

**3º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 032/2014, QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - SMS E A ORGANIZAÇÃO SOCIAL FUNDÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO EM SAÚDE - FIOTEC, COM VISTAS AO GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO, APOIO E EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO ÂMBITO DA AP 3.1/MANGUINHOS, NA FORMA ABAIXO:**

Pelo presente instrumento, de um lado o Município de Rio de Janeiro, por intermédio da Secretaria Municipal da Saúde, com sede nesta cidade na Rua Afonso Cavalcante, nº 455, Bloco 01, 7º andar, sala 701, neste ato representado por seu Secretário Municipal de Saúde, **DANIEL RICARDO SORANZ PINTO**, brasileiro, médico, solteiro, portador da cédula de identidade nº 28.890.997-1, expedida pelo DETRAN/RJ, CPF nº 290.210.958-07, doravante denominada **CONTRATANTE**, e de outro lado a Organização Social **Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde - FIOTEC**, inscrita no CNPJ sob o número 02.385.669/0001-74, com endereço à Avenida Brasil, nº 4036, Manguinhos - Rio de Janeiro/RJ, neste ato representada por seu representante legal, **MAURÍCIO ZUMA MEDEIROS**, brasileiro, portador da cédula de identidade nº 04.395.631-7 DETRAN/RJ, inscrito no CPF sob o nº 603.466.717-87, doravante denominada **CONTRATADA**, e perante as testemunhas ao fim nomeadas, é assinado o presente Termo Aditivo ao **Contrato de Gestão nº 032/2014**, conforme a aprovação da Sra. Subsecretária de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde datado de 30/03/2016, fls. 1019, publicado no D.O. Rio de Janeiro às Fls. 1020, do processo nº

09/002.975/2014, lavrado com observância à legislação aplicável, especialmente a que foi referida no Contrato de Gestão, que a aludida, fica para todos os efeitos de direito fazendo parte integrante do presente termo, que se regerá pelas Cláusulas e condições seguintes:

### **CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

Constitui objeto deste Termo Aditivo:

- I – a substituição do Anexo Técnico A – “Apoio pela Organização Social, à gestão das Unidades de Saúde, Serviços de Qualificação da Atenção Primária em Saúde na Área do Planejamento 3.1 – Teias Manguinhos, Subprojeto 6.5 – Qualificação das Ações de Vigilância ao Controle das DST/AIDS e Hepatites Virais”, do Contrato de Gestão nº 032/2014, conforme as Fls. 1015/1018 do processo instrutivo nº 09/31/000.513/2014, e
- II – adequação dos indicadores e metas do Contrato de Gestão 032/2014 por meio da substituição do Anexo Técnico B - “Acompanhamento do Contrato, Avaliação e Metas para os serviços de saúde – Área de Planejamento 3.1/MANGUINHOS”, conforme as Fls. 945/1011.

### **CLÁUSULA SEGUNDA - DA PUBLICAÇÃO**

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

### **CLÁUSULA TERCEIRA - DA RATIFICAÇÃO**

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

### **CLÁUSULA QUARTA - DA FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA E ORÇAMENTÁRIA**

- 5. O Município providenciará a remessa de cópias do presente TERMO ADITIVO ao órgão de controle interno do Município do Rio de Janeiro e ao Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro, no prazo de 10 (dez) dias contados da publicação de seu extrato.



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

Rio de Janeiro, 30 de junho de 2016.



**MAURÍCIO ZUMA MEDEIROS**

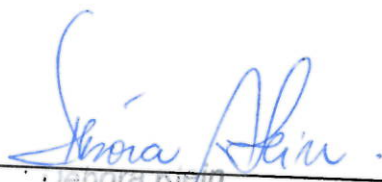
Mansur Ferreira Campos  
Diretor Financeiro - Direção  
FIOTEC - CPF: 375.000.237-15

Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde – FIOTEC



**DANIEL RICARDO SORANZ PINTO**  
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

Testemunhas:

1) 

Nome: **Debora Klein**  
Secretária Sênior - Gerência Geral  
SRT/RJ nº 10783  
R.G. FIOTEC - Matrícula: 4836

2) 

Nome: **SIMONE RODRIGUES DA COSTA**  
R.G: **05083624-7**

**ANEXO TÉCNICO A DO CONTRATO DE GESTÃO**

**APOIO, PELA ORGANIZAÇÃO SOCIAL, À GESTÃO DAS UNIDADES DE  
SAÚDE, SERVIÇOS E PROJETOS DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA EM SAÚDE NA ÁREA DE PLANEJAMENTO 3.1 – TEIAS  
MANGUINHOS**



**DETALHAMENTO DOS PROJETOS E SUBPROJETOS CONFORME CRONOGRAMA DE METAS  
FÍSICAS E RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS DESCRITO NO ANEXO V**

| ITEM | PROJETOS E SUBPROJETOS                                                                                |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1    | ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, NASF E CAPS                                                           |
| 2    | UPA                                                                                                   |
| 3    | CURSOS DE NÍVEL SUPERIOR, PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA                                                    |
| 3.1  | CURSO DE FORMAÇÃO EM ATENÇÃO FARMACÊUTICA                                                             |
| 3.2  | RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL                                                                          |
| 3.3  | PESQUISA EM SAÚDE DA FAMÍLIA                                                                          |
| 4    | APOIO À CENTROS DE REFERÊNCIA DE IMUNOBIOLOGICOS ESPECIAIS (CRIE)                                     |
| 5    | APOIO À FORMAÇÃO, QUALIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE                                         |
| 5.1  | RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE                                                        |
| 5.2  | ESPECIALIZAÇÃO EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA                                             |
| 5.3  | IMPLANTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE MODELOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE                                    |
| 5.4  | APOIO ÀS LINHAS DE CUIDADO E PROJETOS ESPECIAIS                                                       |
| 5.5  | APOIO ÀS AÇÕES DA REGULAÇÃO AMBULATORIAL                                                              |
| 5.6  | APOIO AO MONITORAMENTO E ANÁLISE DE QUALIDADE DE AÇÕES                                                |
| 5.7  | MONITORAMENTO DE VACÂNCIA NAS EQUIPES                                                                 |
| 5.8  | APOIO À MANUTENÇÃO DAS ESTAÇÕES OTICS-RIO                                                             |
| 6    | INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA, VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE                              |
| 6.1  | QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES E INFORMAÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE                                           |
| 6.2  | CURSO TÉCNICO DE AGENTES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE                                                       |
| 6.3  | GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA O SERVIÇOS DE APS/ESF |
| 6.4  | AÇÕES CONTINGENCIAIS PARA O ENFRENTAMENTO DA TUBERCULOSE                                              |
| 6.5  | QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA NO CONTROLE DAS DST AIDS E HEPATITES VIRAIS                      |
| 6.6  | PESQUISA CLÍNICA DE IMUNOBIOLOGICOS                                                                   |

4

## **ANEXO TÉCNICO A – PROJETO 1: ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, NASF E CAPS**

### **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. OBJETIVO GERAL**

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

#### **A.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Operacionalização, apoio e execução pela CONTRATADA, de atividades e serviços de Saúde da Família (ESF), Equipes de Saúde Bucal, Assistência Farmacêutica, Serviços Especializados, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF);

Contratação de Profissionais para atuação no Saúde da Família, de acordo com as metas físicas constantes no edital de seleção pública, utilizando para isso processo seletivo;

Contratação de profissionais de Apoio a Saúde da Família de acordo com metas físicas constantes no edital de seleção pública, utilizando para isso processo seletivo e tendo o perfil de profissionais ou categoria profissionais estabelecido pela SMS;

Manutenção, adaptações e programação visual das unidades de acordo com as orientações vigentes da S/SUBPAV.

