

CONTRATO DE GESTÃO Nº CG 006/2022

CONTRATO DE GESTÃO ENTRE O MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, POR SUA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E A ORGANIZAÇÃO SOCIAL ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA - SPDM, 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 1.0.

Aos vinte e sete dias do mês de abril do ano de 2022, 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 **RODRIGO DE SOUSA PRADO**, brasileiro, Cirurgião Dentista, casado, portador da cédula de identidade nº 10735362-5, CPF nº 081.560.837-33, doravante denominado CONTRATANTE, e de outro lado a Organização Social ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA - SPDM, estabelecida na Rua Napoleão de Barros, 715 Vila Clementino São Paulo SP, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ sob o nº 61.699.567/0001-92, doravante denominada CONTRATADA, representada por seu Diretor - Presidente **Professor Dr. RONALDO RAMOS LARANJEIRA**, brasileiro, médico, divorciado, portador da cédula de identidade nº 7791138, CRM: 44625, CPF nº 042.038.438-39, nos autos do processo administrativo nº 09/01/000.862/2021, após a Convocação Pública nº 005/2022, homologada por despacho do Secretário Municipal de Saúde, datado de 18/04/2022 (fls. ____ do pp.), publicado no D.O. RIO nº 25, de 25/04/2022, fls. 37, resolvem celebrar o presente CONTRATO DE GESTÃO, que se regerá pelas seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

Este Contrato DE GESTÃO se rege por toda legislação aplicável à espécie, que desde já se entende como integrante do presente termo, especialmente pela Lei Municipal nº 5.026/2009, regulamentada pelos Decretos Municipais nº 30.780/2009, nº 30.907/2009, nº 31.618/2009, nº 31.897/2010, nº 32.318/2010, nº 33.010/2010, nº 33.536/2011, nº 35.645/2012, nº 37.079/2013, nº 38.300/2014, nº 41.207/2016, nº 41.208/2016, nº 41.216/2016, nº 41.217/2016, nº 41.218/2016, nº 41.217/2016, nº 41.218/2018, nº 45.632/2019, nº 46.029/2019, nº 47.552/2020; 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 1.0**, que compreende os bairros Benfica, Caju, Catumbi, Cidade Nova, Estácio, Gamboa, Mangueira, Paquetá, Rio Cumprido, Santa Teresa, Santo Cristo, São Cristóvão, Saúde e Vasco da Gama, 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 da data de 01/06/2022, sendo prorrogável uma vez por igual período e, outra, pela metade, se atingidas, pelo menos, oitenta por cento das metas definidas para o período anterior.

CLÁUSULA QUINTA – RECURSOS FINANCEIROS

Para o cumprimento das metas e objetivos pactuados neste CONTRATO DE GESTÃO, a CONTRATANTE repassará à CONTRATADA, na forma e nas condições do cronograma de desembolso, o valor global de **R\$ 257.998.894,46 (duzentos e cinquenta e sete milhões, novecentos e noventa e oito mil, oitocentos e noventa e quatro reais e quarenta e seis centavos)**, estimado para o exercício de 2022 a 2024, cuja despesa prevista para o presente exercício será atendida pelo Programa de Trabalho n.º **18.05.10.301.0330.2854 e 18.05.10.305.0308.2003**, Natureza de Despesa **33.50.85.01**, Fonte **180, 182**, tendo sido emitida Nota de Empenho n.º **2022/103**, em 20/04/2022, no valor de **R\$ 12.371.961,70** (doze milhões, trezentos e setenta e um mil e novecentos e sessenta e um reais e setenta centavos) e Nota de Empenho n.º **2022/105**, em 20/04/2022, no valor de **R\$ 27.710.783,00** (vinte e sete milhões, setecentos e dez mil e setecentos e oitenta e três 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 cada metas 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 em até 30 (trinta) dias contados da assinatura do presente CONTRATO DE GESTÃO, obedecido no cronograma de desembolso - **ANEXO F** do Projeto Básico.

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

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

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

III – Nas demais hipóteses previstas neste CONTRATO DE GESTÃO.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

XVI – Permitir que os órgãos de Controle Interno e Controle Externo do Poder Público Municipal terão amplo e irrestrito acesso à documentação contábil e financeira da entidade como um todo, e à decorrente do contrato de gestão, com azo no art. 8º, III, do Decreto 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 Painel 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 2022 e 2024, 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 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> 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.

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 1.0**, 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 – CESSÃO E SUBCONTRATAÇÃO

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

Parágrafo Único – Nos casos de subcontratação de serviços, 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 resilição unilateral por parte do CONTRATANTE, a CONTRATADA fará jus exclusivamente ao ressarcimento dos danos materiais comprovadamente demonstrados, desde que o repasse tenha obedecido ao cronograma de desembolso.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA - PUBLICAÇÃO

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA - CONTROLE INTERNO E EXTERNO

O CONTRATANTE providenciará a remessa de cópias do presente instrumento ao órgão de controle interno do Município no prazo de 10 (dez) dias contados da sua assinatura e ao Tribunal de Contas do Município, na forma do art. 1º, da Resolução TCMRJ n.º 044, de 23/02/2022.

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.

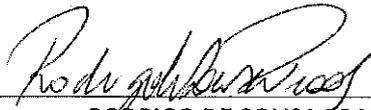


CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA - DISPOSIÇÕES FINAIS

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, 02 de maio de 2022.

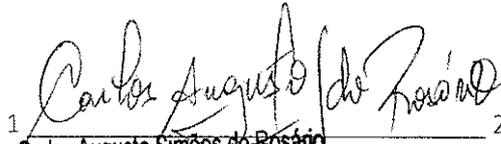


RODRIGO DE SOUSA PRADO
Secretário Municipal de Saúde



Professor Dr. RONALDO RAMOS LARANJEIRA
ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA - SPDM

Testemunhas



1 Carlos Augusto Simões do Rosário
Coordenador de Gestão Administrativa
Mat: 11/228.915-5
SISUBPAVICGCE-1



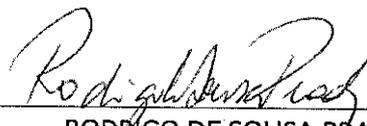
2 ANA CECÍLIA DE OLIVEIRA VALDES
Gerente II
SISUBPAV/SAPICONT/IGPIC
Matricula: 11/292283-9



ANEXO I-A – CONTRATO DE GESTÃO Nº 006/2022
(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, 02 de maio de 2022.



RODRIGO DE SOUSA PRADO
Secretário Municipal de Saúde



Professor Dr. RONALDO RAMOS LARANJEIRA
ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA - SPDM



ANEXO I-B – CONTRATO DE GESTÃO Nº 006/2022

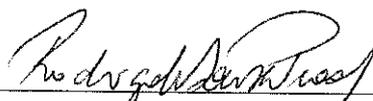
DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIZAÇÃO CIVIL E ADMINISTRATIVA
(Decreto Rio 43.562/2017)

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, 02 de maio de 2022.



RODRIGO DE SOUSA PRADO
Secretário Municipal de Saúde



Professor Dr. RONALDO RAMOS LARANJEIRA
ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA - SPDM

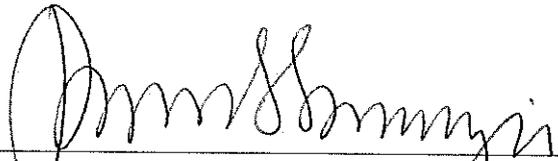


ANEXO I-C – CONTRATO DE GESTÃO Nº 006/2022

AUTORIZAÇÃO - DECRETO RIO nº 46.785/2019

ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA – SPDM, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas - CNPJ sob o nº 61.699.567/0001-92, por intermédio de seu representante legal o Sr. Professor **Dr. RONALDO RAMOS LARANJEIRA**, portador (a) da carteira de identidade nº 7791138 e inscrito (a) no Cadastro de Pessoas Físicas – CPF sob o nº 042.038.438-39, 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(a) **RODRIGO DE SOUSA PRADO**, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Física - CPF sob o nº 081.560.837-33, 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, 02 de maio de 2022.



Professor Dr. RONALDO RAMOS LARANJEIRA

ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA - SPDM



ANEXO I-D – CONTRATO DE GESTÃO Nº 006/2022

**CESSÃO E ADMINISTRAÇÃO DOS BENS PÚBLICOS DO CONTRATO DE GESTÃO
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 nº 09/01/000862/2021, 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.

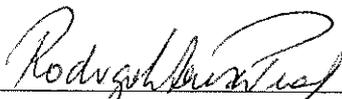
X – Deverá a CONTRATADA providenciar seguro contra incêndio, raio, explosão e riscos diversos (danos elétricos, vendaval, quebra de vidros e responsabilidade civil) para o prédio, instalações e equipamentos indispensáveis ao funcionamento do bem imóvel cedido. A contratação do seguro deverá contemplar 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/10112/13841843/4345727/SISBENSAP1.0.pdf>.

Rio de Janeiro, 02 de maio de 2022.



RODRIGO DE SOUSA PRADO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Professor Dr. RONALDO RAMOS LARANJEIRA
ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA - SPDM



PROJETO BÁSICO



[Handwritten signature]



ANEXO II – PROJETO BÁSICO

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – AP 1.0

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-1.0 que compreende os bairros Benfica, Caju, Catumbi, Cidade Nova, Estácio, Gamboa, Mangueira, Paquetá, Rio Comprido, Santa Teresa, Santo Cristo, São Cristóvão, Saúde e Vasco da Gama, da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE do Município do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro.

Proponente: Secretaria Municipal de Saúde.

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

PROJETO BÁSICO

Anexo Técnico A – Informações sobre o território

Anexo Técnico B – Roteiro de elaboração do Plano de Trabalho

Anexo Técnico C – Destinação de recursos orçamentários no cronograma

Anexo Técnico D – Apoio pela organização social a gestão das Unidades de Atenção Primária

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 do Sistema Único de Saúde (SUS);

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

CONSIDERANDO a Lei Municipal nº 5.026, de 2009 que ampara a Secretaria Municipal Saúde (SMS) na celebração de parcerias com pessoas jurídicas de sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas à saúde e que estejam qualificadas como Organização Social no âmbito do Município do Rio de Janeiro;

CONSIDERANDO que o Contrato de Gestão nº 021/2013, firmado em 01/11/2013, vigente até 31/10/2019, onde o Cronograma de Metas Físicas estabelecido através do Termo Aditivo nº 027/2015 era de 85 equipes de Saúde da Família e 9 equipes NASF;

CONSIDERANDO que foram firmados 08 (oito) Termos Aditivos, sendo eles: 21/2014; 27/2015; 11/2016; 035/2017; 036/2017; 033/2018; 034/2018 e 21/2019;

CONSIDERANDO que o Contrato de Gestão 025/2019 firmado com a OSS Instituto de Desenvolvimento Institucional e Ação Social – IDEIAS, após os procedimentos legais de Convocação Pública reduz o Cronograma de Metas Físicas para 63 equipes de saúde da família e 6 equipes NASF;

CONSIDERANDO que Contrato de Gestão nº 025/2019 constituiu o 2º ano de Contrato com validade de 31 de outubro de 2021 e renovação por igual período a fim de não haver descontinuidade de assistência na referida AP;

CONSIDERANDO que, para cobertura de 100% da área pela Estratégia de Saúde da Família, são necessárias 90 equipes, dados os 319.863 habitantes estimados de acordo com projeção do Instituto Pereira Passos (IPP) e a proporção média de 3.450 habitantes por ESF;

CONSIDERANDO a divergência entre os salários base das categorias profissionais praticado no Contrato de Gestão vigente na AP-1.0, e os salários praticados para as mesmas categorias com mesma carga horária, nas demais Áreas de Planejamento da cidade;

CONSIDERANDO a necessidade de isonomia, equiparação e competitividade para captação e provimento de profissionais de saúde, em especial médicos;

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



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 de Planejamento – AP-1.0 que compreende os bairros Benfica, Caju, Catumbi, Cidade Nova, Estácio, Gamboa, Mangueira, Paquetá, Rio Comprido, Santa Teresa, Santo Cristo, São Cristóvão, Saúde e Vasco da Gama, 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) 1.0, com previsão de adaptações na manutenção e adequação de equipamentos, programação visual, serviços especializados e despesas operacionais das Unidades de Atenção Primária 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 (eSB), equipes de Consultório na Rua (CnaR), assistência Farmacêutica, Serviços de Atenção Especializada (SAE) e ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), no TEIAS da AP-1.0;

Contratar profissionais para atuação nas eSF, eSB, CnaR, NASF-AB, SAE 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 concessionárias, conectividade, profissionais de apoio às Unidades de Atenção Primária e às equipes de saúde, entre outros serviços especializados como: Radiografia com telelaudo 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 Geral de Atenção Primária da Área de Planejamento e S/SUBPAV/SAP;

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-Rio para todos os funcionários de saúde (orientação está no catálogo de uniformes da S/SUBPAV);

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 à SMS-Rio.

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 Comunitários de Saúde (ACS) e 01 Agente de Vigilância em Saúde (AVS). Será utilizado como padrão no Município do Rio de Janeiro a proporção de 04 (quatro) até 06 (seis) ACS para cada eSF, e de até 02 (dois) técnicos de enfermagem para cada eSF.

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 deve ser 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-Rio 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 ficarem corresponsáveis pelas pessoas adscritas à eSF.



ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA			
EQUIPE	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANTIDADE
EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA	MÉDICO DE FAMÍLIA	40H	1 por eSF
	ENFERMEIRO DE FAMÍLIA	40H	1 por eSF
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	40H	1,33 por eSF
	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	40H	(*) 4 a 6 por eSF
EQUIPE 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
EQUIPE APOIO E GESTÃO (**)	FARMACÊUTICO	40H	1 por UAP
	TÉCNICO DE FARMÁCIA	40H	1 por UAP
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	40H	3 para cada UAP
	GERENTE ***	40H	1 por UAP
	AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	44H	5 para cada UAP
	PORTARIA	12/36H	2 para cada UAP
CnaR	MÉDICO	40H	1 por CnaR
	ENFERMEIRO	40H	1 por CnaR
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	40H	1 por CnaR
	AGENTE SOCIAL	40H	1 por CnaR
	ASSISTENTE SOCIAL	30H	1 por CnaR
NASF-AB/SAE	MÉDICO	40H	1 por equipe
	PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR NÃO MÉDICO	40H	4 por equipe

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

(**) O número de profissionais está vinculado ao número de Unidades de Atenção Primária.

(***) Resolução SMS nº 4852 de 31 de março de 2021.



R



Critérios para composição de horário das equipes

- A composição de horário das equipes deve seguir a orientação da Carteira de Serviços da Atenção Primária vigente, e 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 Atenção Primária 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 Coordenadoria Geral de Atenção Primária da Área de Planejamento (CAP) e a Superintendência de Integração de Áreas de Planejamento (S/SUBPAV/SIAP) devem ser comunicadas o mais breve possível.

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
1 Sala dos agentes (ACS/AVS)		

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

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

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



C



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 Geral de Atenção Primária da 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, Serviço de Apoio Especializado (SAE), Núcleos Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), 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 Atenção Primária 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-Rio devem ser implementados e garantidos em todas as Unidades de Atenção Primária.

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 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 de emergência, com materiais e medicamentos padronizados nesta Carteira de Serviços, e as equipes devem estar preparadas para o atendimento de emergência.

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.



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.

Visitas domiciliares dos agentes de saúde

1. Agente Comunitário de Saúde (ACS): deve realizar visita domiciliar com periodicidade baseada na avaliação de risco, com a frequência mínima:

- Diária: tuberculose, hanseníase;
- Semanal: gestantes de alto risco, crianças até 30 dias;
- Mensal: gestantes de risco habitual, crianças de 1 mês a 1 ano, acamados, Cartão Família Carioca (CFC);
- Trimestral: hipertensos, diabéticos, crianças de 1 a 2 anos;
- Semestral: crianças de 2 a 6 anos, idosos (≥ 60 anos), Auxílio Brasil (AB).

2. Agente de Vigilância em Saúde (AVS): deve realizar visita domiciliar com periodicidade baseada na avaliação de risco ambiental e do domicílio, com a frequência mínima de duas vezes ao ano por domicílio.

3. Visita domiciliar solicitada na unidade de saúde: o ACS deve realizar a primeira avaliação, seguida de agendamento pela equipe técnica (técnico de enfermagem, enfermeiro, dentista e/ou médico) em, no máximo, 30 (trinta) dias úteis, caso seja confirmada a necessidade.

O atendimento domiciliar pela equipe deve ser prestado de forma a garantir resolutividade e continuidade dos cuidados. Nesse sentido, ela deve prever na programação semanal a realização de atendimento domiciliar, conforme as necessidades de saúde da população do seu território de abrangência e, concomitantemente, pela avaliação da estratificação de risco e vulnerabilidade clínica (ex.: idade, cuidados paliativos, multimorbidade, polifarmácia, mobilidade, dependência funcional, dentre outros). 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 úteis;

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-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.

Consulta de Saúde Bucal

A consulta com o profissional cirurgião-dentista deve ser realizada com atenção integral na saúde bucal (proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde), individual e coletiva, a todas as famílias, indivíduos e grupos específicos com resolubilidade. O cirurgião dentista deve realizar procedimentos clínicos, como planejamento de trabalho prioritariamente por hemiarçada, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais, com os recursos materiais e insumos disponíveis na UAP.

Atestados de saúde

1. Atividade física: deve ser realizada por médico e é necessário agendamento de consulta.
2. Afastamento ou repouso: deve ser realizado por médico e cirurgião dentista conforme avaliação clínica.
3. Comparecimento: pode ser realizado por qualquer profissional da unidade com data e hora do comparecimento do usuário.
4. Necessidades especiais: deve ser realizado por médico mediante a apresentação do Número de Identificação Social (NIS).
5. Atestado falso ou sem justificativa clínica: a emissão pode implicar processo ético administrativo profissional, entre outras implicações legais, conforme previsto nos artigos 297 e 302 do Código Penal, e acarretar demissão por justa causa e pena — detenção de 1 (um) mês a 1 (um) ano.

Toda pessoa com deficiência física, visual, intelectual ou auditiva deve receber o seu laudo médico na atenção primária, com o CID10 da deficiência incluído.

A emissão da DNV só deverá ocorrer para os casos de nascimentos ocorridos em domicílio ou na unidade de APS que não tiveram passagem por unidade hospitalar, desde que cumpridos os requisitos de avaliação médica ou de enfermagem e haja a apresentação de testemunhas devidamente identificadas por meio de documentação oficial. Para os casos que não se dispõem dos requisitos anteriormente indicados, deverá ser realizado encaminhamento ao Conselho Tutelar da área de residência.



Declaração de óbito na unidade de saúde ou no domicílio

A emissão do atestado de óbito é ação obrigatória do profissional médico. Todas as unidades de saúde devem ter disponível:

- Declaração de Óbito (DO);
- Orientações para preenchimento da DO;
- Livro de registro de óbitos;
- Livro de registro de DO recebidas, utilizadas e rasuradas.

Em caso de óbito na UAP ou domiciliar durante o horário de funcionamento da unidade, deve ser realizada visita domiciliar no dia, por médico da UAP, sendo, preferencialmente, o médico da equipe de referência para o fornecimento da Declaração de Óbito (DO).

A determinação de causa básica provável, nos óbitos com ou sem assistência, deve basear-se:

- a. Na história clínica, por meio de relato de familiares ou acompanhantes;
- b. Nos registros médicos (prontuário, laudos, receitas, atestados, outros);
- c. Em resultados de exames complementares apresentados, recentes ou antigos.

Nos casos em que não haja a possibilidade de definição da causa diretamente relacionada ao óbito por causa natural, por não haver nenhuma informação disponível ou não ser possível definir uma hipótese provável, o médico deve inserir na DO “Causa Indeterminada” (Código R99 do CID-10).

Em situações de suspeita de morte por causa violenta, sem informação do óbito por causa natural, o profissional médico deverá registrar o óbito em receituário comum, entregá-lo ao familiar e comunicar imediatamente à delegacia de polícia do território da UAP, para ciência e encaminhamento do corpo ao Instituto Médico Legal (IML).

Encaminhamentos externos

1. Encaminhamento à outra unidade de saúde: deve ser realizado somente com o número do Cadastro de Pessoa Física (CPF) ou o número do Cartão Nacional de Saúde (CNS), nas plataformas oficiais.
2. Solicitação: no momento da inserção no Sistema Nacional de Regulação (SISREG) ou no Sistema Estadual de Regulação (SER), deve ser entregue o código de solicitação para o paciente, para acompanhamento.



3. Autorização: é obrigação da unidade de saúde solicitante informar, por telefone ou presencialmente em visita domiciliar, a data, o local e o horário da marcação da consulta ou do procedimento.
4. Orientação: no dia da consulta ou procedimento na unidade para qual foi encaminhado, o usuário deve levar a Guia de Referência e Contrarreferência assinada e carimbada, a Guia de Autorização de Procedimento Ambulatorial (SISREG/SER) impressa, um documento com foto, o número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) e o número do Cadastro de Pessoa física (CPF).
5. Obrigatório: a unidade para qual o paciente foi encaminhado deve preencher a parte inferior da Guia de Referência e Contrarreferência, para considerar que aquela consulta ou procedimento realmente ocorreu.
6. Alta hospitalar: o paciente deve apresentar nesta Unidade de Atenção Primária o resumo de alta médica impresso.

Assistência farmacêutica

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

Toda UAP 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 deve ser realizada mediante apresentação de receita válida e, preferencialmente, por profissional com treinamento para tal, em especial, técnico de farmácia ou farmacêutico, e registrada na plataforma DISPENSAMED ou similar.

A farmácia deve ser mantida aberta durante todo o horário de funcionamento da unidade, e deve ser garantido acesso universal aos medicamentos disponíveis na unidade. Fica vedada a visitação de representantes de laboratórios farmacêuticos, bem como a dispensação de medicamentos de amostra grátis.

A validade da receita comum deve ser informada pelo profissional de saúde e é determinada pelo intervalo entre consultas. Caso a medicação seja de uso contínuo e não haja 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 e antibiótico deve ser considerado como “uso contínuo”.

Qualquer reação adversa a medicamentos deve ser comunicada ao responsável pela assistência farmacêutica da CAP, que deve consolidar as informações e comunicar a gerência de assistência farmacêutica da SMS-Rio.

Toda prescrição de medicamento não contido na Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) deve ser acompanhada de orientação de que a medicação em questão não é dispensada na unidade. Toda a relação de medicamentos disposta na REMUME deve ser dispensada nas unidades de atenção primária.

Medicamentos para doenças respiratórias

Todos os pacientes com asma e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) devem ter o fornecimento da medicação vinculado a, pelo menos, uma consulta a cada 6 (seis) meses com o médico e o enfermeiro da equipe. Mesmo que o paciente faça acompanhamento em serviço especializado (policlínica, hospital etc.), deve obrigatoriamente ser acompanhado pelo médico e enfermeiro da equipe.

Medicamentos para diabetes mellitus (antidiabéticos orais e insulina)

As unidades devem possuir, minimamente, geladeira (frigobar) para o acondicionamento, e os profissionais técnicos devem ser treinados para orientação de uso e acondicionamento da insulina — todo profissional da equipe de Saúde da Família deve acompanhar a pessoa com diabetes, esteja ou não indicado o uso de insulina.

O fornecimento da insulina e demais insumos deve ser vinculado a, pelo menos, uma consulta a cada 3 (três) meses com o médico e o enfermeiro da equipe. Mesmo que o paciente faça acompanhamento em serviço especializado (policlínica, hospital etc.), deve obrigatoriamente ser acompanhado pelo médico e enfermeiro da equipe.

Todos os pacientes em uso de insulina cadastrados e moradores da área de abrangência da UAP devem receber os insumos (tiras de glicemia, glicosímetro, lancetas, lancetador, seringas ou canetas de insulina) necessários para a aplicação de insulina e o monitoramento domiciliar.

Hanseníase, HIV e Tuberculose

Deve ser garantido acesso universal aos medicamentos disponíveis na UAP, durante todo o seu horário de funcionamento. Os medicamentos do esquema básico tanto da tuberculose (TB) como da hanseníase devem estar disponíveis em todas as UAP.



Todos os esquemas diferenciados (formulação dispersível para tratamento infantil de TB, drogas isoladas para tratamento de tuberculose e hanseníase, e novos esquemas terapêuticos de Infecção Latente por Tuberculose — ILTB) deverão ser comunicados ao Núcleo de Assistência Farmacêutica (NAF) da CAP, para que o medicamento seja direcionado à UAP.

Para a dispensa de talidomida (Programa de Hanseníase) é necessário obedecer às normas especiais dispostas na Portaria SVS/MS nº 344/98 e na RDC nº11/2011. Este medicamento está disponível apenas nas unidades de saúde credenciadas.

Os medicamentos antirretrovirais podem ser prescritos em qualquer UAP e também por médicos infectologistas da rede particular, podendo ser retirados em qualquer unidade cadastrada no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM).

- Usuários em uso contínuo e com indicação da Profilaxia Pós-Exposição (PEP) devem retirar a medicação nas UAP, mediante apresentação de formulário específico, que pode ser emitido na própria UAP.

- Usuários com indicação de uso contínuo da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) podem retirar a medicação nas UAP mediante apresentação de formulário específico para a dispensa, que pode ser emitido nas UAP em que haja profissionais aptos a realizar sua prescrição.

ATENÇÃO: Todos os medicamentos destes agravos deverão ser liberados mediante o número da notificação (quando agravo notificável) e receita em formulário específico.

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 UAP 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, na presença de farmacêutico responsável e o devido controle no armazenamento da medicação.

Colegiado gestor

1. O diretor/gerente deve se comprometer a reunir as lideranças locais na primeira semana de cada mês, para prestar contas do funcionamento da unidade, ouvir avaliações e apresentar possíveis ajustes de funcionamento.



2. As equipes devem se reunir semanalmente para educação permanente e planejamento das ações de saúde. Neste momento, o acolhimento deve ser realizado por equipe de retaguarda.
3. Contribua com o funcionamento da sua unidade fazendo um elogio, crítica ou sugestão de melhoria, ligando 1746.
4. Fale com a direção/gerência ou responsável pela unidade imediatamente em caso de insatisfação — sua crítica é fundamental para melhorarmos nossos processos. Caso considere que seu problema não tenha sido resolvido, registre o ocorrido com data, hora e nome dos envolvidos ligando 1746, e caso não haja resposta que julgue adequada, registre o ocorrido na Ouvidoria do Ministério da Saúde, ligando 136.
5. Se desejar conhecer mais detalhes sobre a sua unidade e todos os serviços que ela oferece, consulte a Carteira de Serviços da APS-Rio disponível na Recepção da unidade.
6. Conheça os dados de saúde da sua unidade disponíveis no Placar da Saúde, que tem atualização mensal.

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-Rio devem ser implementados e garantidos em todas as Unidades de Atenção Primária.

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-AB (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica), 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), para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde.

A composição de cada um dos NASF-AB 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), ampliando sua composição mínima. Podendo, ainda, manter os profissionais cadastrados no SCNES como equipe NASF-AB/SAE ou cadastrar os profissionais apenas no estabelecimento de atenção primária sem vinculação a nenhuma equipe.

A CONTRATADA deverá oferecer Serviços de Imagem

Em toda Unidade de Atenção Primária esse serviço deve ser em número suficiente para atender a demanda de encaminhamento das equipes de Saúde da Família (eSF);

Os exames de imagem (radiografia, ultrassonografia com ou sem doppler, tomografia) devem ser integrados, preferencialmente, aos prontuários eletrônicos de forma que a imagem seja disponibilizada automaticamente para ser acessada pelo profissional técnico da equipe;

Os exames devem ser disponibilizados com laudo, podendo ser utilizado para tanto telerradiologia (laudo para a radiologia).

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 móvel 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 ou Município do Rio de Janeiro, 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 suas características:

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-AB/SAE-AB, 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 em grupo ou familiar a menos no mês.

