AQUISIÇÃO DE MATERIAIS PERMANENTES

As aquisições de materiais permanentes efetuadas com recursos oriundos deste Contrato de Gestão deverão ser incorporadas e patrimonizadas pela SMS/RJ ao final do Contrato de Gestão, devendo a CONTRATADA apresentar os documentos e informações pertinentes para tal. A CONTRATADA deve patrimoniar cada item adquirido logo após a compra, utilizando o código CNES na placa de identificação de cada bem. O levantamento de itens que consta na tabela de equipamentos do CNES de cada unidade cadastrada deve ser atualizado a cada movimentação de patrimônio. Esta tabela deve ser fornecida como um dos relatórios a CTA. Da mesma forma, todos os bens adquiridos devem ser informados no Painel de Gestão.

10. PLANILHA E MODELOS

- a) Declaração de veracidade das informações constantes no relatório financeiro;
- b) Planilha Demonstrativa de Rateio das Despesas Administrativas.
- c) Cronograma de Desembolso e Metas Físicas.

A) MODELO DE DECLARAÇÃO DE VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES CONSTANTES NO PAINEL DE GESTÃO DAS PARCERIAS COM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal da Organização Social de Saúde, declaro para todos os fins, que são verídicas as informações inseridas nos itens abaixo, que compõem o relatório financeiro, no Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais, conforme Decreto nº 37.079 de 30 de abril de 2013,



referente ao contrato de gestão nº...../..... (Especificar unidade, se for o caso), mês de referência da prestação de contas/.....:

RELAÇÃO DE ARQUIVOS ENVIADOS AO PAINEL DE GESTÃO DAS PARCERIAS COM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS, VIA FTP:

- DESPESAS;
- SALDOS;
- RECEITAS;
- BENS;
- TERCEIROS e
- RH.

Declaramos ainda, que todas as imagens referentes às despesas, extratos bancários (conta corrente e aplicações financeiras) e contratos, foram anexadas as suas devidas pastas no FTP, bem como, todas as dívidas referentes ao Contrato de Gestão foram alimentadas no Formulário online do Painel de Gestão.

ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL

NOME COMPLETO

CARGO

B) MODELO DE PLANILHA DEMONSTRATIVA DE RATEIO DAS DESPESAS ADMINISTRATIVAS



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SUBSECRETARIA DE GESTÃO

COORDENADORIA DE ADMINISTRAÇÃO DE CONTRATOS DE GESTÃO COM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

GERÊNCIA DE ANÁLISE E ACOMPANHAMENTO DE DESPESAS

ORGANIZAÇÃO SOCIAL:

[illegible]

ELABORADO POR:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

DATA: XX/XX/XXXX

RATEIO DE DESPESAS INDIRETAS

[illegible]

ANEXO TÉCNICO D
APOIO A GESTÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE PELA ORGANIZAÇÃO SOCIAL

A. GESTÃO DAS UNIDADES DA REDE ASSISTENCIAL BÁSICA

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

A.1. OBJETO

GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, DOS EQUIPAMENTOS DESTINADOS A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DE FAMÍLIA, no âmbito da Área de Planejamento (AP) 5.2, localizada no Município do Rio de Janeiro, incluindo adaptações e programação visual das Unidades

A.2. ESPECIFICAÇÕES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Abaixo serão especificados todos os serviços a serem executados no território de abrangência deste Edital.

A.2.1. Carteira de Serviços de Saúde

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

A.2.1.1. Cadastramento.

Cadastramento no período de três meses de todos os usuários da área de abrangência de cada nova equipe de saúde da família, respeitando a linha de base para territorialização, que forem aplicáveis a AP.

A.2.1.2. Recomendações da S/SUBPAV para o processo de trabalho do Saúde da Família.

Os 15 passos para gestão da atenção primária:

- 1) Visita dos agentes comunitários. Em qualquer equipe de saúde da família a periodicidade para visitas domiciliares dos Agentes Comunitários é baseada em estratificação de risco, com a seguinte periodicidade mínima: tuberculose e hanseníase (diária), Hipertensos Severos, Diabéticos Severos, Gestantes, Crianças até 1 ano (mensal), Hipertensos leves, Diabéticos leves, Crianças >2 anos, Acamados (trimestral); demais pessoas (anual)



- 2) Visita do agente de vigilância em saúde. Todo domicílio deve ser visitado pelo menos 1 vez ao ano pelo agente de vigilância em saúde; considerando fatores de risco ambientais e do domicílio pode ocorrer visita mensal
- 3) Visita domiciliar. O tempo máximo para realizar Visita Domiciliar quando solicitada a unidade é de 5 dias para avaliação do ACS e máx. 30 dias para ida do técnico, enfermeiro, dentista ou médico.
- 4) Agendamento de consultas. Em toda unidade de atenção primária deve agendar consultas, inclusive de especialidades disponíveis no SISREG. A agenda dos profissionais deve ser disponibilizada e acessível a toda a equipe técnica através do prontuário eletrônico, não devendo ficar restrito ao próprio profissional de saúde o agendamento das consultas;
- 5) Agendamento de consultas. Os pacientes que procurarem agendar consultas devem sair da unidade sabendo o dia e horário de sua consulta
- 6) Agendamento de consultas. Os pacientes com casos agudos devem ser atendidos pelo médico ou enfermeiro no mesmo dia
- 7) Agendamento de consultas. Nenhuma consulta de primeira vez pode ser agendada para mais de 30 dias úteis para o médico, enfermeiro ou dentista
- 8) Exames laboratoriais. O tempo máximo para resultado de exames: Laboratoriais: 5 dias úteis, citopatológico (preventivo): 10 dias úteis, RX, ultrassonografia e eletrocardiograma: 30 dias úteis.
- 9) Horários. Os horários de funcionamento da unidade; horário de atendimento de todos os profissionais e horário de todas as atividades educativas semanais devem estar afixados e visíveis ao usuário; bem como a semana padrão de cada profissional e o regimento interno da unidade (em local acessível).
- 10) Horários. Todos os serviços devem ser disponibilizados em todo horário de funcionamento da unidade, incluindo vacinas, curativos, dispensação de medicamentos e consultas; não devendo a unidade fechar para almoço.
- 11) Horários. A aferição da pressão arterial deve ser feita de imediato a qualquer usuário caso ele solicite.
- 12) Horários. Todos os atestados de saúde devem ser realizados pelos médicos de atenção primária de acordo com os critérios clínicos e em formulários específicos.



- 13) Referência do paciente. Em caso de necessidade de referenciar o paciente a outro serviço para apoio na condução do caso deve-se entregar ao paciente número da solicitação no SISREG.
- 14) Ouvidoria. O diretor/gerente se comprometerá a cada primeira semana de cada mês reunir as lideranças locais para prestar contas do funcionamento da unidade e ouvir suas avaliações.
- 15) Ouvidoria. Recomenda-se a divulgação do telefone 1746, para contribuir com o funcionamento da unidade, emitindo-se uma opinião, elogio, crítica ou sugestão de melhoria da unidade.

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

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

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

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

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

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

CAPS (CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL)

- 1) Elaboração de projeto terapêutico individualizado para todos os usuários matriculados na unidade (100%), este deve ser alterado sempre que necessário, e estar anexado ao prontuário do usuário.
- 2) Atendimento de familiares dos usuários matriculados (mínimo de 50% de cobertura).



- 3) A avaliação da produção mínima dos profissionais deverá ser ajustada mediante a existência de feriados, campanhas, mobilizações sociais ou eventos de força maior, que necessitem o fechamento da unidade. As justificativas deverão ser escritas no relatório de atividades.
- 4) Os profissionais de referência para usuários ou familiares de usuários deverão realizar visitas domiciliares e/ou visitas hospitalares caso haja necessidade de acompanhamento destes na residência e ou em hospital (Geral, Maternidade ou Psiquiátrico), que deve contar no projeto terapêutico de cada usuário.
- 5) As atividades dos profissionais de saúde dos CAPS poderão ser alteradas mediante justificativa registrada no projeto terapêutico dos usuários.
- 6) Todos os profissionais da equipe técnica do CAPS deverão realizar atividades fora do espaço físico do CAPS, visando à articulação com a comunidade. Devem ser realizadas pela equipe, no mínimo, duas atividades externas por mês. Os profissionais da equipe devem se revezar nestas atividades. Aqueles profissionais que realizarem estas atividades poderão cumprir um turno de atendimento individual ou atendimento em grupo ou atendimento de familiares a menos no mês.
- 7) Todos os profissionais da equipe técnica do CAPS deverão realizar atividades de matriciamento (discussão de casos com o Saúde da Família, NASF, CMS, Policlínica, Hospital). Devem ser realizadas pela equipe, no mínimo, quatro atividades de matriciamento por mês. Os profissionais da equipe devem se revezar nestas atividades. Aqueles profissionais que realizarem estas atividades poderão cumprir um turno de atendimento individual ou atendimento em grupo ou atendimento de familiares a menos no mês.

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

A.2.2.1. Objetivo

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

A.2.2.2. Ações de Organização dos Serviços Assistenciais

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

A existência de uma rede de atenção primária bem estruturada e um Programa de Saúde da Família abrangente são fundamentais para o enfrentamento do aumento da força de transmissão, uma vez que são os profissionais de saúde deste nível de atenção que primeiro observam o aumento da incidência das doenças na população e dão o alarme que



desencadeia todas as ações de saúde 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.

Com a ampliação da atenção primária no município, essa será a porta de entrada preferencial do usuário ao sistema de saúde.

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

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

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

A.2.3. Qualidade dos Serviços Prestados

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

- Prontuários Eletrônicos Clínicos (PEC) ou Prontuários Eletrônicos do Paciente (PEP);
- Implantação da Comissão de Prontuários;
- Realização de auditoria interna quanto ao uso e qualidade dos registros no prontuário clínico, a partir de conteúdos e metodologia comum para o município do Rio de Janeiro junto com a SMS.
- Atenção ao Usuário:
- Implantar Serviços de Atendimento ao Usuário;
- Aprofundar o conhecimento das providências tomadas a partir das reclamações/sugestões dos usuários.



A.2.4. Cobertura

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

A.2.4.1. Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal

Cada equipe de saúde da família deverá ser composta por no mínimo 01 médicos, 01 enfermeiros, 01 técnicos (ou auxiliar) de enfermagem, de 04 a 06 agentes comunitários de saúde e 01 agentes de vigilância em saúde.

Cada equipe de Saúde da Família é responsável por realizar a cobertura de uma área que corresponde ao conjunto de microárea – território onde habitam entre em média 400 e 750 pessoas, correspondente à atuação de 1 Agente Comunitário de Saúde – e cujo número máximo de pessoas assistidas de 3.450 pessoas.

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

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



ANEXO TÉCNICO E
ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO, AVALIAÇÃO E METAS PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE AP-5.2

B.1. CRITÉRIOS GERAIS PARA O ACOMPANHAMENTO DOS CONTRATOS
B.1.1. Responsabilidade no Acompanhamento
B.1.2. Comissão Técnica de Acompanhamento (CTA)
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 contra referência
B.2.5. Implementação de atividades de promoção da saúde e prevenção de Doenças
B.3. PAGAMENTO DA PARTE VARIÁVEL – INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS
B.3.1. Aspectos gerais
B.3.2. Parte variável 01 - incentivo institucional à gestão do TEIAS
B.2.1. Parte variável 02 - incentivo à qualificação das unidades de saúde
B.2.1.1. Parâmetros de valores de metas para 1º ano de contrato – Parte Variável 02
B.2.1.2. Contratualização dos Incentivos Financeiros com a Unidade de Saúde – Parte Variável 02
B.2.1.3. Monitoramento dos Indicadores (parte variável 02)
B.2.1.4. Orientações para Pagamento por Performance quanto a Satisfação do Usuário
B.3.4. Parte variável 03 – incentivo à gestão da clínica
B.3.4.1. Contratualização dos Incentivos Financeiros com os Profissionais – Parte variável 03
B.4. ATRIBUIÇÕES DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL EM RELAÇÃO AOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE
B.4.1. Sistemas de Informação do Sistema Único de Saúde
B.4.1.1. Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) ou Prontuário Eletrônico Clínico (PEC) – Requisitos Mínimos
B.4.1.2. CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
B.4.1.3. SIA – Sistema de Informação Ambulatorial
B.4.1.4. SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
B.4.1.5. SISPRENATAL – Sistema de Informação do Pré-natal
B.4.1.6. SISCAN - Sistema de Informação sobre Câncer
B.4.1.7. SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
B.4.1.8. SI-PNI/API – Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações/Avaliação do Programa de Imunizações
B.4.1.9 SISREG – Sistema Nacional de Regulação




B.1. CRITÉRIOS GERAIS PARA O ACOMPANHAMENTO DOS CONTRATOS

Este contrato de apoio gestão tem como principal objetivo induzir a melhora do desempenho das unidades funcionais, através da atribuição de incentivos financeiros e da criação de instrumentos de monitorização, permitindo uma gestão rigorosa e equilibrada, consciente das necessidades das populações e, acima de tudo, visando a melhoria no acesso aos cuidados de saúde para se poder alcançar maiores ganhos em saúde.

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

B.1.1. RESPONSABILIDADE NO ACOMPANHAMENTO

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

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

A Comissão Técnica de Avaliação – CTA - realizará o seguimento e a avaliação da qualidade assistencial dos serviços de saúde contratados, de acordo com os critérios, parâmetros e calendário previamente definidos para a Organização Social.