Manutenção dos Centros de Atenção Psicossocial, de acordo com as metas físicas constantes no edital de seleção pública, incluindo contratação de pessoal, insumos, contratos de serviços continuados;

Desenvolvimento de ações de educação, vigilância e promoção da saúde de acordo com normas e orientações da CONTRATANTE;

Manutenção dos insumos e equipamentos para a assistência das equipes de Saúde

da Família;

Contratação de serviços de Prestação Continuados como limpeza, segurança, concessionárias, conectividade; serviços de Radiografia Com Laudo e de Ultrassonografia com Laudo para apoio às equipes de Saúde da Família; prestação serviços de oftalmologia de refração ocular e de retinografia digital; prestação de serviços de confecção de próteses dentárias;

Implantação, manutenção e suporte de Sistemas de Informação / Prontuário Eletrônico da Atenção Primária em Saúde;

Assistência em Situações de Surto ou Emergência em Saúde Pública;

Manutenção, adaptação e programação visual das unidades de acordo com orientação vigente da S/SUBPAV.

### **A.3. JUSTIFICATIVA**

A atenção Primária à Saúde é o pilar central do sistema de saúde. As unidades de saúde com equipes de saúde da família e saúde bucal constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de assistência, além de promoção da saúde e prevenção da doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados.

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

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

Caberá à CONTRATADA a manutenção das atuais equipes de Saúde da Família, conforme anexo do CNES (fonte DATASUS/MS competência mar/2013) bem como a expansão prevista de novas equipes para o período de 2013 a 2015.



#### **A.4 DESCRIÇÃO DO SERVIÇO**

##### **Qualidade dos Serviços Prestados**

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

- Prontuários Eletrônicos Clínicos (PEC) ou Prontuários Eletrônicos do Paciente (PEP);
- Implantação da Comissão de Prontuários;
- Realização de auditoria interna quanto ao uso e qualidade dos registros no prontuário clínico, a partir de conteúdos e metodologia comum para o município do Rio de Janeiro junto com a SMS.
- Atenção ao Usuário:
- Implantar Serviços de Atendimento ao Usuário;
- Aprofundar o conhecimento das providências tomadas a partir das reclamações/sugestões dos usuários.

#### **A.5 COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE**

Cada equipe de saúde da família deverá ser composta por no mínimo 01 médico, 01 enfermeiro, 01 técnico (ou auxiliar) de enfermagem, no mínimo 01 agente comunitário de saúde e 01 agente de vigilância em saúde. Utiliza-se como padrão no Município do Rio de Janeiro a proporção de 6 agentes comunitários de saúde para cada equipe de saúde da família;

Cada equipe de Saúde da Família é responsável por realizar a cobertura de uma área que corresponde ao conjunto de micro áreas – território onde habitam entre em média 400 e 750 pessoas, correspondente à atuação de 1 Agente Comunitário de Saúde – e cujo número máximo de pessoas assistidas de cerca de 3.500 pessoas.

Em média, para cada 3 equipes de Saúde da Família (ESF) existe uma equipe de saúde bucal (ESB).

A equipe de saúde da família poderá ser composta por médicos residentes vinculados à COREME da SMS ou a universidades conveniadas. A forma de contratação poderá ser na modalidade “bolsa de estudos”, em conformidade com as determinações da Comissão Nacional de Residências Médicas (CNRM). Nesse caso cada médico





residente deverá dividir a área de abrangência com outro médico e ficar responsável por no máximo 1.500 pessoas. O restante da equipe deverá seguir a mesma proporção de no máximo 4.000 pessoas para a equipe.

#### ***A.6 CRITÉRIOS PARA COMPOSIÇÃO DE HORÁRIO DAS EQUIPES***

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

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

Durante o horário de funcionamento das unidades, deve haver pelo menos um componente de cada equipe;

Sempre deve haver na unidade (incluindo unidades modelo C) pelo menos um médico e um enfermeiro;

Todas as unidades de saúde devem permanecer abertas durante o horário de almoço;

A carga horária de 40 horas semanais deve ser cumprida em no mínimo 4 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 independente do tipo de vínculo;

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

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

Em uma mesma A.P. 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 funcionário deve estar acolhendo a população e orientando caso a caso. Sempre que houver necessidade de fechamento da unidade a CAP e a CSF deve ser previamente comunicada.

#### ***A.7 ESTRUTURA DAS UNIDADES DE SAÚDE***

Prioritariamente os Agentes Comunitários de Saúde devem realizar escala de atendimento na recepção, com guichês de atendimento exclusivos por equipe/área de abrangência. Sempre que possível algum funcionário volante deve organizar o fluxo na unidade e oferecer ajuda para esclarecimentos, todas as equipes devem sempre que possível aceitar marcação de consulta por telefone e por email dos pacientes já cadastrados e que tenham sido atendidos ao menos uma vez na unidade. O telefone da equipe e email da equipe ou da unidade deve sempre estar em local visível;

Minimamente as unidades devem dispor de 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 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 possível, esta deve estar disponível na recepção;

Toda unidade primária de saúde deve ter minimamente a seguinte relação de salas:

- ☐ Recepção
- ☐ Sala de espera
- ☐ Consultórios
- ☐ Consultório odontológico
- ☐ Sala de Curativo
- ☐ Sala de procedimentos/coleta
- ☐ Sala de imunização
- ☐ Sala de reuniões / grupo
- ☐ Auditório
- ☐ Farmácia
- ☐ Sala dos agentes comunitários (ACS) e agentes de vigilância (AVS)
- ☐ Sala de esterilização



- ☐ Sala de expurgo
- ☐ almoxarifado
- ☐ Sala administração
- ☐ Sala de observação
- ☐ Copa
- ☐ Banheiro (masc e femin)
- ☐ Depósito de materiais de limpeza

Toda unidade primária de saúde deve oferecer coleta de exames laboratoriais diariamente. 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 disponíveis caixas térmicas com gelox e/ou geladeira frigobar (se tempo de acondicionamento >1dia);

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

A sala de vacina deve ser mantida em funcionamento durante todo o horário de funcionamento da unidade, aproveitando todas as oportunidades para a atualização do cartão vacinal. Não existindo dias para vacinas específicas, como a BCG. Todos os dias devem ocorrer oferta de todas as vacinas, qualquer dúvida entrar em contato com a Coordenação de Imunização.