A CONTRATADA deverá oferecer nas Unidades de Atenção Primária Assistência em Situações de Surto ou Emergência em Saúde Pública.

- Plano de 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 encaminhado 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 se reitera como 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-Rio 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 testagem e serviços de laboratório;
- Confecção e distribuição de material informativo.

ESPECIFICAÇÕES DAS ATIVIDADES DE SAÚDE

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

PRAZOS

Será concedido à CONTRATADA o prazo máximo de até 30 (trinta) dias para início da execução dos serviços, a partir da publicação do contrato devidamente assinado, podendo ser antecipado ou postergado se assim for entendido e definido pelo gestor da SMS-Rio, 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 Enfermagem em Saúde da Família e Comunidade, Residência em Medicina de Família e Comunidade, Residência Multiprofissional em Saúde da Família, 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 Atenção Primária para campo de estágio sem a anuência por escrito da CONTRATANTE através da SMS-Rio.

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 Estratégia Saúde da Família (ESF), assim como as Resoluções da SMS-Rio vigentes. 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 SUBPAV e à CAP a definição das áreas de abrangência das Unidades de Atenção Primária, 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 Coordenações Gerais de Atenção Primária (CAP) das Áreas de Planejamento (AP) e do nível central (S/SUBPAV);

A CONTRATADA deve garantir o funcionamento do prontuário eletrônico nas Unidades de Atenção Primária 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;



C,



- 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, lista de rastreamento de mamografias de mulheres entre 50 a 69 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;
- 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 SAPS/MS ou qualquer outra legislação ou orientação vigente, em âmbito do Ministério da Saúde ou Municipal, sendo a mais atual vigente a Portaria SAPS/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-AB/SAE não são consideradas estabelecimentos de saúde, mas sim “serviço especializado” e devem ser cadastradas;

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica – NASF-AB 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-AB ou a equipe de Serviço de Apoio Especializado (SAE) 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 três tipos de Unidades de Atenção Primária:



TIPO DE UNIDADE NA CARTEIRA DE SERVIÇOS	ABREVIACÃO	TIPO UNIDADE NO CNES
Clínica da Família	CF	02 - Centro de Saúde / Unidade Básica
Centro de Saúde Escola	CSE	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 DAPES/SAPS/MS, reestruturando o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) para um sistema unificado, integrando todos os sistemas de informação para a Atenção Básica 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 (DAPES/SAPS/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

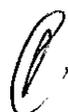
Ficha de Procedimentos

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 do Câncer

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 Atenção Primária 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-Rio 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 de Atenção Primária da SMS-Rio 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 Dispensa é o sistema oficial para registro das informações de farmácia para as Unidades de Atenção Primária 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-Rio 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-Rio.

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-Rio do Rio de Janeiro e a PNAB-2017 / Ministério da Saúde;

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

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 pela direção / gerência da unidade. Os indicadores que avaliam a satisfação dos usuários e dos profissionais pressupõem a aplicação de questionários – modelo definido pela S/SUBPAV, 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-Rio.

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-Rio ou pelo Ministério da Saúde.

As unidades que tenham direito ao Incentivo Institucional (parte variável 02) deverão elaborar um Plano de 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	MOTIVO DO ATENDIMENTO
DATA DO REGISTRO	HORA DO REGISTRO	

A Coordenadoria Geral de Atenção Primária (CAP) da Área de Planejamento (AP) deve fazer aleatoriamente uma auditoria com amostra de usuários que tiverem as respostas preenchidas para validação dos dados e detectar casos de abusos ou 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 (S/SUBG).



ANEXO TÉCNICO A

INFORMAÇÕES SOBRE O TERRITÓRIO



INFORMAÇÕES DEMOGRÁFICAS

INDICADORES DEMOGRÁFICOS		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
População Total	nº	297.976	297.976	297.976	297.976	297.976	297.976	297.976	297.976	297.976	297.976
Razão de Sexos	%	90,24	90,24	90,24	90,24	90,24	90,24	90,24	90,24	90,24	90,24
Maior ou igual a 40 anos	nº	118.338	118.338	118.338	118.338	118.338	118.338	118.338	118.338	118.338	118.338
Maior ou igual a 60 anos	nº	42.565	42.565	42.565	42.565	42.565	42.565	42.565	42.565	42.565	42.565
Idosos	%	14,28	14,28	14,28	14,28	14,28	14,28	14,28	14,28	14,28	14,28

Fonte: S/SUBPAV/SVS/CAS, acesso em 25 de outubro de 2021. Estimativas Populacionais: IPP/SMU-Rio e Censo 2010. Fundamentação: SINASC_SIM_CID-10 e RIPSA - Fichas de qualificação do RIPSA - Mortalidade Perinatal (2012). Notas: * Taxa por 1000 nascidos vivos / ** Taxa por 100 mil nascidos vivos / *** Taxa por 1000 nascimentos totais (nascidos vivos e óbitos fetais) / † Taxa por 1000 habitantes / †† Taxa por 100 mil habitantes / ††† Taxa por 100 mil mulheres / # Taxa de mortalidade específica para maior de 40 anos / #* Taxa de mortalidade perinatal levando em conta óbito fetal com IG ≥ 22 semanas. Observações: A população total atualizada pelo IPP considerando os Censos 2000, 2010 e suas estimativas intercensitárias.

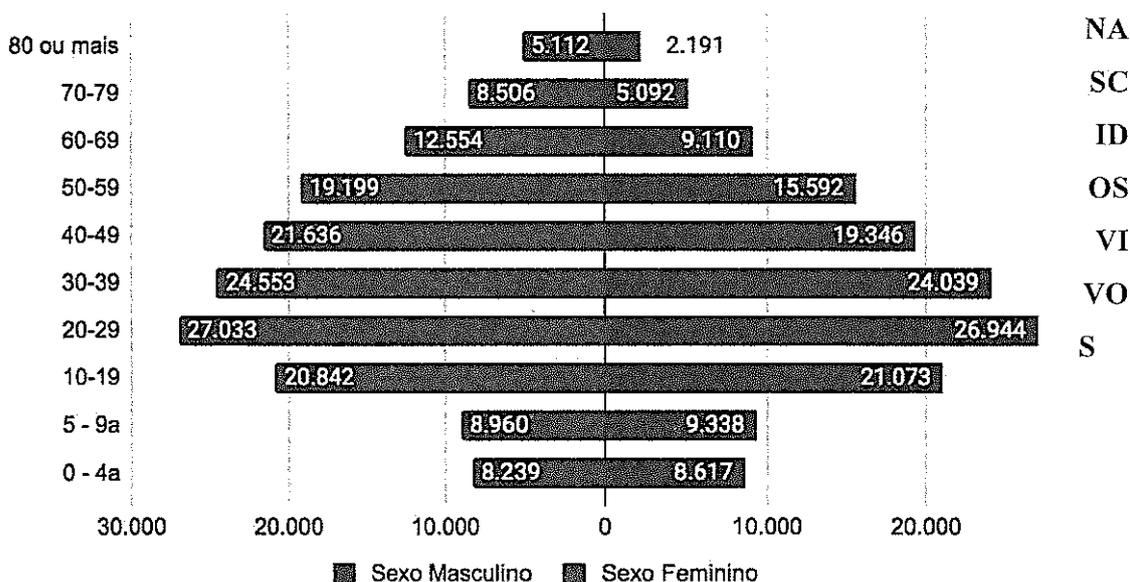


A Área de Planejamento (AP) 1.0 é composta por 06 Regiões Administrativas (RA) e 15 bairros: Benfica, Caju, Catumbi, Cidade Nova, Estácio, Gamboa, Mangueira, Paquetá, Rio Comprido, Santa Teresa, Santo Cristo, São Cristóvão, Saúde e Vasco da Gama, que correspondem a 2,8% da extensão territorial (34,39 km²) do município do Rio de Janeiro (MRJ). De acordo com projeção do Instituto Pereira Passos (IPP), a AP 1.0 possui uma população residente de 319.863 pessoas (censo IBGE 2010 constava de 297.976 pessoas), que corresponde a 4,8% da população carioca, com densidade demográfica de 7.801 habitantes por km².

O percentual de residentes pertencentes à faixa etária de idosos é alta, atingindo cerca de 14,8%, o segundo maior da cidade. De acordo com o último censo do IBGE (2000), das seis RA que compõem a AP 1.0, cinco estão entre as consideradas de alto desenvolvimento humano, sendo elas: Centro 0,894; Santa Teresa 0,868; Rio Comprido 0,836; Paquetá 0,822 e São Cristóvão 0,814. A RA Portuária, por sua vez, apresentou IDH 0,775, que é considerado médio.

Historicamente, o território da AP 1.0 convive entre as edificações de luxo e a ocupação irregular pela população de baixa renda, que ocupam principalmente as encostas. A quase totalidade dos aglomerados subnormais da área foram objeto de programas de urbanização e regularização das últimas décadas, podendo ser considerada a área de maior transformação do cenário urbano da cidade, com redução de aproximadamente 27% da população residente entre 1970 e 2000.

Pirâmide Etária - AP 1.0




NASCIDOS VIVOS	-	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Número	nº	4.680	4.446	4.506	4.669	4.656	4.284	4.343	4.186	4.021	3.526
Taxa de Natalidade	taxa	15,71	14,92	15,12	15,67	15,63	14,38	14,57	14,05	13,49	11,83
Taxa de Fecundidade Total	taxa	1,88	1,79	1,82	1,88	1,88	1,73	1,72	1,69	1,62	1,42
Fecundidade Específica (10 a 14 anos)	taxa	0,0047	0,0039	0,0044	0,0039	0,0036	0,0028	0,0036	0,0031	0,0032	0,0027
Fecundidade Específica (15 a 19 anos)	taxa	0,0739	0,0739	0,0762	0,0770	0,0755	0,0670	0,0648	0,0570	0,0545	0,0472
Mães Adolescentes	%	17,48	18,29	18,62	18,06	17,70	16,95	16,42	14,93	14,92	14,72
Baixo Peso	%	9,79	9,69	9,25	8,87	9,56	9,41	9,26	9,41	9,43	10,24
Prematuridade	%	11,73	13,41	12,29	10,75	10,33	11,06	10,18	10,08	10,49	11,91
Cesarianas	%	53,18	52,07	47,96	50,37	47,29	46,55	43,15	43,98	43,92	45,43
7 e mais consultas de Pré-natal	%	64,68	64,82	69,57	70,46	72,42	75,49	78,72	80,17	76,54	76,63
Cobertura do SUS	%	69,83	72,04	71,99	70,19	72,32	75,68	76,84	76,04	76,92	74,87

Fonte: S/SUBPAV/SVS/CAS, acesso em 25 de outubro de 2021. Estimativas Populacionais: IPP/SMU-Rio e Censo 2010. Fundamentação: SINASC_SIM_CID-10 e RIPSA - Fichas de qualificação do RIPSA - Mortalidade Perinatal (2012). Notas: * Taxa por 1000 nascidos vivos / ** Taxa por 100 mil nascidos vivos / *** Taxa por 1000 nascimentos totais (nascidos vivos e óbitos fetais) / † Taxa por 1000 habitantes / †† Taxa por 100 mil habitantes / ††† Taxa por 100 mil mulheres / # Taxa de mortalidade específica para maior de 40 anos / *# Taxa de mortalidade perinatal levando em conta óbito fetal com IG ≥ 22 semanas. Observações: A população total atualizada pelo IPP considerando os Censos 2000, 2010 e suas estimativas intercensitárias.

O MRJ apresentou a taxa de natalidade de 11,50 por 1.000 nascidos vivos em 2020, e na AP 1.0 a mesma taxa foi consideravelmente superior, de 11,83 por 1.000 nascidos vivos. Na última década, este indicador apresentou redução de 8,39% para o MRJ, sendo a redução quase 100% maior na AP 1.0, que atingiu 16,67%. A AP 1.0 apresenta variações de quedas da taxa de fecundidade, com índices que giram em torno de 1,3 filhos por mulher residente, valor similar ao do município do Rio de Janeiro. Já a prematuridade esteve presente no MRJ, para o mesmo período, na média de 11,61% dos nascidos vivos, média similar ao da AP 1.0 que identificou a média de 11,22%. Entretanto, o nascimento de crianças com baixo peso ao nascer (BPN), apresentou pouca variação no mesmo período, indo de 9,79% a 10,24% na referida AP.

Em relação à via de parto no período de 2011 a 2020, houve redução de 7,75% dos partos cesarianos em relação ao total de partos, atingindo 43,15% em 2017, porém ainda muito acima da média esperada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para o indicador (15%). Sobre o local de ocorrência do parto, no mesmo período, identificou-se que 73,67% dos partos foram realizados na rede SUS, um aumento sustentado de 5,04% entre os anos mencionados.

A média de mães adolescentes é maior no MRJ quando comparada à média de mães adolescentes residentes da AP 1.0, que apresentou uma variação de 17,48% a 14,72%, entre os anos de 2011 e 2020. Apesar da redução ser discreta, a cobertura pré-natal na AP 1.0 está



[Handwritten signature]



acima da média da cidade, com 72,95% das gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal no período.

MORTALIDADE

MORTALIDADE		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Geral	nº	2.903	2.716	2.862	2.921	2.913	2.982	2.803	2.850	2.985	3.515
	taxa †	9,74	9,11	9,60	9,80	9,78	10,01	9,41	9,56	10,02	11,80
Infantil	nº	58	50	63	50	67	47	50	39	47	38
	taxa *	12,39	11,25	13,98	10,71	14,39	10,97	11,51	9,32	11,69	10,78
Neonatal	nº	34	34	35	35	47	25	35	27	32	26
	taxa *	7,26	7,65	7,77	7,50	10,09	5,84	8,06	6,45	7,96	7,37
Neonatal Precoce	nº	25	26	25	25	35	17	27	21	20	17
	taxa *	5,34	5,85	5,55	5,35	7,52	3,97	6,22	5,02	4,97	4,82
Neonatal Tardia	nº	9	8	10	10	12	8	8	6	12	9
	taxa *	1,92	1,80	2,22	2,14	2,58	1,87	1,84	1,43	2,98	2,55
Pós-Neonatal	nº	24	16	28	15	20	22	15	12	15	12
	taxa *	5,13	3,60	6,21	3,21	4,30	5,14	3,45	2,87	3,73	3,40
MORTALIDADE		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Óbitos de < 1 ano investigados	%	85,37	86,21	94,74	100,00	97,06	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Perinatal	nº	82	75	66	74	88	52	76	75	68	71
	taxa *#	16,48	16,25	13,86	15,06	17,85	10,21	15,58	16,06	15,02	18,19
Óbito Perinatal investigado	%	89,09	88,00	92,50	100,00	93,33	96,77	100,00	100,00	90,91	100,00
Fetal	nº	57	49	41	49	53	35	49	54	48	54
	Óbitos Fetais investigados	%	90,24	94,44	96,15	100,00	94,12	95,65	100,00	100,00	88,46
Materna	nº	8	2	9	5	1	4	4	0	2	2
	taxa**	170,94	44,98	199,73	107,09	21,48	93,37	92,10	0,00	49,74	56,72
Mulher em Idade Fértil	nº	153	145	145	135	133	135	132	125	143	165
Óbitos de Mulher em Idade Fértil investigados	%	79,08	83,45	87,59	98,52	92,48	94,07	91,67	93,60	95,80	92,73
Doenças Cardiovasculares	nº	794	721	734	801	799	815	750	769	755	668
	taxa ††	266,46	241,97	246,33	268,81	268,14	273,51	251,70	258,07	253,38	224,18
Doenças Isquêmicas do Coração #	nº	252	219	219	244	245	263	252	234	252	229
	taxa ††	212,95	185,06	185,06	206,19	207,03	222,24	212,95	197,74	212,95	193,51
Doença Cerebrovascular #	nº	191	164	191	179	155	155	149	140	136	138
	taxa ††	161,40	138,59	161,40	151,26	130,98	130,98	125,91	118,31	114,93	116,62
Neoplasias	nº	440	474	496	481	452	462	483	489	451	457
	taxa ††	147,66	159,07	166,46	161,42	151,69	155,05	162,09	164,11	151,35	153,37
Neoplasia traquéia,	nº	56	59	77	64	60	66	61	62	51	81




brônquios e pulmão	taxa ††	18,79	19,80	25,84	21,48	20,14	22,15	20,47	20,81	17,12	27,18
Neoplasia de mama feminina	nº	39	45	47	43	53	39	45	52	46	56
	taxa †††	24,90	28,73	30,01	27,45	33,84	24,90	28,73	33,20	29,37	35,75
Causas Externas	nº	260	223	240	266	276	341	292	283	312	252
	taxa ††	87,26	74,84	80,54	89,27	92,62	114,44	97,99	94,97	104,71	84,57
Homicídios, incluindo as intervenções legais	nº	82	68	62	81	96	144	119	121	131	9
	taxa ††	27,52	22,82	20,81	27,18	32,22	48,33	39,94	40,61	43,96	3,02
Acidentes de Transporte	nº	56	45	50	53	32	36	31	39	30	4
	taxa ††	18,79	15,10	16,78	17,79	10,74	12,08	10,40	13,09	10,07	1,34
Causas Mal Definidas	nº	161	113	120	114	107	118	130	138	160	277
	%	5,55	4,16	4,19	3,90	3,67	3,96	4,64	4,84	5,36	7,88
Doenças Respiratórias	nº	344	385	434	366	453	406	376	402	430	309
	taxa ††	115,45	129,21	145,65	122,83	152,03	136,25	126,18	134,91	144,31	103,70
MORTALIDADE		2011*	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Doenças Infecciosas e Parasitárias	nº	209	178	231	292	218	220	169	167	191	899
	taxa ††	70,14	59,74	77,52	97,99	73,16	73,83	56,72	56,04	64,10	301,70
AIDS	nº	69	69	76	79	59	54	39	47	46	39
	taxa ††	23,16	23,16	25,51	26,51	19,80	18,12	13,09	15,77	15,44	13,09
Tuberculose	nº	35	28	29	31	27	19	22	19	16	17
	taxa ††	11,75	9,40	9,73	10,40	9,06	6,38	7,38	6,38	5,37	5,71
Doenças Endócrinas Nutricionais Metabólicas	nº	200	144	125	129	116	132	136	125	149	167
	taxa ††	67,12	48,33	41,95	43,29	38,93	44,30	45,64	41,95	50,00	56,04
Diabetes Mellitus	nº	167	119	101	103	89	102	105	99	125	138
	taxa ††	56,04	39,94	33,90	34,57	29,87	34,23	35,24	33,22	41,95	46,31

Fonte: S/SUBPAV/SVS/CAS, acesso em 25 de outubro de 2021. Estimativas Populacionais: IPP/SMU-Rio e Censo 2010. Fundamentação: SINASC_SIM_CID-10 e RIPSA - Fichas de qualificação do RIPSA - Mortalidade Perinatal (2012).

Notas: * Taxa por 1000 nascidos vivos / ** Taxa por 100 mil nascidos vivos / *** Taxa por 1000 nascimentos totais (nascidos vivos e óbitos fetais) / † Taxa por 1000 habitantes / †† Taxa por 100 mil habitantes / ††† Taxa por 100 mil mulheres / # Taxa de mortalidade específica para maior de 40 anos / *# Taxa de mortalidade perinatal levando em conta óbito fetal com IG ≥ 22 semanas. Observações: A população total atualizada pelo IPP considerando os Censos 2000, 2010 e suas estimativas intercensitárias.

A média da taxa bruta de mortalidade do MRJ no período entre 2011 e 2020 foi de 9,105 a cada 100.000 mil habitantes, ocorrendo variação na AP 1.0, entre 9,74 e 11,80 a cada 100.000 habitantes. Observa-se em 2020, que 301,7 a cada 100.000 habitantes foram a óbito, em decorrência do aumento na ocorrência de óbitos por doenças infecciosas e parasitárias - grupo de causas que inclui parte dos óbitos por COVID-19.



(Handwritten signature)



Na AP 1.0 a taxa de mortalidade infantil variou de 12,39 por 1.000 nascidos vivos em 2011 para 10,78 em 2020, uma redução de 1,61%. No mesmo período, a mortalidade neonatal precoce teve uma redução de 0,52%, reduzindo de 5,34 em 2011 para 4,82 por 1.000 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 500g. A taxa de mortalidade perinatal na AP 1.0 aumentou cerca de 1,71 variando de 16,48 em 2011 para 18,19 em 2020.

As principais causas de óbitos entre 2011 e 2020, ocorreram por: doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças do aparelho respiratório, doenças infecciosas e parasitárias e por causas externas.

No grupo de causas das doenças do aparelho circulatório destacam-se as doenças isquêmicas do coração e o infarto agudo do miocárdio como as principais causas de morte. Dentre os óbitos por neoplasias, o maior número de casos é decorrente de neoplasias de traquéia, brônquios e pulmões, seguido por neoplasia maligna de mama.

A AP 1.0 identificou taxas acima da média municipal de óbitos por homicídios, entre 2015 e 2019. Tais taxas se apresentaram de forma bastante heterogênea na AP 1.0 e nas demais áreas, ao longo do período analisado, havendo queda brusca no período do isolamento social, preconizado, em 2020, durante o enfrentamento da COVID-19..

No grupo de causas por doenças infecciosas e parasitárias, a principal causa de óbito são as doenças bacterianas, com destaque para a septicemia no período entre 2011 e 2020. No mesmo período, o percentual de causas mal definidas sofreu aumento considerável, tendo variação de 5,55% para 7,88%. Mesmo sendo um ano acometido principalmente pela pandemia da COVID-19, cabe destacar que até novembro de 2020, a taxa bruta de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias na AP 1.0, equivale a 25,57% dos óbitos ocorridos, fenômeno provavelmente associado aos impactos gerados pela pandemia da COVID-19.



UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA - AP 1.0

CNES	UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA	nº eSF	nº eSB
6023975	CF DONA ZICA	6	2
6028233	CF ESTACIO DE SA	6	2
9057706	CF ESTIVADORES	4	1
2277298	CF FERNANDO ANTÔNIO BRAGA LOPES	7	3
9079939	CF MEDALHISTA OLÍMPICO MAURÍCIO SILVA	9	3
9080163	CF MEDALHISTA OLÍMPICO RICARDO LUCARELLI SOUZA	7	3
7523246	CF NÉLIO DE OLIVEIRA*	6	2
6873960	CF SÉRGIO VIEIRA DE MELLO	6	2
2708426	CMS ERNANI AGRICOLA	7	3
2270250	CMS ERNESTO ZEFERINO TIBAU JR	6	2
2291274	CMS JOSÉ MESSIAS DO CARMO	5	2
2277301	CMS MANOEL ARTHUR VILLABOIM	2	1
2288346	CMS MARCOLINO CANDAU*	4	1
2277328	CMS OSWALDO CRUZ	5	2
2269953	CMS SALLES NETTO	7	2
5621801	CSE LAPA	3	0
6023983	CSE SÃO FRANCISCO DE ASSIS	2	0
AP 1.0	08 CF + 07 CMS + 02 CSE.	92	30

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES, acesso em 01/12/2021.

Nota: Foram consideradas como eSF as equipes de Consultório na Rua (CnaR), que estão localizadas nas Unidades com “*”.

Legenda: CF = Clínica da Família; CMS = Centro Municipal de Saúde; eSF = equipe de Saúde da Família; eSB = equipe de Saúde Bucal.




ANEXO TÉCNICO B

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) 1.0.

(*) A íntegra da Proposta Técnica em questão encontra-se encartada nos autos do processo nº 09/01/000.862/2021.



ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA
Fundada em 1933 | Entidade Pública Municipal, Estadual e Federal | Entidade Filantrópica inscrita no CNAS desde 26/06/1963

5.4 Caracterização dos Estabelecimentos de Saúde	107
C. PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL	109
Clínica de Família (CF) e Centro Municipal de Saúde (CMS)	117
Equipes de Consultório na Rua	121
Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF	122
1. AS ROTINAS DOS PROCEDIMENTOS DOS DIVERSOS SERVIÇOS DE SAÚDE QUE CARACTERIZAM OS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS DAS UNIDADES	124
2. AS ROTINAS E PROTOCOLOS REFERENTES A MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO GERAIS E MÉDICO-HOSPITALARES	128
3. O NÚMERO DE COMISSÕES OU GRUPOS DE TRABALHO QUE IMPLANTARÁ NAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA	148
3.1 COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA	148
3.2 COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM	158
3.3 COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO	170
3.4 COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS	175
3.5 COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES (CIPA)	182
4. ORGANIZAÇÃO ESPECÍFICA DA COMISSÃO DE PRONTUÁRIO CLÍNICO: MEMBROS QUE A COMPÕEM, ORGANIZAÇÃO HORÁRIA, ORGANIZAÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO DE TAREFAS, ETC.	194

Coordenação em Saúde e Educação

www.spdm.org.br

DIRETORIA EXECUTIVA

Prof. Dr. Renaldo Ramos Lotaroneiro
Diretor Presidente da SPDM
Prof. Dr. Gaspar de Jesus Lopes Filho
Diretor Vice-Presidente da SPDM

SUPERINTENDENTES

3

Prof. Dr. José Roberto Ferraro
Intendente da Saúde
Prof. Dr. André Siqueira Monteiro
Intendente de Atenção Integrada à Saúde - PAI
Prof. Dr. Nacime Sossimé Mourão
Intendente de Atenção
Prof. Dr. José Luiz Gomes de Amaral
Intendente de Educação






ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA
Fundada em 1933 | Utilidade Pública Municipal, Estadual e Federal | Entidade Filantrópica inscrita no CNAS desde 24/06/1983

VOLUME II

D. PROPOSTA DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL	396
1. ATIVIDADE ASSISTENCIAL	396
1.1 CLINICA DE FAMÍLIA/CENTRO MÉDICO DE SAÚDE	396
1.1.1 Consultas	396
1.1.2 Visitas Domiciliares	397
1.1.3 Grupos Educativos	398
1.1.4 Imunização	398
1.2 NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF	400
1.2.1 Atendimentos específicos	400
1.2.2 Ações compartilhadas	401
1.2.3 Ações Intersetoriais	402
1.2.4 Outras atividades	402
1.3 SAÚDE BUCAL	402
1.3.1 Triagem Saúde Bucal	403
1.3.2 Consultas Odontológicas	404
1.3.3 Procedimentos Coletivos de Saúde Bucal	405

Estão em Saúde e Educação

www.spdm.org.br

DIRETORIA EXECUTIVA

Prof. Dr. Renata Romas Laranjeira
Diretor Presidente da SPDM

Prof. Dr. Gaspar de Jesus Lopes Filho
Diretor Vice-Presidente da SPDM

SUPERINTENDENTES 10

Prof. Dr. José Roberto Ferraz
Hospital São Paulo

Prof. Dr. Mário Silva Marinho
Programa de Atenção Integral à Saúde - PAIS

Prof. Dr. Nazarene Salomão Mansur
Instituições Afiliadas

Prof. Dr. José Luiz Gomes do Amaral
Educação






ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA
Fundada em 1933 | Utilidade Pública Municipal, Estadual e Federal | Entidade Filantrópica inscrita no CNAS desde 26/06/1963