B.1.3. COMPOSIÇÃO

A Comissão Técnica de Acompanhamento é constituída, por no mínimo de 06 membros titulares e 02 suplentes, assim definido:

Titulares

- a) 03 representantes da S/SUBPAV/CAP
- b) 01 representantes da S/SUBPAV
- c) 02 representantes da S/SUBG

Suplentes

- d) 1 representante da S/SUBPAV/CAP
- e) 1 representante da S/SUBG



Os membros da CTA, titulares e suplentes, serão definidos e nomeados pelo Secretário Municipal de Saúde e publicados em Diário Oficial Municipal.

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

B.1.4. FUNÇÕES

A análise e o acompanhamento das contas dos Contratos de Gestão firmados com as Organizações Sociais para gestão de unidades pré-hospitalares serão exercidos pela Comissão Técnica de Avaliação – CTA.

A Comissão Técnica de Avaliação – CTA será responsável pela análise físico-financeira e pelo acompanhamento técnico assistencial dos contratos de gestão firmados com Organizações Sociais:

- a) Acompanhar e controlar os aspectos econômicos e financeiros dos contratos de gestão firmados com Organizações Sociais, analisando a aplicação dos recursos, a eficiência e eficácia dos serviços de saúde prestados a população, solicitando parecer das respectivas áreas técnicas da SMS e dos órgãos da prefeitura, que deem a CTA subsídios para essa análise, como laboratório, licenciamento para transporte pré-hospitalar, serviços de imagem, empresas de alimentação, limpeza e vigilância.
- b) avaliar as metas e os indicadores pactuados e registrar o funcionamento dos serviços prestados;
- c) realizar estudos e análises de propostas de implantação de novos serviços, assim como a fixação e rotatividade de profissionais de saúde;
- d) Analisar e acompanhar as contas do trimestre avaliado;
- e) realizar reuniões ordinárias e extraordinárias, estas sempre que solicitada pela SMS ou pelo contratado;
- f) manter registro das reuniões realizadas, cuja ata deverá ser assinada pela totalidade dos membros presentes a reunião;
- g) Analisar mensalmente a prestação de contas e emitir relatórios trimestrais de aprovação de contas;
- h) emitir relatórios trimestrais de análise e acompanhamento de cumprimento de metas.

B.2. ÂMBITOS DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

B.2.1. ASPECTOS BÁSICOS ORGANIZACIONAIS



Caberá à Organização Social detalhar os seguintes aspectos:

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

Todos os aspectos apontados anteriormente deverão estar em acordo com os critérios estabelecidos pela Política Nacional de Saúde, Plano Municipal de Saúde e Fundamentos da Atenção Básica (Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (2017) – Ministério da Saúde).

B.2.2. BOA PRÁTICA CLÍNICA

As referências que apoiam a boa prática clínica são:

- O consenso de sociedades científicas e associações profissionais;
- Processos de trabalho consensuados pelos profissionais que pertencem ao serviço de saúde contratado ou a outros no âmbito territorial;

Orientações estabelecidas pela SMS/RJ:

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

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

- Qualificação dos profissionais;
- Utilização do prontuário clínico como uma fonte de informação para ações de vigilância em saúde, gestão da agenda, consultas individuais; Uso de outros registros da atividade assistencial;



- Respeito ao Plano de Educação Permanente da SMS-Rio de Janeiro e a PNAB (2017) / Ministério da Saúde;
- Consenso sobre o diagnóstico e tratamento das patologias mais presentes na rede básica;
- Consenso entre os profissionais dos serviços sobre o diagnóstico, tratamento e condições de referência, se procede, das urgências em atenção primária;
- Dispositivos que possibilitem a desmedicalização, tais como o desenvolvimento de um plano para atividades de grupo, atividades físicas, dentre outros;
- Perfil de prescrição farmacêutica;
- Auto avaliação assistencial pelos profissionais;
- Avaliação externa da prática assistencial.
- Avaliação da relação médico-paciente;
- Ética profissional.

B.2.3. ATENÇÃO AO USUÁRIO

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

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

B.2.4. ARTICULAÇÃO COM OUTROS NÍVEIS ASSISTENCIAIS – REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

Uma efetiva articulação entre os níveis assistenciais comportará uma continuidade em todo o processo de modo que este seja reconhecido como tal pelo próprio usuário. Esta



articulação se dará de acordo com critérios estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

Para assegurar a continuidade no processo assistencial serão necessários:

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

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

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

B.3. PAGAMENTO DA PARTE VARIÁVEL - INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS

Nos últimos anos observa-se interesse crescente sobre pagamento por desempenho (pay-for-performance (P4P) ou “value based purchasing”), principalmente no Saúde da Família, e nos sistemas universais como o SUS. Esta proposta tem por objetivo acelerar a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.

Os programas de pagamento por desempenho visam a melhoria da qualidade, premiando a excelência ao mesmo tempo que promove o aumento do acesso aos serviços de saúde.

A experiência portuguesa (Missão da Reforma de Cuidados Primários, 2002) tem permitido tirar conclusões positivas na aplicação desta estratégia, tendo-se verificado uma melhoria



dos resultados no que se refere aos indicadores contratualizados, servindo de base conceitual para a metodologia de pagamento variável apresentada neste contrato de gestão.

B.3.1. Aspectos gerais

O quadro de indicadores deverá ser apresentado à CAP e à CTA através de relatórios emitidos diretamente do prontuário eletrônico, cujo layout do quadro síntese poderá vir a ser solicitado pela SMS ou pela CTA.

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

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

Na fase de implementação não são avaliados os indicadores, primeiro trimestre do Contrato de Gestão.

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

A parte variável do contrato de gestão está dividida em três partes:

- Parte variável 01 – incentivo institucional à gestão do TEIAS;
- Parte variável 02 – incentivo Institucional à unidade de saúde.
- Parte variável 03 – incentivo à equipe de saúde da família e saúde bucal

B.3.2. PARTE VARIÁVEL 01 – incentivo institucional à gestão do TEIAS;

A Parte Variável 01 tem como objetivo induzir boas práticas na gestão da OSS e alinhá-las às prioridades definidas pela SMS. Este recurso somente pode ser utilizado no objeto do contrato de gestão.

A CONTRATANTE solicitará à CONTRATADA a apresentação de relatórios contendo dados e informações relativas aos resultados assistenciais e qualidade dos serviços prestados, conforme Quadro 3.1.1 de Indicadores de Acompanhamento e Avaliação.



A CONTRATADA para fazer jus aos recursos orçamentários da parte variável 01, com periodicidade trimestral, que corresponde a até 2% do % do valor referente a soma do valor das rubricas “Equipe de Saúde da Família” + “Serviço de Apoio especializado/NASF”, deverá apresentar um relatório contendo os indicadores pré-estabelecidos pela SMS/RJ, definidos no Quadro 3.1.1

O valor está condicionado ao cumprimento do conjunto de metas estabelecidas para o respectivo trimestre.

Caso a OSS cumpra a totalidade das metas a parte variável 01 deverá ser considerada na rubrica “Apoio a gestão do TEIAS – OSS” devendo a OSS apresentar à CAP plano de aplicação deste valor.

A parte variável 01 pode ser dividida em três faixas de recursos orçamentários:

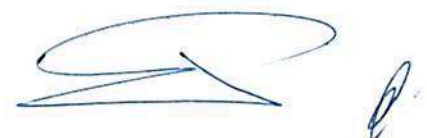
(i) cumprimento de 80 a 100% das metas implica em destinação do total de 2% dos recursos orçamentários pré-definidos a OSS desde que 100% de equipes de saúde da família completas, no caso de equipes incompletas no CNES mesmo tendo 100% dos indicadores alcançados fará jus somente a 1%. O 1% restante deverá ser executado mediante plano de aplicação elaborado pela Coordenação de Área de Planejamento, alocado na rubrica “adaptação de unidades de atenção primária”.

(ii) cumprimento de 60 a 79% das metas) implica em destinação do total de 1% dos recursos orçamentários pré-definidos a OSS, desde que 100% de ESF completas, no caso de equipes incompletas no CNES mesmo tendo 100% dos indicadores alcançados fará jus somente a 0,5%. O 1,5% restante deverá ser executado mediante plano de aplicação elaborado pela Coordenação de Área de Planejamento, alocado na rubrica “adaptação de unidades de atenção primária”.

(iii) cumprimento de menos de 60% (ou 60 a 79% mas com ESF incompletas) das metas implica em destinação do total do recurso (2%), mediante plano de aplicação elaborado pela Coordenação de Área de Planejamento, alocado na rubrica “adaptação de unidades de atenção primária”.

Para equipe de saúde da família incompleta, considera-se apenas as equipes de saúde da família cadastradas no SCNES no período de análise até o último dia de análise para a CTA, independente da justificativa da OSS.

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



Quadro de indicadores da PARTE VARIÁVEL 01 - incentivo institucional à gestão do TEIAS.

INDICADOR	AÇÃO	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	FONTE	PERIODICIDADE DA AVALIAÇÃO	META	OBSERVAÇÃO
1	Manutenção de comissões de prontuários nas unidades	Proporção de unidades de saúde da família com comissões de prontuários mantidas	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ (N) Nº de unidades com comissões com atividade mensal (D) Nº de unidades com equipes de Saúde da Família	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral (A partir do 7º mês de funcionamento da unidade)	95%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade se existe comissão de prontuário, a periodicidade das reuniões e a ata das reuniões. Mínimo de reuniões para ser considerada ativa é de 1 reunião mensal
2	Acompanhamento do cadastramento e atualização no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)	Proporção de profissionais de saúde cadastrados	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ (N) Nº de profissionais das equipes de SF e SB cadastrados no prontuário com correspondência ao SCNES (D) Nº de profissionais das ESF e ESB cadastrados no prontuário	Prontuário Eletrônico (PEP) + arquivo exportação do CNES	Trimestral	95%	Este indicador visa medir a percentagem de profissionais que estão atuando nas ESF e ESB e devidamente atualizados no SCNES. Para o numerador deve-se considerar correspondência de CNES e de código de equipe INE para os profissionais. Mensalmente as empresas de prontuário devem atualizar toda a base do SCNES enviada ao DATASUS (N). Deve-se comparar a proporção de profissionais cadastrados no PEP com aqueles devidamente registrados no CNES pelo número do CPF dos profissionais.
3	Estrutura para impressão de documentos assistenciais	Percentual de consultórios com impressora funcionando	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ (N) Nº de consultórios assistenciais com impressora disponível e funcionando nas unidades da área de planejamento (D) Nº de consultórios assistenciais nas unidades da área de planejamento	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	95%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade mensalmente se todos os consultórios apresentam impressoras disponíveis e funcionando no período.
4	Abastecimento regular das unidades	Proporção de unidades de saúde com declaração que estão regularmente abastecidas pelo diretor/gerente	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ (N) Nº de declarações de abastecimento adequado (D) nº de unidades recebendo apoio a gestão	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	95%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade mensalmente se o abastecimento dos insumos e equipamentos de atribuição da OSS (excluem-se os medicamentos) está regular em percentagem de itens padronizados. A avaliação é a média dos 3 meses.
5	Descentralização do fornecimento de medicamentos controlados	Proporção de unidades que realizam o fornecimento	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ (N) Nº de unidades que realizam o fornecimento registrados pelo prontuário (D) Nº total de unidades na área	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	95%	O prontuário deve gerar por mês a quantidade de itens de medicamento controlado distribuídos por unidade. Considera-se que a unidade dispensa medicamento controlado se houver registro regular de dispensação deste item no prontuário. Deve permitir detalhar a lista de pacientes que recebem o insumo.




INDICADOR	AÇÃO	INDICADORES	FORMULA DE CÁLCULO	FONTE	PERIODICIDADE DA AVALIAÇÃO	META	OBSERVAÇÃO
6	Regularidade no envio da produção (BPA, SISAB e OSINFO)	Proporção de unidades que informaram em dia	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ (N) Nº de unidades com comprovação de envio pelo prontuário (D) Nº total de unidades na área	Protocolo de envio pelo Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	100%	O calendário de envio para o SISAB e para o SIA é até 2º dia útil de cada mês. O Painel OS INFO deve ser informado conforme regulamentação da CCGOS. O prontuário deve gerar relação das unidades com a data e a competência de envio nos 3 meses em análise.
7	Regularidade no envio dos indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3), SISAB e SIA aos profissionais das equipes	Proporção de profissionais da ESF e ESB que receberam mensalmente por email pelo PEP o envio do resultado de indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3) de sua unidade, SIA e SISAB	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ (N) Nº de profissionais das ESF e ESB que receberam mensalmente por email pelo PEP o envio do resultado de indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3), SIA e SISAB de sua unidade (D) Nº total de profissionais de ESF e ESB na área	Protocolo de envio de email pelo Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	95%	Todos os profissionais das equipes devem receber mensalmente por email, automaticamente a partir do prontuário o resultado dos indicadores de desempenho, SIA e SISAB. O prontuário deve gerar uma relação de todos os profissionais de saúde, seus CPFs, por unidade e por equipe com a data de envio automático dos indicadores por email, o email de cada um deles e o cargo dos mesmos.
8	Relação do gasto administrativo em relação ao total de gastos	Proporção de gasto administrativo em relação ao total do gasto	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ (N) Valor gasto com a rubrica gestão TEIAS (D) Valor total gasto no trimestre	Prestação de contas	Trimestral	Max.7%	Avaliação da eficiência da gestão, considerando a média de três meses.
9	Compra de itens abaixo do valor médio do banco de preços em saúde ou da SMS	Proporção de itens adquiridos com valor abaixo da média do banco de preços em saúde ou SMS	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ (N) Total itens comprados abaixo da média (D) Total de itens adquiridos	Prestação de contas	Trimestral	95%	Eficiência das aquisições e uso adequado dos recursos do projeto de acordo com itens pré estabelecidos em lista padrão. Apresentação da curva ABC para os 300 principais itens
10	Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados	Proporção de gerentes que consideraram de boa qualidade os itens adquiridos e os serviços prestados	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ (N) Nº de itens (*) fornecidos e serviços prestados avaliados com boa qualidade do período de análise (D) Total de itens e serviços prestados avaliados no período de análise (D=32)	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	95%	Eficiência das aquisições e uso adequado dos recursos do projeto de acordo com itens pré estabelecidos em lista padrão.