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

Toda unidade deve ter em local visível a 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 carga 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 primária de saúde 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 primária de saúde é responsável pela assistência à população. Deve 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 são de responsabilidade da equipe de saúde da família definida para aquela área. Entendendo a atenção primária como coordenadora do cuidado e porta de entrada para o sistema de saúde, independente da situação de saúde de uma pessoa, as equipes de SF devem continuar o acompanhamento daquela pessoa. Exemplo: paciente com câncer em tratamento em serviço especializado, paciente em hemodiálise, coronariopata grave, portadores de transtorno mental, etc, devem continuar sendo atendidos e cuidados pela equipe de SF;

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, instituição prisional, residências terapêuticas, etc, independentemente de serem públicas ou privadas devem ser assistidas também pelas equipes de saúde da família;

Toda equipe deve trabalhar com o mapa de seu território de forma dinâmica, usando 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 (hipertensos, diabéticos, idosos, crianças em risco nutricional);

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

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

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

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

A CONTRATADA deverá realizar a Contratação dos profissionais para atuação nas equipes de Saúde da Família (ESF), Equipes de Saúde Bucal (ESB) e Serviços Especializados de Apoio à Saúde da Família (SASF), 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 no Saúde da Família;

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

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

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

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

Consulta de urgência e Atendimento de emergência: Faz parte das atribuições de toda unidade primária de saúde 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 a Central de Regulação do Município cujo telefone deve estar afixado na mesa de atendimento da sala de observação clínica e na sala da gerência da unidade,
- ☐ A Central de Regulação deve considerar a solicitação como vaga zero, classificar o risco, informar qual unidade receberá o paciente e enviar de imediato ambulância para remoção,
- ☐ A equipe deve escrever o relato do caso em duas vias e anotar no livro de ocorrência da unidade,
- ☐ Em caso de rompimento deste fluxo deve-se entrar em contato imediatamente com a CAP.

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

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

#### **A.8 PROCEDIMENTOS**

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

Toda unidade primária de saúde deve minimamente oferecer serviços de inalação, curativos, imunização, pequenos procedimentos cirúrgicos.

#### **A.9 VISITA DOMICILIAR**

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



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

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

#### **A.10 Consultas**

As unidades devem organizar o serviço de modo a evitar a formação de filas. Portanto sempre que possível evitar concentrar a oferta de algum serviço em um dia/horário específico;

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, verificação de Pressão Arterial e outros, deverão ser realizados durante a consulta;

☐ A unidade 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;

☐ Se sua condição não é urgente você poderá ser agendado para até dois dias úteis;

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

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

☐ Em casos extremos o paciente ou o médico de família pode solicitar a troca do usuário de equipe dentro da mesma unidade sendo necessário o preenchimento de formulário específico e anotação no livro de ocorrência da unidade



### **A.11 CONSULTAS DE ENFERMAGEM**

A assistência à saúde centrada na pessoa deve incluir ações de enfermagem, de acordo com protocolos clínicos da SMS, da SESDEC e do Ministério da Saúde. As consultas de puericultura e de assistência ao pré-natal e puerpério devem ser idealmente 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 ou decretos que regulamentem tais procedimentos.

### **A.12 ATESTADOS**

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

A emissão do atestado de óbito é obrigatório desde que o profissional médico tenha prestado assistência ao paciente e que não haja suspeita de causas externas. O formulário para atestado de óbito deve estar disponível a todas as unidades de atenção primária. Quando necessário o profissional deve realizar visita domiciliar para a avaliação clínica e emissão do documento.

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

### **A.13 ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA**

Todas as unidades primárias de saúde devem apresentar um plano de uso racional de medicamentos e deve estar em conformidade com as diretrizes municipal e nacional de uso racional e previsão de consumo a Assessoria de Assistência Farmacêutica.



Todas as unidades de saúde devem dispensar os medicamentos em local próprio que possibilite a dispensação e o depósito exclusivo da farmácia. Fica vedada a dispensação de medicamentos nos consultórios médicos ou de outros profissionais.

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

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

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

Toda a relação de medicamentos disposta no REMUME (relação municipal de medicamentos) deve ser dispensada nas unidades primárias de saúde.

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

□ Todo médico de equipe de saúde da família deve acompanhar os pacientes com asma e DPOC e o fornecimento da medicação deve ser vinculada a pelo menos uma consulta a cada 6 meses com o médico da equipe bem como com o enfermeiro da equipe;

□ Mesmo que o paciente acompanhe em serviço especializado (pólos, policlínica, hospital, etc) deve obrigatoriamente ser acompanhado pelo médico e enfermeiro da equipe;

**B. - Diabetes mellitus (hipoglicemiantes orais e insulina).** Para tanto as unidades devem minimamente possuir geladeira (frigobar) para o acondicionamento e os profissionais técnicos devem ser treinados para orientação de uso e acondicionamento da insulina;

□ Todo médico de equipe de saúde da família deve acompanhar o paciente diabético, esteja ou não indicado o uso de insulina. O fornecimento da insulina e demais insumos devem ser vinculados a pelo menos uma consulta a cada 3 meses com o médico da equipe bem como com o enfermeiro da equipe.

□ Mesmo que o paciente acompanhe em serviço especializado (pólos, policlínica, hospital, etc) deve obrigatoriamente ser acompanhado pelo médico e enfermeiro da



equipe;

C. Todos os pacientes em uso de insulina recebem glicosímetros, fitas, seringas, lancetador e lancetas para aplicação de insulina e monitorização domiciliar.

D. - Medicamentos controlados (receituário azul e especial);

E. Toda unidade primária de saúde deve ter disponível receituário azul, receituário especial e receituário tipo remédio em casa para hipertensão e diabetes. A prescrição de medicamento controlado não é vedada ao médico de atenção primária, mas deve sempre seguir princípios de uso racional de medicamentos;

F. Toda unidade primária de saúde deve ter condições para a dispensação de medicamento controlado, respeitando normativas vigentes. A organização do fluxo de distribuição da medicação controlada nas unidades deve ser feita em conjunto com a assistência farmacêutica da CAP e deve ter um farmacêutico responsável e o devido controle no armazenamento da medicação;

G. Toda prescrição realizada fora da REMUME deve ser acompanhada de orientação ao paciente que ele não encontrará esta medicação na farmácia da unidade pois esta medicação não faz parte da Relação Municipal de Medicamentos.

H. A validade da receita comum deve ser determinada pelo médico. Caso a medicação seja de uso contínuo e não houver especificação da validade de receita simples, esta terá validade para dispensação de até 12 meses para anticoncepcionais e até 6 meses para demais medicamentos. Para tanto, o médico deve prescrever na receita no campo "quantidade" a informação que o medicamento é de "USO CONTÍNUO".

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

Deve ser garantido acesso universal, durante todo horário de funcionamento da unidade,

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

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

A CONTRATADA deverá oferecer Serviços de Apoio à Saúde da Família. Trata-se de

um serviço de Apoio Especializado às equipes de saúde da família que objetiva ampliar as ações da Atenção Primária em Saúde (APS) através da qualificação das equipes, descentralização das ações da APS com o treinamento em serviço dos profissionais que as compõem. Preferencialmente as equipes de apoio especializado devem seguir as diretrizes do Ministério da Saúde através da Portaria GM 154 de 24 de Janeiro de 2008 (republicada no dia 04 de março de 2008), tanto na sua composição quanto na proporção de apoio às equipes de saúde da família. Nesse caso, todas as equipes devem ser cadastradas como equipe NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) na base do CNES.