1.3.4 Prótese Dentária	406
1.4 SAÚDE OCULAR	407
1.4.1 Refração Ocular	407
1.4.2 Retinografia Ocular	407
1.5 SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO	407
1.5.1 Ultrassonografia	407
1.5.2 Radiologia	408
1.6 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	408
2. AÇÕES DE EDUCAÇÃO, VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DE SAÚDE	409
2.1 AÇÕES DE SAÚDE DA CRIANÇA	409
2.2 AÇÕES DE SAÚDE DA MULHER	410
2.3 CONTROLE DA HIPERTENSÃO E DIABETES MELLITUS	411
2.4 CONTROLE DA TUBERCULOSE	412
2.5 ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE	413
2.6 AÇÕES DE SAÚDE BUCAL	414
2.7 AÇÕES DE SAÚDE MENTAL	415
2.8 ACOLHIMENTO	417

gestão em Saúde e Educação

www.spdm.org.br

DIRETORIA EXECUTIVA

Prof. Dr. Ronaldo Romão Lorenzini
Diretor Presidente da SPDM

Prof. Dr. Goulart de Jesus Lopes Filho
Diretor Vice-Presidente da SPDM

SUPERINTENDENTES

11

Prof. Dr. José Roberto Ferraro
Hospital São Paulo

Prof. Dr. Mário Sérgio Montenegro
Programa de Atenção Integral à Saúde - PAIS

Prof. Dr. Noeme Salomão Mansur
Instituições Afiliadas

Prof. Dr. José Luiz Gomes de Almeida
Educação






ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA
Fundada em 1933 | Utilidade Pública Municipal, Estadual e Federal | Entidade Filantrópica inscrita no CNAS desde 26/06/1963

2.9 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	420
2.10 PLANO DE ASSISTÊNCIA EM SITUAÇÕES DE SURTO OU EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA	427
3. SISTEMA DE INFORMAÇÃO E PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	431
3.1 SISTEMA DE INFORMAÇÃO	431
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO SUS	432
3.1.1 SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	433
3.1.2 CADSUS - Sistema de Cadastramento de usuários do SUS	435
3.1.3 SIA - Sistema de Informação Ambulatorial	436
3.1.4 SISAB - Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica	438
3.1.5 SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação	440
3.1.6 SISPRENATAL - Sistema de Informação do Pré-Natal	442
3.1.7 SISCAN – Sistema de Informação sobre Rastreamento de Citopatológico do Colo Uterino	442
3.1.8 SI-PNI/API – Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização	443
3.1.9 SISREG - Sistema Nacional de Regulação	444
3.1.10 DISPENSAMED	445

Assessoria em Saúde e Educação

www.spdm.org.br

DIRETORIA EXECUTIVA

Prof. Dr. Ronaldo Ramos Laranjeira
Diretor Presidente do SPDM

Prof. Dr. Gaspar de Jesus Lopes Filho
Diretor Vice-Presidente do SPDM

SUPERINTENDENTES

12

Prof. Dr. José Roberto Ferraro
Hospital São Paulo

Prof. Dr. Mário Silva Monteiro
Programa de Atenção Integral à Saúde - PAIS

Prof. Dr. Nacime Salamóia Mansur
Instituição Afiliada

Prof. Dr. José Luiz Gomes do Amaral
Educação






ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA
Fundada em 1933 | Utilidade Pública Municipal, Estadual e Federal | Entidade Filantrópica inscrita no CNAS desde 26/06/1963

3.1.11 SIGMA - Sistema de Informações Gerenciais de Materiais	446
3.1.12 PLATAFORMA VAGA ZERO	447
3.1.13 SIM - Sistema de Informação de Mortalidade	448
3.1.14 SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos	448
3.2 PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	449
3.2.1 INFRAESTRUTURA DE REDE LÓGICA, CFTV (CÂMERAS DE SEGURANÇA), EQUIPAMENTOS, SERVIDORES, BACKUP, LINK DE INTERNET E SUPORTE TÉCNICO	450
3.2.2 SISTEMA DE PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	454
3.2.2.1 RELATÓRIO DE INDICADORES	529
3.2.2.2 INFORMAÇÕES TÉCNICAS REFERENTE AO SISTEMA DE PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	669
3.2.3 SISTEMAS DE GESTÃO ADMINISTRATIVA HOSPITALAR - FARMÁCIA / ESTOQUES	680
3.2.4 SISPAM – SISTEMA PARA ACOMPANHAMENTO DE METAS E INDICADORES	683
3.2.5 SISTEMA DE APOIO À INFORMAÇÃO ADMINISTRATIVA	684
E. DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL	698
QUADRO I – DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL	698

gestão em Saúde e Educação

www.spdm.org.br

DIRETORIA EXECUTIVA

Prof. Dr. Ronaldo Ramos Laranjeira
Diretor Presidente da SPDM

Prof. Dr. Gaspar de Jesus Lopes Filho
Diretor Vice-Presidente da SPDM

SUPERINTENDENTES 13

Prof. Dr. José Roberto Ferraro
Hospital São Paulo

Prof. Dr. Maria Silva Monteiro
Programa de Atenção Integral à Saúde - PAIS

Prof. Dr. Nacime Solomão Mansur
Instituições Aliadas

Prof. Dr. José Luiz Gomes do Amaral
Educação



[Handwritten signature]





ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA
Fundada em 1933 | Unidade Pública Municipal, Estadual e Federal | Entidade Filantrópica inscrita no CNAS desde 26/06/1963

**QUADRO II – CUSTEIO DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E 702
SAÚDE BUCAL – VALORES COM ENCARGOS E BENEFÍCIOS**

VOLUME III

**F. AVALIAÇÃO E PONTUAÇÃO DAS PROPOSTAS TÉCNICAS E 705
ECONÔMICAS**

1. EXPERIÊNCIA ANTERIOR 705

**1.A) EXPERIÊNCIA NA UTILIZAÇÃO DE SISTEMA DE PRONTUÁRIO 705
ELETRÔNICO EM UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA E UNIDADES DE
ATENÇÃO HOSPITALAR**

1.A1) EXPERIÊNCIA COM O PRONTUÁRIO ELETRÔNICO VITA_{HIS}CARE 706

1.A2) EXPERIÊNCIA COM O PEC – ESUS AB 728

**1.B) EXPERIÊNCIA EM GESTÃO DE UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA E 737
UNIDADES DE ATENÇÃO HOSPITALAR**

**DEMONSTRAÇÃO DA EXPERIÊNCIA EM GESTÃO DE UNIDADES DE 743
ATENÇÃO PRIMÁRIA E UNIDADES DE ATENÇÃO HOSPITALAR**

**Detalhamento da Experiência em Gestão de Unidades de Atenção 744
Primária e Atenção Hospitalar**

**2. AVALIAÇÃO DA EFICIÊNCIA E CAPACIDADE TÉCNICA NO APOIO A 747
GESTÃO DO TERRITÓRIO INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE (TEIAS)**

Gestão em Saúde e Educação

www.spdm.org.br

DIRETORIA EXECUTIVA

Prof. Dr. Ronaldo Ramos Laranjeira
Diretor Presidente da SPDM

Prof. Dr. Gaspar de Jesus Lopes Filho
Diretor Vice-Presidente da SPDM

SUPERINTENDENTES 14

Prof. Dr. José Roberto Fenoro
Hospital São Paulo

Prof. Dr. Moisés Silva Monteiro
Programa de Atenção Integrada Saúde PAS

Prof. Dr. Nacime Salomão Mansur
Instituições Afiliadas

Prof. Dr. José Luiz Gomes do Amaral
Educação





ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA

Fundada em 1953 | Entidade Pública Municipal, Estadual e Federal | Entidade Filantrópica inscrita no CNAS desde 25/06/1983

C. PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL

O processo de trabalho desenvolvido pela SPDM é estruturado e estabelecido em um projeto comum ampliando o acesso com qualidade e a integração da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e estará organizado para o alcance das metas estabelecidas no edital de chamamento público.

Neste contexto a SPDM utiliza no processo de trabalho diversas estratégias para o sucesso da implantação do modelo gerencial:

- ✓ Organização do sistema de saúde por meio do conhecimento da territorialização e o perfil da população;
- ✓ Humanização dos serviços e comunicação nas ações integradas entre os níveis de atenção do sistema de saúde para assegurar a continuidade da assistência prestada à população;
- ✓ Acesso com qualidade visando à organização e funcionamento dos serviços por meio do acolhimento e escuta, além da resolutividade;
- ✓ Articulação com os demais setores da sociedade visando a intersectorialidade na perspectiva da atenção integral das áreas temáticas articuladas com a Relação Nacional de Ações de Serviços de Saúde (RENASES).
- ✓ Promoção e vigilância à saúde nos diferentes momentos do processo saúde-doença, na prevenção das enfermidades, acidentes, atenção curativa e reabilitadora, com a finalidade de adequar o atendimento às necessidades de saúde da população.

Gestão em Saúde e Educação

www.spdm.org.br

DIRETORIA EXECUTIVA

Prof. Dr. Ronaldo Ramos Loraçanga
Diretor Presidente da SPDM

Prof. Dr. Gabriel de Jesus Lopes Frazo
Diretor Vice-Presidente da SPDM

SUPERINTENDENTES 109

Prof. Dr. José Roberto Ferraro
Hospar São Paulo

Prof. Dr. Mario Silva Monteiro
Programa de Atenção Integral à Saúde - PAIS

Prof. Dr. Nacime Saleem da Mansur
Instituto de Atenção

Prof. Dr. José Luiz Gomes da Anvari
Educação






ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA
Fundada em 1933 | Unidade Pública Municipal, Estadual e Federal | Entidade Beneficente inscrita no CNAS desde 23/06/1983

Os serviços de saúde utilizarão, dentro do seu nível de complexidade, ações/ferramentas que permitam a assistência humanizada, resolutiva e integrada, por meio de:

- o **Ações administrativas:** são aqueles referentes ao planejamento, organização, coordenação e monitoramento de atividades desenvolvidas nos serviços.
- o **Ações relativas ao sistema de informação:** são atividades que compreendem a coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para planejar, operacionalizar e avaliar os serviços de saúde.
- o **Ações educativas:** estão relacionadas com a aquisição de novos conhecimentos que estimulem atividades de pesquisa na assistência em saúde, considerando a RAS.
- o **Ações Técnicas assistenciais e de promoção à saúde:** todas as atividades devem estar estruturadas sob o olhar Técnico e Competente, de forma específica pelo manejo do cuidado primário, pelo cuidado centrado na pessoa, pelas habilidades em resolução de problemas específicos, pela abordagem integral, e pela orientação à comunidade. A Política Nacional de Humanização (PNH) é fortalecida, já que envolve o planejamento, a direção, a supervisão e avaliação das ações de saúde, visando à melhoria da qualidade da assistência.

A SPDM nos serviços Hospitalares, Urgência e Emergência, Ambulatórios de Especialidades e Atenção Primária vem estimulando a organização da atenção à saúde, com pactos e fluxos previamente definidos, com o objetivo de garantir o acolhimento aos pacientes; intervir em sua condição clínica e contra referenciá-los para os demais pontos de atenção da Rede de Assistência à Saúde (RAS), com vista à continuidade do tratamento, impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população.

Gestão em Saúde e Educação

www.spdm.org.br

DIRETORIA EXECUTIVA

Prof. Dr. Ronaldo Romão Laranjeira
Diretor Presidente da SPDM

Prof. Dr. Goupar do Jesus Lopes Filho
Diretor Vice-Presidente da SPDM

SUPERINTENDENTES 110

Prof. Dr. José Roberto Ferraz
Superintendente

Prof. Dr. Maria Sílvia Monteiro
Superintendente de Assistência Integral à Saúde - RAS

Prof. Dr. Flávia Solomão Marini
Superintendente de Educação

Prof. Dr. João Luiz Gomes do Amaral
Superintendente de Educação





ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA
Fundada em 1933 | Unidade Pública Municipal, Estadual e Federal | Entidade Filantrópica inscrita no CNAS desde 26/05/1983

Conforme documento "Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) 2013" é necessário considerar o perfil epidemiológico e demográfico, no qual se evidenciará a morbidade e mortalidade, para se organizar uma rede que atenda de forma resolutiva aos principais problemas de saúde dos usuários na área de urgência e emergência.

Com o propósito de viabilizar e qualificar o processo assistencial próprio de cada equipamento de saúde bem como seguir as Diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro a SPDM prevê a atuação da Supervisão Técnica que manterá contato permanente com as equipes e diversas instâncias da Secretaria Municipal de Saúde com a finalidade de promover:

- A interface técnica assistencial e administrativa inerentes ao processo de cogestão;
- O desenvolvimento dos conceitos e da operacionalização próprios de cada serviço que integra a Rede de Atenção à Saúde (RAS) local e regional;
- O acompanhamento do Planejamento Estratégico Situacional de cada serviço integrante da RAS;
- A identificação de necessidade de ações de Educação Permanente/Continuada a serem desenvolvidas pela SPDM e/ou gestor municipal, com vistas à superação de limitações técnicas e aos padrões previstos;
- O planejamento da infraestrutura física e operacional dos equipamentos de saúde, desde a elaboração dos Planos de Trabalho, execução e acompanhamento das fases de implantação, supervisão dos processos de trabalho e apoio técnico às atividades relacionadas;
- O monitoramento das movimentações administrativas relacionadas aos recursos humanos existentes nos diversos serviços;

Gestão em Saúde e Educação

www.spdm.org.br

DIRETORIA EXECUTIVA

Prof. Dr. Ronaldo Ramos Laranjeira
Diretor Presidente da SPDM
Prof. Dr. César de Jesus Lopes Filho
Diretor Vice-Presidente da SPDM

SUPERINTENDENTES 111

Prof. Dr. José Roberto Ferrero
Hospital São Paulo
Prof. Dr. Maria Sílvia Antunes
Programa de Atenção Integral à Saúde - PAIS
Prof. Dr. Nazare Sclomido Marins
Hospital Afonso
Prof. Dr. José Luiz Gomes do Amaral
Educação





ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA
Fundada em 1933 | Unidade Pública Municipal, Estadual e Federal | Entidade Filantrópica inscrita no CNAS desde 26/04/1963

- O acompanhamento/elaboração de projetos assistenciais ou mudança de layout/adequação de fluxo e manutenção predial dos equipamentos de saúde;
- A análise e acompanhamento dos processos judiciais, veracidade de atestados, declarações de comparecimento e ouvidorias;
- O acompanhamento e avaliação do desempenho dos funcionários, visando desenvolver e reter os talentos da organização, proporcionando evolução na carreira profissional;
- A mediação de conflitos, do restabelecimento das condições adequadas de trabalho;
- A promoção da humanização e integração das equipes de trabalho, proporcionando clima organizacional favorável e saudável no ambiente de trabalho.

A SPDM mantém equipe técnica com expertise nas áreas de Enfermagem, Farmácia, Odontologia, Médica e outras, visando o acompanhamento dos serviços e o apoio ao processo de trabalho dos profissionais de saúde.

As respectivas equipes visam facilitar o cotidiano dos profissionais de maneira ética e adequada, possibilitando a tomada de decisão racional e atenta aos problemas enfrentados, para o alcance dos resultados referente à melhoria do processo de trabalho, condições de saúde da população e do desempenho dos serviços prestados.

As ações desenvolvidas pelas áreas proporcionam aprimoramento da assistência em saúde, por meio do conhecimento dos princípios, estratégias e práticas propostas pelos programas que norteiam a assistência à saúde em consonância com a gestão local; viabilizando seu crescimento técnico e profissional a partir da sua experiência e reflexão em sua prática diária de atuação.

Gestão em Saúde e Educação

www.spdm.org.br

DIRETORIA EXECUTIVA

Prof. Dr. Renato Roberto Laranjeira
Diretor Presidente da SPDM

Prof. Dr. Cláudio do Jesus Lopes Filho
Diretor Vice Presidente da SPDM

SUPERINTENDENTES 112

Prof. Dr. José Roberto Ferraz
Hospital São Paulo

Prof. Dr. Mario Silva Monteiro
Programa de Atenção Integral à Saúde - PAIS

Prof. Dr. Nacine Solomão Mantovani
Instituição Atredas

Prof. Dr. José Luis Gomes da Amaral
Educação





ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA

Fundada em 1933 | Unidade Pública Municipal, Estadual e Federal | Entidade Filantrópica inscrita no CNAS desde 26/06/1963

O acompanhamento das atividades propostas pelas áreas será realizado continuamente pelos técnicos da SPDM e compartilhada com as equipes da assistência.

A SPDM norteia os serviços Hospitalares, Urgência Emergência, Ambulatorial e Atenção Primária buscando:

- o Ampliar o acesso, com acolhimento, aos casos agudos e em todos os pontos de atenção;
- o Articular e integrar os serviços de saúde, considerando as diretrizes da SMS Rio de Janeiro;
- o Implantar Acolhimento com Classificação de Risco conforme Instrumento adotado pelo SMS Rio de Janeiro;
- o Humanizar a atenção, garantindo a efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;
- o Nortear a organização do processo de trabalho por intermédio de equipes multidisciplinares;
- o Acompanhar a prática de monitoramento e avaliação, por intermédio de indicadores de processo, desempenho e resultado que permitam avaliar e qualificar a atenção prestada;
- o Executar projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas;
- o Auxiliar a assistência por meio do aperfeiçoamento técnico para os profissionais de saúde.

No que se refere ao processo de trabalho das equipes nos serviços Hospitalares, Urgência/Emergência, Ambulatorial e Atenção Primária, SPDM

Gestão em Saúde e Educação

www.spdm.org.br

DIRETORIA EXECUTIVA

Prof. Dr. Ramalho Ramos Lacerda
Diretor Presidente da SPDM

Prof. Dr. Caspary do Jesus Lopes Filho
Diretor de Planejamento da SPDM

SUPERINTENDENTES 113

Prof. Dr. José Roberto Ferraz
Hóspede São Paulo

Prof. Dr. Maria Sílvia Monteiro
Programa de Atuação Integral à Saúde - PAIS

Prof. Dr. Nadine Salomão Mendes
Substituição Absente

Prof. Dr. José Luiz Gomes do Amaral
Reservado






ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA
 Fundação em 1933 | Unidade Pública Municipal, Estadual e Federal | Entidade Filantrópica inscrita no CNAS desde 26/06/1943

desenvolve junto aos profissionais o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e ao primeiro atendimento às urgências, emergências e a continuidade da assistência buscando o pronto restabelecimento de saúde do indivíduo.

Os serviços Hospitalares, Urgência e Emergência, Ambulatorial e Atenção Primária acolhem a demanda, realizando atendimento de acordo com a Classificação de Risco e garantindo a continuidade das atividades de promoção, prevenção e assistência à saúde na RAS.

Os profissionais deverão atender a integralidade e a multidisciplinaridade de acordo com os padrões e diretrizes a seguir:

- o Portaria do Ministério da Saúde – MS 2.048 de 05 de novembro de 2002 e MS 1.600 de 07 de julho de 2011, que institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS;
- o Portaria do Ministério da Saúde – MS 4.279 de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde com o conceito de Redes de Atenção à Saúde (RAS);
- o Portaria do Ministério da Saúde nº 44 de 10 de janeiro de 2001, estabelece diretrizes para organização dos ambulatórios de especialidades e hospital dia.
- o Demais protocolos assistenciais, Portarias, Normas e Resoluções da ANVISA (RDC) pertinentes ao objeto contratual.

É importante ressaltar que a integralidade do cuidado ao usuário está em consonância com a Política Nacional de Humanização que considera o ponto de vista do usuário na tomada de decisão em relação aos seus cuidados. São objetivos e princípios da humanização nos serviços de saúde:

Gestão em Saúde e Educação

www.spdm.org.br

DIRETORIA EXECUTIVA

Prof. Dr. Ronaldo Ramos Lorenzana
 Diretor Presidente da SPDM

Prof. Dr. Celso de Jesus Lopes Filho
 Diretor Vice-Presidente da SPDM

SUPERINTENDENTES 114

Prof. Dr. José Roberto Ferraz
 Presidente do PAU

Prof. Dr. Maria Sílvia Monteiro
 Presidente da Associação Integrar à Saúde - PAI

Prof. Dr. Nacime Salomão Moura
 Superintendente de RAS

Prof. Dr. José Luiz Gomes do Amaral
 Educação



[Handwritten signature]





ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA

Fundada em 1933 | Utilidade Pública Municipal, Estadual e Federal | Entidade Filantrópica inscrita no CNAS desde 26/06/1963

- o Propiciar o ambiente mais agradável e acolhedor para o usuário, família e comunidade;
- o Adotar tecnologias que promovam a realização de procedimentos de forma segura e de qualidade;
- o Considerar paciente e família no planejamento da assistência;
- o Respeitar a ética nas relações interpessoais fundamental na conduta da equipe.

As ações assistenciais da SPDM atendem às políticas de saúde determinadas pela SMS Rio de Janeiro e Ministério da Saúde tais como as Redes de Atenção à Saúde.

A portaria GM/MS nº 4279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece as diretrizes para a organização das RAS, no âmbito do SUS e fortalece sua atuação nesta estratégia de organização do sistema de saúde.

A implementação das RAS aponta para uma maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS.

Neste contexto, para assegurar a qualidade e resolutividade na RAS, alguns fundamentos são considerados pela SPDM no desenvolvimento das ações em consonância com as diretrizes dos gestores: economia, qualidade, suficiência, acesso e disponibilidade de recursos.

A SPDM entende que os modelos gerenciais desenvolvidos pelas organizações de saúde mantêm relação direta com aspectos como complexidade e dinamicidade social que marcam importantes transformações no mundo do trabalho; a globalização do mercado e modelo de produção flexível; a crescente incorporação tecnológica no processo de trabalho; a habilidade para tratar novos paradigmas gerenciais; o redirecionamento na gestão e a formação contínua de recursos humanos.

Gestão em Saúde e Educação

www.spdm.org.br

DIRETORIA EXECUTIVA

Prof. Dr. Renato Ramos Laranjeira
Diretor-Presidente da EPDR

Prof. Dr. Gaspar de Jesus Lopes Filho
Diretor-Vice-Presidente da SPDM

SUPERINTENDENTES

115

Prof. Dr. José Roberto Ferrero
Honorário SPDM

Prof. Dr. Maria Elvaz Anacleto
Programa de Atenção Integral à Saúde - PAIS

Prof. Dr. Alzair de Salimão Mansur
Instituições Afiliadas

Prof. Dr. José Luiz Gomes de Amaral
Ex-associado





ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA

Fundada em 1933 | Unidade Pública Municipal, Estadual e Federal | Entidade Filantrópica inscrita no CNAS desde 26/06/1963

O conjunto próprio de concepções filosóficas e ideias administrativas que fundamentam a operacionalização das práticas gerenciais nas organizações representam premissas a respeito da realidade em um dado momento social.

Assim, a SPDM propõe, como modelo gerencial para a Rede de serviços prevista neste Edital, que sejam contemplados:

- Os aspectos instrumentais do próprio trabalho: planejamento, coordenação de processos, supervisão técnica, controle e avaliação;
- Acompanhamento das determinações de caráter político-ideológico previstas pelo gestor municipal;
- A avaliação das diretrizes dos cenários internos e externos à saúde municipal;
- As relações de trabalho em equipe e relações da organização com a comunidade (usuários e trabalhadores);
- Aspectos da gerência como atividade que visa à participação e emancipação dos sujeitos sociais envolvidos no processo saúde-doença com vistas ao desenvolvimento da cidadania.

A SPDM propõe o Modelo Gerencial segundo a lógica da Saúde como Direito e prevê a integração e articulação efetivas dos serviços com base na integralidade da atenção em seus diferentes níveis hierárquicos da atenção à saúde.

As Unidades de Saúde que integram a Área de Planejamento 1.0 compõe uma rede de atenção primária que constitui o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde e para tal devem orientar-se pelos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, da universalidade, acessibilidade, integralidade, equidade e participação social.

A proposta de serviços assistenciais para as unidades de saúde da AP 1.0 baseia-se fundamentalmente na Atenção Primária, sendo Unidades de Atenção

Gestão em Saúde e Educação

www.spdm.org.br

DIRETORIA EXECUTIVA

Prof. Dr. Ronaldo Ramos Lacerda
Diretor Presidente da SPDM

Prof. Dr. Gaspar de Jesus Lopes Filho
Diretor Vice-Presidente da SPDM

SUPERINTENDENTES 116

Prof. Dr. José Roberto Pereira
Hospital São Paulo

Prof. Dr. Maria Siva Monteiro
Programa de Atenção Integral à Saúde - PAIS

Prof. Dr. Nadine Salomão Marins
Instituições Afiliadas

Prof. Dr. José Luiz Gomes de Amorim
Laboratório






ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA
Fundada em 1923 | Unidade Público Municipal, Estadual e Federal | Entidade Filantrópica inscrita no CNAS desde 26/06/1963

Primária, como Clínicas de Família e Centros Municipais de Saúde e Núcleo ampliado de Saúde da Família (NASF).

- **Clínica de Família (CF) e Centro Municipal de Saúde (CMS)**

O Sistema Único de Saúde desenvolve ações e serviços de saúde de acordo com as diretrizes previstas no Art.198 da Constituição Federal, obedecendo aos princípios da universalidade, integralidade, equidade e participação da comunidade. O Ministério da Saúde na tentativa de operacionalizar um modelo técnico assistencial pautado nesses princípios propõe, em 1994, a Estratégia de Saúde da Família para reorganização da produção de cuidados em saúde com o objetivo de reorientar a prática assistencial centrada na família que é entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social.

A CF é operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade.

Cada equipe é composta no mínimo por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. As Equipes de Saúde Bucal – ESB, incorporadas na composição das equipes de saúde da família, são compostas por cirurgião-dentista da Família - CD e auxiliar em saúde bucal - ASB e técnico de Saúde Bucal (TSB).

Gestão em Saúde e Educação

www.spdm.org.br

DIRETORIA EXECUTIVA

Prof. Dr. Ronaldo Ramos Lorenzini
Presidente da SPDM

Prof. Dr. Gaspar de Jesus Lopes Filho
Diretor Vice-Presidente da SPDM

SUPERINTENDENTES 117

Prof. Dr. José Roberto Fátima
Hospital São Paulo

Prof. Dr. Maria Sílvia Monteiro
Programa de Atenção Integral à Saúde - PAIS

Prof. Dr. Nazarene Salomão Monteiro
Instituição Associação

Prof. Dr. José Luis Gomes de Amorim
Educação





ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA
Fundada em 1933 | Entidade Pública Municipal, Estadual e Federal | Entidade Filantrópica inscrita no CNAS desde 26/06/1943

Assistência à saúde prestada

O gerenciamento, operacionalização e execução das ações de saúde da SPDM serão norteados pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, segundo as modalidades de atenção que assegure assistência universal e gratuita à população.