INDICADOR	AÇÃO	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	FONTE	PERIODICIDADE DA AVALIAÇÃO	META	OBSERVAÇÃO
11	Valor médio de medicamentos prescritos por usuário	Valor médio de medicamentos prescritos por usuário	$\frac{(N)}{(D)}$ Somatório do valor das prescrições médicas das ESF nos últimos 3 meses (REMUME e não REMUME) N° total de usuários atendidos pelos médicos das ESF nos últimos 3 meses	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral (a partir do 4º mês da clínica)	Max R\$ 51,78	Para que o indicador seja corretamente avaliado, os profissionais DEVEM SEMPRE utilizar o prontuário eletrônico para prescrição de medicamentos, mesmo os não REMUME. * todos os prontuários devem disponibilizar a opção de prescrição de medicação NÃO REMUME
12	Valor médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia prescritos por usuário	Valor médio de serviços de apoio a diagnóstico e terapia prescritos por usuário	$\frac{(N)}{(D)}$ Somatório do valor dos exames de SADT solicitados por médicos das ESF (fonte valores tabela SIGTAP) N° total de usuários atendidos pelos médicos das ESF nos últimos 3 meses	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral (a partir do 4º mês da clínica)	Max R\$ 41,80	Para que o indicador seja corretamente avaliado, os profissionais DEVEM SEMPRE utilizar o prontuário eletrônico para solicitação de exames. * as OSS devem estimular que os profissionais utilizem o PEP para os encaminhamentos e que não o façam a mão.
13	Proporção de abandono de Tuberculose	Proporção de pacientes encerrados como abandono de Tuberculose no período	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ N° pacientes com Tuberculose encerrados como abandono na área no período em análise N° total de pacientes com Tuberculose encerrados na área no período em análise	SINAN	Trimestral	Max. 10%	RIPSA (2008)
14	Taxa de Sífilis Congênita	Taxa de recém-natos com sífilis congênita por nascidos vivos na área	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ N° recém-natos com dx de sífilis congênita na área nos 3 meses anteriores ao período em análise N° total de nascidos vivos na área nos 3 meses anteriores ao período de análise	(N) SINAN (D) SINASC	Trimestral	Max. 0%	RIPSA (2008)
15	Proporção de Consultas Pré-natal com mais de 6 consultas	Proporção de pré-natal com 6 ou mais consultas	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ N° de mulheres que encerraram o pré-natal com 6 ou mais consultas (médico e/ou enfermeiro) na área no período em análise N° total de mulheres que encerraram o pré-natal na área no período em análise	SINASC	Trimestral	80%	Considerar consultas de pré-natal médico e/ou enfermeiro.



INDICADOR	AÇÃO	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	FONTE	PERIODICIDADE DA AVALIAÇÃO	META	OBSERVAÇÃO
16	Proporção de cadastros definitivos com número único para pessoas com 16 anos ou mais (CPF)	Proporção de cadastros definitivos com número único em relação ao total de cadastros (pessoas com 16 anos ou mais)	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ (N) Nº de pessoas cadastradas no PEP com preenchimento do campo CPF para pessoas com 16 anos ou mais (D) Nº total de pessoas cadastradas no PEP com 16 anos ou mais	PEP	Trimestral	90%	*Considerar total de cadastros ficha A com microáreas identificadas (01 a 06) *Na própria unidade de saúde é possível pela internet realizar o registro de CPF para os pacientes no site da receita federal. Considerar apenas cadastros definitivos com microáreas identificadas (01 a 06). Excluir os CPFs inválidos e duplicados.
17	Proporção de cadastros definitivos com número único para pessoas com menos de 16 anos (DNV)	Proporção de cadastros definitivos com número único em relação ao total de cadastros (pessoas com menos de 16 anos)	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ (N) Nº de pessoas cadastradas no PEP com preenchimento do campo DNV para pessoas menores de 16 anos (D) Nº total de pessoas cadastradas no PEP	PEP	Trimestral	90%	*DNV – é o número da Declaração de Nascido Vivo. *Considerar total de cadastros ficha A. - Considerar apenas cadastros definitivos com microáreas identificadas.
18	Rotatividade de profissionais nas equipes	Rotatividade (turnover) de profissionais nas equipes de saúde da família	$\frac{(N)}{(D)}$ (N) (Nº de profissionais substituídos + Nº de profissionais admitidos) / 2 (D) Nº total de profissionais ativos no período	CNES	Trimestral	Max 15%	* forma clássica de cálculo do turnover: número de demissões mais número de admissões / 2 dividido pelo número de funcionários ativos * consideram-se apenas os profissionais da equipe mínima de ESF e ESB * para substituição consideram-se demissões, transferências, substituições por licença
19	Proporção de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca com condicionalidades acompanhadas	Número de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca acompanhadas no período pelo total de crianças e gestantes beneficiários do	$\frac{(N)}{(D)}$ (N) Nº de crianças até 2 anos e gestantes beneficiárias do CFC acompanhadas (D) Nº total de crianças até 2 anos e gestantes beneficiários do CFC	Portal BF / SUBPAV	Trimestral	100%	* A relação de beneficiários é atualizada a cada 6 meses e é enviada pela SI/SUBPAV/SAP * para o cálculo, considera-se essa relação de beneficiários enviada. Não são permitidas novas inclusões ou exclusões a partir das equipes.
20	Percentual de escolas e creches no território com atividades de promoção, prevenção e assistência acompanhadas pelas ESF e ESB	Proporção de escolas e creches cobertas na área da unidade	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ (N) Nº de escolas que receberam alguma ação de saúde no (D) Total de escolas da área	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral (considerar apenas meses letivos das)	80%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade as escolas e creches na área de abrangência com informações como Endereço, Nome do estabelecimento, número de alunos. Cada equipe de SF e SB deve registrar as atividades realizadas a partir desse cadastro realizado. Nos meses não letivos das escolas, não considerar o mês em questão. (**)

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

(**) para o denominador que representa o número de alunos em escolas e creches públicas, o prontuário eletrônico deve disponibilizar um cadastro de escolas e creches na área de




abrangência, com as informações do número de alunos, endereço do estabelecimento e equipes de SF e de SB que estão vinculadas com ações de saúde;

*(***) considerando que a responsabilidade de compra de medicações não cabe às OSS, deve-se avaliar se há condições (estrutura, treinamento, etc.) para a dispensação, além de solicitação regular da medicação bem como a dispensação propriamente dita; Caso tenham sido garantidas as condições acima e a SMS não tiver enviado a medicação por qualquer motivo, esse indicador não se aplica.*

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

No decorrer do Plano de Trabalho, caso algum Sistema de Informação oficial do Ministério da Saúde ou da SMS – Rio de Janeiro, venha a ser alterado, o mesmo deverá acontecer em relação as “Fontes” descritas nos Eixos 1 a 6 para cada indicador, tendo a OS que proceder a mudança no mês seguinte a esta alteração.

No caso de surto ou situação de emergência em saúde pública, outros indicadores e estatísticas de doenças de notificação compulsória serão incluídos para acompanhamento. Ao final de 12 meses de acompanhamento, a SMS – Rio de Janeiro juntamente com a OSS deverá rever estes indicadores, com o objetivo de aperfeiçoar o monitoramento proposto, de acordo com as recomendações das diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde – SUS.

B.2.1. PARTE VARIÁVEL 02

O cumprimento de indicadores específicos relacionados a cada unidade de atenção primária destinará um valor trimestral pré-estabelecido segundo o número de equipes, a ser aplicado na própria unidade de atenção primária. O valor é de 3.000/trimestre por equipe de saúde da família.

Exemplos: uma unidade que tenha três equipes de saúde da família, receberá $3 \times 3.000 = 9.000/\text{trimestre}$; uma unidade de atenção primária que tenha oito equipes de saúde da família, receberá, $8 \times 3.000 = 24.000/\text{trimestre}$. Caso uma das equipes não obtenha o cumprimento das metas na variável 2, nenhuma equipe da unidade receberá o valor.

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



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

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

A) Acesso

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

D) Desempenho Assistencial

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

Para o item "D4. Percentagem de crianças com calendário vacinal em dia (atualizado) aos 2 anos" e "D5. Percentagem de crianças com calendário vacinal em dia (atualizado) aos 6 anos" a atualização cadastral deve ser interpretada de acordo com os registros de resultados de vacinação dos pacientes no PEP. Não será permitida interpretação binária



(sim ou não) dos profissionais quanto à atualização vacinal. Ou seja, uma vez constando que a pessoa está com calendário vacinal atualizado, ou em dia, todos os registros de vacinas com base no calendário vacinal oficial do Município devem estar registrados para aquele paciente.

S) Satisfação dos Pacientes

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

E) Eficiência

E1. Custo médio de medicamentos prescritos por usuário

E2. Custo médio de serviços de apoio a diagnóstico e terapia prescritos por usuário,

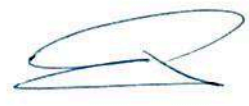
E3. Percentagem de medicamentos prescritos da REMUME

E4. Percentagem de pacientes encaminhados

E5. Percentagem de absenteísmo nas consultas/procedimentos agendadas pelo SISREG

**B.2.1.1. QUADRO DE PARÂMETROS DE VALORES DE METAS 1º ANO DE CONTRATO
(parte variável 02).**

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



INDICADORES DE ACESSO

CÓDIGO INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	FORTE	PERIODICIDADE	META	OBSERVAÇÃO
A1	Acesso	Percentagem de consultas ao paciente pelo seu próprio médico de família	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ (N) Nº de consultas médicas realizadas a pacientes da equipe pelo próprio médico da equipe (D) Nº de consultas médicas realizadas a pacientes da equipe na unidade	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	70% a 80%	
A2	Acesso	Percentagem de demanda espontânea em relação à programada	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ (N) Nº consultas realizadas sem agendamento prévio (demanda espontânea) por médicos, enfermeiros e dentistas da equipe (D) Nº total de consultas realizadas (médicos, enfermeiros e dentistas) pela equipe	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 40%	Considera-se demanda espontânea aquela consulta que é realizada no mesmo dia, sem agendamento prévio. Não estão contemplados atendimentos coletivos, grupos ou outras atividades que não consultas.
A3	Acesso	Taxa de visitas domiciliares por 1.000 inscritos	$\frac{(N)}{(D)} \times 1.000$ (N) Nº de visitas domiciliares realizadas pela equipe em 3 meses (médicos, enfermeiros, tecn enf, ACS, CDs, ASB, TSB) (D) nº de cadastrados na área da equipe	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 230/1.000 (sem SB) OU 260/1.000 (com SB)	Contar todas as VDs para: Médicos, enfermeiros, ACS, técnicos de enfermagem, CDs, ASBs e TSBs. Considerar para 3 meses 230/1.000 sem SB e 260/1.000 com SB
A4	Acesso	Taxa de grupos educativos por 1.000 inscritos	$\frac{(N)}{(D)} \times 1.000$ (N) Nº de atividades educativas realizadas pela equipe em 3 meses (médicos, enfermeiros, tecn enf, ACS, CDs, ASB, TSB) (D) Total de cadastrados na área da equipe	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 6/1.000 (sem SB) OU 12/1.000 (com SB)	Contar todas as atividades em grupos de Médicos, enfermeiros, Tec. De Enfermagem, CDs, ASB e TSB. Considerar para 3 meses 6/1.000 sem SB e 12/1.000 com SB
A5	Acesso	Taxa de itens da Carteira de Serviços implementados	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ (N) Nº de ações da carteira de serviços executadas pela equipe de SF e SB (D) Total de ações da carteira de serviços	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 80%	O prontuário deve gerar automaticamente a informação a partir do registro de atividades das equipes para a maior parte dos itens da carteira de serviço. Os itens que não forem possíveis devem ser cadastrados no prontuário pelo gerente/diretor da unidade no módulo de cadastro da unidade (ex. se tem maleta de emergência, se tem responsável técnico, se tem receituário azul, etc)
A6	Acesso	Percentagem de consultas agenda das não presencialmente, por telefone, email ou plataforma web do prontuário eletrônico	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ (N) Percentagem de consultas (médicos, enfermeiros e dentistas da ESF e ESB) agendadas por telefone, email ou plataforma web do prontuário eletrônico (D) total de consultas (médicos, enfermeiros e dentistas) realizados no mês pelas ESF e ESB da unidade	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 5%	Ao agendar a consulta o prontuário deve permitir classificar como foi realizada a consulta ("presencial", "pelo telefone", "por email", "plataforma web", "outro"). As consultas agendadas não presencialmente pelas modalidades acima devem entrar no cálculo. Caso seja agendada pela plataforma, essa informação deve ser registrada automaticamente. Todo prontuário deve ter uma plataforma web que possibilite aos pacientes agendarem consultas com os profissionais das equipes.