A CONTRATADA deverá oferecer Serviços de Radiologia e de Ultrassonografia em todas as unidades novas (Clínicas da Família).

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

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

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

A CONTRATADA deverá oferecer Serviço de Oftalmologia - Refração.

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

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

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

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

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

A CONTRATADA deverá oferecer Serviço de Oftalmologia - Retinografia Digital.

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



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

Sugere-se a implantação de Retinógrafo Digital que permita laudo a 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 do exame;

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 saúde, podendo ser o Laboratório para Confeção das Próteses concentrado em outro endereço na Área de Planejamento, desde que garantido o prazo máximo de 30 dias desde a confecção do molde e a implantação da prótese dentária;

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

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

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

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

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



Os profissionais de referência para usuários ou familiares de usuários deverão realizar visitas domiciliares e/ou visitas hospitalares caso haja necessidade de acompanhamento destes na residência e ou em hospital (Geral, Maternidade ou Psiquiátrico), que deve contar 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 o PSF, NASF, CMS, Policlínica, Hospital). Devem ser realizadas pela equipe, no mínimo, quatro atividades de matriciamento por mês. Os profissionais da equipe devem se revezar nestas atividades. Aqueles profissionais que realizarem estas atividades poderão cumprir um turno de atendimento individual ou atendimento em grupo ou atendimento de familiares a menos no mês.

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

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

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

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

para recebê-los de volta.

Com a ampliação da atenção primária no município, essa será a porta de entrada preferencial do usuário ao sistema de saúde.

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

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

- ☐ Ampliação do horário de atendimento das Unidades 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.14 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.

#### **A.15 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.

#### **A.16 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 a Residência em Saúde da Família, Residência em Medicina de Família e Comunidade e graduação em saúde quando conveniados com a CONTRATANTE ou outros programas firmados com o Ministério da Saúde ou demais autarquias.

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

#### **A.17 DA CONTRATAÇÃO DOS PROFISSIONAIS**

I. 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 no Saúde da Família;

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

#### **A.18 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 exigir da empresa prestadora de serviços de prontuário eletrônico a garantia da conectividade, servidor de dados (datacenter) central, servidor/concentrador de dados em cada unidade de saúde, manutenção, customização do sistema e treinamento continuado dos profissionais;

A CONTRATADA deve oferecer suporte de Tecnologia em Informação a todas as unidades sob gestão; A resposta aos chamados de suporte devem ser atendidos 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;

As empresas de prontuário eletrônico devem disponibilizar um portal web para gerar relatórios gerenciais bem como possibilitar acesso aos dados clínicos para auditoria clínica a nível local, regional através das CAPs (Coordenações de Área de Planejamento) e do nível central (S/SUBPAV);

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

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

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

- ☐ O prontuário deve ser construído para ser utilizado na Atenção Primária à Saúde;
- ☐ Deve ser familiar, permitindo a identificação e acesso aos prontuários dos demais membros da família;
- ☐ Deve ter uma lista de problemas ativos e inativos;
- ☐ O registro clínico deve ser organizado no método SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano);
- ☐ Deve-se utilizar como padrão para classificação de doenças a tabela do CIAP (Classificação Internacional de Atenção Primária) permitindo a conversão para a codificação do CID (Classificação Internacional de Doenças);
- ☐ Deve permitir a impressão de formulários como: Receituário, Receituário Especial, Atestados, Notificações compulsórias, Declaração de Comparecimento, Solicitação de Exames, Encaminhamento de Usuários (Referência e Contra-referência), Solicitação de Exames de Alto Custo, Solicitação de exames de Citopatológicos e de 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 hansen; Imunização com aprazamento das consultas;
- ☐ Permitir às equipes gerar minimamente as seguintes listas: lista geral todos os



pacientes da área; lista de hipertensos, lista de diabéticos, lista de pacientes com tuberculose, lista de pacientes com hanseníase, lista de crianças até 2 anos, lista de gestantes, lista de rastreamento de citopatológico de mulheres entre 25 a 64 anos;

□ Gerar um relatório por equipe dos indicadores do Pagamento por Desempenho, que são anualmente padronizados pela S/SUBPAV/SAP; Permitir gerar mensalmente para cada profissional um email 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 email;

□ Deve permitir o registro dos exames laboratoriais incluindo exames de imagem e digitalização de alguns exames como eletrocardiografia;

□ Devem permitir interoperabilidade com outros sistemas como aparelhos de processamento de laboratório, aparelho de Rx digital, dentre outros;

#### ***A.19 SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde:***

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

Os dados deverão ser atualizados mensalmente.

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

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

Constitui responsabilidade da Organização de Saúde o acompanhamento das

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

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

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

Para o profissional pertencente à equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), além do cumprimento do disposto nº 4 deste documento, ficam estabelecidas as seguintes regras:

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

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

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

As equipes NASF não são consideradas estabelecimentos de saúde, mas sim “serviço especializado” e devem ser cadastrados;

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

unidades, este poderá ser implantado apenas nos estabelecimentos de Saúde da Esfera Administrativa PÚBLICA e somente nos tipos de estabelecimentos a seguir:

- 2 – Centro de Saúde/Unidade Básica,
- 15 – Unidade Mista;
- 3 – Policlínica;
- 36 – Clínica Especializada/Ambulatório de Especialidade,
- 71 – Centro de Apoio a Saúde da Família;
- 71-Centro de Apoio a Saúde da Família;

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

| TIPO UNIDADE<br>NACARTEIRA DE SERVIÇOS | ABREVIACÃO | TIPO UNIDADE NO CNES                |
|----------------------------------------|------------|-------------------------------------|
| Clínica da Família                     | CF         | 02 - Centro de Saúde/Unidade Básica |
| Centro Municipal de Saúde              | CMS        | 02 - Centro de Saúde/Unidade Básica |

#### **A.20 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 De-Para 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.

#### **A.21 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 apóiam a boa prática clínica são:

- ☐ O consenso de sociedades científicas e associações profissionais;
- ☐ Processos de trabalho consensuados pelos profissionais que pertencem ao serviço de saúde contratado ou a outros no âmbito territorial;
- ☐ Orientações estabelecidas pela SMS/RJ.
- ☐ As três práticas não são excludentes, e sim complementares e sua operatividade dependerá do que se determine em cada caso.
- ☐ Os parâmetros que se relacionam diretamente com a boa prática clínica e que



possam ser objeto de avaliação por parte da CTA são:

- ☐ Qualificação dos profissionais;
- ☐ Utilização do prontuário clínico;
- ☐ Uso de outros registros da atividade assistencial;
- ☐ Respeito ao Plano de Educação Permanente da SMS-Rio de Janeiro e a PNAB(2006) / Ministério da Saúde;
- ☐ Consenso sobre o diagnóstico e tratamento das patologias mais presentes na rede básica;
- ☐ Consenso entre os profissionais dos serviços sobre o diagnóstico, tratamento e condições de referência, se procede, das urgências em atenção primária;
- ☐ Dispositivos que possibilitem a desmedicalização, tais como o desenvolvimento de um plano para atividades de grupo, atividades físicas, dentre outros;
- ☐ Perfil de prescrição farmacêutica;
- ☐ Auto-avaliação assistencial pelos profissionais;
- ☐ Avaliação externa da prática assistencial.