O Processo de Trabalho da CF estará organizado conforme descrição abaixo e Política Nacional da Atenção Básica (PNAB-2017):

- ✓ Realizar a territorialização e o mapeamento da área de atuação da equipe, identificando 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;
- ✓ Utilizar, alimentar e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da Atenção Básica vigentes;
- ✓ Analisar as informações para avaliação e melhoria da situação de saúde da população, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- ✓ Realizar 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;
- ✓ Realizar o cuidado integral à saúde da população adstrita, prioritariamente no âmbito ds unidades de saúde e, quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros). Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais;

Gestão em Saúde e Educação

www.spdm.org.br

DIRETORIA EXECUTIVA

Prof. Dr. Ronaldo Ramos Laranjeira
Diretor Executivo da SPDM

Prof. Dr. Caspary de Jesus Lopes Filho
Diretor vice e Presidente do BDM

SUPERINTENDENTES

118

Prof. Dr. José Roberto Ferrero
Hospital São Paulo

Prof. Dr. Maria Sílvia Monteiro
Programa de Atenção Integral à Saúde - PAIS

Prof. Dr. Márcia Salomão Mattar
Instituto A Pádua

Prof. Dr. José Luiz Gomes do Amaral
Educação





ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA
Fundada em 1933 | Filiação Pública Municipal, Estadual e Federal | Entidade Filantrópica inscrita no CNAS desde 26/05/1983

- ✓ Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como aquelas previstas nas prioridades, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas da atenção básica da SMS;
- ✓ Garantir a atenção à saúde da população adstrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, e incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares;
- ✓ Responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adstrita ao longo do tempo. Proporcionar a assistência às múltiplas situações de doenças e agravos, bem como às necessidades de cuidados preventivos. Garantir a longitudinalidade e manter a coordenação do cuidado do usuário em outros pontos de atenção da RAS;
- ✓ Realizar o acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado com 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;
- ✓ Contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da Atenção Básica, participando da definição de fluxos assistenciais na RAS, 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 contra referência), ampliando-a para um processo de compartilhamento de

Gestão em Saúde e Educação

www.spdm.org.br

DIRETORIA EXECUTIVA

Prof. Dr. Rosendo Ramos Lezama
Diretor-Presidente da SPDM

Prof. Dr. Gaspar do Jesus Lopes Filho
Diretor-Vice-Presidente da SPDM

SUPERINTENDENTES 119

Prof. Dr. José Roberto Ferraz
Vice-Presidente

Prof. Dr. Antônio Silva Monteiro
Programa de Atenção Integral à Saúde - PAIS

Prof. Dr. Nadene Sotomaior Montez
Atividades Administrativas

Prof. Dr. José Luiz Gomes do Amaral
Educação






ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA
Fundada em 1933 | Unidade Pública Municipal (Estadual e Federal) | Entidade Planificada inscrita no CNAS desde 25/06/1983

- casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes que atuam na atenção básica;
- ✓ 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;
 - ✓ Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio a usuários e famílias, bem como 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 atenção primária à 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);
 - ✓ 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;

Gestão em Saúde e Educação

www.spdm.org.br

DIRETORIA EXECUTIVA

Prof. Dr. Ronaldo Ramos Laranjeira
Diretor Presidente da SPDM

Prof. Dr. Cláudio de Jesus Lopes Filho
Diretor Vice-Presidente da SPDM

SUPERINTENDENTES 120

Prof. Dr. José Roberto Ferrero
Hospital São Paulo

Prof. Dr. Mário Silva Monteiro
Programa de Atividade Integrada à Saúde - PAIS

Prof. Dr. Rogério Sacramento Mendes
Substituição AFSAIS

Prof. Dr. José Luiz Gomes de Amorim
Educação





ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA
Fundada em 1933 | Unidade Pública Municipal, Estadual e Federal | Entidade Filantrópica inscrita no CNAS desde 26/03/1963

- ✓ Promover a mobilização e a participação da comunidade, estimulando conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da CF;
- ✓ Acompanhar e registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou outros programas sociais equivalentes, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias;
- ✓ Instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos.

- **Equipes de Consultório na Rua**

A estratégia Consultório na Rua foi instituída pela Política Nacional de Atenção Básica, em 2011, e visa ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, ofertando, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde para esse grupo populacional, o qual se encontra em condições de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados.

Chamamos de Consultórios na Rua equipes multiprofissionais que desenvolvem ações integrais de saúde frente às necessidades dessa população. Elas devem realizar suas atividades de forma itinerante e, quando necessário, desenvolver ações em parceria com as equipes das Unidades Básicas de Saúde do território.

São equipes que devem estar lotadas em Clínicas da Família e Centros Municipais de Saúde, onde atuam, além de desempenharem suas ações também de forma itinerante.

Considerando a Portaria GM/MS nº122, de 25/01/2011, ratificada na portaria de consolidação Nº 2, de 28/09/2017 e o Ofício Circular S/SUBPAV/SAP nº 12 de maio

Gestão em Saúde e Educação

www.spdm.org.br

DIRETORIA EXECUTIVA

Prof. Dr. Ronaldo Ramos Ladeira
Diretor Presidente da SPDM

Prof. Dr. Gaspar de Jesus Lopes Filho
Diretor Vice-Presidente da SPDM

SUPERINTENDENTES

121

Prof. Dr. José Roberto Ferraz
Pró-Reitor de Pós-graduação

Prof. Dr. Mario Silva Monteiro
Programa de Atenção Integral à Saúde - PAIS

Prof. Dr. Nazime Salomão Mansur
Salvador Alameda

Prof. Dr. José Luiz Gomes da Amari
Educação



A.





ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA
Fundada em 1933 | Unidade Pública Municipal, Estadual e Federal | Entidade Filantrópica inscrita no CNAS desde 26/06/1943

de 2013, as equipes de Consultório na Rua do Município devem ser compostas preferencialmente por: 01 médico, preferencialmente especialista em medicina de família e comunidade; 01 enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; 01 assistente social; 01 psicólogo; 01 técnico de enfermagem; 01 auxiliar administrativo; 03 agentes sociais.

De acordo com as necessidades do território, pode contar também com outras categorias, como terapeuta ocupacional, cirurgião dentista e técnico de saúde bucal. Variações na sua composição devem ser definidas pela CAP com aval da SUBPAV.

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

As unidades de saúde devem desenvolver as atividades assistenciais preconizadas pelas normas técnicas do Ministério de Saúde seguindo as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil

- **Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF**

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações de atenção básica, atua em conjunto com os profissionais das Equipes Saúde da Família, compartilhando as práticas de saúde nos territórios e as demandas identificadas no trabalho.

O NASF é classificado em duas modalidades, NASF 1 e NASF 2. O NASF 1 deverá ser composto por, no mínimo cinco profissionais de nível superior e pode conter as seguintes ocupações: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico

Gestão em Saúde e Educação

www.spdm.org.br

DIRETORIA EXECUTIVA

Prof. Dr. Ronaldo Ramos Laranjeira
Diretor Presidente da SPDM

Prof. Dr. Gaspar de Jesus Lopes Filho
Diretor Vice Presidente da SPDM

SUPERINTENDENTES

122

Prof. Dr. José Roberto Ferraz
Hospital São Paulo

Prof. Dr. Almo Silva Monteiro
Regência de Anestesiologia e Intenç. RN

Prof. Dr. Nilcine Solamão Martins
Instituto Adolfo

Prof. Dr. José Luiz Gomes de Amorim
Educação






ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA
Fundada em 1933 | Utilidade Pública Municipal, Estadual e Federal | Entidade Filantrópica inscrita no CNAS desde 26/06/1963

Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional. Essa modalidade deverá realizar suas atividades vinculada a, deverá estar vinculado a no mínimo 5 (cinco) e no máximo 9 (nove) Equipes de Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua).

O NASF tem como responsabilidade central atuar e reforçar as seguintes diretrizes na atenção à saúde: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a educação popular, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização. Está dividido nas áreas estratégicas: atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança/ do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica.

Este núcleo não se constitui em porta de entrada do sistema atendendo a partir das demandas das equipes de saúde da família e deve atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde. O eixo principal do trabalho é a responsabilização, a gestão compartilhada e o apoio à coordenação do cuidado, que se pretende, pela saúde da família. Nas atividades da equipe do NASF, junto com as equipes da saúde da família, os espaços de discussões para gestão do cuidado deverão fazer parte do processo de trabalho como, por exemplo, reuniões, apoio a grupos educativos; visitas domiciliares; ações junto aos equipamentos públicos (escolas, creches, igrejas, pastorais, etc.); apoio matricial às equipes de saúde da família; desenvolvimento de processos de educação permanente; consultas/atendimentos individuais, onde as intervenções específicas do NASF com usuários e famílias sejam encaminhados pela equipe de saúde da família; interconsulta/discussão de casos (atendimento conjunto/ atendimento compartilhado) para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos.

Gestão em Saúde e Educação

www.spdm.org.br

DIRETORIA EXECUTIVA

Prof. Dr. Rivaldo Romão Lorenzini
Diretor Presidente da SPDM

Prof. Dr. Gaspar de Jesus Lopes Filho
Diretor Vice Presidente da SPDM

SUPERINTENDENTES 123

Prof. Dr. José Roberto Ferraz
Intestatário SPDM

Prof. Dr. Manoel Sávio Monteiro
Programa de Atenção Integral à Saúde - PAIS

Prof. Dr. Márcia Saloméa Moura
Intestatário AGC/MS

Prof. Dr. José Luiz Gomes de Amorim
Intestatário





ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA
Fundada em 1933 | Unidade Pública Municipal, Estadual e Federal | Entidade Filantrópica inscrita no CNAS desde 26/06/1963

D. PROPOSTA DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL

1. ATIVIDADE ASSISTENCIAL

1.1 CLINICA DE FAMÍLIA/CENTRO MÉDICO DE SAÚDE

1.1.1 Consultas

A integralidade, enquanto diretriz do SUS, busca compreender o conjunto das necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente apresenta. As ações de saúde devem ser combinadas e voltadas ao mesmo tempo para prevenção e a cura. Os serviços de saúde devem funcionar atendendo o indivíduo como um ser humano integral submetido às mais diferentes situações de vida e trabalho, que o leva a adoecer e a morrer. Desta forma o atendimento deve ser feito para a sua saúde e não somente para a sua doença. Isto exige que o atendimento seja feito também para erradicar as causas e diminuir os riscos, além de tratar os danos. Isto se faz com ações de promoção, prevenção e de recuperação. Estas ações formam um todo indivisível que não podem ser compartimentalizadas. As unidades prestadoras de serviço com seus diversos graus de complexidade formam também um todo indivisível, configurando um sistema capaz de prestar assistência integral.

A ESF tem a função de prestar assistência contínua à comunidade, acompanhando integralmente a saúde da criança, da mulher, do adulto, dos idosos, enfim, de todas as pessoas que vivem no território sob sua responsabilidade. Possui forte vínculo com as pessoas e é responsável pela saúde da comunidade. Todas as consultas médicas e de enfermagem devem ser registradas na ficha de evolução

Gestão em Saúde e Educação

www.spdm.org.br

DIRETORIA EXECUTIVA

Prof. Dr. Ronaldo Ramos Lorenzini
Diretor Presidente do SPDM

Prof. Dr. Gaspar de Jesus Lopes Filho
Diretor Vice-Presidente do SPDM

SUPERINTENDENTES 396

Prof. Dr. José Roberto Ferraro
Hospital São Paulo

Prof. Dr. Mano Silva Monteiro
Programa de Atenção Integral à Saúde - PAIS

Prof. Dr. Nacime Sotomão Monteiro
Instituições Afiliadas

Prof. Dr. José Luiz Gomes do Amparo
Educação





ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA
 Fundada em 1933 | Utilidade Pública Municipal, Estadual e Federal | Entidade Filantrópica inscrita no CNAS desde 26/06/1963

clínica do prontuário. Os registros na ficha de evolução do prontuário devem conter a história, exame físico, hipótese diagnóstica e proposta terapêutica, data e identificação do profissional conforme normatização do Conselho Regional de cada categoria profissional.

O agendamento de consultas na unidade deve ser organizado garantindo o atendimento de consultas programadas e da demanda espontânea. 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.

1.1.2 Visitas Domiciliares

A Visita Domiciliar é um conjunto de ações de saúde voltadas para o atendimento, tanto educativo como assistencial. Por ser um instrumento de intervenção fundamental utilizado pelas equipes de saúde como meio de inserção e de conhecimento da realidade de vida da população, a visita domiciliar favorece o estabelecimento de vínculos. Todos os profissionais que atuam na ESF devem realizar visitas e atendimentos domiciliares.

A atenção às famílias e à comunidade é o objetivo central da visita domiciliar, sendo entendida, família e comunidade, como entidades influenciadoras no processo de adoecer dos indivíduos, os quais são regidos pelas relações que estabelecem nos contextos em que estão inseridos.

Por ser realizada no âmbito domiciliar, a visita proporciona maior dinâmica aos programas de atenção à saúde e constitui uma atividade utilizada com o intuito de subsidiar a intervenção no processo saúde-doença de indivíduos ou no planejamento

Gestão em Saúde e Educação

www.spdm.org.br

DIRETORIA EXECUTIVA

Prof. Dr. Ronaldo Ramos Laranjeira
 Diretor Presidente do SPDM

Prof. Dr. Caspar de Jesus Lopes Filho
 Diretor Vice-Presidente do SPDM

SUPERINTENDENTES 397

Prof. Dr. José Roberto Ferraro
 Hospital São Paulo

Prof. Dr. Maria Silva Monteiro
 Programa de Atenção Regional à Saúde - PAS

Prof. Dr. Nacime Salomão Mansur
 Instituições Aliadas

Prof. Dr. José Luiz Gomes do Amaral
 Educação






ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA
Fundada em 1933 [Unidade Pública Municipal, Estadual e Federal] Entidade Filantrópica inscrita no CNAS desde 26/06/1963

de ações considerando o modo de vida e os recursos de que as famílias dispõem visando à promoção da saúde da coletividade.

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

1.1.3 Grupos Educativos

Na Estratégia de Saúde da Família o tema educação em saúde é imprescindível, pois é nessa instância de cuidado em saúde que os profissionais da área estão mais próximos dos sujeitos que utilizam o SUS. A educação em saúde figura como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da família. Para isto esta equipe precisa estar capacitada para assistência integral e contínua às famílias da área adstrita, identificando situações de risco à saúde na comunidade assistida, enfrentando em parceria com a comunidade os determinantes do processo saúde-doença, desenvolvendo processos educativos para a saúde.

1.1.4 Imunização

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) é uma prioridade nacional com responsabilidades dos Governos Federal, Estadual e Municipal. As atribuições referentes ao PNI no nível local são: Planejamento e execução das ações de vacinação; Integração da vacinação às ações básicas de saúde; Acompanhamento e avaliação das metas de cobertura vacinal; Garantia da homogeneidade das coberturas vacinais no Município e Controle da Rede de Frio.

Centro em Saúde e Educação

www.spdm.org.br

DIRETORIA EXECUTIVA

Prof. Dr. Ronaldo Ramos Laranjeira
Diretor Presidente do SPDM

Prof. Dr. Caspar de Jesus Lopes Filho
Diretor Vice-Presidente do SPDM

SUPERINTENDENTES 398

Prof. Dr. José Roberto Ferraz
Hospital São Paulo

Prof. Dr. Maria Siva Monteiro
Programa de Atenção Integral à Saúde - PAIS

Prof. Dr. Nacímio Saramão Monteiro
Imunizações Ativas

Prof. Dr. José Luiz Gomes da Amorim
Educação





ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA

Fundada em 1933 | Utilidade Pública Municipal, Estadual e Federal | Entidade Filantrópica inscrita no CNAS desde 26/05/1963

A manutenção da cadeia de frio é essencial para garantir a qualidade, eficácia e ação protetora das vacinas. É necessário que as unidades de saúde mantenham os imunobiológicos constantemente refrigerados, uma vez que são produtos termolábeis, utilizando instalações e equipamentos adequados. No nível local, todas as vacinas devem ser conservadas entre +2°C e +8°C em refrigeradores domésticos, com capacidade mínima de 280 litros.

O Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização/Avaliação do Programa de Imunizações (SI-PNI/API) tem como objetivo fundamental possibilitar aos gestores envolvidos no programa uma avaliação dinâmica do risco quanto à ocorrência de surtos ou epidemias, a partir do registro dos imunobiológicos aplicados e do quantitativo populacional vacinado, que são agregados por faixa etária, em determinado período de tempo, em uma área geográfica. Possibilita também o controle do estoque de imunobiológicos necessário aos administradores que têm a incumbência de programar sua aquisição e distribuição.

Para que os dados sejam coletados corretamente é importante que os serviços com sala de vacina estejam habilitados para preenchimento do mapa de registro de doses aplicadas, compilação dos mapas de registro de doses aplicadas no Boletim Mensal de Doses Aplicadas de Vacina e fluxo de envio das informações à Supervisão de Vigilância em Saúde e processamento dos dados no SI-PNI/API.

Com a proposta de aperfeiçoar as medidas preventivas, semestralmente deverá ser realizado levantamento da cobertura vacinal em crianças menores de um ano da área de abrangência das equipes de saúde da família, gerenciadas pela Organização Social. O objetivo dessa ação é identificar o número de crianças menores de 01 ano com calendário vacinal completo e permitir o planejamento de medidas corretivas. Sugerimos que a sala de vacina mantenha seu funcionamento durante todo o expediente, aproveitando todas as oportunidades para o incentivo e atualização

Coordenação em Saúde e Educação

www.spdm.org.br

DIRETORIA EXECUTIVA

Prof. Dr. Ronaldo Ramos Laranjeira
Diretor Presidente da SPDM

Prof. Dr. Gaspar de Jesus Lopes Filho
Diretor Vice-Presidente da SPDM

SUPERINTENDENTES 399

Prof. Dr. José Roberto Ferraro
Hospital São Paulo

Prof. Dr. Maria Silva Monteiro
Programa de Atenção Integral à Saúde - PAIS

Prof. Dr. Nacime Salomão Mansur
Instituições Afiliadas

Prof. Dr. José Luiz Gomes do Amaral
Educação






ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA
Fundada em 1933 | Utilidade Pública Municipal, Estadual e Federal | Entidade Filantrópica inscrita no CNAES desde 26/06/1963

vacinal e que arquivamento das fichas de registro de vacinas seja organizado por micro área, sempre que possível.

1.2 NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF

As principais estratégias utilizadas pelo NASF são:

- Desenvolver ações no território de forma articulada com outros setores públicos, privados e ONG(s) - exemplo: educação permanente, planejamento integrado, promoção e defesa dos direitos humanos, potencialização do uso dos espaços públicos de convivência, ações focadas na inclusão social, enfrentamento da violência, educação popular em saúde, articulação e organização em rede intersetorial, trabalhos com grupos vulneráveis;
- Realizar ações compartilhadas para uma intervenção transdisciplinar, com trocas de saberes, capacitação e corresponsabilidade – estudo, discussão de casos, orientações e atendimentos;
- Elaborar o Projeto Terapêutico Singular a partir da discussão entre NASF e ESF.

1.2.1 Atendimentos específicos

- Consulta médica
- Consulta de profissionais de nível superior
- Consulta/atendimento domiciliar
- Visita Domiciliar
- Atividade educativa/orientação em grupo

Gestão em Saúde e Educação

www.spdm.org.br

DIRETORIA EXECUTIVA

Prof. Dr. Raquel de Ramos Laranjeira
Diretor Presidente da SPDM

Prof. Dr. Gaspar de Jesus Lopes Filho
Diretor Vice-Presidente da SPDM

SUPERINTENDENTES 400

Prof. Dr. José Roberto Ferraro
Hospital São Paulo

Prof. Dr. Maria Sílvia Mantello
Programa de Atenção Integral à Saúde - PAIS

Prof. Dr. Nacime Salomão Mansur
Instituições Afiliadas

Prof. Dr. José Luiz Gomes do Amaral
Educação





ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA
Fundada em 1933 | Unidade Pública Municipal, Estadual e Federal | Entidade Filantrópica inscrita no CNAS desde 26/06/1963

E. DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL

QUADRO I – DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL

MÊS 01 AO 12					
EQUIPE	CATEGORIA PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS	SALÁRIO BASE	ENCARGOS TOTAIS
EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA	MÉDICO	40 H	80	R\$ 15.157,00	R\$ 1.364,13
	ENFERMEIRO	40 H	90	R\$ 6.082,16	R\$ 547,39
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	40 H	120	R\$ 2.324,93	R\$ 209,24
	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	40 H	540	R\$ 2.200,00	R\$ 198,00
EQUIPE SAÚDE BUCAL	CIRURGIÃO DENTISTA	40 H	30	R\$ 6.082,16	R\$ 547,39
	TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL	40 H	15	R\$ 2.324,93	R\$ 209,24
	AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL	40 H	30	R\$ 1.550,00	R\$ 139,50
CONSULTÓRIO NA RUA	MÉDICO	40 H	2	R\$ 15.157,17	R\$ 1.364,15
	ENFERMEIRO	40 H	2	R\$ 6.082,16	R\$ 547,39
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	40 H	2	R\$ 2.324,93	R\$ 209,24
	AGENTE SOCIAL	40 H	6	R\$ 2.200,00	R\$ 198,00
	ASSISTENTE SOCIAL	30 H	2	R\$ 4.342,76	R\$ 390,85
	PSICÓLOGO	40 H	2	R\$ 5.790,34	R\$ 521,13
TOTAL DE FUNCIONÁRIOS			931		

Gestão em Saúde e Educação

www.spdm.org.br

DIRETORIA EXECUTIVA

Prof. Dr. Ronaldo Ramos Ladeira
Diretor-Presidente da SPDM

Prof. Dr. Gaspar da Jesus Lopes Filho
Diretor-Vice-Presidente da SPDM

SUPERINTENDENTES 698

Prof. Dr. José Roberto Ferraro
Hospital São Paulo
Prof. Dr. Mario Silva Monteiro
Programa de Atenção Integral à Saúde - PAIS
Prof. Dr. Nacima Salamão Mansur
Instituições Afiliadas
Prof. Dr. José Luiz Gomes do Amaral
Educação



[Handwritten signature]





ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA
Fundada em 1933 | Utilidade Pública Municipal, Estadual e Federal | Entidade Filantrópica inscrita no CNAS desde 26/06/1963

MÊS 13 AO 24					
EQUIPE	CATEGORIA PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS	SALÁRIO BASE	ENCARGOS TOTAIS
EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA	MÉDICO	40 H	90	R\$ 15.914,85	R\$ 1.432,34
	ENFERMEIRO	40 H	90	R\$ 6.386,27	R\$ 574,76
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	40 H	120	R\$ 2.441,18	R\$ 219,71
	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	40 H	540	R\$ 2.310,00	R\$ 207,90
EQUIPE SAÚDE BUCAL	CIRURGIÃO DENTISTA	40 H	30	R\$ 6.386,27	R\$ 574,76
	TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL	40 H	15	R\$ 2.441,18	R\$ 219,71
	AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL	40 H	30	R\$ 1.627,50	R\$ 146,48
CONSULTÓRIO NA RUA	MÉDICO	40 H	2	R\$ 15.915,03	R\$ 1.432,35
	ENFERMEIRO	40 H	2	R\$ 6.386,27	R\$ 574,76
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	40 H	2	R\$ 2.441,18	R\$ 219,71
	AGENTE SOCIAL	40 H	6	R\$ 2.310,00	R\$ 207,90
	ASSISTENTE SOCIAL	30 H	2	R\$ 4.559,90	R\$ 410,39
	PSICÓLOGO	40 H	2	R\$ 6.079,86	R\$ 547,19
TOTAL DE FUNCIONÁRIOS			931		

Gestão em Saúde e Educação

www.spdm.org.br

DIRETORIA EXECUTIVA

Prof. Dr. Ronaldo Ramos Lorangeira
Diretor Presidente da SPDM

Prof. Dr. Gaspar de Jesus Lopes Filho
Diretor Vice-Presidente da SPDM

SUPERINTENDENTES 699

Prof. Dr. José Roberto Fenara
Hospital São Paulo
Prof. Dr. Maria Siva Monteiro
Programa de Atenção Integral à Saúde - PAIS
Prof. Dr. Nacime Salomão Marins
Instituições Aldeias
Prof. Dr. José Luiz Gomes do Amaral
Educação





ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA

Fundada em 1933 | Unidade Pública Municipal, Estadual e Federal | Entidade Filantrópica inscrita no CNAS desde 26/06/1963

MÊS 01 AO 12					
EQUIPE	CATEGORIA PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS	SALÁRIO BASE	ENCARGOS TOTAIS
EQUIPE DE APOIO E GESTÃO DA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	40 H	51	R\$ 1.550,00	R\$ 139,50
	AUXILIAR SERVIÇOS GERAIS	44 H	85	R\$ 1.540,00	R\$ 138,60
	FARMACÉUTICO	40 H	17	R\$ 6.082,16	R\$ 547,39
	GERENTE	40 H	17	R\$ 8.514,80	R\$ 768,33
	PORTARIA	12/36 H	34	R\$ 1.400,00	R\$ 126,00
	TÉCNICO DE FARMÁCIA	40 H	17	R\$ 2.324,93	R\$ 209,24
TOTAL DE FUNCIONÁRIOS		-	221	-	-

MÊS 13 AO 24					
EQUIPE	CATEGORIA PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS	SALÁRIO BASE	ENCARGOS TOTAIS
EQUIPE DE APOIO E GESTÃO DA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	40 H	51	R\$ 1.627,50	R\$ 146,48
	AUXILIAR SERVIÇOS GERAIS	44 H	85	R\$ 1.617,00	R\$ 145,53
	FARMACÉUTICO	40 H	17	R\$ 6.386,27	R\$ 574,76
	GERENTE	40 H	17	R\$ 8.940,54	R\$ 804,65
	PORTARIA	12/36 H	34	R\$ 1.470,00	R\$ 132,30
	TÉCNICO DE FARMÁCIA	40 H	17	R\$ 2.441,18	R\$ 219,71
TOTAL DE FUNCIONÁRIOS		-	221	-	-

Gestão em Saúde e Educação

www.spdm.org.br

DIRETORIA EXECUTIVA

Prof. Dr. Ronaldo Ramos Laranjeira
Diretor Presidente da SPDM

Prof. Dr. Gaspar de Jesus Lopes Filho
Diretor Vice-Presidente da SPDM

SUPERINTENDENTES 700

Prof. Dr. José Roberto Ferraro
Hospital São Roque

Prof. Dr. Maria Silva Monteiro
Programa de Atenção Integral à Saúde - PAIS

Prof. Dr. Márcio Salameão Mansur
Instituições Miarinas

Prof. Dr. José Luiz Gomes da Amaral
Educação






ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA
Fundada em 1933 | Utilidade Pública Municipal, Estadual e Federal | Entidade Filantrópica inscrita no CNAS desde 26/06/1963

MÊS 01 AO 12					
EQUIPE	CATEGORIA PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS	SALÁRIO BASE	ENCARGOS TOTAIS
NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA/ SERVIÇO DE APOIO ESPECIALIZADO	MÉDICO NASF/SAE	40 H	9	R\$ 13.499,15	R\$ 1.214,92
	PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR	40 H	36	R\$ 5.790,34	R\$ 521,13
TOTAL DE FUNCIONÁRIOS		-	45	-	-

PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011

Para a composição do Núcleo de Apoio à Saúde da Família as categorias profissionais proposta é de 200 horas semanais e poderão compor as equipes: Médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas, conforme atualização Portaria 3.124, de 28 de dezembro de 2012.

MÊS 13 A 24					
EQUIPE	CATEGORIA PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS	SALÁRIO BASE	ENCARGOS TOTAIS
NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA/ SERVIÇO DE APOIO ESPECIALIZADO	MÉDICO NASF/SAE	40 H	9	R\$ 14.174,11	R\$ 1.275,67
	PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR	40 H	36	R\$ 6.079,86	R\$ 547,19
TOTAL DE FUNCIONÁRIOS		-	45	-	-

PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011

Para a composição do Núcleo de Apoio à Saúde da Família as categorias profissionais proposta é de 200 horas semanais e poderão compor as equipes: Médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas, conforme atualização Portaria 3.124, de 28 de dezembro de 2012.