INDICADORES DE DESEMPENHO ASSISTENCIAL

CÓDIGO INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	FONTE	PERIODICIDADE	META	OBSERVAÇÃO
D1	Desempenho Assistencial	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia registrada nos últimos 3 anos	(N) Nº de mulheres entre 25 e 64 anos pertencentes a área de abrangência da equipe com registro de colpocitologia do colo uterino nos últimos 3 anos _____ X 100 (D) Nº total de mulheres entre 25 e 64 anos cadastradas na área de abrangência da equipe	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 80%	Para o cálculo do indicador, considerar "mulheres" e não "procedimentos" (p. ex. se a mesma mulher realizou 3x o exame, considerar apenas 1x). Para fim de acompanhamento gerar nova coluna mostrando nº de procedimentos. Todo prontuário deve permitir a qualquer profissional gerar uma relação de mulheres entre 25 a 64 anos de sua equipe, com a idade, data do último exame colpocitológico, o número de exames nos últimos 3 anos e a data prevista para próximo exame, o endereço e os telefones. Deve ainda permitir relacionar as pacientes com atraso para busca ativa.
D2	Desempenho Assistencial	% de diabéticos com pelo menos duas consultas registradas nos últimos 12 meses	(N) Nº de diabéticos pertencentes a área de abrangência da equipe com pelo menos duas consultas registradas nos últimos 12 meses _____ X 100 (D) Nº total de diabéticos cadastrados na área de abrangência da equipe	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 80%	Para o cálculo do indicador, considerar como denominador (D) apenas diabéticos que tiveram diagnóstico validado pelo médico da equipe. Para fim de acompanhamento mostrar em nova coluna ao lado de (D) o Todo prontuário deve permitir a qualquer profissional gerar uma relação de diabéticos de sua equipe com a data última consulta, nº de consultas últimos 12 meses, endereço e telefone.
D3	Desempenho Assistencial	% de hipertensos com registro de pressão arterial nos últimos 6 meses	(N) Nº de hipertensos pertencentes a área de abrangência da equipe com registro de aferição de pressão arterial nos últimos 6 meses _____ X 100 (D) Nº total de hipertensos cadastrados na área de abrangência da equipe	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 80%	Para o cálculo do indicador, considerar como denominador (D) apenas hipertensos que tiveram diagnóstico validado pelo médico ou enfermeiro da equipe. Para fim de acompanhamento mostrar em nova coluna ao lado de (D) o nº de hipertensos na área da equipe (pelo cadastro do ACS (ficha B) + aqueles que foram validados pelo médico ou enfermeiro). Todo prontuário deve permitir a qualquer profissional gerar uma relação de hipertensos de sua equipe, com a data última consulta, nº de consultas últimos 12 meses, PA última consulta, endereço e telefone.



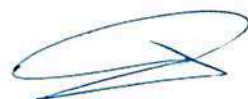
D4	Desempenho Assistencial	% de crianças com vacinas em dia, atualizado aos 2 anos	(N) Nº de crianças até 2 anos pertencentes a área de abrangência da equipe com registro de todas as vacinas do calendário vacinal em dia _____ X 100 (D) Nº total de crianças até 2 anos cadastrados na área de abrangência da equipe	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 80%	* Permitir que o médico, enfermeiro e técnico de enfermagem possam realizar atualização cadastral e aprazar as vacinas. * permitir gerar lista de pacientes com vacinas atrasadas na equipe. Todo prontuário deve permitir a qualquer profissional gerar uma relação de pacientes até 2 anos de sua equipe, com a situação vacinal ("em dia" ou "atrasada"), data da próxima vacina, endereço e telefone. Deve ainda permitir relacionar as pacientes com atraso para busca ativa.
D5	Desempenho Assistencial	% de crianças com vacinas em dia, atualizado aos 6 anos	(N) Nº de crianças até 6 anos pertencentes a área de abrangência da equipe com registro de todas as vacinas do calendário vacinal em dia _____ X 100 (D) Nº total de crianças até 6 anos cadastrados na área de abrangência da equipe	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 80%	* Permitir que o médico, enfermeiro e técnico de enfermagem possam realizar atualização cadastral e aprazar as vacinas. * permitir gerar lista de pacientes com vacinas atrasadas na equipe. Todo prontuário deve permitir a qualquer profissional gerar uma relação de pacientes até 6 anos de sua equipe, com a situação vacinal ("em dia" ou "atrasada"), data da próxima vacina, endereço e telefone. Deve ainda permitir relacionar as pacientes com atraso para busca ativa.
D6	Desempenho Assistencial	% de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez	(N) Nº de gestantes pertencentes a área de abrangência da equipe em acompanhamento na unidade com registro de consulta no primeiro trimestre de gravidez _____ X 100 (D) Nº total de gestantes acompanhando na área de abrangência da equipe	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 80%	* Considerar todas as gestantes da equipe em acompanhamento na unidade no período de análise (3 meses). Todo prontuário deve permitir a qualquer profissional gerar uma relação de pacientes gestantes de sua equipe, com a data da última consulta, nº de consultas realizadas, semana gestacional 1ª da consulta, data prevista do parto, endereço e telefone.
D7	Desempenho Assistencial	% de primeiras consultas de puercultura efetuadas até 28 dias	(N) Nº de crianças que completaram 3 meses no período em análise pertencentes a área de abrangência da equipe com registro de consulta realizada até 28 dias de vida _____ X 100 (D) Nº total de crianças que completaram 3 meses no período em análise cadastradas na área de abrangência da equipe	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 80%	* Considerar todas as crianças que completaram 3 meses no período de análise (últimos 3 meses). Todo prontuário deve permitir a qualquer profissional gerar uma relação de pacientes recém nascidos até 28 dias de sua equipe com a data da última consulta, data do parto, nome da puérpera, endereço e telefone.




D8	Desempenho Assistencial	Proporção de altas, no tratamento odontológico, dos usuários que iniciaram tratamento	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ (N) Nº de altas odontológicas realizadas nos últimos 12 meses (D) total de usuários que iniciaram o tratamento nos últimos 12 meses (considerar 6 meses se nova unidade de saúde)	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral (a partir do 7º mês de implantação de nova unidade de saúde / equipe)	Mínimo 80%	* Considerar a possibilidade de a ESB registrar "alta por abandono". * Incluir uma nova coluna ao lado do denominador (D) para visualizar o número de altas por abandono no período * Considera-se "alta por abandono" o paciente que se mudou ou que não pertence mais a lista de inscritos na unidade, ou seja, que não mais pertence à área de abrangência da unidade
D9	Desempenho Assistencial	Proporção kits odontológicos familiares distribuídos para famílias com vulnerabilidade social	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ (N) Nº de "kits familiares" distribuídos pelos ACS ou Equipe de SB (D) total de famílias cadastradas com vulnerabilidade social na área da equipe de SF	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	100%	* O total de famílias cadastradas com vulnerabilidade social na área de abrangência da equipe de SF deve ser estipulada por cada equipe de SF e/ou SB (validada pela gerência e a CAP). * O registro de vulnerabilidade social deve ser registrado no prontuário, na Ficha A da família Todo prontuário deve permitir a qualquer profissional gerar uma relação de pessoas com vulnerabilidade social de sua equipe, número da microárea, número da família, se recebe bolsa família, NIS, data última consulta, endereço e telefone.

INDICADORES DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

CÓDIGO INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	FONTE	PERIODICIDADE	META	OBSERVAÇÃO
S1	Satisfação dos usuários	Porcentagem de usuários satisfeitos/muito satisfeitos	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ (N) Nº de usuários satisfeitos/muito satisfeitos atendidos na unidade de saúde (D) total de usuários que preencheram o registro de satisfação no período em análise	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 80%	Questionário padronizado pela SMS. Para que o indicador seja considerado satisfatório, no mínimo 5% dos usuários atendidos devem ter preenchido o inquérito de satisfação com identificação por CPF.




INDICADORES E EFICIÊNCIA

	AÇÃO	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	FONTE	PERIODICIDADE	META	OBSERVAÇÃO
E1	Eficiência	Custo médio dos medicamentos prescritos por usuário	(N) Somatório do valor das prescrições pelo médico de cada equipe nos últimos 3 meses (REMUME e não REMUME) (D) nº total de usuários atendidos pelos médicos de cada equipe nos últimos 3 meses (com prescrição + sem prescrição)	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral (a partir do 4º mês da Clínica)	Máximo R\$ 51,78	* Considerar como denominador (D) todos os usuários atendidos pelo médico de cada equipe (pacientes da área e atendidos fora de área pelo médico) independente de ter sido prescrita medicação ou não. * Apresentar nova coluna ao lado de (D) com o número de pacientes atendidos que tiveram medicação prescrita. * Deve permitir detalhar os pacientes, a medicação que foi prescrita e o custo da prescrição a quantidade de medicamentos prescritos que foi entregue na farmácia da unidade. * Todos os prontuários devem disponibilizar a opção de prescrição de medicação NÃO REMUME.
E2	Eficiência	Custo médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia previstos por usuário	(N) Somatório do valor dos exames de SADT solicitados pelos médicos de cada equipe (fonte valores tabela SIGTAP) (D) nº total de usuários atendidos pelos médicos de cada equipe nos últimos 3 meses	Prontuário Eletrônico (PEP) (*tabela SIGTAP como parâmetro)	Trimestral (a partir do 4º mês da Clínica)	Máximo R\$ 41,80	* Considerar como denominador (D) todos os usuários atendidos pelo médico de cada equipe (pacientes da área e atendidos fora de área pelo médico) independente de ter sido solicitado exame ou não. * Apresentar nova coluna ao lado de (D) com o número de pacientes atendidos que tiveram solicitação de exames/procedimentos. * Deve permitir detalhar os pacientes, o exame/procedimento que foi solicitado e o custo do exame/procedimento. * Deve permitir registrar o resultado do exame e a data da realização do mesmo.
E3	Eficiência	% de medicamentos prescritos da REMUME	(N) Nº de itens diferentes de medicamentos pertencentes a REMUME prescritos pelos médicos de cada equipe nos últimos 3 meses. X 100 (D) Nº total de itens diferentes de medicamentos prescritos pelos médicos de cada equipe últimos 3 meses	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 90%	* Para visualização, apresentar nova coluna ao lado de (D) com o número de pacientes atendidos pelo médico de cada equipe. Para contabilizar, soma-se cada item de medicamento de cada prescrição, podendo os itens se repetir em prescrições dos demais pacientes; * As OSS devem estimular que os profissionais utilizem o PEP para as prescrições e que não o façam a mão.




E4	Eficiência	% de pacientes encaminhados em relação ao número de pacientes atendidos	(N) N° de pacientes atendidos pelo médico de cada equipe (pacientes da área e fora de área) nos últimos 3 meses e que foram encaminhados a algum serviço/especialidade (D) N° total de pacientes atendidos pelo médico de cada equipe (pacientes da área e fora de área) nos últimos 3 meses _____ X 100	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Máximo 10%	* Deve-se permitir gerar relatório por profissional das especialidades mais encaminhadas. * Deve-se permitir registrar se o paciente compareceu à consulta ao especialista com a data da consulta para cada encaminhamento.
E5	Eficiência	% de absenteísmo nas consultas/procedimentos agendados no SISREG	(N) N° de pacientes que faltaram a consulta especializada ou a realização de exame complementar pertencentes à área de abrangência da equipe, nos últimos 3 meses (D) N° total de pacientes agendados para exames ou encaminhamentos especialistas no SISREG (para consultas ou exames) pertencentes à área de abrangência da equipe nos últimos 3 meses _____ X 100	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Máximo 30%	* O prontuário deve permitir aos administrativos da unidade ou a qualquer outro componente da equipe, registrar o resultado dos exames ou contra-referência de encaminhamento. Deve permitir ainda registrar o não comparecimento à consulta de especialidade via SISREG ou a exame. * Apresentar nova coluna ao lado de (D) com o número de pacientes com encaminhamento ou solicitação de exames sem registro de resultado ou de falta pelo SISREG

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

B.2.1.2 CONTRATUALIZAÇÃO DOS incentivos financeiros COM A UNIDADE DE SAÚDE (Parte Variável 02).

A definição das metas, a partir do 2º ano de contrato com as OSS depende da pactuação a ser efetuada entre a unidade e a CAP e deverá levar em consideração o comportamento dos indicadores na própria unidade. As metas deverão ser definidas em função do número de meses previstos de funcionamento da unidade com saúde da família para o ano – será apenas considerado o número de meses completos de atividade.

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

Nos indicadores de eficiência, uma vez que ainda existem limitações nos sistemas de informação de suporte ao processo de contratualização para o primeiro ano do contrato de




gestão, estes serão contratualizados apenas em relação aos medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica disponíveis pelo SUS, considerando-se o preço de compra pela SMS.