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

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

O monitoramento dos indicadores deverá ser feito trimestralmente, de forma

automatizada e referendada pelo diretor/gerente da unidade.

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

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

As unidades que tenham direito ao Incentivo Institucional (parte variável 02) deverão elaborar um Plano para a Aplicação do Incentivo, sendo submetido a 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 disponibilizada na recepção da unidade, em um espaço que permita privacidade aos usuários.

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

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

Não se deve induzir ou sugerir uma resposta aos usuários;

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

- ☐ NOME DO USUÁRIO;
- ☐ EQUIPE DE SAÚDE;



- ☐ DATA DO REGISTRO;
- ☐ HORA DO REGISTRO;
- ☐ MOTIVO DO ATENDIMENTO;

A Coordenação de Área de Planejamento deve fazer aleatoriamente uma auditoria com amostra de usuários que tiverem as respostas preenchidas para validação dos dados e detectar casos de abusos ou de fraude nos dados;

As prestações de contas devem ser alimentados em sistema específico sob as regras da Subsecretária de Gestão.

#### **A.22 CARTEIRA DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

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

#### **A.23 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 aplicável a AP.

#### **A.24 RECOMENDAÇÕES DA SMS/SUBPAV PARA O PROCESSO DE TRABALHO DO SAÚDE DA FAMÍLIA.**

Os 15 passos para gestão da atenção primária:

- 1) Visita dos agentes comunitários. Em qualquer equipe de saúde da família a periodicidade para visitas domiciliares dos Agentes Comunitários é baseada em estratificação de risco, com a seguinte periodicidade mínima: tuberculose e hanseníase (diária), Hipertensos Severos, Diabéticos Severos, Gestantes, Crianças até 1 ano (mensal), Hipertensos leves, Diabéticos leves, Crianças >2 anos, Acamados (trimestral); demais pessoas (anual)

- 2) Visita do agente de vigilância em saúde. Todo domicílio deve ser visitado pelo menos 1 vez ao ano pelo agente de vigilância em saúde; considerando fatores de risco ambientais e do domicílio pode ocorrer visita mensal
- 3) Visita domiciliar. O tempo máximo para realizar Visita Domiciliar quando solicitada a unidade é de 5 dias para avaliação do ACS e máx 30 dias para ida do técnico, enfermeiro, dentista ou médico.
- 4) Agendamento de consultas. Em toda unidade de atenção primária deve agendar consultas, inclusive de especialidades disponíveis no SISREG. A agenda dos profissionais deve ser disponibilizada e acessível a toda a equipe técnica através do prontuário eletrônico, não devendo ficar restrito ao próprio profissional de saúde o agendamento das consultas;
- 5) Agendamento de consultas. Os pacientes que procurarem agendar consultas devem sair da unidade sabendo o dia e horário de sua consulta
- 6) Agendamento de consultas. Os pacientes com casos agudos devem ser atendidos pelo médico ou enfermeiro no mesmo dia
- 7) Agendamento de consultas. Nenhuma consulta de primeira vez pode ser agendada para mais de 30 dias úteis para o médico, enfermeiro ou dentista
- 8) Exames laboratoriais. O tempo máximo para resultado de exames: Laboratoriais: 5 dias úteis, citopatológico (preventivo): 10 dias úteis, RX, ultrassonografia e eletrocardiograma: 30 dias úteis.
- 9) Horários. Os horários de funcionamento da unidade; horário de atendimento de





todos os profissionais e horário de todas as atividades educativas semanais devem estar afixados e visíveis ao usuário; bem como a semana padrão de cada profissional e o regimento interno da unidade (em local acessível).

- 10) Horários. Todos os serviços devem ser disponibilizados em todo horário de funcionamento da unidade, incluindo vacinas, curativos, dispensação de medicamentos e consultas; não devendo a unidade fechar para almoço.
- 11) Agendamento de consultas. Os pacientes com casos agudos devem ser atendidos pelo médico ou enfermeiro no mesmo dia
- 12) Agendamento de consultas. Nenhuma consulta de primeira vez pode ser agendada para mais de 30 dias úteis para o médico, enfermeiro ou dentista
- 13) Exames laboratoriais. O tempo máximo para resultado de exames: Laboratoriais: 5 dias úteis, citopatológico (preventivo): 10 dias úteis, RX, ultrassonografia e eletrocardiograma: 30 dias úteis.
- 14) Horários. Os horários de funcionamento da unidade; horário de atendimento de todos os profissionais e horário de todas as atividades educativas semanais devem estar afixados e visíveis ao usuário; bem como a semana padrão de cada profissional e o regimento interno da unidade (em local acessível).
- 15) Horários. Todos os serviços devem ser disponibilizados em todo horário de funcionamento da unidade, incluindo vacinas, curativos, dispensação de medicamentos e consultas; não devendo a unidade fechar para almoço.
- 16) Horários. A aferição da pressão arterial deve ser feita de imediato a qualquer usuário caso ele solicite.



- 17) Horários. Todos os atestados de saúde devem ser realizados pelos médicos de atenção primária de acordo com os critérios clínicos e em formulários específicos.
- 18) Referência do paciente. Em caso de necessidade de referenciar o paciente a outro serviço para apoio na condução do caso deve-se entregar ao paciente número da solicitação no SISREG.
- 19) Ouvidoria. O diretor/gerente se comprometerá a cada primeira semana de cada mês reunir as lideranças locais para prestar contas do funcionamento da unidade e ouvir suas avaliações.
- 20) Ouvidoria. Recomenda-se a divulgação do telefone 1746, para contribuir com o funcionamento da unidade, emitindo-se uma opinião, elogio, crítica ou sugestão de melhoria da unidade.



***Serviços de Apoio Especializados às Equipes de Saúde da Família / Núcleos de Apoio ao Saúde da Família:***

Trata-se de um serviço de apoio às equipes de saúde da família que objetiva ampliar as ações da Atenção Primária em Saúde (APS) através da qualificação das equipes, descentralização das ações da APS com o treinamento em serviço dos profissionais que as compõem.

A modalidade NASF deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições:

- a) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 200 (duzentas) horas semanais;
- b) nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas;
- c) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 40 (oitenta) horas de carga horária semanal.

Cada NASF 1 deverá estar vinculado a no mínimo 5 (cinco) e a no máximo 9 (nove) Equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua);

Poderão compor os Serviços de Apoio Especializado à Saúde da Família do Município do Rio de Janeiro de acordo com o perfil epidemiológico de cada território.