Gestão em Saúde e Educação

www.spdm.org.br

DIRETORIA EXECUTIVA

Prof. Dr. Ronaldo Ramos Laranjeira
Diretor Presidente do SPDM

Prof. Dr. Gaspar de Jesus Lopes Filho
Diretor Vice-Presidente do SPDM

SUPERINTENDENTES 701

Prof. Dr. José Roberto Ferraro
Hospital São Paulo

Prof. Dr. Maria Silva Monteiro
Programa de Atenção Integral à Saúde - PAIS

Prof. Dr. Nacome Salomão Mantur
Instituições Afiliadas

Prof. Dr. José Luiz Gomes de Amaral
Educação



(Handwritten signature)





ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA
Fundada em 1933 | Entidade Pública Municipal, Estadual e Federal | Entidade Filantrópica inscrita no CNAS desde 28/06/1963

QUADRO II - CUSTEIO DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E SAÚDE BUCAL -
VALORES COM ENCARGOS E BENEFÍCIOS

CATEGORIA	QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS	HORAS SEMANAIS	CUSTEIO DE PESSOAL 2022		
			SALÁRIO (BASE)	INSALUBRIDADE	SALÁRIO TOTAL
Agente Comunitário de Saúde	6,00	40	R\$ 2.200,00	R\$ 220,00	R\$ 14.520,00
Auxiliar de Saúde Bucal	0,33	40	R\$ 1.550,00	R\$ 220,00	R\$ 584,10
Cirurgião Dentista	0,33	40	R\$ 6.082,16	R\$ 220,00	R\$ 2.100,72
Enfermeiro	1,00	40	R\$ 6.082,16	R\$ 220,00	R\$ 6.302,16
Médico	1,00	40	R\$ 15.157,00	R\$ 220,00	R\$ 15.377,00
Técnico de Enfermagem	1,33	40	R\$ 2.324,93	R\$ 220,00	R\$ 3.384,76
Técnico de Saúde Bucal	0,17	40	R\$ 2.324,93	R\$ 220,00	R\$ 432,64
TOTAL FUNCIONÁRIOS	10				
TOTAL SALÁRIOS					R\$ 42.701,38
(*) GRATIFICAÇÕES					
TOTAL					R\$ 6.371,78

(*) OFÍCIO CIRCULAR 9/SÚBPAV Nº 11/2021

702



ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA
Fundada em 1933 | Entidade Pública Municipal, Estadual e Federal | Entidade Filantrópica inscrita no CNAS desde 28/06/1963

ENCARGOS SOCIAIS E TRABALHISTAS - COM CEBAS			
Grupo A	INSS - Empresa	0,000%	R\$ -
	INSS - Terceiros + FAP	0,000%	R\$ -
	SAT	0,000%	R\$ -
	PIS	1,000%	R\$ 490,73
	FGTS	8,000%	R\$ 3.925,85
Grupo B	13º Salário	8,330%	R\$ 4.087,79
	Abono de Férias	2,780%	R\$ 1.364,23
	Férias proporcionais acumuladas em caso de demissão coletiva	1,567%	R\$ 818,05
	Férias integrais com reposição de quadro	0,000%	R\$ -
Grupo C	Aviso Prévio Indenizado	0,420%	R\$ 206,11
	Aviso Prévio (dias extras legais)	0,833%	R\$ 406,78
	13º Salário (Lei nº 12.506/11)	0,189%	R\$ 66,21
	Férias e Abono Constitucional sobre Lei nº 12.506/11	0,185%	R\$ 90,79
Grupo D	Multa/FGTS	4,000%	R\$ 1.902,93
Grupo E	Encargos Patronais (incidência de A sobre B+C)	1,292%	R\$ 634,02

703



[Handwritten signature]





ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA
 Fundada em 1932 | Médico Paulo Municipal | Equidade e Excelência | Fins Sociais Registrados em CNAS desde 25/04/17/03

Total Provisões		10,646%	R\$	5.640,91
Total Encargos		0,000%	R\$	4.416,58
Subtotal (Encargos + Provisões)		28,846%	R\$	14.057,49
BENEFÍCIOS				
VALE TRANSPORTE	QT. DIAS ÚTEIS	VALOR DIÁRIO P/ FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL
	22	R\$ 5,10	10	R\$ 1.811,11
VALE REFEIÇÃO / ALIMENTAÇÃO	QT. DIAS ÚTEIS	VALOR DIÁRIO P/ FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL
	22	R\$ 18,11	10	R\$ 4.050,07
TOTAL BENEFÍCIOS			R\$	5.861,18
TOTAL CUSTEIO DE PESSOAL				
TOTAL			COM CEBAS	
			R\$	68.991,70

704

X



P.



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 (<http://osinfo.rio.rj.gov.br>), 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 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-Rio 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-Rio 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-Rio 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-Rio 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-Rio 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-Rio 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-Rio 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-Rio e a 7ª parcela trimestral antecipada seja liberada no 21º mês, para execução no período seguinte.

3.2. A prestação de contas se dará:

Prestação de Contas mensal deverá ser disponibilizada no Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais, até o 10º dia útil de cada mês, junto com notas fiscais digitalizadas, contratos de prestação de serviços firmados com empresas terceirizadas escaneados e



qualquer outro documento que se entenda pertinente, para fins de acompanhamento pela SMS-Rio 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 II – 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 neste Anexo (Anexo II – Item 10 – C) e no Anexo Técnico E do Contrato de Gestão deverá cumprir o conjunto de requisitos definidos no Anexo Técnico B do Contrato de Gestão.

4.3. Recursos orçamentários para adaptações das instalações das unidades

O repasse será realizado de acordo com o cronograma de desembolso constante deste Anexo.



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 1.0, objeto deste contrato de gestão, ND 5039 e nos anos subsequentes no PT que o suceder, respeitando os valores do Cronograma de Desembolso e Metas Físicas constante deste Anexo.

Este valor inclui as partes variáveis (1), (2) e (3).

Os limites máximos mensais em cada categoria de despesa são apontados no cronograma de desembolso constante deste Anexo.

As proponentes deverão apresentar na Proposta Técnica um Quadro idêntico àquele apresentado no cronograma de desembolso constante deste Anexo, com a proposta de evolução mensal dos valores totais para cada uma das rubricas apresentadas, sob pena de desclassificação da mesma.

7. DESPESAS GLOSADAS

Todas as despesas que não forem eventualmente reconhecidas pela CTA como pertinentes ao contrato, deverão ser ressarcidas à conta específica do mesmo com demonstração por meio de extrato bancário no prazo determinado pela CTA.

8. MANUTENÇÃO E APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS FISCAIS E CONTÁBEIS

A CONTRATADA deverá manter em perfeita ordem todos os documentos fiscais e contábeis, especialmente os respectivos livros e os comprovantes de todas as despesas



contraídas, devendo apresentá-los sempre que requerido pelos órgãos fiscalizadores competentes.

As informações fiscais e contábeis deverão ser encaminhadas através do Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais, mediante a também da Declaração de veracidade das informações constantes no relatório financeiro, conforme modelo da alínea "a)".

Todos os comprovantes fiscais deverão ser emitidos em nome da CONTRATADA e seus originais ficarão sob sua guarda e à disposição dos órgãos fiscalizadores.

As notas fiscais devem estar devidamente quitadas, contendo aposição de carimbo identificador da CONTRATADA, bem como a data e a assinatura de seu preposto.

Somente serão aceitos os recibos e as notas fiscais quando emitidos com data posterior à assinatura do Contrato de Gestão e de seus respectivos termos aditivos. No momento do "atesto", o valor unitário de cada item/insumo/ material de consumo ou permanente deve constar na nota a ser atestada. Todos os recibos e notas fiscais devem ter o atesto do diretor/gerente da unidade.

9. AQUISIÇÃO DE MATERIAIS PERMANENTES

As aquisições de materiais permanentes efetuadas com recursos oriundos deste Contrato de Gestão deverão ser incorporadas e patrimoniadas pela SMS-Rio 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 da CTA. Da mesma forma, todos os bens adquiridos devem ser informados no Painel de Gestão.



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 1.0) 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-Rio devem ser implementados e garantidos em todas as Unidades de Atenção Primária.

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 na Estratégia Saúde da Família.

Os 15 passos para gestão da Atenção Primária:

Serviços oferecidos nesta Unidade de Atenção Primária



1. Acolhimento
2. Acompanhamento da gestante e do bebê (pré-natal e puericultura)
3. Administração de medicamentos e nebulização (sob prescrição)
4. Consulta de enfermagem
5. Consulta médica
6. Consulta odontológica
7. Curativo
8. Dispensação de medicamentos
9. Exames laboratoriais
10. Exame preventivo (câncer de colo de útero)
11. Grupo de educação em saúde
12. Imunização (vacinas)
13. Pequenos procedimentos (cirúrgicos)
14. Planejamento familiar e dispensação de preservativos e contraceptivos
15. Teste de gravidez (TIG) e teste rápido para IST (hepatites virais, HIV e sífilis)

Horários

1. Devem estar afixados e visíveis:
 - a. Horário de funcionamento da unidade;
 - b. Horários de atendimento de todos os profissionais;
 - c. Horários de todas as atividades educativas semanais;
 - d. Mapa de horários das salas.
2. Durante todo o horário de funcionamento da unidade, devem ser disponibilizadas consultas, curativos, dispensação de medicamentos, imunização (vacinas), realização de testes rápidos, hidratação venosa e observação clínica.
3. A aferição de pressão arterial deve ser realizada a qualquer usuário que a solicite, durante todo o horário de funcionamento da unidade.
4. O agendamento preconiza que o paciente não aguarde mais de 40 minutos para ser atendido. Entretanto, intercorrências podem ocorrer, e é obrigação do profissional de saúde esclarecer o motivo do atraso e orientar sobre a possibilidade de remarcação.



Cadastro

1. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é responsável pela realização do cadastro do usuário, que pode ser realizado na unidade de saúde ou no domicílio do paciente.
2. Para o cadastro é necessária a apresentação do número do Cadastro de Pessoas Física (CPF) de todos os moradores do domicílio acima de 16 anos ou do número da Declaração de Nascido Vivo (DNV) dos menores de 16 anos.
3. Em caso de cadastro realizado na unidade de saúde, o ACS responsável pela microárea deve realizar visita domiciliar para validar o endereço.
4. A unidade dispõe de lista atualizada dos números das declarações de nascidos vivos (DNV) do seu território e deverá consultá-la sempre que necessário.
5. A unidade deve orientar o usuário sobre como realizar a regularização da documentação (CPF ou DNV).

Visitas domiciliares dos agentes de saúde

1. Agente Comunitário de Saúde (ACS): deve realizar visita domiciliar com periodicidade baseada na avaliação de risco, com a frequência mínima:
 - Diária: tuberculose, hanseníase;
 - Semanal: gestantes de alto risco, crianças até 30 dias;
 - Mensal: gestantes de risco habitual, crianças de 1 mês a 1 ano, acamados, Cartão Família Carioca (CFC);
 - Trimestral: hipertensos, diabéticos, crianças de 1 a 2 anos;
 - Semestral: crianças de 2 a 6 anos, idosos (≥ 60 anos), Bolsa Família (BF).
2. Agente de Vigilância em Saúde (AVS): deve realizar visita domiciliar com periodicidade baseada na avaliação de risco ambiental e do domicílio, com a frequência mínima de duas vezes ao ano por domicílio.
3. Visita domiciliar solicitada na unidade de saúde: o ACS deve realizar a primeira avaliação, seguida de agendamento pela equipe técnica (técnico de enfermagem, enfermeiro, dentista e/ou médico) em, no máximo, 30 (trinta) dias úteis, caso seja confirmada a necessidade.



Cartão Família Carioca

1. ATENÇÃO: paciente que possui o Cartão Família Carioca (CFC) e Bolsa Família (BF), devido a um maior risco social, deve receber atenção especial sempre que procurar a unidade.
2. OBRIGATÓRIO: é necessário verificar o cadastro integral desses pacientes para registro de suas condicionalidades (crianças até 2 anos, gestantes e adolescentes de 12 a 19 anos).

Consultas

1. Agendamento: somente os moradores da área de responsabilidade da unidade de atenção primária podem agendar consulta.
O agendamento deve ocorrer durante todo o horário de funcionamento da unidade.
2. Orientação: todo paciente que procura a unidade para agendamento deve sair com data e hora marcada por escrito no mesmo momento, se morador da área de responsabilidade da unidade de atenção primária.
3. Realização da consulta: é necessário que pessoas acima de 16 anos apresentem número do Cadastro de Pessoa Física (CPF) ou número da Declaração de Nascido Vivo (DNV) se menor de 16 anos — exceto casos de urgência (para a população em situação de rua, o CNS é válido).
4. Casos de urgência: deve ser atendido pelo enfermeiro, médico, dentista no mesmo dia.
5. Consulta na Estratégia Saúde da Família (ESF): deve ser agendada em, no máximo, 30 (trinta) dias úteis para enfermeiro, médico ou dentista, de acordo com a necessidade.
6. Retorno: o profissional de saúde que realizou o atendimento deve realizar o agendamento de retorno, de acordo com os protocolos clínicos por ele estabelecidos.
7. Remarcação: em caso de imprevisto e necessidade de alteração na consulta agendada pelo profissional de saúde, a unidade deve informar nova data e horário imediatamente.

Exames laboratoriais

1. Coleta: é necessário que pessoas acima de 16 anos apresentem documento com foto e número do Cadastro de Pessoa Física (CPF), e, se menor de 16 anos, o número da Declaração de Nascido Vivo (DNV) escrito no pedido.
2. Solicitante: deve ser aceito apenas pedido de profissional de saúde cadastrado no SCNES da unidade.



3. Exames laboratoriais: o tempo máximo de espera entre o pedido e a coleta é de 3 (três) dias úteis, ou conforme orientação de profissional de saúde. Após a coleta, o resultado online deve estar disponível em, no máximo, 5 (cinco) dias úteis.
4. Exames especiais e citopatológico (preventivo): o tempo máximo de espera entre o pedido e a coleta é de 7 (sete) dias úteis, ou conforme orientação de profissional de saúde. Após a coleta, o resultado deve estar disponível em, no máximo, 20 (vinte) dias úteis.
5. Orientação: o usuário deve guardar o número da solicitação e a senha entregues no momento da coleta, para verificar seu resultado online.
6. Gestante: no primeiro contato, o profissional de saúde deve realizar os testes rápidos para IST (hepatites virais, HIV e sífilis), com resultados entregues no mesmo dia.

Outros exames

1. Documento: é necessário que pessoas acima de 16 anos apresentem documento com foto e número do Cadastro de Pessoa Física (CPF), e, se menor de 16 anos, o número da Declaração de Nascido Vivo (DNV) escrito no pedido.
2. Solicitante: deve ser aceito apenas pedido de profissional de saúde cadastrado no SCNES da unidade.
3. Exames de imagem: raio-X, ultrassonografia (USG) e eletrocardiograma (ECG) devem ser agendados em, no máximo, 30 (trinta) dias úteis.
4. Mamografia: de rastreio deve ser agendada em, no máximo, 30 (trinta) dias úteis; diagnóstica deve ser agendada em, no máximo, 5 (cinco) dias úteis.

Farmácia

1. Dispensação de medicamentos: é necessário que a receita contenha o número do Cadastro de Pessoa Física (CPF), se acima de 16 anos, ou, se menor de 16 anos, o número da Declaração de Nascido Vivo (DNV) escrito na receita.
2. Casos de urgência ou risco de vida: o profissional farmacêutico pode fornecer excepcionalmente o medicamento, mediante justificativa no verso da receita.
3. Uso contínuo: receitas de doenças crônicas, anticoncepcionais e medicamentos de uso continuado poderão ter validade de até 1 (um) ano, de acordo com prescrição do médico, enfermeiro ou cirurgião dentista.



4. Lista de medicamentos da atenção primária: deve estar disponível na farmácia da unidade.
5. Medicamento especializado: para acesso a medicamento do componente especializado, deve-se fazer contato pelo e-mail especializado.safie@saude.rj.gov.br, da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, ou pelos telefones (21) 2333-3998 / 2333-3896 / 2332-8568 / 2332-8569 / 96900-6162 / 96943-0300 / 97983-3535 / 98235-5121, de 2a a 6a das 8 às 17 horas.
6. Hanseníase // HIV // tuberculose: todas as unidades devem oferecer medicamentos para o tratamento, e todos os profissionais da farmácia devem verificar possíveis casos de abandono.
7. Diabetes e curativos crônicos: os insumos somente poderão ser fornecidos pela farmácia mediante apresentação de receita atualizada com número de CPF ou DNV de paciente morador da área de abrangência da unidade.
8. Preservativos: a unidade deve disponibilizar preservativos em local visível e acessível.
9. Falta de medicamento: em caso de ausência do medicamento presente na lista da unidade, o usuário deve realizar ouvidoria ligando 1746.

Atestados de saúde

1. Atividade física: deve ser realizada por médico e é necessário agendamento de consulta.
2. Afastamento ou repouso: deve ser realizado por médico e cirurgião dentista conforme avaliação clínica.
3. Comparecimento: pode ser realizado por qualquer profissional da unidade com data e hora do comparecimento do usuário.
4. Necessidades especiais: deve ser realizado por médico mediante a apresentação do Número de Identificação Social (NIS).
5. Atestado falso ou sem justificativa clínica: a emissão pode implicar processo ético administrativo profissional, entre outras implicações legais, conforme previsto nos artigos 297 e 302 do Código Penal, e acarretar demissão por justa causa e pena — detenção de 1 (um) mês a 1 (um) ano.

Encaminhamentos externos

1. Encaminhamento à outra unidade de saúde: deve ser realizado somente com o número do Cadastro de Pessoa Física (CPF) ou o número do Cartão Nacional de Saúde (CNS), nas plataformas oficiais.



2. Solicitação: no momento da inserção no Sistema Nacional de Regulação (SISREG) ou no Sistema Estadual de Regulação (SER), deve ser entregue o código de solicitação para o paciente, para acompanhamento.
3. Autorização: é obrigação da unidade de saúde solicitante informar, por telefone ou presencialmente em visita domiciliar, a data, o local e o horário da marcação da consulta ou do procedimento.
4. Orientação: no dia da consulta ou procedimento na unidade para qual foi encaminhado, o usuário deve levar a Guia de Referência e Contrarreferência assinada e carimbada, a Guia de Autorização de Procedimento Ambulatorial (SISREG/SER) impressa, um documento com foto, o número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) e o número do Cadastro de Pessoa física (CPF).
5. Obrigatório: a unidade para qual o paciente foi encaminhado deve preencher a parte inferior da Guia de Referência e Contrarreferência, para considerar que aquela consulta ou procedimento realmente ocorreu.
6. Alta hospitalar: o paciente deve apresentar nesta Unidade de Atenção Primária o resumo de alta médica impresso.

Colegiado gestor

1. O diretor/gerente deve se comprometer a reunir as lideranças locais na primeira semana de cada mês, para prestar contas do funcionamento da unidade, ouvir avaliações e apresentar possíveis ajustes de funcionamento.
2. As equipes devem se reunir semanalmente para educação permanente e planejamento das ações de saúde. Neste momento, o acolhimento deve ser realizado por equipe de retaguarda.
3. Contribua com o funcionamento da sua unidade fazendo um elogio, crítica ou sugestão de melhoria, ligando 1746.
4. Fale com a direção/gerência ou responsável pela unidade imediatamente em caso de insatisfação — sua crítica é fundamental para melhorarmos nossos processos. Caso considere que seu problema não tenha sido resolvido, registre o ocorrido com data, hora e nome dos envolvidos ligando 1746, e caso não haja resposta que julgue adequada, registre o ocorrido na Ouvidoria do Ministério da Saúde, ligando 136.
5. Se desejar conhecer mais detalhes sobre a sua unidade e todos os serviços que ela oferece, consulte a Carteira de Serviços da APS-Rio disponível na Recepção da unidade.



6. Conheça os dados de saúde da sua unidade disponíveis no Placar da Saúde, que tem atualização mensal.

SERVIÇO DE APOIO ESPECIALIZADO (SAE) E NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA (NASF-AB)

Trata-se de um serviço de apoio às equipes de Saúde da Família que objetiva ampliar as ações da Atenção Primária à 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-AB 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 1 NASF-AB deverá estar vinculado a no mínimo 5 (cinco) e a no máximo 9 (nove) equipes de Saúde da Família e para populações específicas (consultórios na rua);

Os Serviços de Apoio Especializado (SAE) à Saúde da Família do Município do Rio de Janeiro, deverão estar vinculados, preferencialmente, à Policlínica ou Centro Especializado de Reabilitação da Área de Planejamento e poderão ser compostos de acordo com o perfil epidemiológico e necessidade sanitária 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 constar 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 as equipes de Saúde da Família, NASF-AB, SAE, 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 encaminhado 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-Rio 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-Rio.
- 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 médico, 01 enfermeiro, 01 técnico de enfermagem, 04 a 06 agentes comunitários de saúde e 01 agente de vigilância em saúde.

Cada equipe de Saúde da Família é responsável por realizar a cobertura de uma área que corresponde ao conjunto de 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 deve ser 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 últimos setores censitários do IBGE (2010).

A equipe de Saúde da Família poderá ser composta por profissionais residentes vinculados à COREME e/ou COREMU do PRMFC e PRESFC da SMS-Rio, e 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) e Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde (CNRMS). Nesse caso, cada residente deverá dividir a área de abrangência da equipe com outro residente, supervisionados por preceptor da mesma categoria, e a equipe deverá ser responsável pela mesma proporção de pessoas assistidas, máximo de 3.450.



ANEXO TÉCNICO E

ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO, AVALIAÇÃO E METAS PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE AP 1.0

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 contrarreferência
- B.2.5. Implementação de atividades de promoção da saúde e prevenção de Doenças

B.3. PAGAMENTO DA PARTE VARIÁVEL - INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS

- B.3.1. Aspectos gerais
- B.3.2. Parte variável 01 - incentivo institucional à gestão do TEIAS
- B.2.1. Parte variável 02 - incentivo à qualificação das Unidades de Atenção Primária
 - 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. SISCAN - Sistema de Informação sobre Câncer
- B.4.1.6. SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
- B.4.1.7. SI-PNI/API – Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações / Avaliação do Programa de Imunizações
- B.4.1.8 SISREG – Sistema 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 melhora 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-Rio, 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-Rio 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, deve ser 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 05 membros titulares e 01 suplente, assim definido:

Titulares

- a) 03 representantes da S/SUBPAV/CAP
- b) 01 representante da S/SUBPAV
- c) 01 representante da S/SUBG

Suplente

- d) 1 representante da S/SUBG

Os membros da CTA, titulares e suplente, serão definidos e nomeados pelo Secretário Municipal de Saúde e publicados em Diário Oficial Municipal.

Sempre que necessário, outros profissionais 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-Rio 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-Rio ou pelo contratado;
- f) manter registro das reuniões realizadas, cuja ata deverá ser assinada pela totalidade dos membros presentes à 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;
- 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-Rio:

- 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 CONTRARREFERÊNCIA

Uma efetiva articulação entre os níveis assistenciais deve comportar 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.

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, reconhecendo 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-Rio ou pela CTA.

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 verificar a partir dos registros no prontuário eletrônico, de acordo com o calendário vacinal adotado pelo município.

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

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

A parte variável do contrato de gestão está dividida em três partes:

- **Parte variável 01 – incentivo institucional à gestão do TEIAS.**
- **Parte variável 02 - incentivo Institucional à Unidade de Atenção Primária.**
- **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-Rio. Este recurso somente pode ser utilizado no objeto do Contrato de Gestão.

A CONTRATANTE solicitará à CONTRATADA a apresentação de relatórios contendo dados e informações relativas aos resultados assistenciais e qualidade dos serviços prestados, conforme Quadro 1.0 de Indicadores de Acompanhamento e Avaliação.

Para fazer jus aos recursos orçamentários da parte variável 01 com periodicidade trimestral, que correspondem a até 2% do percentual do valor referente à parcela fixa excluída o valor de investimento, a CONTRATADA deverá apresentar um relatório contendo os resultados dos indicadores pré-estabelecidos pela SMS-Rio, definidos no Quadro 1.0.

O valor está condicionado ao cumprimento do conjunto de metas estabelecidas para o respectivo trimestre.



Caso a OSS cumpra a totalidade das metas, a parte variável 01 deverá ser considerada na rubrica “Apoio a gestão do TEIAS – OSS”, devendo a OSS apresentar à CAP o plano de aplicação deste valor.

A parte variável 01 pode ser dividida em três faixas de recursos orçamentários:

(i) cumprimento de 80 a 100% das metas implica em destinação do total de 2% dos recursos orçamentários pré-definidos à OSS, desde que 100% das equipes de Saúde da Família (eSF) estejam completas (*). No caso de equipes incompletas, mesmo tendo 100% dos indicadores alcançados, a OSS fará jus somente a 1% do recurso.

(ii) cumprimento de 60 a 79% das metas implica em destinação do total de 1% dos recursos orçamentários pré-definidos à OSS, desde que 100% das eSF estejam completas (*). No caso de equipes incompletas, mesmo tendo 100% dos indicadores alcançados, a OSS fará jus somente a 0,5% do recurso.

(iii) cumprimento de menos de 60% das metas implica em não destinação do recurso à OSS.

(*) entende-se por equipe de Saúde da Família completa, em cada mês do período de análise, aquela que possuir **cadastrado no SCNES**: um médico 40h + um enfermeiro 40h + um técnico de enfermagem 40h + o número mínimo de 04 ACS para cada território.

A avaliação do cumprimento do conjunto de metas estabelecidas será realizada trimestralmente pela Comissão Técnica de Acompanhamento – CTA, que é parte integrante da SMS-Rio, que se reúne periodicamente analisando os documentos entregues pela CONTRATADA, já mencionados anteriormente, ou efetuando análise de outros documentos ou até supervisão local, se julgar necessário.

Quadro 1.0 de indicadores da PARTE VARIÁVEL 01 - incentivo institucional à gestão do TEIAS.