B.2.1.3. MONITORAMENTO DOS INDICADORES (PARTE VARIÁVEL 02).

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

As OSS devem enviar trimestralmente mapas de acompanhamento a CTA e a unidade. Sempre que existam incongruências entre os dados da OSS e da unidade, e não sejam apurados os motivos de discordância, os dados registrados devem ser auditados pela CAP.

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

A unidade deverá elaborar um relatório de atividades que indique o compromisso assistencial realizado em relação ao contratualizado e remete-lo a CAP. No relatório deverão estar explícitas as razões pelas quais algumas metas possam não ter sido alcançadas, ou os motivos que levaram à superação das metas previstas.

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

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

Caberá às CTAs aprovar o Plano de Aplicação de Incentivos (parte variável 02), garantindo assim a destinação orçamentária para o valor em questão. Caso o Plano de Aplicação de Incentivos não vá ao encontro da estratégia local de saúde definida pela CAP, esta deverá negociar com a unidade de saúde, dentro dos prazos previstos, as alterações necessárias no referido plano.



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

B.2.1.4. Orientações para Pagamento por Performance quanto a Satisfação do Usuário

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

- Para o registro da satisfação, deve-se utilizar questionário padrão definido pela SMS. O podendo ser em totem com que facilite a visualização e a coleta das informações;
- Os usuários poderão registrar satisfação apenas uma vez para cada motivo de procura à unidade de saúde e apenas no mesmo dia do atendimento e com identificação de CPF;
- Não se deve induzir ou sugerir uma resposta aos usuários;
- O prontuário eletrônico deve gerar um relatório nominal de pessoas que registraram a informação de satisfação dos usuários contendo as seguintes informações:

NOME DO USUÁRIO;

EQUIPE DE SAÚDE;

DATA DO REGISTRO;

HORA DO REGISTRO;

MOTIVO DO ATENDIMENTO;

- A Coordenação de Área de Planejamento deve fazer aleatoriamente uma auditoria com amostra de usuários que tiverem as respostas preenchidas para validação dos dados e detectar casos de abusos ou de fraude nos dados;

B.3.4. PARTE VARIÁVEL 03

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



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

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são o pilar central do sistema de saúde. Os centros de saúde com equipes de saúde da família e saúde bucal constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de assistência, além de promoção da saúde e prevenção da doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados.

A evolução da prestação de cuidados de saúde, caracterizada por uma crescente complexidade técnica, bem como a exigência de multidisciplinaridade na prestação de cuidados de saúde centrados no cidadão, e orientados para a obtenção de ganhos em saúde, tornaram inevitável a reestruturação das unidades de centros de saúde, com especial ênfase na Estratégia Saúde da Família (PNAB, 2006 e Decreto Municipal nº 30.780 de 2009).

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

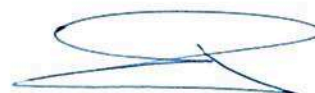
Nem todas as unidades de atenção primária no Município do Rio de Janeiro estão no mesmo plano de desenvolvimento organizacional. A diferenciação entre os vários modelos de unidades de atenção primária (A, B e C) é resultante da organização do processo de trabalho, conforme quadro a seguir.

ORIENTAÇÕES PARA REPASSE DOS INCENTIVOS FINANCEIROS AOS PROFISSIONAIS (PARTE VARIÁVEL 03).

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

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

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



Dentro da mesma equipe de Saúde da Família, todos os profissionais da equipe mínima terão obtido a mesma quantidade de UC no trimestre. O cálculo do valor em reais (R\$) a ser repassado para cada profissional no trimestre é realizado multiplicando o número de UC alcançado no trimestre pela equipe pela proporção correspondente à soma do salário base no trimestre do profissional.

Exemplo 1 (valores e equipe fictícios):

300 UC no trimestre corresponde a 10% da soma do salário base no trimestre (3x salário base). Então, 200 UC correspondem a 6,66% da soma de 3 salários:

EQUIPE	NOME PROFISSIONAL	CATEGORIA	SALÁRIO BASE DO PROFISSIONAL	Nº DE UC NO TRIMESTRE	VALOR NO TRIMESTRE (R\$)
3210	AAAAAAAAAAAAA	MÉDICO	R\$	200	R\$ 20%
3210	BBBBBBBBBBBBB	ENFERMEIRO	R\$	200	R\$ 20%
3210	CCCCCCCCCCCCC	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	R\$	200	R\$ 20%
3210	DDDDDDDDDDDD	ACS	R\$	200	R\$ 20%
3210	EEEEEEEEEEEEEEE	ACS	R\$	200	R\$ 20%
3210	FFFFFFFFFFFFFFF	ACS	R\$	200	R\$ 20%
3210	GGGGGGGGGGGGG	ACS	R\$	200	R\$ 20%
3210	HHHHHHHHHHHHH	ACS	R\$	200	R\$ 20%
3210	IIIIIIIIIIIIIIII	ACS	R\$	200	R\$ 20%

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

Caso a equipe de saúde bucal esteja vinculada a somente uma equipe de saúde da família a quantidade de unidades contábeis será a mesma da ESF para o período em análise (Trimestre).

O valor de UC deve ser o mesmo para os profissionais da mesma ESB (cirurgião dentista, TSB e ASB), mas os valores em reais (R\$) são calculados com base no salário base de cada um dos profissionais dessa equipe de saúde bucal.

Exemplo 2: 1 ESB vinculada a três ESF

EQUIPE DE SF	UNIDADES CONTÁBEIS NO TRIMESTRE ATINGIDAS PELA eSF	UNIDADES CONTÁBEIS PROPORCIONAIS PARA eSB
A	100UC	=100 x 33,33% = 33 UC
B	200UC	=200 x 33,33% = 67 UC
C	300UC	=300 x 33,33% = 100 UC



TOTAL no TRIMESTRE: 200 UC

Neste exemplo, a quantidade de UC no trimestre para a ESB foi de 200 UC, cujo valor a ser repassado a cada profissional da ESB pode ser demonstrado abaixo:

Exemplo 2: cálculo em reais (R\$) – valores fictícios

NOME PROFISSIONAL	CATEGORIA	SALÁRIO BASE DO PROFISSIONAL	N de UC no TRIMESTRE	VALOR R\$ NO TRIMESTRE
AAAAAAAAAAAAA	DENTISTA	R\$	200	R\$ 20%
BBBBBBBBBBBBBB	TSB	R\$	200	R\$ 20%
CCCCCCCCCCCCC	ASB	R\$	200	R\$ 20%

B.3.4.1. CONTRATUALIZAÇÃO DOS INCENTIVOS FINANCEIROS COM OS PROFISSIONAIS – PARTE VARIÁVEL 03.

As unidades de modelo A e B são unidades funcionais com maiores transformações organizacionais onde o trabalho nas equipes de saúde da família já estão adequados à Política Nacional de Atenção Básica. Nesta, os profissionais deverão aceitar um nível de contratualização de patamares de desempenho mais exigentes.

Baseado na reforma dos cuidados primários em Portugal, na matriz de avaliação da atenção primária no National Health Service (NHS) inglês, na Política Nacional de Atenção Básica, definimos um conjunto de ações de acompanhamento a serem remuneradas como parte variável dos vencimentos a ser pago trimestralmente pela OSS aos profissionais de saúde das equipes de saúde da família e saúde bucal.

A compensação prevista está associada ao acompanhamento dos usuários vulneráveis e de risco, segundo as orientações técnicas da Superintendência de Atenção Primária – S/SUBPAV/SAP, nos termos apresentados no quadro a seguir:

Quadro de indicadores da Parte Variável 03 - incentivo à gestão da clínica

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
01	Acompanhamento em planejamento familiar, de uma mulher em idade fértil, por ano	01
02	Acompanhamento em planejamento familiar, de uma mulher em idade fértil, com inserção de DIU ou pré-operatório para laqueadura	03
03	Acompanhamento de uma gravidez	08
04	Acompanhamento de uma criança, no primeiro ano de vida, por ano	07
05	Acompanhamento de uma criança, no segundo ano de vida, por ano	03
06	Acompanhamento de uma pessoa diabética, por ano	04
07	Acompanhamento de uma pessoa hipertensa, por ano	02




GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
08	Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de tuberculose	08
09	Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de hanseníase	10
10	Acompanhamento de paciente tabagista, alcoolista e outras drogas	4
11	As equipes com alunos de graduação (equipe docente assistencial)	10
12	As equipes com residentes (equipe docente assistencial)	20
13	As equipes que aderiram ao PMAQ (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica)	10

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

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
01	ACOMPANHAMENTO EM PLANEJAMENTO FAMILIAR, DE UMA MULHER EM IDADE FÉRTIL, POR ANO	01
PLANEJAMENTO FAMILIAR I Uma usuária é considerada neste grupo se for verdadeira a condição [A e B e C e D e E e F e G]: uma mulher em idade fértil, por ano A. Sexo feminino. B. Ter entre [15; 50[anos (idade calculada para o último dia do período em análise). C. Ter realizado pelo menos uma consulta médica ou de enfermagem durante o período em análise (12 meses) com registro parametrizado de um dos códigos do ICPC-2 que permitem codificar o planejamento familiar (W10, W11, W12, W13, W14 ou W15). D. Nas mulheres com idades entre [25, 50[anos, ter pelo menos um registro de resultado de colpocitologia nos 36 meses que antecedem a data fim do período em análise. E. Estar cadastrada na unidade. F. Estar com o calendário vacinal atualizado e todos os registros no prontuário. G. Ter pelo menos um registro de atividade educativa em grupo de saúde registrada pelo ACS, pelo médico, pelo enfermeiro, dentista, TSB ou ASB.		

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
02	ACOMPANHAMENTO EM PLANEJAMENTO FAMILIAR, DE UMA MULHER EM IDADE FÉRTIL, COM INSERÇÃO DE DIU OU PRÉ-OPERATÓRIO PARA VASECTOMIA OU LAQUEADURA	03
PLANEJAMENTO FAMILIAR II Uma usuária é considerada neste grupo se for verdadeira a condição [A e B e C e D e E e F e G e (H ou I)]: uma mulher em idade fértil, por ano A. Sexo feminino. B. Ter entre [15; 50[anos (idade calculada para o último dia do período em análise). C. Ter realizado pelo menos uma consulta médica ou de enfermagem durante o período em análise (12 meses) com registro parametrizado de um dos códigos do ICPC-2 que permitem codificar o planejamento familiar (W10, W11, W12, W13, W14 ou W15).		




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

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
03	ACOMPANHAMENTO DE UMA GRAVIDEZ	08
SAÚDE MATERNA: Uma usuária é considerada deste grupo se forem verdadeiras as condições [A e B e C e D e E e F e G e H e I]: A. Sexo feminino com pré-natal encerrado no período de vigência (deve ter sido cadastrada no prontuário eletrônico o número do SISPRENATAL para a gestação atual). B. Ter efetuado consulta médica ou de enfermagem de revisão do puerpério no período em análise e, no máximo, 20 dias após o parto, registrada por qualquer médico ou qualquer enfermeiro, com a descrição de "revisão do puerpério". C. Ter efetuado a primeira consulta de gravidez antes das 12 semanas - [0; 12[de gestação. D. Ter realizado pelo menos 6 consultas de pré-natal médicas e/ou de enfermagem até à 38ª semana - [0; 39[semanas - de gravidez. Estas consultas devem ter registro parametrizado que permite codificar gravidez (W78, W79 ou W84). E. Ter registro de resultado de VDRL realizado até a 24ª semana de gestação. F. Usuária deve estar cadastrada na equipe. G. Ter registro de ter pelo menos 2 visitas do ACS até a 38ª semana - [0; 39[de gravidez. H. Ter pelo menos um registro de resultado anti-HIV realizado até a 24ª semana de gestação [24[. I. Ter realizado pelo menos um registro de atendimento (procedimento odontológico individual ou atividade educativa em grupo de saúde) registrado pelo CD, TSB ou ASB. Caso não haja ESB vinculada a equipe, não se considera este item. * toda gestante com mais de 40 dias da data prevista de parto deve ser automaticamente excluída da lista de gestantes ativas do prontuário. * para considerar uma gestante ativa no prontuário, basta o profissional registrar uma consulta com o código do CID10 de gestação (Z348) ou o procedimento SIASUS de consulta a gestante.		

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
04	ACOMPANHAMENTO DE UMA CRIANÇA, NO PRIMEIRO ANO DE VIDA, POR ANO	06
SAÚDE INFANTIL - 1º ANO DE VIDA Um usuário é considerado neste grupo se for verdadeira a condição [A e B e C e D e E e F e G e H e I e J]: A. Ter completado um ano de vida durante o período em análise. B. Ter tido a primeira consulta médica ou de enfermagem até ao 28º dia de vida [0, 28 dias].		