***A.25 CAPS (Centro de Atenção Psicossocial):***

- 1) Elaboração de projeto terapêutico individualizado para todos os usuários matriculados na unidade (100%), este deve ser alterado sempre que necessário, e estar anexado ao prontuário do usuário.
- 2) Atendimento de familiares dos usuários matriculados (mínimo de 50% de cobertura).
- 3) A avaliação da produção mínima dos profissionais deverá ser ajustada mediante a existência de feriados, campanhas, mobilizações sociais ou eventos de força maior, que necessitem o fechamento da unidade. As justificativas deverão ser escritas no relatório de atividades.
- 4) Os profissionais de referência para usuários ou familiares de usuários deverão

realizar visitas domiciliares e/ou visitas hospitalares caso haja necessidade de acompanhamento destes na residência e ou em hospital (Geral, Maternidade ou Psiquiátrico), que deve contar no projeto terapêutico de cada usuário.

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

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

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

## **A.26 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 a saúde.

A existência de uma rede de atenção primária bem estruturada e um Programa de Saúde da Família abrangente são fundamentais para o enfrentamento do aumento da força de transmissão, uma vez que são os profissionais de saúde deste nível de atenção que primeiro observam o aumento da incidência das doenças na população e dão o alarme que desencadeia todas as ações de saúde subsequentes. Quando este

é o cenário real, a rede de atenção primária cumpre seu papel, absorve os pacientes e os acompanha, só encaminhando à assistência secundária ou terciária os casos de agravo que realmente precisam de cuidados mais específicos, estando preparados para recebê-los de volta.

Com a ampliação da atenção primária no município, essa será a porta de entrada preferencial do usuário ao sistema de saúde.

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

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

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



## **ANEXO TÉCNICO A – PROJETO 2: UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)**

### **Justificativa**

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

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

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

### **Objetivo Geral**

Diminuir o número de pacientes nas filas dos hospitais.

### **Objetivos Específicos**

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

estágio de campo de prática.

g) Fomentar a elaboração de trabalhos científicos na área de Saúde Pública.

### ***Metas para acompanhamento da CTA***

As metas deste subprojeto estão descritas no item 3.

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

### **2.1 ASPECTOS BÁSICOS ORGANIZACIONAIS**

Caberá à Organização Social descrever e executar:

#### ***Mecanismos de informação e comunicação à população sobre:***

- ☐ Os serviços que oferta;
- ☐ Os meios de acesso da população aos serviços de saúde ofertados;
- ☐ Disponibilizar de maneira visível o nome dos profissionais de plantão na unidade;

#### ***Sistema gerencial de informação com acesso pela internet:***

- ☐ Registros a serem utilizados na atividade assistencial;
- ☐ Recepção e encaminhamento dos usuários aos serviços;
- ☐ Registros a serem utilizados nos procedimentos administrativos;
- Referência e contra-referência responsável e regulada dos usuários a outros serviços ou a outros níveis assistenciais;
- Dispor de mecanismos que possibilitem disponibilizar em tempo real as informações sobre os atendimentos, bem como as informações econômicas, todas aquelas que a SMS julgar necessárias ao acompanhamento e avaliação do contrato de gestão.
- Implantar o ponto eletrônico e disponibilizar a SMS o controle diário da frequência dos profissionais que atuam na unidade.

Todos os aspectos apontados anteriormente deverão estar em acordo com os critérios

estabelecidos pelo Plano Municipal de Saúde/RJ, com os Planos e Protocolos

Assistenciais de Atenção Hospitalar da SMS/RJ e com a Legislação vigente do Ministério da Saúde – MS e demais legislações em vigor.

## **2.2 BOA PRÁTICA CLÍNICA**

As referências que apoiam a boa prática clínica são:

- ☐ As melhores evidências disponíveis e aceitas de práticas clínicas baseadas em evidências;
- ☐ O consenso de sociedades científicas e conselhos de classe;
- ☐ Protocolos e linhas de cuidados estabelecidos pela SMS/;

As referências de boas práticas citadas acima não são excludentes, e sim complementares e sua operacionalidade dependerá do que a defina 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 todos os outros registros da atividade assistencial necessários;
- ☐ Respeito ao Plano de Educação Permanente e Excepcional da SMS, como no caso das capacitações para dengue, entre outros;
- ☐ Respeito aos Planos: Municipal de Saúde, Complementares ou Excepcionais da SMS;
- ☐ Respeito aos Planos de Emergências, Desastres e Contingências da SES RJ e SMS RJ.
- ☐ Política de Humanização - Protocolos da unidade sobre Acolhimento e Classificação de Risco, e sobre o diagnóstico e tratamento das patologias mais incidentes na Atenção Hospitalar;
- ☐ Registrar os agravos de notificação compulsória - SINAN

4



- ☐ Perfil de prescrição farmacêutica;
- ☐ Auto-avaliação assistencial pelos profissionais;
- ☐ Avaliação dos serviços de saúde pelos profissionais lotados nas unidades;
- ☐ Avaliação externa da prática assistencial;
- ☐ Avaliação externa da satisfação do usuário; e
- ☐ Respeito às necessidades dos pacientes através da disponibilização dos meios necessários para o tratamento, sejam estes recursos humanos, medicamentos, equipamentos ou outros relacionados.

### **2.3 ATENÇÃO AO USUÁRIO**

Esses critérios 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 a informação obtida através de questionário de pesquisa de opinião realizado pela instituição parceira ou por órgão designado ou contratado para tal fim.

### **2.4 ARTICULAÇÃO COM OUTROS NÍVEIS ASSISTENCIAIS – REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA**

Uma efetiva articulação entre os níveis assistenciais comportará uma continuidade nas linhas de cuidado das unidades. Esta articulação se dará com o apoio da SUBHUE e se fará entre a Instituição Parceira, a coordenação da Área de Planejamento, a rede de atenção básica responsável pelo atendimento pré-natal, as Maternidades da SMS/RJ, as Unidades de Urgência e Emergência, as UPAs-da região onde a Unidade está instalada, a

Superintendência dos Institutos nas questões relativas a assistência psiquiátrica e a Central de Regulação da SMS/RJ, bem como poderá contar com outros atores e parceiros componentes da rede assistencial.

Para assegurar a continuidade no processo assistencial serão necessários:

- ☐ Protocolos, consensos clínicos e linhas de cuidado sobre Acolhimento e Classificação de Risco e sobre as patologias e os processos que possam ser solucionados nas Unidades de Pronto Atendimento;
- ☐ 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.
- ☐ Utilização pelos profissionais de saúde das referências e contra-referências estabelecidas;
- ☐ Observância por parte dos profissionais da disponibilização de informação clínica necessária para dar suporte e continuidade ao processo terapêutico.

### **3. INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS – Pagamento da Parte Variável**

Esta proposta tem por objetivo acelerar a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, uma vez que a falta de qualidade e a ineficiência quase sempre aumenta os custos e o prolongamento da necessidade de cuidados, de tratamentos e de cirurgias complementares.

Ao final de 12 meses de acompanhamento, a SMS – Rio de Janeiro juntamente com a OS 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.