Nº.	AÇÃO	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	FONTE	PERIODICIDADE	META
I	Manutenção de comissões de prontuários nas unidades	Proporção de UAP com comissões de prontuários mantidas	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de unidades com comissões com atividade mensal}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ de unidades com eSF}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral (a partir do 7º mês do início do contrato)	95%



<p>Observação: 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.</p>						
2	Acompanhamento do cadastramento e atualização no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)	Proporção de profissionais de saúde cadastrados no SCNES	(N) Nº de profissionais das eSF e eSB cadastrados no prontuário com correspondência no SCNES x 100 (D) Nº de profissionais das eSF e eSB cadastrados no PEP	Prontuário Eletrônico (PEP) + arquivo exportação do CNES	Trimestral	95%
<p>Observação: 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 SCNES e de código de equipe para os profissionais. Mensalmente as empresas de prontuário devem atualizar toda a base do SCNES enviada ao DATASUS (N). Deve-se comparar a proporção de profissionais cadastrados no PEP com aqueles devidamente registrados no SCNES.</p>						
3	Estrutura para impressão de documentos assistenciais	Percentual de consultórios com impressora funcionando	(N) Nº de consultórios de eSF, eSB e farmácia com impressora disponível e funcionando nas unidades com apoio à gestão x 100 (D) Nº de consultórios de eSF, eSB e farmácia nas unidades com apoio à gestão	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	95%
<p>Observação: O prontuário deve permitir ao gerente / diretor registrar no módulo de cadastro da unidade mensalmente se todos os consultórios de equipes de saúde da família (considerando salas temáticas), saúde bucal e farmácia apresentam impressoras disponíveis e funcionando no período.</p>						
4	Abastecimento regular das unidades	Proporção de unidades de saúde com declaração que estão regularmente abastecidas pelo diretor / gerente	(N) Nº de UAP com declaração que estão regularmente abastecidas pelo diretor / gerente x 100 (D) Nº de unidades recebendo apoio à gestão	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	95%
<p>Observação: 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.</p>						
5	Descentralização do fornecimento de medicamentos controlados	Proporção de unidades que realizam o fornecimento de medicamentos controlados.	(N) Nº de unidades com apoio à gestão que realizam o fornecimento registrado pelo prontuário x 100 (D) Nº total de unidades com apoio à gestão na área	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	95%
<p>Observação: 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.</p>						
6	Regularidade no envio da produção (BPA, SISAB, OSINFO)	Proporção de unidades que informaram em dia	(N) Nº de unidades com comprovação de envio de arquivos válidos pelo PEP x 100 (D) Nº total de unidades com apoio à gestão na área	Protocolo de envio pelo Prontuário Eletrônico (PEP) + declaração da DICA	Trimestral	100%
<p>Observação: O calendário de envio para o SISAB e SIA deverá seguir o pactuado com CAP e SMS. O Painel OS INFO deve ser informado conforme regulamentação da S/SUBG/CCGOS. O prontuário deve gerar relação das unidades com a data e a competência de envio nos três meses em análise.</p>						



[Handwritten signature]

7	Regularidade no envio dos indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3), aos profissionais das equipes	Proporção de profissionais da eSF e eSB que receberam mensalmente por e-mail pelo PEP o resultado de indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3) de sua UAP	(N) Nº de profissionais das eSF e eSB que receberam mensalmente por e-mail pelo PEP o resultado de indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3), de sua UAP x 100 (D) Nº total de profissionais de eSF e eSB na área	Protocolo de envio de e-mail pelo Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	100%
Observação: Todos os profissionais das equipes devem receber mensalmente por e-mail, automaticamente a partir do prontuário o resultado dos indicadores de desempenho, SIA e SISAB. O prontuário deve gerar uma relação de todos os profissionais de saúde por unidade e por equipe com a data de envio automático dos indicadores por e-mail, o e-mail de cada um deles e o cargo dos mesmos.						
8	Relação do gasto administrativo em relação ao total de gastos	Razão de gasto administrativo em relação ao total do gasto	(N) Valor gasto com a rubrica gestão TEIAS / OSS no trimestre (D) Teto do valor para a rubrica gestão do TEIAS / OSS no trimestre	Prestação de contas	Trimestral	≤ 1
Observação: 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 do MS ou da SMS	Proporção de itens adquiridos com valor abaixo da média do banco de preços do MS ou SMS	(N) Total de itens comprados abaixo da média de preços x 100 (D) Total de itens adquiridos	Prestação de contas	Trimestral	95%
Observação: Eficiência das aquisições e uso adequado dos recursos do projeto de acordo com itens preestabelecidos em lista padrão. Apresentação da curva ABC para os 300 principais itens. DECRETO RIO Nº 41.208 DE 18/01/2016.						
10	Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados	Proporção de gerentes que consideraram de boa qualidade os itens adquiridos e os serviços prestados	(N) Nº de itens fornecidos e serviços prestados avaliados com boa qualidade no período de análise x 100 (D) Total de itens e serviços prestados avaliados no período de análise	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	95%
Observação: Eficiência das aquisições e uso adequado dos recursos do projeto de acordo com itens preestabelecidos em lista padrão.						
11	Proporção de cura de tuberculose	Proporção de casos de tuberculose encerrados como cura no período	(N) Nº de casos novos de Tuberculose encerrados como cura na área no período em análise x 100 (D) Nº total de casos novos de Tuberculose encerrados na área no período em análise	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	90%
Observação: O alcance da meta deste indicador será somente se considerado 90% dos casos com diagnóstico de tuberculose > ou = 12 meses estiverem encerrados com o respectivo motivo do encerramento registrado no PEP. O prontuário deverá permitir a extração da lista nominal dos casos com diagnóstico de TB com a respectiva data e motivo de encerramento.						
12	Acompanhamento de Sífilis na Gestação	Proporção de Notificações de Sífilis na Gestação com tratamento adequado	(N) Nº de gestantes residentes na abrangência das equipes notificadas para Sífilis na Gestação com tratamento adequado no período em análise x 100 (D) Nº de gestantes residentes na abrangência das equipes notificadas para Sífilis na Gestação no período em análise	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	90%



<p>Observação: a) Considera-se tratamento ADEQUADO: 1) prescrição adequada para o tipo de sífilis (primária, secundária, latente); E 2) Tratamento do parceiro; E 3) Tratamento realizado antes de 30 dias da data do parto; b) Para atingir o indicador deve-se fazer o diagnóstico precocemente (importância do teste rápido) e tratar o parceiro; c) Considera-se também casos de gestantes residentes na área das equipes notificadas na maternidade. Para isso, havendo inconsistências nessas notificações é possível a correção na base do SINAN, desde que a equipe fique atenta e comprove que o tratamento foi adequado.</p>						
13	Proporção de gestantes com 7 ou mais consultas	Proporção de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal registradas no PEP	(N) Nº de mulheres que encerraram o pré-natal com 7 ou mais consultas (médico e/ou enfermeiro) na área no período em análise x 100 (D) Nº total de mulheres que encerraram o pré-natal na área no período em análise	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	80%
<p>Observação: Considerar todos os registros de consultas de pré-natal do médico e/ou do enfermeiro na linha de cuidado.</p>						
14	Proporção de cadastros definitivos com número único (CPF) para pessoas com 16 anos ou mais	Proporção de cadastros definitivos com número único em relação ao total de cadastros para pessoas com 16 anos ou mais	(N) Nº de pessoas cadastradas no PEP com preenchimento do campo CPF para pessoas com 16 anos ou mais x 100 (D) Nº total de pessoas cadastradas no PEP com 16 anos ou mais	PEP	Trimestral	90%
15	Proporção de cadastros definitivos com número único (DNU ou CPF) para pessoas menores de 16 anos	Proporção de cadastros definitivos em relação ao total de cadastros para pessoas com menos de 16 anos	(N) Nº de pessoas cadastradas no PEP com preenchimento do campo DNU ou CPF para pessoas com menos de 16 anos x 100 (D) Nº total de pessoas cadastradas no PEP com menos de 16 anos	PEP	Trimestral	90%
16	Rotatividade de profissionais nas equipes	Rotatividade (turnover) de profissionais nas equipes de Saúde da Família	(N) Nº de profissionais substituídos + Nº de profissionais admitidos / 2 (D) Nº total de profissionais ativos no período	CNES	Trimestral	≤ 5%
<p>Observação: Forma clássica de cálculo do turnover: número de demissões mais número de admissões / 2 dividido pelo número de funcionários ativos. 1) Consideram-se apenas os profissionais da equipe mínima de eSF e eSB. 2) Para substituição consideram-se demissões, transferências e substituições por licença.</p>						
17	Proporção de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca com condicionalidades acompanhadas	Número de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca (CFC) acompanhadas no período	(N) Nº de crianças até 2 anos e gestantes beneficiárias do CFC acompanhadas x 100 (D) Nº total de crianças até 2 anos e gestantes beneficiárias do CFC.	Portal SUBPAV	Trimestral	
<p>Observação: Meta: Janeiro / Julho – 20% Fevereiro / Agosto – 30% Março / Setembro – 40% Abril / Outubro – 60% Maio / Novembro – 80% Junho / Dezembro – 90%.</p>						



[Handwritten signature]

18	Percentual de escolas e creches no território de referência da Unidade de Atenção Primária com no mínimo uma atividade de promoção, prevenção ou assistência	Proporção de escolas e creches cobertas na área da Unidade de Atenção Primária	(N) Nº de escolas que receberam no mínimo uma ação de saúde no período x 100 (D) Total de escolas da área	PEP	Mensal (considerar apenas meses letivos das escolas)	90%
<p>Observação: O prontuário deve permitir ao gerente / diretor registrar no módulo de cadastro da unidade as escolas e creches públicas na área de abrangência com informações como INEP, Endereço, Nome do estabelecimento, número de alunos. Cada equipe de SF e SB deve registrar as atividades realizadas a partir desse cadastro realizado. Nos meses não letivos das escolas, não considerar o mês em questão.</p>						
19	Desempenho assistencial	Proporção de famílias com entrega de kits de higiene oral dentre as famílias beneficiárias de programas de incentivo	(N) Nº de famílias beneficiárias de programa de incentivo cadastradas na área da eSF com kits individuais entregues para todos os seus membros pelos ACS ou eSB x 100 (D) Total de famílias beneficiárias de programa de incentivo cadastradas na área da eSF	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	100%

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

No decorrer do Plano de Trabalho, caso algum Sistema de Informação oficial do Ministério da Saúde ou da SMS-Rio, venha a ser alterado, o mesmo deverá acontecer em relação às "Fontes" descritas nos Eixos 1 a 6 para cada indicador, tendo a OSS que proceder a mudança no mês seguinte a esta alteração.

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

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

B.3.3. PARTE VARIÁVEL 02 – O cumprimento de indicadores específicos relacionados a cada Unidade de Atenção Primária destinará um valor trimestral preestabelecido segundo o número de equipes, a ser aplicado na própria Unidade de Atenção Primária.

O valor é de até R\$ 3.000,00 / trimestre por equipe de Saúde da Família, observado o limite de 1% da parcela fixa, excluído o valor do investimento, do trimestre previsto no “Anexo Técnico E – Cronograma de Desembolso e Metas Físicas”. O valor mensal pago para cada




Unidade de Atenção Primária a título de bônus premial, referente à variável 2, deverá respeitar a proporcionalidade do valor máximo apurado no período, e, o limite de 1% da parcela fixa do trimestre previsto no “Anexo Técnico E – Cronograma de Desembolso e Metas Físicas”.

Para a obtenção do repasse dos recursos da Parte Variável 2 pelas Unidades de Atenção Primária, deverão ser cumpridas 2 (duas) condicionais:

1) Atingimento das metas pelas equipes de Saúde da Família:

- Cumprimento das metas de 0 a 11 indicadores pelas equipes de Saúde da Família da unidade, não será repassado nenhum valor.
- Cumprimento das metas de 12 a 16 indicadores pelas equipes de Saúde da Família da unidade, será repassado 50% do valor do trimestre (até R\$ 1.500,00 por equipe);
- Cumprimento das metas de 17 a 20 indicadores pelas equipes de Saúde da Família da unidade, será repassado 100% do valor do trimestre (até R\$ 3.000,00 por equipe).

Exemplos:

- A. uma unidade com três equipes de Saúde da Família em que todas essas equipes tenham cumprido a meta de 17 a 20 indicadores, será repassado à unidade $3 \times R\$ 3.000,00 = R\$ 9.000,00$ no trimestre;
- B. uma unidade com 5 equipes de Saúde da Família em que quatro tenham cumprido a meta de 17 a 20 indicadores e uma tenha cumprido a meta de 12 a 16 indicadores, será repassado à unidade $5 \times R\$ 1.500,00$ Reais no trimestre;
- C. uma unidade com 4 equipes de Saúde da Família em que duas tenham cumprido a meta de 17 a 20 indicadores, uma equipe cumprido a meta de 12 a 16 indicadores e uma tenha cumprido a meta de 0 a 11 indicadores, não será repassado nenhum valor à unidade.

2) Da completude das Fichas de Cadastro do Prontuário Eletrônico (PEP):

O percentual mínimo de Fichas de Cadastro Individual e Domiciliar com todos os campos preenchidos no PEP é de 90%, em cada um dos meses do trimestre. Somente se este percentual for atingido nos três meses do trimestre, as unidades que atingiram as metas de 17 a 20 indicadores terão 100% do repasse. Se não houver 90% de completude das Fichas de Cadastro, o repasse cairá para 50%. Da mesma forma, as unidades que atingiram as metas de



12 a 16 indicadores só receberão 50% do repasse se a completude das Fichas de Cadastro for de 90% ou mais. Caso seja menor que 90%, o repasse será de apenas 25%.

*Os prontuários eletrônicos deverão fornecer relatório com o percentual de fichas de cadastro com todos os campos preenchidos.

A matriz de indicadores a ser utilizada na contratualização da parte variável 02 é constituída por 20 indicadores agrupados em quatro grandes áreas: **acesso, desempenho assistencial, qualidade percebida e desempenho econômico**, conforme o Quadro 02 a seguir.

Quadro 02 - Indicadores da Parte variável 02 - incentivo à qualificação das Unidades de Atenção Primária

A) Acesso

- A1. Percentagem de consultas ao paciente realizadas pelo seu próprio Médico de Família.
- A2. Percentagem demanda espontânea em relação ao total de atendimentos.
- A3. Taxa de visitas domiciliares por 1.000 inscritos.
- A4. Taxa de grupos educativos por 1.000 inscritos.
- A5. Proporção de itens da carteira de serviço implementados.
- A6. Percentagem de consultas agendadas não presencialmente, por telefone, e-mail ou plataforma web do prontuário eletrônico.
- A7. Cobertura de primeira consulta odontológica programática.

D) Desempenho Assistencial

- D1. Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia registrado nos últimos 3 anos.
- D2. Percentagem de pessoas cadastradas com diagnóstico de diabetes com pelo menos duas consultas, sendo 1 com médico e 1 com enfermeiro, registradas nos últimos doze meses.
- D3. Percentagem de pessoas cadastradas com diagnóstico hipertensão, com registro de pelo menos 1 consulta médica e 1 consulta de enfermagem no período de 12 meses.
- D4. Percentual de crianças de até 2 anos com cartão de vacinas atualizado.
- D5. Percentual de crianças de até 6 anos com cartão de vacinas atualizado.
- D6. Percentual de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez.
- D7. Percentual de primeiras consultas de puericultura efetuadas até aos 15 dias de vida.
- D8. Razão entre tratamentos odontológicos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas.

S) Qualidade Percebida

- S1. Percentagem de usuários satisfeitos / muito satisfeitos.

E) Desempenho econômico

- E1. Custo médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia (incluindo os medicamentos da REMUME) previstos por usuário.
- E2. Percentual de medicamentos prescritos da REMUME.
- E3. Percentual de pacientes encaminhados em relação ao número de pacientes atendidos.
- E4. Percentual de absenteísmo nas consultas / procedimentos agendados no SISREG.



B.3.3.1. QUADRO DE PARÂMETROS DE VALORES DE METAS 1º ANO DE CONTRATO (PARTE VARIÁVEL 02).

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

INDICADORES DE ACESSO

Nº.	AÇÃO	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	FONTE	PERIODICIDADE	META
A1	Acesso	Percentagem de consultas ao paciente pelo seu próprio médico de família	(N) Nº de consultas médicas realizadas a pacientes da equipe pelo próprio médico da equipe x 100 (D) Nº de consultas médicas realizadas a pacientes da equipe na unidade	Prontuário o Eletrônico (PEP)	Trimestral	70% a 95%
A2	Acesso	Percentagem de demanda espontânea em relação ao total de atendimentos	(N) Nº consultas realizadas sem agendamento prévio (demanda espontânea) por médicos, enfermeiros e dentistas da equipe x 100 (D) Nº total de consultas realizadas por médicos, enfermeiros e dentistas da equipe	Prontuário o Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 40%, Máximo 80%
A3	Acesso	Taxa de visitas domiciliares	(N) Nº de visitas domiciliares realizadas pela equipe em 3 meses (médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem, ACS, CDs, ASB, TSB) x 1.000 (D) Nº total de cadastrados na área da equipe	Prontuário o Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 300 / 1.000 (sem SB) ou 320 / 1.000 (com SB)
A4	Acesso	Taxa de grupos educativos	(N) Nº de atividades educativas em grupo realizadas pela equipe em 3 meses (médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem, ACS, CD, ASB, TSB) x 1.000 (D) Total de cadastrados na área da equipe	Prontuário o Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 6 / 1.000 (sem eSB) ou 12 / 1.000 (com eSB)
A5	Acesso	Proporção de itens da Carteira de Serviços implementados	(N) Nº de itens da carteira de serviços implementados pela eSF e eSB x 100 (D) Total de ações da carteira de serviços	Prontuário o Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 90%
A6	Acesso	Percentagem de consultas agendadas não presencialmente, por telefone, e-mail ou plataforma web do prontuário eletrônico	(N) Nº de consultas (médicos, enfermeiros e dentistas da eSF e eSB) agendadas por telefone, e-mail ou plataforma web do prontuário eletrônico x 100 (D) Nº total de consultas (médicos, enfermeiros e dentistas) agendadas no mês pelas eSF e eSB da unidade	Prontuário o Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 10%



A7	Acesso	Cobertura de primeira consulta odontológica programada	(N) Nº de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas nos últimos 3 meses x 100 (D) População cadastrada na área da unidade x (Nº de eSB + Nº de eSF)	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	≥ 3%
----	--------	--	---	-----------------------------	------------	------

INDICADORES DE DESEMPENHO ASSISTENCIAL

Nº.	AÇÃO	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	FONTES	PERIODICIDADE	META
D1	Desempenho assistencial	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia registrado 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 no PEP residentes na área de abrangência da equipe	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 80%
D2	Desempenho assistencial	Percentual de pessoas com diagnóstico de diabetes com pelo menos duas consultas, sendo 01 com médico e 01 com enfermeiro, registradas nos últimos 12 meses	(N) Nº de pessoas cadastradas com diagnóstico de diabetes na área de abrangência da equipe com pelo menos duas consultas, 01 com médico e 01 com enfermeiro, registradas nos últimos 12 meses x 100 (D) Nº total de pessoas cadastradas com diagnóstico de diabetes cadastradas na área de abrangência da equipe	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 70%
D3	Desempenho assistencial	Percentual de pessoas cadastradas com diagnóstico de hipertensão com registro de pelo menos 01 consulta médica e 01 de enfermagem no período de 12 meses.	(N) Nº de pessoas cadastradas com diagnóstico de hipertensão na área de abrangência da equipe com pelo menos 01 consulta médica + 01 de enfermagem no período de 12 meses x 100 (D) Nº total de pessoas cadastradas com diagnóstico de hipertensão na área de abrangência da equipe	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 70%
D4	Desempenho assistencial	Percentual de crianças de até 2 anos com cartão de vacinas atualizado	(N) Nº de crianças até 2 anos pertencentes a área de abrangência da equipe cadastradas 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 90%
D5	Desempenho assistencial	Percentual de crianças de até 6 anos com cartão de vacinas atualizado	(N) Nº de crianças até 6 anos pertencentes a área de abrangência da equipe cadastradas 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%



D6	Desempenho assistencial	Percentual de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez	(N) Nº de gestantes com pré natal encerrado no trimestre pertencentes a área de abrangência da equipe com registro de consulta no primeiro trimestre de gravidez x 100 (D) Nº total de gestantes cadastradas na área de abrangência da equipe com pré-natal encerrado no trimestre	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 80%
D7	Desempenho assistencial	Percentual de primeiras consultas de puericultura efetuadas até 15 dias de vida	(N) Nº de crianças que completaram 3 meses no período em análise pertencentes a área de abrangência da equipe cadastradas com registro de 1ª consulta realizada até 15 dias de vida 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%
D8	Desempenho assistencial	Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas	(N) Nº de tratamentos concluídos pelo cirurgião dentista da eSB nos últimos 12 meses (D) Nº de consultas odontológicas programáticas pelo cirurgião dentista da eSB nos últimos 12 meses	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	≥ 0,6

INDICADOR DE QUALIDADE PERCEBIDA

Nº.	AÇÃO	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	FONTE	PERIODICIDADE	META
S1	Qualidade Percebida	Percentagem de usuários satisfeitos / muito satisfeitos	(N) Nº de usuários satisfeitos / muito satisfeitos atendidos na unidade de saúde x 100 (D) Total de usuários que preencheram o registro de satisfação no período em análise	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 80%

INDICADORES DE DESEMPENHO ECONÔMICO

Nº.	AÇÃO	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	FONTE	PERIODICIDADE	META
E1	Desempenho econômico	Custo médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia previstos por usuário (incluindo os medicamentos da REMUME)	(N) Somatório do valor dos exames de SADT e medicamentos REMUME solicitados pelos médicos de cada equipe (fonte: Tabela SIGTAP) no trimestre avaliado (D) Nº total de usuários atendidos pelos médicos de cada equipe no trimestre avaliado	Prontuário Eletrônico (PEP) (Tabela SIGTAP como parâmetro)	Trimestral (a partir do 4º mês)	Máximo R\$ 41,80




E2	Desempenho econômico	Percentual de medicamentos prescritos da REMUME	(N) Nº de itens de medicamentos diferentes aos pertencentes a REMUME prescritos pelos médicos de cada equipe nos últimos 3 meses x 100 (D) Nº total de itens de medicamentos (pertencentes ou não a REMUME) prescritos pelos médicos de cada equipe nos últimos 3 meses	Prontuário ou Eletrônico (PEP)	Trimestral	Máximo 10%
E3	Desempenho econômico	Percentual de pacientes encaminhados em relação ao número de pacientes atendidos	(N) Nº de pacientes atendidos pelo médico de cada equipe (pacientes da área e fora de área) nos últimos 3 meses e que foram encaminhados a algum serviço / especialidade x 100 (D) Nº total de pacientes atendidos pelo médico de cada equipe (pacientes da área e fora de área) nos últimos 3 meses	Prontuário ou Eletrônico (PEP)	Trimestral	Máximo 20%
E4	Desempenho econômico	Percentual de absenteísmo nas consultas / procedimentos agendados no SISREG	(N) Nº de pacientes que faltaram à consulta especializada ou a realização de exame complementar pertencentes a área de abrangência da equipe, nos últimos 3 meses x 100 (D) Nº total de pacientes agendados para exames ou encaminhados à consultas especializadas no SISREG (para consultas ou exames) pertencentes à área de abrangência da equipe nos últimos 3 meses	SISREG (***)	Trimestral	Máximo 30%

(***) A fonte deste indicador permite extração do resultado por unidade, desta forma, será considerado o mesmo resultado para cada equipe de Saúde da Família (eSF) da UAP, ou seja, uma UAP com 4 eSF que apresentou resultado de 25% no SISREG terá para cada eSF o resultado de 25%.

B.3.3.2. CONTRATUALIZAÇÃO DOS INCENTIVOS FINANCEIROS COM A UNIDADE DE SAÚDE (PARTE VARIÁVEL 02).

A definição das metas, a partir do 2º ano de contrato com as OSS depende da pactuação a ser efetuada entre a unidade e a CAP e deverá levar em consideração o comportamento dos indicadores na própria unidade. As metas deverão ser definidas em função do número de meses previstos de funcionamento da unidade com saúde da família para o ano – será apenas considerado o número de meses completos de atividade.



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

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

B.3.3.3. MONITORAMENTO DOS INDICADORES (PARTE VARIÁVEL 02).

O monitoramento dos indicadores deverá ser feito trimestralmente, de forma automatizada e referendada pela direção / gerência da UAP.

As OSS devem enviar trimestralmente mapas de acompanhamento a CTA e a unidade. Sempre que existirem incongruências entre os dados da OSS e da unidade, e não sejam apurados os motivos de discordância, os dados devem ser auditados pela CAP.

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

A unidade deverá elaborar um relatório de atividades que indique o compromisso assistencial realizado em relação ao contratado e remetê-lo à 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 de Atenção Primária que tenham direito ao Incentivo Institucional (parte variável 02) deverão elaborar um **Plano para a Aplicação do Incentivo**, sendo submetido a CAP para validação.

Caberá às CTA aprovar o Plano de Aplicação de Incentivos (parte variável 02), garantindo assim a destinação orçamentária para o valor em questão. Caso o Plano de Aplicação de



Incentivos não vá ao encontro da estratégia local de saúde definida pela CAP, esta deverá negociar com a unidade de saúde, dentro dos prazos previstos, as alterações necessárias no referido plano.

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

B.3.3.4. ORIENTAÇÕES PARA PAGAMENTO POR PERFORMANCE QUANTO À QUALIDADE PERCEBIDA / SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

A qualidade percebida é um dos indicadores que compõem a **Variável 02** do Pagamento por Performance:

- Para o registro da satisfação, deve-se utilizar questionário padrão definido pela SMS. O podendo ser em totem com que facilite a visualização e a coleta das informações;
- Os usuários poderão registrar satisfação apenas uma vez para cada motivo de procura à unidade de saúde e apenas *no mesmo dia do atendimento e com identificação de CPF*;
- Não se deve induzir ou sugerir uma resposta aos usuários;
- O prontuário eletrônico deve gerar um relatório nominal de pessoas que registraram a informação de satisfação dos usuários contendo as seguintes informações:

NOME DO USUÁRIO;

EQUIPE DE SAÚDE;

DATA DO REGISTRO;

HORA DO REGISTRO;

MOTIVO DO ATENDIMENTO;



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

B.3.4. PARTE VARIÁVEL 03

A variável 3 consiste em um recurso pago trimestralmente tendo como valor de referência o salário base de cada profissional.

O limite máximo de Unidades Contábeis (UC) por trimestre é de 300 UC, o que corresponde a 10% da soma dos salários base do Trimestre (o que equivale a 10% do salário base mensal).

Uma equipe terá como limite mínimo o quantitativo de 60 UC no trimestre, distribuídas no somatório de pelo menos cinco grupos de ações.

A quantidade de UC a ser repassada está condicionada ao cumprimento de indicadores específicos relacionados a cada equipe de Saúde da Família e Saúde Bucal.

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são o pilar central do sistema de saúde.

Os centros de saúde com equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de assistência, além de promoção da saúde e prevenção da doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados.

A evolução da prestação de cuidados de saúde, caracterizada por uma crescente complexidade técnica, bem como a exigência de multidisciplinaridade na prestação de cuidados de saúde centrados no cidadão, e orientados para a obtenção de ganhos em saúde, tornaram inevitável a reestruturação das unidades de centros de saúde, com especial ênfase no Saúde da Família (PNAB, 2006 e Decreto Municipal Nº 30.780 de 2009).

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

Nem todas as UAP no Município do Rio de Janeiro estão no mesmo plano de desenvolvimento organizacional.

A diferenciação entre os vários modelos de Unidades de Atenção Primária (CF, CMS e CSE) 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 UC 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 (cirurgião dentista, TSB e ASB).

Uma equipe terá como teto o alcance de 300 Unidades Contábeis no trimestre – *limite mínimo o quantitativo de 60 UC no trimestre, distribuídas no somatório de pelo menos cinco grupos de ações* – 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 (equipe e valores 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 (eSF)	NOME PROFISSIONAL	CATEGORIA PROFISSIONAL	SALÁRIO BASE PROFISSIONAL	Nº DE UC NO TRIMESTRE	VALOR NO TRIMESTRE
0000	AAAAAAAAAAAA	MÉDICO	R\$ 10.000	200 UC	R\$ 1.980
0000	BBBBBBBBBBBB	ENFERMEIRO	R\$ 5.000	200 UC	R\$ 990
0000	CCCCCCCCCC	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	R\$ 2.000	200 UC	R\$ 396
0000	DDDDDDDDDD	ACS	R\$ 1.500	200 UC	R\$ 297



A.



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 duas eSF (equipe e valores fictícios)

EQUIPE (eSF)	UNIDADES CONTÁBEIS NO TRIMESTRE ATINGIDAS PELA EQUIPE (eSF)	UNIDADES CONTÁBEIS PROPORCIONAIS PARA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL (eSB)
A	100 UC	= 100 x 50% = 50 UC
B	200 UC	= 200 x 50% = 100 UC
C	80 UC	= 80 x 50% = 40 UC

TOTAL no TRIMESTRE: 190 UC.