- C. Ter realizado pelo menos 5 consultas médicas ou de enfermagem de acompanhamento em saúde infantil (puericultura) até aos 11 meses de vida - [0, 330] dias.
- D. Ter pelo menos 1 registro parametrizado de avaliação do desenvolvimento psicomotor até os 11 meses de vida - [0, 330] dias. Podem ser realizados por médico ou por enfermeiro.
- E. Ter recebido ao menos duas visitas domiciliares do ACS, sendo a primeira realizada até os primeiros 10 [0, 10] dias de vida e a segunda até aos 11 meses de vida - [0, 330] dias.
- F. Estar com o calendário vacinal em dia e todos os registros vacinais devidamente preenchidos no prontuário.
- G. Ter registro do resultado do teste do pezinho (realizado entre 4º e 7º dias de vida) e realização do reflexo vermelho.
- H. Ter avaliação do risco nutricional em toda consulta (registro de peso e altura).
- I. Ter registro de orientação por qualquer profissional da equipe ESB.
- J. Não ter recebido UC no grupo de ação 04 para o mesmo paciente

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
05	ACOMPANHAMENTO DE UMA CRIANÇA, NO SEGUNDO ANO DE VIDA, POR ANO	04
SAÚDE INFANTIL - 2º ANO DE VIDA Um usuário é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A e B e C e D e E e F e G]: A. Ter completado dois anos de vida durante o período em análise. B. Ter realizado pelo menos 1 consulta médica e 1 consulta de enfermagem de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (puericultura) entre os 12 e os 24 meses de vida - [365, 730] dias com registro de peso e altura. C. Ter pelo menos 2 registros parametrizados de avaliação do desenvolvimento psicomotor (por médico/enfermeiro) entre os 12 e os 24 meses de vida - [365, 730] dias. D. Ter recebido do ACS ao menos duas visitas de vigilância em saúde infantil entre os 12 e os 24 meses de vida - [365, 730] dias. E. Estar com o calendário vacinal completo e todos os registros preenchidos no prontuário eletrônico, F. Ter realizado no mínimo 1 consulta, ou grupo educativo com dentista, ou TSB ou ASB nos últimos 24 meses. G. Não ter recebido UC no grupo de ação 05 para o mesmo paciente.		

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
06	O ACOMPANHAMENTO DE UMA PESSOA DIABÉTICA, POR ANO	06
DIABETES Um usuário é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A e B e C e D e E e F e G e H e I e J e K]: A. Ter o diagnóstico de Diabetes Mellitus na lista de problemas. B. Não ter recebido UC no grupo de ação 06 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses. C. Ter realizado pelo menos duas consultas médicas ou de enfermagem durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.		

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

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
07	ACOMPANHAMENTO DE UMA PESSOA HIPERTENSA, POR ANO	02
HIPERTENSÃO		
Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras a condição [A e B e C e D e E e F]:		
A. Ter o diagnóstico de hipertensão arterial (códigos K86 ou K87 da ICPC-2) na lista de problemas, com estado ativo.		
B. Ter realizado pelo menos 2 consultas médicas ou de enfermagem durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.		
C. Ter pelo menos 2 registros de pressão arterial (realizados em dias diferentes) durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise, sendo pelo menos um deles com valor de pressão arterial sistólica inferior ou igual a 150 mmHg e de pressão arterial diastólica inferior ou igual a 90 mmHg.		
D. Ter pelo menos 1 registro de resultados de colesterol total (código 02.02.01.029-5), colesterol HDL (código 02.02.01.027-9) e triglicerídeos (código 02.02.01.067-8) realizados durante os 24 meses que antecedem a data final do período em análise.		
E. Ter registro de entrada no programa do tabagismo da unidade (caso o paciente não seja tabagista, considerar este item atendido desde que não tenha registro tabagismo no prontuário).		
F. Não ter recebido UC no grupo de ação 07 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.		

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
08	ACOMPANHAMENTO DE UMA PESSOA EM ALTA POR CURA DE TUBERCULOSE	08
TUBERCULOSE Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A e B e C e D e E e F e G e H e I]: A. Ter registro do número do SINAN no prontuário para o paciente acompanhado. B. Ter realizado pelo menos 5 consultas médicas ou de enfermagem no período do tratamento. C. Ter alta por cura da tuberculose registrado no prontuário e no SINAN (*), D. Ter registro do resultado de pelo menos duas baciloscopias de escarro. E. Ter registro de resultado de exame anti-HIV até o 2º mês de tratamento. F. Ter registro de avaliação de todos os contactantes. G. Ter recebido do ACS pelo menos 12 visitas (ao menos uma em cada mês), durante o período de análise. H. Ter realizado pelo menos um registro de atendimento, nos últimos 12 meses (procedimento odontológico individual ou atividade educativa em grupo de saúde) registrado pelo CD, TSB ou ASB. I. Não ter recebido UC no grupo de ação 08 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses. (*) O SINAN deve estar disponível no site subpav.org.		

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
09	ACOMPANHAMENTO DE UMA PESSOA COM ALTA POR CURA HANSENIASE	10
HANSENIASE Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A e B e C e D e E e F e G e H e I]: A. Ter registro de alta por cura da hanseníase no prontuário eletrônico. B. Ter realizado pelo menos 7 consultas médicas ou de enfermagem no período do tratamento. C. Ter recebido do ACS ao menos 7 visitas de acompanhamento para hanseníase. D. Ter registro e encerramento do caso no SINAN. E. Ter registro de vacinação BCG em todos os contactantes. F. Ter registro de avaliação e de prevenção de incapacidades. G. Ter realizado pelo menos um registro de atendimento, nos últimos 12 meses (procedimento odontológico individual ou atividade educativa em grupo de saúde) registrado pelo CD, TSB ou ASB. H. Não ter recebido UC no grupo de ação 08 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses. I. Não ter recebido UC no grupo de ação 09 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.		

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
10	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE TABAGISTA, ALCOOLISTA E OUTRAS DROGAS	04
Paciente Tabagista, Alcoolista ou outras drogas Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras a condição [(A ou B ou C) e D e E e F e G e H e I e J e K]:		




- A. Ter diagnóstico de uso crônico e abusivo de álcool.
 - B. Ter diagnóstico de tabagismo.
 - C. Fazer uso crônico de outras drogas (crack, etc).
 - D. Ter realizado pelo menos 6 consultas médicas ou de enfermagem (ou grupo terapêutico) nos últimos 6 meses.
 - E. Ter recebido do ACS ao menos 6 visitas de vigilância nos últimos 6 meses (para tabagismo não se aplica).
 - F. Ter registro de anti-HIV nos últimos 12 meses (caso usuário de droga injetável).
 - G. Ter registro de ao menos uma consulta familiar nos últimos 6 meses (para tabagismo não se aplica).
 - H. Ter vacinação antitetânica em dia (para tabagismo não se aplica).
 - I. Ter registro de vacinação para Hepatite em dia.
 - J. Ter realizado pelo menos um registro de atendimento, nos últimos 12 meses (procedimento odontológico individual ou atividade educativa em grupo de saúde) registrado pelo CD, TSB ou ASB.
 - K. Ter registro no prontuário de vinculação ao programa de controle do tabagismo (caso tabagista).
- * Se o paciente for usuário crônico de álcool e/ou outras drogas e realizar desintoxicação na unidade de saúde, por período maior de 3 semanas consecutivas, acrescentar 10 UC.
- ** Se o paciente for tabagista e realizar tratamento na unidade de saúde, por período maior de 3 semanas consecutivas, acrescentar 5 UC.

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
11	AS EQUIPES COM ALUNOS DE GRADUAÇÃO (EQUIPE DOCENTE-ASSISTENCIAL)	10
EDUCAÇÃO EM SAÚDE		
A equipe recebe o número fixo de 10 UC no mês caso tenha registro de aluno por mais de 15 dias no mês, atuando na equipe.		

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
12	AS EQUIPES COM RESIDENTES (EQUIPE DOCENTE-ASSISTENCIAL)	20
EDUCAÇÃO EM SAÚDE		
A equipe recebe o número fixo de 20 UC no mês caso tenha registro de residente por mais de 15 dias no mês, atuando na equipe.		

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
13	AS EQUIPES QUE ADERIRAM AO PMAQ (PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA)	10
PMAQ A equipe recebe o número fixo de 10 UC no mês caso a adesão ao PMAQ (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) tenha sido efetivada.		

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

A Organização Social deverá desenvolver, em consonância com as diretrizes gerais e da área de informação/informática da Secretaria Municipal da Saúde as seguintes ações:

- Participar da implantação e manutenção dos sistemas de informação adotados pela SMS/RJ, incluindo prontuários eletrônicos contratados ou disponíveis para utilização institucional, bem como participar da geração de arquivos ou informações em webservice para utilização nos Sistemas de Informação oficiais que a SMS/RJ solicitar;
- Produzir, analisar e divulgar informações sobre a situação de saúde da sua área de abrangência;
- Participar do processo de definição, elaboração e divulgação de indicadores para

R\$ 38.000,00 TRINTA E OITO MIL REAIS

OBSERVAÇÕES:

SERVIÇO DE VIGILÂNCIA CAPS MANÉ GARRINCHA

.100 as

necessidades das unidades de saúde, Coordenação da AP local e Coordenação de Saúde da Família;

- Implantar/atualizar os sistemas de informação definidos pela SMS/RJ;
- Organizar e definir procedimentos, fluxos e rotinas para coleta dos dados dos

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

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

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

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

Nessas unidades, o PEP deverá ser a fonte de dados única de registro de dados para qualquer sistema de informação oficial. Deve permitir gerar arquivos com estrutura de dados (layout) compatíveis.

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

O 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 tablete 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 prever 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 padrão 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;

Dicionários de dados:

Os Prontuários Eletrônicos deverão encaminhar informações referentes à prática assistencial com base nos dicionários de dados previamente elaborados pela S/SUBPAV. Atualmente os dicionários de dados vigentes são seguindo orientação da S/SUBPAV/SAP:

1. Carteirômetro;
2. Indicadores das Variáveis do Pagamento por Desempenho;
3. Relação de Gestantes com Pré-Natal encerrado no ano em questão;
4. Relação de Diabéticos e Hipertensos cadastrados nas UBS do Município do Rio de Janeiro;
5. Informações de Saúde da Atenção Primária;
6. Relação de mulheres de 25 a 64a – Rastreio de Câncer de Colo de Útero;
7. Relação de pacientes com diagnóstico de Tuberculose nas UBS do Município;
8. Produção Ambulatorial de profissionais médicos que atuam nas UBS do Município do Rio de Janeiro.
9. Fichas A – campos de preenchimento obrigatório.
10. CPF como campo obrigatório.

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

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



Os dados deverão ser atualizados mensalmente.

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. – SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

O Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) foi instituído pela Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013, passando a ser o sistema de informação da Atenção Básica vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica, substituindo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

O SISAB integra a estratégia do Departamento de Saúde da Família (DESF/SAPS/MS) denominada e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), que propõe o incremento da gestão da informação, a automação dos processos, a melhoria das condições de infraestrutura e a melhoria dos processos de trabalho.

Além do SISAB, temos os sistemas e-SUS AB para captar os dados, que é composto por dois sistemas de software que instrumentalizam a coleta dos dados que serão inseridos no SISAB. São eles:

- 1) Coleta de Dados Simplificado (CDS);
- 2) Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e
- 3) Aplicativos (App) para dispositivos móveis, atualmente disponível: App AD (Atenção Domiciliar).

Nesse sentido, os sistemas e-SUS AB foram desenvolvidos para atender os processos de trabalho da Atenção Básica para a gestão do cuidado em saúde, podendo ser utilizado por profissionais de todas as equipes de AB, pelas equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), do Consultório na Rua (CnR), de Atenção à Saúde Prisional e da Atenção Domiciliar (AD), além dos profissionais que realizam ações no âmbito de programas como o Saúde na Escola (PSE) e a Academia da Saúde.

Com o SISAB, será possível obter informações da situação sanitária e de saúde da população do território por meio de relatórios de saúde, bem como de relatórios de indicadores de saúde por estado, município, região de saúde e equipe.



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

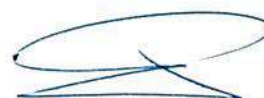
O SISPRENATAL é o aplicativo que foi desenvolvido pelo DATASUS, com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do Sistema Único de Saúde (DATASUS). No SISPRENATAL está definido o elenco mínimo de procedimentos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

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

Para as unidades de atenção primária à saúde que estiverem com prontuário eletrônico (PEP) em funcionamento, todas as gestantes devem ser acompanhadas e ter todos os registros inseridos e atualizados diretamente no Prontuário Eletrônico (PEP), no módulo de pré-natal.

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

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



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

B.4.1.6. SISCAN – Sistema de Informação sobre Rastreamento de Citopatológico do Colo Uterino

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

Os exames de colpocitologia oncótica devem ser registrados diretamente no Prontuário Eletrônico (PEP) cuja requisição de análise ao laboratório (INCA/SITEC) deve ser gerada a partir do PEP.

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

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

B.4.1.7. SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

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

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

Instrumentos de coleta de dados do SINAN:

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



realização da investigação epidemiológica, algumas vezes com o apoio de técnicos da S/ SUBPAV/SVS.

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

B.4.1.8. SI-PNI/API – Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações/Avaliação do Programa de Imunizações

O SI-PNI/API tem como objetivo acompanhar sistematicamente o quantitativo populacional vacinado por faixa etária, além de controlar as coberturas vacinais e taxas de abandono nos âmbitos Federal, Estadual e Municipal. O aplicativo informatizado é desenvolvido pelo DATASUS em consonância com orientações da Coordenação Nacional do PNI, subordinada à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

Instrumento de coleta de dados do API:

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

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

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



B.4.1.9. SISREG – Sistema de Nacional de Regulação

O Prontuário Eletrônico (PEP) deve gerar informações através de arquivo com estrutura de dados (layout) compatível com o Sistema oficial do DATASUS, permitindo a importação e consolidação dos dados no Município.