Mesmo após o cumprimento de todas as metas elencadas no Quadro de Indicadores e Metas, caso haja alguma queda na qualidade do atendimento em função de ação ou



omissão imputável à administração da OS, a CTA, baseada em relatório fundamentado enviado pela SUBHUE, poderá descontar até 50% (cinquenta por cento) do valor da parte variável.

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

A cada período de três meses (trimestral) será realizada por parte da CTA da Secretaria Municipal Saúde/RJ a avaliação e pontuação dos indicadores e metas que condicionam o valor de pagamento da variável de 5% do valor do contrato, assim divididas:

- Parte variável 01 – incentivo institucional à gestão.
- Parte variável 02 - incentivo Institucional à unidade de saúde.
- Parte variável 03 - incentivo à equipe.

### **3.1 INDICADORES E METAS PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.**

#### **3.1.1. PARTE VARIÁVEL 01 - incentivo institucional à gestão do TEIAS;**

A Parte Variável 01 tem como objetivo induzir boas práticas na gestão da OSS e alinhá-las às prioridades definidas pela SMS. Este recurso somente pode ser utilizado no objeto do contrato de gestão.

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

A **CONTRATADA** para fazer jus aos recursos orçamentários da parte variável 01, com periodicidade trimestral, que corresponde a até **1,5%** do valor total conforme cronograma de desembolso (item UPA), deverá apresentar um relatório contendo os indicadores pré-estabelecidos pela SMS/RJ, definidos no Quadro I.

O valor está condicionado ao percentual cumprido do conjunto de metas estabelecidas para o respectivo trimestre, e para tal a OSS deverá apresentar um PLANO DE APLICAÇÃO dos recursos. O percentual do repasse será calculado conforme quadro II.

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

**Quadro I – Indicadores componentes da Variável 01.**

| INDICADOR                   |                                                                        | FÓRMULA                                                                                                                                        | META              |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>DESEMPENHO DA GESTÃO</b> |                                                                        |                                                                                                                                                |                   |
| 1                           | Percentual de BAE dentro do padrão de                                  | $\frac{\text{Total de BAE dentro do padrão de conformidade}}{\text{Total de BAE analisados}} \times 100$                                       | >90 %             |
| 2                           | Índice de absenteísmo.                                                 | $\frac{\text{Horas líquidas faltantes}}{\text{0 Horas líquidas disponíveis}} \times 10$                                                        | <3%               |
| 3                           | Taxa de Turn-over.                                                     | $\frac{\text{Nº de Demissões} + \text{Nº de Admissões}}{2 \times \text{Nº de Funcionários ativos (no último dia do mês anterior)}} \times 100$ | ≤ 3,5             |
| 4                           | Treinamento hora homem.                                                | $\frac{\text{Total de horas homem treinados no mês}}{\text{Número funcionários ativos no período.}}$                                           | 1,5h homem treina |
| 5                           | Relatórios assistenciais e financeiros entregues no padrão e no prazo. | Relatórios assistenciais e financeiros entregues no padrão definido pela SMS até o 5º dia útil do mês.                                         | Até o 5º dia útil |
| 6                           | Preenchimento adequado de fichas SINAN em todos os casos               | $\frac{\text{Número de fichas SINAN preenchidas}}{\text{Total de situações com SINAN obrigatório}} \times 100$                                 | 100%              |



**Quadro II – Repasse referente aos indicadores da variável 01**

|   | <b>Indicadores<br/>para Variável<br/>01</b>                        | <b>% a<br/>incidir<br/>sobre a</b> | <b>% a incidir sobre<br/>o total do<br/>contrato.</b> |
|---|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 1 | Percentual de BAE dentro do padrão de conformidades.               | 16%                                | 0,24%                                                 |
| 2 | Índice de absenteísmo.                                             | 16%                                | 0,24%                                                 |
| 3 | Taxa de Turn-over.                                                 | 16%                                | 0,24%                                                 |
| 4 | Treinamento hora homem.                                            | 16%                                | 0,24%                                                 |
| 5 | Relatórios assistenciais e financeiros entregues no padrão e       | 16%                                | 0,24%                                                 |
| 6 | Preenchimento adequado de fichas SINAN em todos os casos previstos | 20%                                | 0,30%                                                 |
|   | <b>Totais</b>                                                      | <b>100%</b>                        | <b>1,5%</b>                                           |

### 3.1.2. PARTE VARIÁVEL 02 - incentivo institucional à Unidade de Saúde

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

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

A **CONTRATADA** para fazer jus aos recursos orçamentários da parte variável 02, com periodicidade trimestral, que corresponde a até **2,0%** do valor total conforme cronograma de desembolso (item UPA), deverá apresentar um relatório contendo os indicadores pré- estabelecidos pela SMS/RJ, definidos no Quadro III.

O valor está condicionado ao percentual cumprido do conjunto de metas estabelecidas para o respectivo trimestre, e para tal a UNIDADE DE SAÚDE deverá apresentar um PLANO DE APLICAÇÃO dos recursos. O percentual do repasse será calculado conforme

quadro IV. Os recursos deverão ser aplicados em melhorias para a própria unidade.

**Quadro III – Indicadores para a Variável 02.**

| INDICADOR                      |                                                                                                                            | FÓRMULA                                                                                                                                                                                | META                                                                                                                                                      |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DESEMPENHO ASSISTENCIAL</b> |                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                           |
| 1                              | Percentagem de                                                                                                             | $\frac{\text{N}^\circ \text{ de atendimentos médicos}}{100} \times$                                                                                                                    | ≥70%                                                                                                                                                      |
|                                | pacientes atendidos por                                                                                                    | Nº total de pacientes acolhidos                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                           |
| 2                              | Percentual de pacientes atendidos por médico após acolhimento e classificação de risco pelo enfermeiro conforme protocolo. | $\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes atendidos por médico de acordo com tempo definido na classificação de risco}}{\text{Total de pacientes classificados com risco}} \times 100$ | 100%<br>Observação:<br>Vermelho: ≤ 15 minutos<br>Amarelo: ≤ 30 minutos<br>Verde: até 1 hora<br>Azul: até 24hs ou redirecionado à rede de atenção primária |
| 3                              | Tempo de permanência na                                                                                                    | $\frac{\sum \text{do número de pacientes dia na observação}}{\text{Número de saídas}}$                                                                                                 | < 24 horas                                                                                                                                                |
| 4                              | Taxa de Mortalidade na unidade de Emergência (sala amarela e vermelha)                                                     | $\frac{\text{N}^\circ \text{ de óbitos em pacientes em observação } \leq 24 \text{ (sala amarela + vermelha)}}{100 \text{ Total de saídas de pacientes}} \times$                       | < 4%                                                                                                                                                      |