Neste exemplo, a quantidade de UC no trimestre para a eSB foi de 150 UC, cujo valor a ser repassado a cada profissional da eSB pode ser demonstrado abaixo:

Cálculo em reais (R\$) - valores fictícios

NOME PROFISSIONAL	CATEGORIA PROFISSIONAL	SALÁRIO BASE PROFISSIONAL	Nº de UC no TRIMESTRE	VALOR (R\$) NO TRIMESTRE
AAAAAAAAAAAA	DENTISTA	R\$ 5.000	190 UC	R\$ 945,00
BBBBBBBBBBBB	TSB	R\$ 2.000	190 UC	R\$ 378,00
CCCCCCCCCCCC	ASB	R\$ 1.500	190 UC	R\$ 284,00




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 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 anual do planejamento familiar, de mulher em idade fértil	01
02	Acompanhamento anual do planejamento familiar, de mulher em idade fértil, com inserção de DIU ou pré-operatório para laqueadura tubária	03
03	Acompanhamento de uma gravidez	08
04	Acompanhamento anual de uma criança, no primeiro ano de vida	07
05	Acompanhamento anual de uma criança, no segundo ano de vida	03
06	Acompanhamento anual de uma pessoa diabética	04
07	Acompanhamento anual de uma pessoa hipertensa	02
08	Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de tuberculose	08
09	Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de hanseníase	10
10	Acompanhamento de paciente tabagista, alcoolista e outras drogas	04
11	As equipes com alunos de graduação (equipe docente assistencial)	10
12	As equipes com Programa de Residência (equipe docente assistencial)	20
13	As equipes que aderiram ao Programa Saúde na Hora (modalidade 75h)	15





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

GRUPO DE AÇÃO 01	ACOMPANHAMENTO ANUAL DO PLANEJAMENTO FAMILIAR, DE MULHER EM IDADE FÉRTIL	01 UC
PLANEJAMENTO FAMILIAR I		
<p>Uma usuária é considerada neste grupo se for verdadeira a condição [A+B+C+D+E+F+G]: uma mulher em idade fértil, por ano:</p> <p>A. Sexo feminino +</p> <p>B. Ter entre 15 a 50 anos (idade calculada para o último dia do período em análise) +</p> <p>C. Ter realizado pelo menos uma consulta médica ou de enfermagem durante o período em análise (12 meses) com registro parametrizado de um dos códigos do ICPC-2 que permitem codificar o planejamento familiar (W10, W11, W12, W13, W14 e W15) +</p> <p>D. Nas mulheres com idades entre 25 e 50 anos, ter pelo menos um registro de resultado de colpocitologia nos 36 meses que antecedem a data fim do período em análise +</p> <p>E. Estar cadastrada na unidade +</p> <p>F. Estar com o calendário vacinal atualizado e todos os registros no prontuário +</p> <p>G. Ter pelo menos um registro de atividade educativa em grupo de saúde pelo ACS, médico, enfermeiro, dentista, TSB ou ASB.</p>		

GRUPO DE AÇÃO 02	ACOMPANHAMENTO ANUAL DO PLANEJAMENTO FAMILIAR DE MULHER EM IDADE FÉRTIL, COM INSERÇÃO DE DIU OU PRÉ-OPERATÓRIO PARA LAQUEADURA	03 UC
PLANEJAMENTO FAMILIAR II		
<p>Uma usuária é considerada neste grupo se for verdadeira a condição [A+B+C+D+E+F+G] e (H ou I): uma mulher em idade fértil, por ano:</p> <p>A. Sexo feminino +</p> <p>B. Ter entre 15 e 50 anos (idade calculada para o último dia do período em análise) +</p> <p>C. Ter realizado pelo menos uma consulta médica ou de enfermagem durante o período em análise (12 meses) com registro parametrizado de um dos códigos do ICPC-2 que permitem codificar o planejamento familiar (W10, W11, W12, W13, W14 ou W15) +</p> <p>D. Nas mulheres com idades entre 25 e 50 anos ter pelo menos um registro de resultado de colpocitologia nos 36 meses que antecedem a data fim do período em análise +</p> <p>E. Estar cadastrada na unidade +</p> <p>F. Estar com o calendário vacinal atualizado e todos os registros no prontuário +</p> <p>G. Ter pelo menos um registro de atividade educativa em grupo de saúde por ACS, médico, enfermeiro, dentista, TSB ou ASB +</p> <p>H. Consulta médica com a inserção de DIU; ou</p> <p>I. Preparação para esterilização feminina (aconselhamento, atividade educativa, com consentimento informado, pré-operatório para laqueadura tubária) e registro no prontuário da realização do procedimento.</p>		

GRUPO DE AÇÃO 03	ACOMPANHAMENTO DE UMA GRAVIDEZ	08 UC
SAÚDE MATERNA:		
<p>Uma usuária é considerada deste grupo se forem verdadeiras as condições [A+B+C+D+E+F+G+H+I]:</p> <p>A. Sexo feminino com pré-natal encerrado no período de vigência +</p> <p>B. Ter efetuado consulta puerperal, médica ou de enfermagem, no período em análise e, até 20 dias após o parto, registrada por qualquer médico ou enfermeiro, com a descrição de "revisão do puerpério" +</p> <p>C. Ter efetuado a primeira consulta de gravidez antes das 12 semanas (< 12 semanas) de gestação +</p> <p>D. Ter realizado pelo menos 7 consultas de pré-natal médicas c/ou de enfermagem até a 38ª semana (< 39 semanas) de</p>		



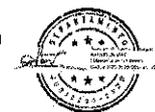
- gravidez. Estas consultas devem ter registro parametrizado que permite codificar gravidez (W78, W79 ou W84) +
- E. Ter registro de resultado de VDRL realizado até a 24ª semana de gestação (se TR Sífilis positivo) +
- F. Usuária deve estar cadastrada na equipe +
- G. Ter registro de ter pelo menos 2 visitas do ACS até a 38ª semana (< 39 semanas) de gravidez +
- H. Ter pelo menos um registro de resultado anti-HIV (considera-se TR como exame válido) realizado até a 24ª semana (< 25 semanas) de gestação +
- I. Ter realizado pelo menos um registro de atendimento (procedimento odontológico individual ou atividade educativa em grupo de saúde) por 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 CID-10 de gestação (Z34.8) ou o procedimento SIA de consulta à gestante.*

GRUPO DE AÇÃO 04	ACOMPANHAMENTO ANUAL DE UMA CRIANÇA, NO PRIMEIRO ANO DE VIDA	07 UC
SAÚDE INFANTIL - 1º ANO DE VIDA		
Um usuário é considerado neste grupo se for verdadeira a condição [A+B+C+D+E+F+G+H+I+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 30º dia de vida [0, 30 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, podendo ser realizado 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 (realização entre o 2º e o 7º dias de vida) e realização do teste do olhinho (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 eSB +		
J. Não ter recebido UC no grupo de ação 04 para o mesmo paciente.		

GRUPO DE AÇÃO 05	ACOMPANHAMENTO ANUAL DE UMA CRIANÇA, NO SEGUNDO ANO DE VIDA	03 UC
SAÚDE INFANTIL - 2º ANO DE VIDA		
Um usuário é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A+B+C+D+E+F+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 puericultura (acompanhamento do crescimento e desenvolvimento) 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 PEP +		
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 AÇÃO 06	O ACOMPANHAMENTO ANUAL DE UMA PESSOA DIABÉTICA	04 UC
<p style="text-align: center;">DIABETES</p> <p>Um usuário é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A+B+C+D+E+F+G+H+I+J+K]:</p> <p>A. Ter o diagnóstico de Diabetes Mellitus na lista de problemas, com estado ativo +</p> <p>B. Não ter recebido UC no grupo de ação 06 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses +</p> <p>C. Ter realizado pelo menos 2 consultas, médicas e/ou de enfermagem, durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise +</p> <p>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 +</p> <p>E. Ter pelo menos um registro de resultado de Hemoglobina A1C ≤ a 8%, realizado durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise +</p> <p>F. Ter pelo menos três visitas do ACS, realizada durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise +</p> <p>G. Ter pelo menos 1 registro de resultado de colesterol total (código 02.02.01.029-5) + colesterol HDL (código 02.02.01.027-9) + triglicerídeos (código 02.02.01.067-8), realizado durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise +</p> <p>H. Ter ao menos uma avaliação dos pés registrada durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise +</p> <p>I. Ter realizado pelo menos uma consulta com registro de fundoscopia no último ano (não necessariamente realizada pelo próprio médico da equipe, durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise) +</p> <p>J. Ter registro de orientação por qualquer profissional da equipe eSB realizado durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise +</p> <p>K. Ter realizado pelo menos um registro de atendimento, nos últimos 12 meses (procedimento odontológico individual ou atividade educativa em grupo de saúde) por CD, TSB ou ASB +</p> <p>L. Não ter recebido UC no grupo de ação 06 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.</p>		

GRUPO DE AÇÃO 07	O ACOMPANHAMENTO ANUAL DE UMA PESSOA HIPERTENSA	02 UC
<p style="text-align: center;">HIPERTENSÃO</p> <p>Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras a condição [A+B+C+D+E+F]:</p> <p>A. Ter o diagnóstico de hipertensão arterial (códigos K86 ou K87 da ICPC-2) na lista de problemas, com estado ativo +</p> <p>B. Ter realizado pelo menos 2 consultas, médicas e/ou de enfermagem, durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise +</p> <p>C. 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, sendo pelo menos um deles com valor de pressão arterial sistólica ≤ 150 mmHg e de pressão arterial diastólica ≤ 90 mmHg +</p> <p>D. Ter pelo menos 1 registro de resultado de colesterol total (código 02.02.01.029-5) + colesterol HDL (código 02.02.01.027-9) + triglicerídeos (código 02.02.01.067-8), realizado durante os 24 meses que antecedem a data final do período em análise +</p> <p>E. Ter registro de entrada no programa do tabagismo da unidade (caso o paciente não seja tabagista, considerar este item atendido desde que não tenha registro de tabagismo no PEP) +</p> <p>F. Não ter recebido UC no grupo de ação 07 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.</p>		




GRUPO DE AÇÃO 08	ACOMPANHAMENTO DE UMA PESSOA EM ALTA POR CURA DE TUBERCULOSE	08 UC
<p style="text-align: center;">TUBERCULOSE</p> <p>Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A+B+C+D+E+F+G+H+I]:</p> <p>A. Ter registro do número do SINAN* no prontuário para o paciente acompanhado +</p> <p>B. Ter realizado pelo menos 5 consultas médicas e/ou de enfermagem no período do tratamento +</p> <p>C. Ter alta por cura da tuberculose registrado no prontuário e no SINAN (*) +</p> <p>D. Ter registro do resultado de pelo menos duas baciloscopias de escarro +</p> <p>E. Ter registro de resultado de exame anti-HIV até o 2º mês de tratamento +</p> <p>F. Ter registro de avaliação de todos os contactantes +</p> <p>G. Ter recebido do ACS pelo menos 12 visitas (ao menos uma em cada mês), durante o período de análise +</p> <p>H. Ter realizado pelo menos um registro de atendimento, nos últimos 12 meses (procedimento odontológico individual ou atividade educativa em grupo de saúde) por CD, TSB ou ASB +</p> <p>I. Não ter recebido UC no grupo de ação 08 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.</p> <p><i>* A notificação deve ser realizada na plataforma do SINAN Rio, disponível no site https://subpav.org/vigilancia/sinanrio, que irá gerar o "número da notificação".</i></p>		

GRUPO DE AÇÃO 09	ACOMPANHAMENTO DE UMA PESSOA COM ALTA POR CURA HANSENIASE	10 UC
<p style="text-align: center;">HANSENIASE</p> <p>Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A+B+C+D+E+F+G+H+I]:</p> <p>A. Ter registro de alta por cura da hanseníase no prontuário eletrônico +</p> <p>B. Ter realizado pelo menos 7 consultas médicas e/ou de enfermagem no período do tratamento +</p> <p>C. Ter recebido do ACS ao menos 7 visitas de acompanhamento para hanseníase +</p> <p>D. Ter registro e encerramento do caso no SINAN +</p> <p>E. Ter registro de vacinação BCG em todos os contactantes assintomáticos +</p> <p>F. Ter registro de avaliação e de prevenção de incapacidades +</p> <p>G. Ter realizado pelo menos um registro de atendimento, nos últimos 12 meses (procedimento odontológico individual ou atividade educativa em grupo de saúde) por CD, TSB ou ASB +</p> <p>H. Não ter recebido UC no grupo de ação 08 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses +</p> <p>I. Não ter recebido UC no grupo de ação 09 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.</p>		

GRUPO DE AÇÃO 10	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE TABAGISTA, ALCOOLISTA E OUTRAS DROGAS	04 UC
<p style="text-align: center;">TABAGISTA, ALCOOLISTA OU OUTRAS DROGAS</p> <p>Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras a condição [A ou B ou C] + [D+E+F+G+H+I+J+K]:</p> <p>A. Ter diagnóstico de uso crônico e abusivo de álcool; ou</p> <p>B. Ter diagnóstico de tabagismo; ou</p> <p>C. Fazer uso crônico de outras drogas (crack, etc); +</p> <p>D. Ter realizado pelo menos 6 consultas médicas e/ou de enfermagem (ou grupo terapêutico) nos últimos 6 meses +</p> <p>E. Ter recebido do ACS ao menos 6 visitas de vigilância nos últimos 6 meses (para tabagismo não se aplica) +</p> <p>F. Ter registro de anti-HIV nos últimos 12 meses (caso usuário de droga injetável) +</p> <p>G. Ter registro de ao menos uma consulta familiar nos últimos 6 meses (exceto se tabagismo) +</p>		




<p>H. Ter vacinação antitetânica em dia (para tabagismo não se aplica) +</p> <p>I. Ter registro de vacinação para Hepatite em dia +</p> <p>J. Ter realizado pelo menos um registro de atendimento, nos últimos 12 meses (procedimento odontológico individual ou atividade educativa em grupo de saúde) por CD, TSB ou ASB +</p> <p>K. Ter registro no prontuário de vinculação ao programa de controle do tabagismo (se tabagista).</p> <p><i>* Se o paciente for usuário crônico de álcool e/ou outras drogas e realizar desintoxicação na UAP, por período > 3 semanas consecutivas, acrescentar 10 UC.</i></p> <p><i>** Se o paciente for tabagista e realizar tratamento na UAP, por período > 3 semanas consecutivas, acrescentar 5 UC.</i></p>

GRUPO DE AÇÃO 11	AS EQUIPES COM ALUNOS DE GRADUAÇÃO (EQUIPE DOCENTE-ASSISTENCIAL)	10 UC
EDUCAÇÃO EM SAÚDE		
A equipe recebe o número fixo de 10 UC ao mês caso tenha registro de aluno por mais de 30 dias consecutivos no trimestre de análise, atuando na equipe.		
GRUPO DE AÇÃO 12	AS EQUIPES COM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA (EQUIPE DOCENTE-ASSISTENCIAL)	20 UC
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE		
A equipe recebe o número fixo de 20 UC ao mês caso tenha registro de dois residentes por mais de 30 dias consecutivos no trimestre de análise, atuando na equipe.		
GRUPO DE AÇÕES 13	AS EQUIPES QUE ADERIRAM AO PROGRAMA DE INCENTIVO (PROGRAMA SAÚDE NA HORA, MODALIDADE 75H)	15 UC
SAÚDE NA HORA		
A equipe recebe o número fixo de 15 UC no mês caso a adesão ao programa Saúde na Hora - modalidade UAP com 75h, 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-Rio, 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-Rio 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 monitoramento da situação de saúde e para cada Eixo de Indicadores (painel de



monitoramento) e disponibilizar e divulgar essas informações segundo as necessidades das Unidades de Atenção Primária, Coordenação Geral de Atenção Primária da Área de Planejamento;

- Implantar/atualizar os sistemas de informação definidos pela SMS-Rio;
- Organizar e definir procedimentos, fluxos e rotinas para coleta dos dados dos diferentes sistemas de informação em vigência ou a serem implantados;
- Organizar e definir os processos de trabalho para operação/alimentação dos diferentes sistemas de informação em vigência ou a serem implantados;
- Encaminhar as diferentes bases de dados conforme rotinas estabelecidas pela SMS-Rio.

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 Atenção Primária sob apoio à gestão da Organização Social devem ter todos os postos de trabalho definidos pela SMS-Rio 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 (DNV) (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/DNV”.

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 UAP, 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 Atenção Primária. 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 PEP 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 S/SUBPAV (encaminhamentos, atestados, receituários, requisição de exames, etc.);

Os PEP devem enviar mensalmente os indicadores do Pagamento por Desempenho por e-mail a cada um dos profissionais das equipes de Saúde da Família.

Dicionários de dados:



Os Prontuários Eletrônicos deverão encaminhar informações referentes à prática assistencial com base nos dicionários de dados previamente elaborados pela S/SUBPAV. Atualmente os dicionários de dados vigentes são seguindo orientação da S/SUBPAV/SAP:

1. Carteirômetro;
2. CNS como campo obrigatório;
3. CPF como campo obrigatório para indivíduos com 16 anos ou mais, e DNV/CPF como campo obrigatório para indivíduos menores de 16 anos;
4. Relação de Gestantes com Pré-Natal encerrado no ano em questão;
5. Relação de pacientes Diabéticos cadastrados nas UAP por eSF;
6. Relação de pacientes Hipertensos cadastrados nas UAP por eSF;
7. Relação de mulheres de 25 a 64 anos cadastradas nas UAP por eSF – Rastreio de Câncer de Colo de Útero;
8. Relação de mulheres de 50 a 69 anos cadastradas nas UAP por eSF – Rastreio de Câncer de Mama;
9. Relação de pacientes com diagnóstico de Tuberculose cadastrados nas UAP por eSF;
10. Produção Ambulatorial dos profissionais técnicos de saúde (lista nominal) – cirurgia dentista, enfermeiros, médicos – que atuam nas UAP por eSF;
11. Fichas A – campos de preenchimento obrigatório;
12. Informações de Saúde da Atenção Primária;
13. Indicadores das Variáveis do Pagamento por Desempenho, por eSF e UAP.

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. SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a 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 disponíveis: 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 Saúde da Família, pelas equipes dos Núcleos Ampliados à Saúde da Família (NASF-AB/SAE), do Consultório na Rua (CnaR), 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. 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-Rio.

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-Rio.

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

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN é um sistema de informação, que conta com um recurso informatizado para coletar e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde. Possibilita uma análise global integrada de todas as doenças e agravos que 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 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-Rio.

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

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



B.4.1.8. 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 da Unidade de Atenção Primária 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 DE DESEMBOLSO E METAS FÍSICAS



CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO FINANCEIRO E METAS FÍSICAS TEIAS AP 1.0

ITEM	Unidade de medida	Estratégia Saúde da Família + NASF-AB/SAE											
		JUNHO DE 2022		JULHO DE 2022		AGOSTO DE 2022		SETEMBRO DE 2022		OUTUBRO DE 2022		NOVEMBRO DE 2022	
a1) Apoio à Gestão da CAP - Estratégia Saúde da Família (ESF)	nº de unidades	17	R\$ 94.825,31	17	R\$ 94.825,31	17	R\$ 94.825,31	17	R\$ 94.825,31	17	R\$ 94.825,31	17	R\$ 94.825,31
a2) Apoio à Gestão do TEIAS - OSS - ESF	nº de unidades	17	R\$ 363.701,25	17	R\$ 363.701,25	17	R\$ 363.701,25	17	R\$ 363.701,25	17	R\$ 363.701,25	17	R\$ 363.701,25
a3) RH Apoio e Gestão das Unidades de Atenção Primária - ESF	nº de unidades	17	R\$ 891.404,52	17	R\$ 891.404,52	17	R\$ 891.404,52	17	R\$ 891.404,52	17	R\$ 891.404,52	17	R\$ 891.404,52
a4) RH equipes de Saúde da Família - ESF	nº de equipes	92	R\$ 6.343.092,48	92	R\$ 6.343.092,48	92	R\$ 6.343.092,48	92	R\$ 6.343.092,48	92	R\$ 6.343.092,48	92	R\$ 6.343.092,48
a5) Contratos, consumo, promoção e vigilância em saúde das Unidades de Atenção Primária - ESF	nº de equipes	92	R\$ 1.592.960,00	92	R\$ 1.592.960,00	92	R\$ 1.592.960,00	92	R\$ 1.592.960,00	92	R\$ 1.592.960,00	92	R\$ 1.592.960,00
a6) Sistemas de Informação / Conectividade / Telefonia - ESF	nº de equipes	92	R\$ 90.988,00	92	R\$ 90.988,00	92	R\$ 90.988,00	92	R\$ 90.988,00	92	R\$ 90.988,00	92	R\$ 90.988,00
A) Estratégia Saúde da Família			R\$ 9.376.971,56		R\$ 9.376.971,56		R\$ 9.376.971,56		R\$ 9.376.971,56		R\$ 9.376.971,56		R\$ 9.376.971,56
b1) RH Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) / Serviço de Apoio Especializado (SAE)	nº de equipes	9	R\$ 463.147,92	9	R\$ 463.147,92	9	R\$ 463.147,92	9	R\$ 463.147,92	9	R\$ 463.147,92	9	R\$ 463.147,92
b2) Sistemas de Informação / Conectividade / Telefonia - NASF-AB / SAE	nº de equipes	9	R\$ 9.000,00	9	R\$ 9.000,00	9	R\$ 9.000,00	9	R\$ 9.000,00	9	R\$ 9.000,00	9	R\$ 9.000,00
B) Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Serviços de Apoio Especializado (SAE)			R\$ 472.147,92		R\$ 472.147,92		R\$ 472.147,92		R\$ 472.147,92		R\$ 472.147,92		R\$ 472.147,92
c1) RH - CAPS	nº de unidades	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -
c2) Contratos e Consumo - CAPS	nº de unidades	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -
C) Centro de Atenção Psicossocial - CAPS			R\$ -		R\$ -		R\$ -		R\$ -		R\$ -		R\$ -
d1) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos	nº de unidades	3	R\$ 1.285.472,73	2	R\$ 843.648,49	2	R\$ 843.648,49	0	R\$ -	0	R\$ -	1	R\$ 421.824,24
D) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos - Unidades de Atenção Primária			R\$ 1.285.472,73		R\$ 843.648,49		R\$ 843.648,49		R\$ -		R\$ -		R\$ 421.824,24
E) Subtotal parte fixa (E) = A+B+C+D			R\$ 11.114.692,21		R\$ 10.692.767,97		R\$ 10.692.767,97		R\$ 9.846.116,48		R\$ 9.846.116,48		R\$ 10.270.943,72
F) Parte variável - 1	2% de A+B) / mês		R\$ -		R\$ -		R\$ -		R\$ -		R\$ -		R\$ -
G) Parte variável - 2	R\$ 1.000 por ESF / mês		R\$ -		R\$ -		R\$ -		R\$ 92.000,00		R\$ 92.000,00		R\$ 92.000,00
H) Parte variável - 3	10% total salários-base ESF / mês (até 2% de		R\$ -		R\$ -		R\$ -		R\$ 196.982,39		R\$ 196.982,39		R\$ 196.982,39
I) Total (I) = (E)+F+G+H			R\$ 11.114.692,21		R\$ 10.692.767,97		R\$ 10.692.767,97		R\$ 10.335.084,26		R\$ 10.335.084,26		R\$ 10.766.908,60

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO FINANCEIRO E METAS FÍSICAS TEIAS AP 1.0

ITEM	Unidade de medida	Estratégia Saúde da Família + NASF-AB/SAE											
		DEZEMBRO DE 2022		JANEIRO DE 2023		FEVEREIRO DE 2023		MARÇO DE 2023		ABRIL DE 2023		MAIO DE 2023	
a1) Apoio à Gestão da CAP - Estratégia Saúde da Família (ESF)	nº de unidades	17	R\$ 94.825,31	17	R\$ 94.825,31	17	R\$ 94.825,31	17	R\$ 94.825,31	17	R\$ 94.825,31	17	R\$ 94.825,31
a2) Apoio à Gestão do TEIAS - OSS - ESF	nº de unidades	17	R\$ 363.701,25	17	R\$ 363.701,25	17	R\$ 363.701,25	17	R\$ 363.701,25	17	R\$ 363.701,25	17	R\$ 363.701,25
a3) RH Apoio e Gestão das Unidades de Atenção Primária - ESF	nº de unidades	17	R\$ 891.404,52	17	R\$ 891.404,52	17	R\$ 891.404,52	17	R\$ 891.404,52	17	R\$ 891.404,52	17	R\$ 891.404,52
a4) RH equipes de Saúde da Família - ESF	nº de equipes	92	R\$ 6.343.092,48	92	R\$ 6.343.092,48	92	R\$ 6.343.092,48	92	R\$ 6.343.092,48	92	R\$ 6.343.092,48	92	R\$ 6.343.092,48
a5) Contratos, consumo, promoção e vigilância em saúde das Unidades de Atenção Primária - ESF	nº de equipes	92	R\$ 1.592.960,00	92	R\$ 1.592.960,00	92	R\$ 1.592.960,00	92	R\$ 1.592.960,00	92	R\$ 1.592.960,00	92	R\$ 1.592.960,00
a6) Sistemas de Informação / Conectividade / Telefonia - ESF	nº de equipes	92	R\$ 90.988,00	92	R\$ 90.988,00	92	R\$ 90.988,00	92	R\$ 90.988,00	92	R\$ 90.988,00	92	R\$ 90.988,00
A) Estratégia Saúde da Família			R\$ 9.376.971,56		R\$ 9.376.971,56		R\$ 9.376.971,56		R\$ 9.376.971,56		R\$ 9.376.971,56		R\$ 9.376.971,56
b1) RH Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) / Serviço de Apoio Especializado (SAE)	nº de equipes	9	R\$ 463.147,92	9	R\$ 463.147,92	9	R\$ 463.147,92	9	R\$ 463.147,92	9	R\$ 463.147,92	9	R\$ 463.147,92
b2) Sistemas de Informação / Conectividade / Telefonia - NASF-AB / SAE	nº de equipes	9	R\$ 9.000,00	9	R\$ 9.000,00	9	R\$ 9.000,00	9	R\$ 9.000,00	9	R\$ 9.000,00	9	R\$ 9.000,00
B) Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Serviços de Apoio Especializado (SAE)			R\$ 472.147,92		R\$ 472.147,92		R\$ 472.147,92		R\$ 472.147,92		R\$ 472.147,92		R\$ 472.147,92
c1) RH - CAPS	nº de unidades	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -
c2) Contratos e Consumo - CAPS	nº de unidades	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -
C) Centro de Atenção Psicossocial - CAPS			R\$ -		R\$ -		R\$ -		R\$ -		R\$ -		R\$ -
d1) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos	nº de unidades	1	R\$ 421.824,24	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	1	R\$ 421.824,24
D) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos - Unidades de Atenção Primária			R\$ 421.824,24		R\$ -		R\$ -		R\$ -		R\$ -		R\$ 421.824,24
E) Subtotal parte fixa (E) = A+B+C+D			R\$ 10.270.943,72		R\$ 9.849.119,48		R\$ 9.849.119,48		R\$ 9.849.119,48		R\$ 9.849.119,48		R\$ 10.270.943,72
F) Parte variável - 1	2% de A+B) / mês		R\$ 196.982,39		R\$ 196.982,39		R\$ 196.982,39		R\$ 196.982,39		R\$ 196.982,39		R\$ 196.982,39
G) Parte variável - 2	R\$ 1.000 por ESF / mês		R\$ 92.000,00		R\$ 92.000,00		R\$ 92.000,00		R\$ 92.000,00		R\$ 92.000,00		R\$ 92.000,00
H) Parte variável - 3	10% total salários-base ESF / mês (até 2% de		R\$ 196.982,39		R\$ 196.982,39		R\$ 196.982,39		R\$ 196.982,39		R\$ 196.982,39		R\$ 196.982,39
I) Total (I) = (E)+F+G+H			R\$ 10.766.908,60		R\$ 10.335.084,26		R\$ 10.335.084,26		R\$ 10.335.084,26		R\$ 10.335.084,26		R\$ 10.766.908,60



CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO FINANCEIRO E METAS FÍSICAS TEIÁS AP 1.0