Sistema on-line, ou seja, funciona com navegadores instalados em computadores conectados à internet. Esse sistema é oficial do Ministério da Saúde para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório, indo da rede de atenção primária à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e a otimização na utilização dos recursos, além de integrar a regulação com as áreas de avaliação, controle e auditoria. Todo encaminhamento do Centro Municipal de Saúde ou Clínica da Família deve ser feito no formulário de "Encaminhamento (Referência e Contra Referência)", exclusivamente via prontuário eletrônico.

O profissional solicitante deve sempre carimbar e assinar a solicitação;

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

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

É importante preencher o formulário com o máximo de informações relevantes sobre dados clínicos e resultados de exames complementares;

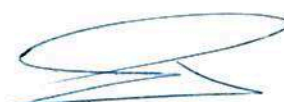
Utilizar os protocolos clínicos para embasar as solicitações para os procedimentos. Sempre procurar utilizar as evidências clínicas mais atuais para tomada de decisão;

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

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



ANEXO TÉCNICO F
CRONOGRAMA E DESEMBOLSO E METAS FÍSICAS



CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO FINANCEIRO E METAS FÍSICAS TEIAS AP 5.2

Item	Unidade de medida	Estratégia de Saúde da Família e CAPS									
		MÊS 01		MÊS 02		MÊS 03		MÊS 04		MÊS 05	
a1) Apoio a Gestão da CAP - Saúde da Família (*)	nº de equipes	150	R\$ 130.158,53	150	R\$ 130.158,53	150	R\$ 130.158,53	150	R\$ 130.158,53	150	R\$ 130.158,53
a2) Apoio a gestão do TEIAS - OSS - Saúde da Família (*)	nº de equipes	150	R\$ 520.634,13	150	R\$ 520.634,13	150	R\$ 520.634,13	150	R\$ 520.634,13	150	R\$ 520.634,13
a3) Rh Equipes de Saúde da Família	nº de equipes	150	R\$ 7.640.320,58	150	R\$ 7.640.320,58	150	R\$ 7.640.320,58	150	R\$ 7.640.320,58	150	R\$ 7.640.320,58
a4) Contratos, consumo e promoção - unidades de atenção primária	nº de equipes	150	R\$ 2.004.450,00	150	R\$ 2.004.450,00	150	R\$ 2.004.450,00	150	R\$ 2.004.450,00	150	R\$ 2.004.450,00
a5) Serviços de Oftalmologia Básica, Raio X e Ultrassom e Prótese Dentária	nº de equipes	150	R\$ 689.550,00	150	R\$ 689.550,00	150	R\$ 689.550,00	150	R\$ 689.550,00	150	R\$ 689.550,00
a6) Sistemas de Informação / Conectividade / Telefonia Saúde da Família	nº de equipes	150	R\$ 150.000,00	150	R\$ 150.000,00	150	R\$ 150.000,00	150	R\$ 150.000,00	150	R\$ 150.000,00
A) Equipes de Saúde da Família		R\$ 11.135.113,24		R\$ 11.135.113,24		R\$ 11.135.113,24		R\$ 11.135.113,24		R\$ 11.135.113,24	
b1) Rh Equipes de Serv Apoio Especializado/NASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado/NASF	10	R\$ 527.811,38	10	R\$ 527.811,38	10	R\$ 527.811,38	10	R\$ 527.811,38	10	R\$ 527.811,38
b2) Sistemas de Informação / Conectividade/Telefonia - NASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado/NASF	10	R\$ 10.000,00	10	R\$ 10.000,00	10	R\$ 10.000,00	10	R\$ 10.000,00	10	R\$ 10.000,00
B) Serviços de Apoio Especializado e Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF)		R\$ 537.811,38		R\$ 537.811,38		R\$ 537.811,38		R\$ 537.811,38		R\$ 537.811,38	
c1) RH - CAPS		0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -
c2) Contratos e Consumo - CAPS		0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -
c3) Apoio a gestão CAPS		0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -
C) Centro de Atenção Psicossocial - CAPS		R\$ -		R\$ -		R\$ -		R\$ -		R\$ -	
D1) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos	nº de Unidades	0	R\$ 550.708,96	0	R\$ 550.708,96	0	R\$ 550.708,96	0	R\$ 583.409,60	0	R\$ 583.409,60
D) Adaptações de Instalações / Aquisição de Equipamentos		R\$ 550.708,96		R\$ 550.708,96		R\$ 550.708,96		R\$ 583.409,60		R\$ 583.409,60	
E) Subtotal parte Fixa (E=A+B+C+D)		R\$ 12.223.633,58		R\$ 12.223.633,58		R\$ 12.223.633,58		R\$ 12.256.334,22		R\$ 12.256.334,22	
F) Parte variável - 1 (2% de A+B) / mês								R\$ 211.772,03		R\$ 211.772,03	
G) Parte variável - 2 (unidade de saúde)	Até R\$ 3.000/ESF/Unidade							R\$ 150.000,00		R\$ 150.000,00	
H) Parte variável - 3 (profissional)	Total dos salários-base de uma equipe (R\$)							R\$ 628.926,63		R\$ 628.926,63	
I) Total (I) = (E+F+G+H)		R\$ 12.223.633,58		R\$ 12.223.633,58		R\$ 12.223.633,58		R\$ 13.247.032,85		R\$ 13.247.032,85	




CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO FINANCEIRO E METAS FÍSICAS TEIAS AP 5.2

Item	Unidade de medida	Estratégia de Saúde da Família e CAPS									
		MÊS 06		MÊS 07		MÊS 08		MÊS 09		MÊS 10	
a1) Apoio a Gestão da CAP - Saúde da Família (*)	nº de equipes	150	R\$ 130.158,53	150	R\$ 130.158,53	150	R\$ 130.158,53	150	R\$ 130.158,53	150	R\$ 130.158,53
a2) Apoio a gestão do TEIAS - OSS - Saúde da Família (*)	nº de equipes	150	R\$ 520.634,13	150	R\$ 520.634,13	150	R\$ 520.634,13	150	R\$ 520.634,13	150	R\$ 520.634,13
a3) Rh Equipes de Saúde da Família	nº de equipes	150	R\$ 7.640.320,58	150	R\$ 7.640.320,58	150	R\$ 7.640.320,58	150	R\$ 7.640.320,58	150	R\$ 7.640.320,58
a4) Contratos, consumo e promoção - unidades de atenção primária	nº de equipes	150	R\$ 2.004.450,00	150	R\$ 2.004.450,00	150	R\$ 2.004.450,00	150	R\$ 2.004.450,00	150	R\$ 2.004.450,00
a5) Serviços de Oftalmologia Básica, Raio X e Ultrassom e Prótese Dentária	nº de equipes	150	R\$ 689.550,00	150	R\$ 689.550,00	150	R\$ 689.550,00	150	R\$ 689.550,00	150	R\$ 689.550,00
a6) Sistemas de Informação / Conectividade / Telefonia Saúde da Família	nº de equipes	150	R\$ 150.000,00	150	R\$ 150.000,00	150	R\$ 150.000,00	150	R\$ 150.000,00	150	R\$ 150.000,00
A) Equipes de Saúde da Família			R\$ 11.135.113,24		R\$ 11.135.113,24		R\$ 11.135.113,24		R\$ 11.135.113,24		R\$ 11.135.113,24
b1) Rh Equipes de Serv Apoio Especializado/NASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado/NASF	10	R\$ 527.811,38	10	R\$ 527.811,38	10	R\$ 527.811,38	10	R\$ 527.811,38	10	R\$ 527.811,38
b2) Sistemas de Informação / Conectividade/Telefonia - NASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado/NASF	10	R\$ 10.000,00	10	R\$ 10.000,00	10	R\$ 10.000,00	10	R\$ 10.000,00	10	R\$ 10.000,00
B) Serviços de Apoio Especializado e Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF)			R\$ 537.811,38		R\$ 537.811,38		R\$ 537.811,38		R\$ 537.811,38		R\$ 537.811,38
c1) RH - CAPS		0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -
c2) Contratos e Consumo - CAPS		0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -
c3) Apoio a gestão CAPS		0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -
C) Centro de Atenção Psicossocial - CAPS			R\$ -		R\$ -		R\$ -		R\$ -		R\$ -
D1) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos	nº de Unidades	0	R\$ 583.409,60	0	R\$ 583.409,60	0	R\$ 583.409,60	0	R\$ 583.409,60	0	R\$ 583.409,60
D) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos			R\$ 583.409,60		R\$ 583.409,60		R\$ 583.409,60		R\$ 583.409,60		R\$ 583.409,60
E) Subtotal parte Fixa (E=A+B+C+D)			R\$ 12.256.334,22		R\$ 12.256.334,22		R\$ 12.256.334,22		R\$ 12.256.334,22		R\$ 12.256.334,22
F) Parte variável - 1 (2% de A+B) / mês			R\$ 211.772,03		R\$ 211.772,03		R\$ 211.772,03		R\$ 211.772,03		R\$ 211.772,03
G) Parte variável - 2 (unidade de saúde)	Até R\$ 3.000,00/ unidade		R\$ 150.000,00		R\$ 150.000,00		R\$ 150.000,00		R\$ 150.000,00		R\$ 150.000,00
H) Parte variável - 3 (profissional)	Total dos salários-base de uma equipe (R\$)		R\$ 628.926,63		R\$ 628.926,63		R\$ 628.926,63		R\$ 628.926,63		R\$ 628.926,63
I) Total (I) = (E+F+G+H)			R\$ 13.247.032,85		R\$ 13.247.032,85		R\$ 13.247.032,85		R\$ 13.247.032,85		R\$ 13.247.032,85




CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO FINANCEIRO E METAS FÍSICAS TEIAS AP 5.2

Item	Unidade de medida	Estratégia de Saúde da Família e CAPS									
		MÊS 11		MÊS 12		MÊS 13		MÊS 14		MÊS 15	
a1) Apoio a Gestão da CAP - Saúde da Família (*)	nº de equipes	150	R\$ 130.158,53	150	R\$ 130.158,53	180	R\$ 161.656,89	180	R\$ 161.656,89	180	R\$ 161.656,89
a2) Apoio a gestão do TEIAS - OSS - Saúde da Família (*)	nº de equipes	150	R\$ 520.634,13	150	R\$ 520.634,13	180	R\$ 646.627,59	180	R\$ 646.627,59	180	R\$ 646.627,59
a3) Rh Equipes de Saúde da Família	nº de equipes	150	R\$ 7.640.320,58	150	R\$ 7.640.320,58	180	R\$ 9.307.185,70	180	R\$ 9.307.185,70	180	R\$ 9.307.185,70
a4) Contratos, consumo e promoção - unidades de atenção primária	nº de equipes	150	R\$ 2.004.450,00	150	R\$ 2.004.450,00	180	R\$ 2.489.526,90	180	R\$ 2.489.526,90	180	R\$ 2.489.526,90
a5) Serviços de Oftalmologia Básica, Raio X e Ultrassom e Prótese Dentária	nº de equipes	150	R\$ 689.550,00	150	R\$ 689.550,00	180	R\$ 856.421,10	180	R\$ 856.421,10	180	R\$ 856.421,10
a6) Sistemas de Informação / Conectividade / Telefonia Saúde da Família	nº de equipes	150	R\$ 150.000,00	150	R\$ 150.000,00	180	R\$ 186.300,00	180	R\$ 186.300,00	180	R\$ 186.300,00
A) Equipes de Saúde da Família			R\$ 11.135.113,24		R\$ 11.135.113,24		R\$ 13.647.718,18		R\$ 13.647.718,18		R\$ 13.647.718,18
b1) Rh Equipes de Serv Apoio Especializado/NASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado/NASF	10	R\$ 527.811,38	10	R\$ 527.811,38	10	R\$ 544.780,41	10	R\$ 544.780,41	10	R\$ 544.780,41
b2) Sistemas de Informação / Conectividade/Telefonia - NASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado/NASF	10	R\$ 10.000,00	10	R\$ 10.000,00	10	R\$ 10.350,00	10	R\$ 10.350,00	10	R\$ 10.350,00
b) Serviços de Apoio Especializado e Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF)			R\$ 537.811,38		R\$ 537.811,38		R\$ 555.130,41		R\$ 555.130,41		R\$ 555.130,41
c1) RH - CAPS		0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -
c2) Contratos e Consumo - CAPS		0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -
c3) Apoio a gestão CAPS		0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -
C) Centro de Atenção Psicossocial - CAPS			R\$ -		R\$ -		R\$ -		R\$ -		R\$ -
D1) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos	nº de Unidades	0	R\$ 583.409,60	0	R\$ 583.409,60	180	R\$ 893.519,01	0	R\$ 893.519,01	0	R\$ 893.519,01
D) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos			R\$ 583.409,60		R\$ 583.409,60		R\$ 893.519,01		R\$ 893.519,01		R\$ 893.519,01
E) Subtotal parte Fixa (E=A+B+C+D)			R\$ 12.256.334,22		R\$ 12.256.334,22		R\$ 15.096.367,60		R\$ 15.096.367,60		R\$ 15.096.367,60
F) Parte variável - 1 (2% de A+B) / mês			R\$ 211.772,03		R\$ 211.772,03		R\$ 261.063,49		R\$ 261.063,49		R\$ 261.063,49
G) Parte variável - 2 (unidade de saúde)	A 16 R\$ 3.000/ESF/ trimestre		R\$ 150.000,00		R\$ 150.000,00		R\$ 180.000,00		R\$ 180.000,00		R\$ 180.000,00
H) Parte variável - 3 (profissional)	Total dos salários-base de uma equipe (R\$)		R\$ 628.926,83		R\$ 628.926,83		R\$ 781.126,87		R\$ 781.126,87		R\$ 781.126,87
I) Total (I) = (E+F+G+H)			R\$ 13.247.032,88		R\$ 13.247.032,88		R\$ 16.318.557,97		R\$ 16.318.557,97		R\$ 16.318.557,97




CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO FINANCEIRO E METAS FÍSICAS TEIAS AP 5.2

Item	Unidade de medida	Estratégia de Saúde da Família e CAPS									
		MÊS 16		MÊS 17		MÊS 18		MÊS 19		MÊS 20	
a1) Apoio a Gestão da CAP - Saúde da Família (*)	nº de equipes	180	R\$ 161.656,89	180	R\$ 161.656,89	180	R\$ 161.656,89	180	R\$ 161.656,89	180	R\$ 161.656,89
a2) Apoio a gestão do TEIAS - OSS - Saúde da Família (*)	nº de equipes	180	R\$ 646.627,59	180	R\$ 646.627,59	180	R\$ 646.627,59	180	R\$ 646.627,59	180	R\$ 646.627,59
a3) Rh Equipes de Saúde da Família	nº de equipes	180	R\$ 9.307.185,70	180	R\$ 9.307.185,70	180	R\$ 9.307.185,70	180	R\$ 9.307.185,70	180	R\$ 9.307.185,70
a4) Contratos, consumo e promoção - unidades de atenção primária	nº de equipes	180	R\$ 2.489.526,90	180	R\$ 2.489.526,90	180	R\$ 2.489.526,90	180	R\$ 2.489.526,90	180	R\$ 2.489.526,90
a5) Serviços de Oftalmologia Básica, Raio X e Ultrassom e Prótese Dentária	nº de equipes	180	R\$ 856.421,10	180	R\$ 856.421,10	180	R\$ 856.421,10	180	R\$ 856.421,10	180	R\$ 856.421,10
a6) Sistemas de Informação / Conectividade / Telefonia Saúde da Família	nº de equipes	180	R\$ 186.300,00	180	R\$ 186.300,00	180	R\$ 186.300,00	180	R\$ 186.300,00	180	R\$ 186.300,00
A) Equipes de Saúde da Família			R\$ 13.647.718,18		R\$ 13.647.718,18		R\$ 13.647.718,18		R\$ 13.647.718,18		R\$ 13.647.718,18
b1) Rh Equipes de Serv Apoio Especializado/NASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado/NASF	10	R\$ 544.780,41	10	R\$ 544.780,41	10	R\$ 544.780,41	10	R\$ 544.780,41	10	R\$ 544.780,41
b2) Sistemas de Informação / Conectividade/Telefonia - NASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado/NASF	10	R\$ 10.350,00	10	R\$ 10.350,00	10	R\$ 10.350,00	10	R\$ 10.350,00	10	R\$ 10.350,00
B) Serviços de Apoio Especializado e Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF)			R\$ 555.130,41		R\$ 555.130,41		R\$ 555.130,41		R\$ 555.130,41		R\$ 555.130,41
c1) RH - CAPS		0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -
c2) Contratos e Consumo - CAPS		0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -
c3) Apoio a gestão CAPS		0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -
C) Centro de Atenção Psicossocial - CAPS			R\$ -		R\$ -		R\$ -		R\$ -		R\$ -
D1) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos	nº de Unidades	0	R\$ 893.519,01	0	R\$ 893.519,01	0	R\$ 893.519,01	0	R\$ 893.519,01	0	R\$ 893.519,01
D) Adaptações de Instalações / Aquisição de Equipamentos			R\$ 893.519,01		R\$ 893.519,01		R\$ 893.519,01		R\$ 893.519,01		R\$ 893.519,01
E) Subtotal parte Fixa (E)=(A+B+C+D)			R\$ 15.096.367,60		R\$ 15.096.367,60		R\$ 15.096.367,60		R\$ 15.096.367,60		R\$ 15.096.367,60
F) Parte variável - 1 (2% de A+B) / mês			R\$ 261.063,49		R\$ 261.063,49		R\$ 261.063,49		R\$ 261.063,49		R\$ 261.063,49
G) Parte variável - 2 (unidade de saúde)	AUXÍLIO 3.000,00/ trimestre		R\$ 180.000,00		R\$ 180.000,00		R\$ 180.000,00		R\$ 180.000,00		R\$ 180.000,00
H) Parte variável - 3 (profissional)	Total dos salários base de uma equipe (R\$)		R\$ 781.126,87		R\$ 781.126,87		R\$ 781.126,87		R\$ 781.126,87		R\$ 781.126,87
I) Total (I) = (E+F+G+H)			R\$ 16.318.557,97		R\$ 16.318.557,97		R\$ 16.318.557,97		R\$ 16.318.557,97		R\$ 16.318.557,97




CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO FINANCEIRO E METAS FÍSICAS TEIAS AP 5.2

Item	Unidade de medida	Estratégia de Saúde da Família e CAPS								TOTAL
		MÊS 21		MÊS 22		MÊS 23		MÊS 24		
a1) Apoio a Gestão da CAP - Saude da Família (*)	nº de equipes	180	R\$ 161.656,89	180	R\$ 161.656,89	180	R\$ 161.656,89	180	R\$ 161.656,89	R\$ 3.501.785,09
a2) Apoio a gestão do TEIAS - OSS - Saúde da Família (*)	nº de equipes	180	R\$ 646.627,59	180	R\$ 646.627,59	180	R\$ 646.627,59	180	R\$ 646.627,59	R\$ 14.007.140,63
a3) Rn Equipes de Saúde da Família	nº de equipes	180	R\$ 9.307.185,70	180	R\$ 9.307.185,70	180	R\$ 9.307.185,70	180	R\$ 9.307.185,70	R\$ 203.370.075,36
a4) Contratos, consumo e promoção - unidades de atenção primária	nº de equipes	180	R\$ 2.489.526,90	180	R\$ 2.489.526,90	180	R\$ 2.489.526,90	180	R\$ 2.489.526,90	R\$ 53.927.722,80
a5) Serviços de Oftalmologia Basica, Raio X e Ultrassom e Prótese Dentária	nº de equipes	180	R\$ 856.421,10	180	R\$ 856.421,10	180	R\$ 856.421,10	180	R\$ 856.421,10	R\$ 18.551.653,20
a6) Sistemas de Informação / Conectividade / Telefonia Saúde da Família	nº de equipes	180	R\$ 186.300,00	180	R\$ 186.300,00	180	R\$ 186.300,00	180	R\$ 186.300,00	R\$ 4.038.600,00
A) Equipes de Saúde da Família			R\$ 13.647.718,18		R\$ 13.647.718,18		R\$ 13.647.718,18		R\$ 13.647.718,18	R\$ 297.393.977,08
b1) Rn Equipes de Serv Apoio Especializado/NASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado/NASF	10	R\$ 544.780,41	10	R\$ 544.780,41	10	R\$ 544.780,41	10	R\$ 544.780,41	R\$ 12.671.101,48
b2) Sistemas de Informação / Conectividade/Telefonia - NASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado/NASF	10	R\$ 10.350,00	10	R\$ 10.350,00	10	R\$ 10.350,00	10	R\$ 10.350,00	R\$ 244.200,00
B) Serviços de Apoio Especializado a Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF)			R\$ 555.130,41		R\$ 555.130,41		R\$ 555.130,41		R\$ 555.130,41	R\$ 13.115.301,48
c1) RH - CAPS		0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	R\$ -
c2) Contratos e Consumo - CAPS		0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	R\$ -
c3) Apoio a gestão CAPS		0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	R\$ -
C) Centro de Atenção Psicossocial - CAPS			R\$ -		R\$ -		R\$ -		R\$ -	R\$ -
D1) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos	nº de Unidades	0	R\$ 893.519,03	0	R\$ 893.519,03	0	R\$ 893.519,03	0	R\$ 893.519,03	R\$ 17.625.041,48
D) Adaptações de Instalações / Aquisição de Equipamentos			R\$ 893.519,03		R\$ 893.519,03		R\$ 893.519,03		R\$ 893.519,03	R\$ 17.625.041,48
E) Subtotal parte Fixa (E)=A+B+C+D			R\$ 15.096.367,62		R\$ 15.096.367,62		R\$ 15.096.367,62		R\$ 15.096.367,62	R\$ 326.134.320,08
F) Parte variável - 1 (2% de A+B) / mês			R\$ 261.063,48		R\$ 261.063,48		R\$ 261.063,48		R\$ 261.063,48	R\$ 5.038.710,15
G) Parte variável - 2 (unidade de saúde)	Até R\$ 3.000,00/mês		R\$ 180.000,00		R\$ 180.000,00		R\$ 180.000,00		R\$ 180.000,00	R\$ 3.518.000,00
H) Parte variável - 3 (profissional)	Total dos salários-base de uma equipe (R\$)		R\$ 781.126,87		R\$ 781.126,87		R\$ 781.126,87		R\$ 781.126,87	R\$ 15.033.882,15
I) Total (I) = (E+F+G+H)			R\$ 16.318.557,99		R\$ 16.318.557,99		R\$ 16.318.557,99		R\$ 16.318.558,00	R\$ 351.716.892,39

Resumo Financeiro:	Valores
1º ano	R\$ 155.894.196,71
2º ano	R\$ 195.822.695,69
Total	R\$ 351.716.892,39

Impacto Orçamentário:	Valores
Exercício Orçamentário de 2021	R\$ 102.906.065,14
Exercício Orçamentário de 2022	R\$ 183.536.595,27
Exercício Orçamentário de 2023	R\$ 65.274.231,96
Total	R\$ 351.716.892,39




ANEXO TÉCNICO G
NORMAS PARA CUSTEIO DAS DESPESAS ADMINISTRATIVAS

1. Utilização dos recursos orçamentários referentes à Gestão Indireta das Organizações Sociais – Rubrica Apoio a Gestão do TEIAS – OSS.

Os recursos orçamentários para gestão indireta das Organizações Sociais previstos na Rubrica Apoio a gestão do TEIAS – OSS do cronograma de desembolso (ANEXO F), consistem em um valor fixo preestabelecido, não superior à 5% por cento do valor total da despesa contratada, destinados ao custeio das despesas administrativas da Organização Social necessárias à prestação dos serviços contratados.

As despesas referentes aos custos indiretos da Organização Social estão restritas ao valor estabelecido na rubrica Apoio a gestão do TEIAS - OSS (ANEXO F) e deverão respeitar as regras de rateio abaixo:

1.1 Só serão consideradas as remunerações dos dirigentes e quadros administrativos da OS dentro dos limites de:

CARGO	TIPO DOS CARGO	TETO SALARIAL DO CARGO	QUANTIDADE POR CARGO
Presidente/Diretores/ Superintendentes	GEI-1 (Gestão Executiva Indireta - Nível 1)	Remuneração inferior, em seu valor bruto, a 70% do limite estabelecido para remuneração de servidores do poder executivo federal.	5 vezes o valor de 70% do limite estabelecido para remuneração de servidores do Poder Executivo Federal
Coordenadores/ Assessores	GEI-2 (Gestão Executiva Indireta - Nível 2)	Remuneração inferior, em seu valor bruto, a 50% do limite estabelecido para remuneração de servidores do poder executivo federal.	7 vezes o valor de 50% do limite estabelecido para remuneração de servidores do Poder Executivo Federal
Gerentes	GEI-3 (Gestão Executiva Indireta - Nível 3)	Remuneração inferior, em seu valor bruto, a 35% do limite estabelecido para remuneração de servidores do poder executivo federal.	10 vezes o valor de 35% do limite estabelecido para remuneração de servidores do Poder Executivo Federal

1.1.1- Todas as demais remunerações referentes a cargos rateados e alocados nestas rubricas deverão ser inferiores em seu valor bruto a 35% do limite estabelecido para a remuneração de servidores do Poder Executivo Federal respeitando os valores praticados no mercado.

1.1.2- A Organização Social deverá informar em sua prestação de contas mensal a categoria em que se insere o profissional cujo salário está sendo rateado, com base no quadro acima.



1.1.3- Todas as remunerações rateadas deverão ser relativas a profissionais que tenham vínculo empregatício com a Organização Social.

1.2 A OSS deverá cumprir as regras de rateio de despesas administrativas conforme descrito na seção II, Art.8º da INSTRUÇÃO NORMATIVA CODESP Nº 01/2018, publicada no Diário oficial de 27 de dezembro de 2018 e suas atualizações.

O presente Anexo Técnico consiste em diretriz da CONTRATANTE e sua observância e cumprimento fazem parte das obrigações da CONTRATADA nos termos do Inciso IV da Cláusula Nona do Contrato de Gestão. E seu descumprimento total ou parcial poderá incidir nas sanções administrativas previstas na Cláusula Décima Quinta do Contrato de Gestão.