ITEM	Unidade de medida	Estratégia Saúde da Família + NASF-AB /SAE											
		JUNHO DE 2023		JULHO DE 2023		AGOSTO DE 2023		SETEMBRO DE 2023		OUTUBRO DE 2023		NOVEMBRO DE 2023	
a1) Apoio a Gestão da CAP - Estratégia Saúde da Família (ESF)	nº de unidades	17	R\$ 99.566,58	17	R\$ 99.566,58	17	R\$ 99.566,58	17	R\$ 99.566,58	17	R\$ 99.566,58	17	R\$ 99.566,58
a2) Apoio a Gestão da TEIÁS - OSS - ESF	nº de unidades	17	R\$ 382.666,31	17	R\$ 382.666,31	17	R\$ 382.666,31	17	R\$ 382.666,31	17	R\$ 382.666,31	17	R\$ 382.666,31
a3) RH Apoio e Gestão das Unidades de Atenção Primária - ESF	nº de unidades	17	R\$ 935.974,75	17	R\$ 935.974,75	17	R\$ 935.974,75	17	R\$ 935.974,75	17	R\$ 935.974,75	17	R\$ 935.974,75
a4) RH equipes de Saúde da Família - ESF	nº de equipes	92	R\$ 6.660.247,10	92	R\$ 6.660.247,10	92	R\$ 6.660.247,10	92	R\$ 6.660.247,10	92	R\$ 6.660.247,10	92	R\$ 6.660.247,10
a5) Contratos, consumo, promoção e vigilância em saúde das Unidades de Atenção Primária - ESF	nº de equipes	92	R\$ 1.720.396,80	92	R\$ 1.720.396,80	92	R\$ 1.720.396,80	92	R\$ 1.720.396,80	92	R\$ 1.720.396,80	92	R\$ 1.720.396,80
a6) Sistemas de Informação / Conectividade / Telefonia - ESF	nº de equipes	92	R\$ 97.357,16	92	R\$ 97.357,16	92	R\$ 97.357,16	92	R\$ 97.357,16	92	R\$ 97.357,16	92	R\$ 97.357,16
A) Estratégia Saúde da Família			R\$ 9.896.208,70		R\$ 9.896.208,70		R\$ 9.896.208,70		R\$ 9.896.208,70		R\$ 9.896.208,70		R\$ 9.896.208,70
b1) RH Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) / Serviço de Apoio Especializado (SAE)	nº de equipes	9	R\$ 486.305,32	9	R\$ 486.305,32	9	R\$ 486.305,32	9	R\$ 486.305,32	9	R\$ 486.305,32	9	R\$ 486.305,32
b2) Sistemas de Informação / Conectividade / Telefonia - NASF-AB / SAE	nº de equipes	9	R\$ 9.450,00	9	R\$ 9.450,00	9	R\$ 9.450,00	9	R\$ 9.450,00	9	R\$ 9.450,00	9	R\$ 9.450,00
B) Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Serviços de Apoio Especializado (SAE)			R\$ 495.755,32		R\$ 495.755,32		R\$ 495.755,32		R\$ 495.755,32		R\$ 495.755,32		R\$ 495.755,32
c1) RH - CAPS	nº de unidades	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -
c2) Contratos e Consumo - CAPS	nº de unidades	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -
C) Centro de Atenção Psicossocial - CAPS			R\$ -		R\$ -		R\$ -		R\$ -		R\$ -		R\$ -
d1) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos	nº de unidades	1	R\$ 421.824,24	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -
D) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos - Unidades de Atenção Primária			R\$ 421.824,24		R\$ -		R\$ -		R\$ -		R\$ -		R\$ -
E) Subtotal parte Física (E) = A+B+C+D			R\$ 10.391.964,02		R\$ 10.391.964,02		R\$ 10.391.964,02		R\$ 10.391.964,02		R\$ 10.391.964,02		R\$ 10.391.964,02
F) Parte variável - 1	(2% de A+B) / mês		R\$ 207.839,28		R\$ 207.839,28		R\$ 207.839,28		R\$ 207.839,28		R\$ 207.839,28		R\$ 207.839,28
G) Parte variável - 2	R\$ 1.000 por ESF / mês		R\$ 92.000,00		R\$ 92.000,00		R\$ 92.000,00		R\$ 92.000,00		R\$ 92.000,00		R\$ 92.000,00
H) Parte variável - 3	10% total salários-base ESF / mês (até 2% de		R\$ 207.839,28		R\$ 207.839,28		R\$ 207.839,28		R\$ 207.839,28		R\$ 207.839,28		R\$ 207.839,28
I) Total (I) = (E)+F+G+H			R\$ 10.899.642,58		R\$ 10.899.642,58		R\$ 10.899.642,58		R\$ 10.899.642,58		R\$ 10.899.642,58		R\$ 10.899.642,58

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO FINANCEIRO E METAS FÍSICAS TEIÁS AP 1.0

ITEM	Unidade de medida	Estratégia Saúde da Família + NASF-AB /SAE										TOTAL				
		DEZEMBRO DE 2023		JANEIRO DE 2024		FEBREIRO DE 2024		MARÇO DE 2024		ABRIL DE 2024			MAIO DE 2024			
a1) Apoio a Gestão da CAP - Estratégia Saúde da Família (ESF)	nº de unidades	17	R\$ 99.566,58	17	R\$ 99.566,58	17	R\$ 99.566,58	17	R\$ 99.566,58	17	R\$ 99.566,58	17	R\$ 99.566,58	17	R\$ 99.566,58	R\$ 2.332.702,89
a2) Apoio a Gestão da TEIÁS - OSS - ESF	nº de unidades	17	R\$ 382.666,31	17	R\$ 382.666,31	17	R\$ 382.666,31	17	R\$ 382.666,31	17	R\$ 382.666,31	17	R\$ 382.666,31	17	R\$ 382.666,31	R\$ 5.986.410,72
a3) RH Apoio e Gestão das Unidades de Atenção Primária - ESF	nº de unidades	17	R\$ 935.974,75	17	R\$ 935.974,75	17	R\$ 935.974,75	17	R\$ 935.974,75	17	R\$ 935.974,75	17	R\$ 935.974,75	17	R\$ 935.974,75	R\$ 21.928.651,19
a4) RH equipes de Saúde da Família - ESF	nº de equipes	92	R\$ 6.660.247,10	92	R\$ 6.660.247,10	92	R\$ 6.660.247,10	92	R\$ 6.660.247,10	92	R\$ 6.660.247,10	92	R\$ 6.660.247,10	92	R\$ 6.660.247,10	R\$ 156.040.075,91
a5) Contratos, consumo, promoção e vigilância em saúde das Unidades de Atenção Primária - ESF	nº de equipes	92	R\$ 1.720.396,80	92	R\$ 1.720.396,80	92	R\$ 1.720.396,80	92	R\$ 1.720.396,80	92	R\$ 1.720.396,80	92	R\$ 1.720.396,80	92	R\$ 1.720.396,80	R\$ 39.760.281,60
a6) Sistemas de Informação / Conectividade / Telefonia - ESF	nº de equipes	92	R\$ 97.357,16	92	R\$ 97.357,16	92	R\$ 97.357,16	92	R\$ 97.357,16	92	R\$ 97.357,16	92	R\$ 97.357,16	92	R\$ 97.357,16	R\$ 2.260.141,92
A) Estratégia Saúde da Família			R\$ 9.896.208,70		R\$ 9.896.208,70		R\$ 9.896.208,70		R\$ 9.896.208,70		R\$ 9.896.208,70		R\$ 9.896.208,70		R\$ 9.896.208,70	R\$ 23.128.103,22
b1) RH Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) / Serviço de Apoio Especializado (SAE)	nº de equipes	9	R\$ 486.305,32	9	R\$ 486.305,32	9	R\$ 486.305,32	9	R\$ 486.305,32	9	R\$ 486.305,32	9	R\$ 486.305,32	9	R\$ 486.305,32	R\$ 11.331.438,83
b2) Sistemas de Informação / Conectividade / Telefonia - NASF-AB / SAE	nº de equipes	9	R\$ 9.450,00	9	R\$ 9.450,00	9	R\$ 9.450,00	9	R\$ 9.450,00	9	R\$ 9.450,00	9	R\$ 9.450,00	9	R\$ 9.450,00	R\$ 221.406,00
B) Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Serviços de Apoio Especializado (SAE)			R\$ 495.755,32		R\$ 495.755,32		R\$ 495.755,32		R\$ 495.755,32		R\$ 495.755,32		R\$ 495.755,32		R\$ 495.755,32	R\$ 11.614.928,83
c1) RH - CAPS	nº de unidades	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	R\$ -
c2) Contratos e Consumo - CAPS	nº de unidades	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	R\$ -
C) Centro de Atenção Psicossocial - CAPS			R\$ -		R\$ -		R\$ -		R\$ -		R\$ -		R\$ -		R\$ -	R\$ -
d1) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos	nº de unidades	1	R\$ 421.824,24	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	R\$ 4.840.066,88
D) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos - Unidades de Atenção Primária			R\$ 421.824,24		R\$ -		R\$ -		R\$ -		R\$ -		R\$ -		R\$ -	R\$ 4.840.066,88
E) Subtotal parte Física (E) = A+B+C+D			R\$ 10.391.964,02		R\$ 10.391.964,02		R\$ 10.391.964,02		R\$ 10.391.964,02		R\$ 10.391.964,02		R\$ 10.391.964,02		R\$ 10.391.964,02	R\$ 247.533.048,72
F) Parte variável - 1	(2% de A+B) / mês		R\$ 207.839,28		R\$ 207.839,28		R\$ 207.839,28		R\$ 207.839,28		R\$ 207.839,28		R\$ 207.839,28		R\$ 207.839,28	R\$ 4.266.812,87
G) Parte variável - 2	R\$ 1.000 por ESF / mês		R\$ 92.000,00		R\$ 92.000,00		R\$ 92.000,00		R\$ 92.000,00		R\$ 92.000,00		R\$ 92.000,00		R\$ 92.000,00	R\$ 1.932.000,00
H) Parte variável - 3	10% total salários-base ESF / mês (até 2% de		R\$ 207.839,28		R\$ 207.839,28		R\$ 207.839,28		R\$ 207.839,28		R\$ 207.839,28		R\$ 207.839,28		R\$ 207.839,28	R\$ 4.266.812,87
I) Total (I) = (E)+F+G+H			R\$ 10.899.642,58		R\$ 10.899.642,58		R\$ 10.899.642,58		R\$ 10.899.642,58		R\$ 10.899.642,58		R\$ 10.899.642,58		R\$ 10.899.642,58	R\$ 257.986.894,46



[Handwritten signature]



TEIAS 1.0 (Estratégia Saúde da Família + NASF-AB/SAE)	
Resumo por Exercício Financeiro - TEIAS 1.0	
Ano	TOTAL
1º ano	R\$ 126.781.359,20
2º ano	R\$ 131.217.535,26
TOTAL	R\$ 257.998.894,46

TEIAS 1.0 (Estratégia Saúde da Família + NASF-AB/SAE)	
Resumo por Exercício Financeiro - TEIAS 1.0	
Ano	TOTAL
2022	R\$ 74.684.113,66
2023	R\$ 128.816.567,90
2024	R\$ 54.498.212,90
TOTAL	R\$ 257.998.894,46

Río SAÚDE SUS		CRONOGRAMA DE METAS FÍSICAS TEIAS AP 1.0											
ITEM	Unidade de medida	Estratégia Saúde da Família + NASF-AB / SAE											
		JUNHO DE 2022	JULHO DE 2022	AGOSTO DE 2022	SETEMBRO DE 2022	OUTUBRO DE 2022	NOVEMBRO DE 2022	DEZEMBRO DE 2022	JANEIRO DE 2023	FEVREIRO DE 2023	MARÇO DE 2023	ABRIL DE 2023	MAIO DE 2023
Estratégia Saúde da Família													
Apoio a Gestão da CAP - Estratégia Saúde da Família (ESF)	nº de unidades	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
Apoio a Gestão de TEIAS - ODS - ESF	nº de unidades	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
RH Apoio a Gestão das Equipes de Estratégia Saúde da Família - ESF	nº de unidades	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
RH Estratégia Saúde da Família - ESF	nº de equipes	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92
Contratos, consumo, promoção e vigilância em saúde - ESF	nº de equipes	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92
Sistemas de Informação / Conectividade / Telemia - ESF	nº de equipes	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92
Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) / Serviços de Apoio Especializado (SAE)													
RH Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) / Serviço de Apoio Especializado (SAE)	nº de equipes NASF-AB / SAE	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
Sistemas de Informação / Conectividade / Telemia - NASF-AB	nº de equipes NASF-AB / SAE	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)													
RH - CAPS	nº de Unidades	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Contratos e Consumo - CAPS	nº de Unidades	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Adaptações de Instalações / Aquisição de Equipamentos													
Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos	nº de Unidades	3	2	2	0	0	1	1	0	0	0	0	1

Río SAÚDE SUS		CRONOGRAMA DE METAS FÍSICAS TEIAS AP 1.0											
ITEM	Unidade de medida	Estratégia Saúde da Família + NASF-AB / SAE											
		JUNHO DE 2023	JULHO DE 2023	AGOSTO DE 2023	SETEMBRO DE 2023	OUTUBRO DE 2023	NOVEMBRO DE 2023	DEZEMBRO DE 2023	JANEIRO DE 2024	FEVREIRO DE 2024	MARÇO DE 2024	ABRIL DE 2024	MAIO DE 2024
Estratégia Saúde da Família													
Apoio a Gestão da CAP - Estratégia Saúde da Família (ESF)	nº de unidades	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
Apoio a Gestão de TEIAS - ODS - ESF	nº de unidades	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
RH Apoio a Gestão das Equipes de Estratégia Saúde da Família - ESF	nº de unidades	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
RH Estratégia Saúde da Família - ESF	nº de equipes	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92
Contratos, consumo, promoção e vigilância em saúde - ESF	nº de equipes	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92
Sistemas de Informação / Conectividade / Telemia - ESF	nº de equipes	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92
Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) / Serviços de Apoio Especializado (SAE)													
RH Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) / Serviço de Apoio Especializado (SAE)	nº de equipes NASF-AB / SAE	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
Sistemas de Informação / Conectividade / Telemia - NASF-AB	nº de equipes NASF-AB / SAE	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)													
RH - CAPS	nº de Unidades	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Contratos e Consumo - CAPS	nº de Unidades	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Adaptações de Instalações / Aquisição de Equipamentos													
Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos	nº de Unidades	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0



[Handwritten signature]



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 a 05% (cinco) 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:

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.



PARTES: PCRJ/SMC/STARTUPGRID COWORKING E ACELERAÇÃO LTDA EPP/ARTPLAN COMUNICAÇÃO SA
OBJETO: PROJETO "GAMEJAM" - WEC1276/01/2021
VALOR: R\$ 35.000,00
FUNDAMENTO: LEI 5.553/2013

RIOTUR EMPRESA DE TURISMO DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO S.A. EXTRATO DE INSTRUMENTO CONTRATUAL

PROCESSO INSTRUTIVO N.º: 18/100.049/2022
INSTRUMENTO: Termo de contrato n.º 031/2022
DATA DA ASSINATURA: 19.04.2022
VALOR: R\$ 78.400,00
PARTES: RIOTUR e a EFATÁ COMÉRCIO & SERVIÇOS EIRELI.
OBJETO: O objeto do presente Contrato é a prestação de serviços de empilhadeira para a Estrada Intendente Magalhães para o Carnaval de 2022, sob o regime de empreitada por preço global, conforme as especificações constantes do Termo de Referência.
NAD n.º: 00369/2022, no valor global.
EMPENHOS n.º: 2022/0454, totalizando o valor global.
PROGRAMA DE TRABALHO: 33.51.23.685.0641.3551
NATUREZA DE DESPESAS: 3.3.90.39.29
FUNDAMENTO: Art. 1, inciso Caput Lei n.º 10.520
RAZÃO: PE n.º 272/2022

SECRETARIA MUNICIPAL DE CULTURA - CCPC EXTRATO DE TERMO DE COMPROMISSO

PROCESSO INSTRUTIVO N.º: 12/001.300/2022
TERMO DE COMPROMISSO N.º: N.º 525/2022
DATA DA ASSINATURA: 15/12/2021
PARTES: PCRJ/SMC/SETE LEGUAS FILMES LTDA ME/DESIGNEMO-VIMENTO LTDA
OBJETO: PROJETO "SINÉDOQUE - 2A EDIÇÃO - 2022" - WEC962/01/2021
VALOR: R\$ 11.939,42
FUNDAMENTO: LEI 5.553/2013

SECRETARIA MUNICIPAL DE GOVERNO E INTEGRIDADE PÚBLICA ARQUIVO GERAL DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO EXTRATO DE TERMO DE CONTRATO

Processo Instrutivo N.º: 10/100.160/2021
Contrato N.º: 010019/2022
Data de Assinatura: 28 de abril de 2022.
Partes: MRJ, através do ARQUIVO GERAL DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO - GUARQ e a ELEVADORES ELBO LTDA.
Objeto: Prestação de serviços para manutenção preventiva e corretiva de 03 (três) elevadores, com cobertura total para substituição de peças, componentes eletromecânicos, controle lógico e demais peças integrantes, além de todas as despesas operacionais e respectivos encargos sociais, previdenciários, fiscais e tributos, instalados no prédio do Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro.
Vigência: 12 (doze) meses a contar de 29/04/2022.
Valor total: R\$ 12.860,00 (doze mil, novecentos e sessenta reais).
Programa de Trabalho: 10.06.04.122.0389.2169.
Natureza da Despesa: 3.3.90.39.48.
Empenho: 2022/000199, no valor de R\$ 8.640,00 (oito mil, seiscentos e quarenta reais).
Fundamento: Leis Federais n.º 10.520/02 e n.º 8.666/93 e suas alterações.

SECRETARIA MUNICIPAL DE PROTEÇÃO E DEFESA DOS ANIMAIS EXTRATO DE TERMO ADITIVO

Processo Instrutivo n.º: 27/000.784/2021
Instrumento: 1º Termo Aditivo ao Contrato Emergencial n.º 01/2022
Data de Assinatura: 01/04/2022
Partes: PCRJ/SMPDA e a empresa ICR COMÉRCIO ATACADISTA DE PRODUTOS BIOTÉRIOS LTDA - EPP.
Objeto: Contratação emergencial de empresa para a prestação de serviços veterinários, para atender a SMPDA.
Prazo de Entrega: 90 (noventa) dias.
Valor do Contrato: R\$ 544.394,25 (Quinhentos e quarenta e quatro mil, trezentos e noventa e quatro reais e vinte e cinco centavos).
Programa de Trabalho: 36.01.04.542.0080.2019
Natureza da Despesa: 3.3.90.39.70
Nota de Empenho: 2022/000087
Fundamento: Artigo 24, IV da Lei Federal 8.666/93, e suas alterações.

SECRETARIA MUNICIPAL DE INFRAESTRUTURA EXTRATO DE INSTRUMENTO CONTRATUAL

Processo: 07/003.601/2021
Instrumento: Contrato n.º 46/2022
Data da assinatura: 19/04/2022
Partes: MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO - SMI e MASSIMO OBRAS E SERVIÇOS EIRELI-ME e a EMPRESA MUNICIPAL DE URBANIZAÇÃO - RIO-URBE como INTERVENIENTE.
Objeto: OBRAS DE REFORMA COM ADEQUAÇÕES E RECUPERAÇÃO ESTRUTURAL PARA IMPLANTAÇÃO DA E.M. POLICIAL RODoviÁRIO FEDERAL ANTÔNIO FÉLIX FILHO.
Valor: R\$ 3.982.368,33
Prazo: 150 dias corridos
Programa de Trabalho: 16.01.12.361.0623.1331

Natureza da despesa: 4.4.90.51.02
Nota de Empenho: 2022/000512
Valor Empenhado: R\$ 3.982.368,33
Fundamento: Artigo 23 Inciso I da Lei n.º 8.666/1993 e suas alterações

SECRETARIA MUNICIPAL DE TRANSPORTES COMPANHIA MUNICIPAL DE TRANSPORTES COLETIVOS MOBI-RIO

EXTRATO DE INSTRUMENTO CONTRATUAL
Processo Instrutivo n.º: 03/300.012/2022
Contrato MOBI RIO n.º: 043/2022
Data de assinatura: 19/04/2022
Partes: MOBI RIO e TRADINGWORKS TECNOLOGIA LTDA.
Objeto: Contratação de empresa especializada para prestar serviços de softwares para tratamento e registro eletrônico de ponto para MOBI-RIO.
Prazo: 19/04/2022 a 18/04/2023.
Valor total: R\$ 47.520,00 (quarenta e sete mil e quinhentos e vinte reais).
Fundamento: Inciso II, do Art. 29 da Lei Federal 13/303/16.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE EXTRATO DE INSTRUMENTO CONTRATUAL (DECRETO Nº 3.221, DE 18 DE SETEMBRO DE 1981) EXPEDIENTE DE 29/04/2022

Processo Instrutivo n.º: 09/003.717/2019
3º Termo Aditivo n.º: 078/2022 ao Contrato de Gestão n.º 003/2019
Assinatura: 29/04/2022
Partes: PCRJ/SMS e Organização Social IDEIAS
Objeto: Estabelecer o Anexo Técnico II - Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso - PADI "Ampliação da assistência domiciliar aos pacientes residentes no município do Rio de Janeiro, executada pela Organização Social"; II - estabelecer o Anexo Técnico B - "Gestão do Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso - PADI III - estabelecer o Anexo Técnico C - "Acompanhamento do contrato, Avaliação e Metas", e, IV - estabelecer o Anexo Técnico D - "Cronograma de Desemboço", com aumento do valor do contrato em R\$ 3.803.246,04 equivalente ao percentual de 18%.
Prazo: 01/05/2022 à 12/08/2023.
Valor Total: 3.803.246,04
Programa de Trabalho: 18.01.10.302.0600.2701
Natureza da Despesa: ND 3.3.50.85.01
Nota de Empenho: N.º 2022/850, no valor de R\$ 1.923.907,84.
Fundamento: Art. 24, inc. XXIV da Lei Federal n.º 8.666/93

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE EXTRATO DE INSTRUMENTO CONTRATUAL (DECRETO Nº 3.221, DE 18 DE SETEMBRO DE 1981)

Processo Instrutivo n.º: 09/000.663/2022
Contrato de Comodato n.º: 052/2022
Data da assinatura: 01/01/2022
Partes: PCRJ/SMS e LIGHT SERVIÇOS DE ELETRICIDADE S.A.
Objeto: Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, a COMODANTE cede em comodato ao COMODATÁRIO, o imóvel de sua propriedade localizada na Rua Itapiru, n.º 1.362, Rio Comprido, Rio de Janeiro, RJ, conforme Laudo de Vistoria constante no Anexo II, doravante denominado simplesmente IMÓVEL, que assinado pelas Partes constantes passa a fazer parte integrante e complementar do presente instrumento.
Prazo: 5 (cinco) anos, a partir de 01/01/2022 a 31/12/2026.
Fundamento: Artigos 579 a 585 do Código Civil.

SECRETARIA MUNICIPAL DE TRANSPORTES COMPANHIA MUNICIPAL DE TRANSPORTES COLETIVOS MOBI-RIO

EXTRATO DE ORDEM DE EXECUÇÃO DE SERVIÇOS
Processo Instrutivo n.º: 03/300.096/2022
Ordem de Execução de Serviços n.º: 001/2022
Data de assinatura: 20/04/2022
Partes: MOBI RIO e MARVIN COMÉRCIO DE EXTINTORES LTDA.
Objeto: Prestação de serviços de manutenção, recarga e fornecimento de novos extintores para MOBI-RIO.
Prazo: 20/04/2022 a 19/05/2022.
Valor total: R\$ 15.540,00 (quinze mil, quinhentos e quarenta reais).
Fundamento: Inciso II, do Art. 29 da Lei Federal 13/303/16 C/C Art. 39, II, do Decreto Rio. N.º 44.698/18.

GUARDA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO EXTRATO DE INSTRUMENTO CONTRATUAL

Processo Instrutivo: 01/701.091/2021
Contrato n.º: 008/2022.
Data da Assinatura: 25/04/2022.
Partes: GM-RIO e D.W.L. COMÉRCIO E SERVIÇOS DE INFORMÁTICA, oriundo do convênio com a Secretaria Nacional de Segurança Pública - SENASP.
Objeto: Aquisição de conjunto Rack 42 U para servidores.
Valor Total: R\$ 8.318,79
Prazo: 12 meses.
Programa de Trabalho: 3931.06.181.0510.3111.
Natureza da Despesa: 44905021
Fundamento: Artigo 1, caput da Lei n.º 10.520/2002 e suas alterações.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL MATERNIDADE HERCULANO PINHEIRO EXTRATO DE INSTRUMENTO CONTRATUAL (DECRETO Nº 3221, DE 18 DE SETEMBRO DE 1981)

Processo Instrutivo n.º: 09/002.498/2016 - 09/75/000.154/2017
4º Termo Aditivo n.º: 005/2022 ao Contrato n.º 027/2017
Data da Assinatura: 29/04/2022
Partes: PCRJ/SMS/HMHP e a firma IMAGEX MATERIAL HOSPITALAR E DIAGNÓSTICOS EIRELI EPP.
Objeto: Supressão parcial do valor contratual de 7,19%.
Prazo: A partir de 01/09/2021.
Valor Total Suprimido: R\$ 4.992,00 (quatro mil e novecentos e noventa e dois reais).
Fundamento: Lei n.º 8.666/93, com fulcro no artigo 58, § 1º e 65, inciso II, objeto dos Processos n.º 09/002.498/2016 - 09/75/000.154/2017.

FUNDAÇÃO INSTITUTO DE GEOTÉCNICA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

EXTRATO DE INSTRUMENTO CONTRATUAL
Processo Instrutivo n.º: 06/100.210/2018
Instrumento: Contrato de rescisão n.º 022/2022 ao contrato n.º 001/2019
Data da assinatura: 05/05/2022
Partes: Fundação Instituto de Geotécnica do Município do Rio de Janeiro GEO-RIO e a GEOMECÂNICA S/A TECNOLOGIA DE SOLOS, ROCHAS E MATERIAIS
Objeto: rescisão do contrato administrativo n.º 001/2019
Fundamento: art. 79, inciso II da Lei n.º 8666/93

SECRETARIA MUNICIPAL DE CULTURA EXTRATO DE INSTRUMENTO CONTRATUAL

PROCESSO INSTRUTIVO N.º: 12/001.369/2022
TERMO DE COLABORAÇÃO N.º: 917/2022
DATA DA ASSINATURA: 06/05/2022
PARTES: Secretaria Municipal de Cultura e Duas Vozes Produções Artísticas
OBJETO: Projeto "Márcio Gomes - Eternas Canções - Homenagem ao Dia das Mães".
PRAZO: 08/05/2022.
VALOR: R\$ 20.000,00 (vinte mil reais)
PROGRAMA DE TRABALHO: 30.01.13.392.0631.2961
NATUREZA DA DESPESA: 3.3.90.39.17
FUNDAMENTO: Art. 25, caput da lei: 8.666/93 e suas alterações.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE EXTRATO DE INSTRUMENTO CONTRATUAL (DECRETO Nº 3.221, DE 18 DE SETEMBRO DE 1981)

Processo Instrutivo n.º: 09/001.610/2022
Contrato de Gestão n.º: 008/2022
Data da Assinatura: 02/05/2022
Partes: PCRJ/SMS e a ORGANIZAÇÃO SOCIAL ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA - SPDM
Objeto: Gerenciamento e Operacionalização das Ações e Serviços Especializados do Centro do Olho Carloca (COC), no âmbito do Município do Rio de Janeiro.
Prazo: 24 meses, a contar de 02/05/2022.
Valor: R\$ 159.486.355,50
Programa de Trabalho: 1805.10.302.0600.2847
Natureza da Despesa: 3.3.50.85.01
Nota de Empenho: n.º 2022/136, no valor de R\$ 53.128.442,60
Fonte: 196
Nota de Empenho: n.º 2022/137, no valor de R\$ 14.933.480,03
Fundamento: Art. 24, inciso XXIV, da Lei Federal n.º 8666, de 1993, e alterações, ao RGCAF editado através do Decreto n.º 3.221 de 18/09/1981, por Dispensa de Licitação.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE EXTRATO DE INSTRUMENTO CONTRATUAL (DECRETO Nº 3.221, DE 18 DE SETEMBRO DE 1981)

Processo Instrutivo n.º: 09/01/000.240/2022
Contrato de Gestão n.º: 008/2022
Data da Assinatura: 27/04/2022
Partes: PCRJ/SMS e a ORGANIZAÇÃO SOCIAL ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA - SPDM
Objeto: 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) 1.0.
Prazo: 24 meses, a contar de 01/06/2022.
Valor: R\$ 257.998.894,46
Programa de Trabalho: 18.05.10.301.0330.2854
Fonte: 180
Natureza da Despesa: 33.50.85.01
Nota de Empenho: n.º 2022/103, no valor de R\$ 12.371.961,70
Programa de Trabalho: 18.05.10.305.0308.2003
Fonte: 182
ND: 3.3.50.85.01
Nota de Empenho: n.º 2022/105, no valor de R\$ 27.710.783,00
Fundamento: Art. 24, inciso XXIV, da Lei Federal n.º 8666, de 1993, e alterações, ao RGCAF editado através do Decreto n.º 3.221 de 18/09/1981, por Dispensa de Licitação.