4

|   |                                                                        |                                                                                                                                           |      |
|---|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 5 | Taxa de Mortalidade na unidade de Emergência (sala amarela e vermelha) | Nº de óbitos em pacientes em observação $\geq 24$ (sala <u>amarela</u> + <u>vermelha</u> )<br>_____ x<br>100 Total de saídas de pacientes | < 7% |
| 6 | Percentual de pacientes com diagnóstico de sepses que                  | Total de pacientes com antibióticos infundidos em um <u>tempo &lt; 2 horas na SEPSE</u>                                                   | 100% |
|   | antibióticoterapia em até 2 horas.                                     | x 100<br>Total de pacientes com diagnóstico de SEPSE                                                                                      |      |
| 7 | Porcentagem de tomografias realizadas em pacientes com                 | Total de pacientes com AVC que realizaram TC x 100 Total de pacientes com diagnóstico de AVC                                              | 100% |
| 8 | Percentual de Trombólise realizadas no tratamento do                   | Total de pacientes IAM com Supra de ST Trombolizados<br>Total de pacientes com diagnóstico de IAM com Supra de ST                         | 100% |

**Quadro IV – Repasse referente aos indicadores da variável 02**

| Indicadores para Variável 02 |                                                                                                                            | % a incidir sobre a variável 02 | % a incidir sobre o total do contrato |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|
| 1                            | Percentagem de pacientes atendidos por médico.                                                                             | 12%                             | 0,24%                                 |
| 2                            | Percentual de pacientes atendidos por médico após acolhimento e classificação de risco pelo enfermeiro conforme protocolo. | 12%                             | 0,24%                                 |
| 3                            | Tempo de permanência na emergência                                                                                         | 12%                             | 0,24%                                 |
| 4                            | Taxa de Mortalidade na unidade de Emergência (sala amarela e vermelha)                                                     | 14%                             | 0,28%                                 |
| 5                            | Taxa de Mortalidade na unidade de Emergência (sala amarela e vermelha) $\geq$ 24h.                                         | 14%                             | 0,28%                                 |
| 6                            | Percentual de pacientes com diagnóstico de sepse que iniciaram antibióticoterapia em até 2 horas.                          | 12%                             | 0,24%                                 |
| 7                            | Percentagem de tomografias realizadas em pacientes com AVC.                                                                | 12%                             | 0,24%                                 |
| 8                            | Percentual de Trombólise realizadas no tratamento do IAM com supra de                                                      | 12%                             | 0,24%                                 |
| <b>TOTAIS</b>                |                                                                                                                            | <b>100%</b>                     | <b>2,0%</b>                           |



### 3.1.3. PARTE VARIÁVEL 03 - incentivo institucional à Equipe

A variável 03 é composta por indicadores que avaliam a satisfação do usuário. O recurso pago trimestralmente, que corresponde a até 1,5% do valor total do cronograma de desembolso (item UPA), é auferido conforme os indicadores do Quadro V, e deverá ser distribuído pela equipe técnica da unidade de saúde conforme plano de aplicação definido pela SMS.

**Quadro V – Indicadores da Variável 03**

| INDICADOR                    |                                                                    | FÓRMULA                                                                                                      | META |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| <b>SATISFAÇÃO DO USUÁRIO</b> |                                                                    |                                                                                                              |      |
| 1                            | Índice de questionários preenchidos pelos pacientes em observação. | $\frac{\text{Nº de Questionários preenchidos} \times 100}{\text{Total de pacientes em observação}}$          | >15% |
| 2                            | Percentual de usuários Satisfeitos / Muito Satisfeitos             | $\frac{\text{Nº de Conceitos satisfeito e muito satisfeito} \times 100}{\text{Total de Respostas efetivas}}$ | >85% |

**Quadro VI – Repasses referentes à Variável 03**

| Indicadores para Variável 03 |                                                         | % a incidir sobre a variável 03 | % a incidir sobre o total do contrato |
|------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|
| 1                            | Índice de questionários preenchidos pelos pacientes em  | 50%                             | 0,75%                                 |
| 2                            | Percentual de usuários Satisfeitos / Muito Satisfeitos. | 50%                             | 0,75%                                 |
| <b>TOTAIS</b>                |                                                         | <b>100%</b>                     | <b>1,5%</b>                           |

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

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

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

Ao receber a parte variável a OS deverá elaborar um Plano para a Aplicação da Variável, a ser submetido à Secretaria Municipal de Saúde para validação. Caberá a Comissão Técnica de Avaliação – CTA aprovar o Plano de Aplicação da variável, garantindo assim a destinação orçamentária para o valor em questão.

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

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

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

diagnósticos).

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

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

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

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

#### **4. PRESTAÇÃO DE CONTAS MENSAL**

As informações relacionadas aos indicadores e prestação de contas financeiras deverão ser alimentadas no sistema de monitoramento dos contratos de gestão –

Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais (<http://osinfo.rio.rj.gov.br>), instrumento institucional de acompanhamento, avaliação e controle dos Contratos de Gestão firmados entre a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e as

Organizações Sociais para o gerenciamento de unidades e programas de saúde, conforme Decreto Municipal nº 37.709/13. impreterivelmente, até o dia 10º dia útil do mês subsequente, conforme Manual para envio de arquivos disponibilizado no Menu Principal, no link, Documentos, do Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais.

#### **4.1. INFORMAÇÕES ASSISTENCIAIS DA UPA (PERIODICIDADE MENSAL)**

**A) Número de atendimentos total da unidade:**

Enfermagem

Clínica médica

Pediatria

Serviço social

CID mais frequentes –

Pacientes atendidos por bairro. AP e município

**B) Desdobramentos desses atendimentos:**

Alta

Encaminhamento para rede básica

Permanência em leito de observação adulto e pediátrico

Transferência para internação

Óbito adulto e Criança

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

**C) Transferências identificando:**

Transferência Inter-hospitalar- TIH eletiva

Vaga zero

Unidades de destino

Diagnóstico

Data da inserção no sistema de regulação

4

**D) Exames**

D.1 Laboratório – Exame de emergência

Exames dos pacientes em observação

D.2 Imagem

**E) Medicamentos**

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

**F) Diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio – IAM**

F.1 Pacientes que permaneceram na unidade

F.2 Pacientes transferidos.

F.3 Pacientes submetidos a trombólise

**G) Diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral – AVC**

G.1 Fizeram TC

G.2 AVC isquêmico

G.3 AVC hemorrágico

**ANEXO TÉCNICO A – PROJETO 3: CURSOS DE NÍVEL SUPERIOR, PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA**

**SUBPROJETO 3.1 CURSO DE FORMAÇÃO EM ATENÇÃO FARMACÊUTICA**

Responsável Técnico pela SMS: S/SUBPAV

### **Justificativa**

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

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

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

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

### **Objetivo Geral**

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

### **Objetivos Específicos:**

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



### Metas para acompanhamento da CTA:

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

## SUBPROJETO 3.2 RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

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

### Justificativa

A concepção de TEIAS Escola Manguinhos está diretamente relacionada à sua concepção como Bairro Escola e se configura como espaço de aprendizagem tanto para os profissionais que atuam no território como os moradores que nele habitam. A pesquisa e o ensino são as dimensões que diferenciam o TEIAS em Manguinhos. A transformação das práticas de saúde esta diretamente relacionada à formação de profissionais que possibilitem um fazer refletido e a relação do trabalho como espaço produtor de conhecimento e espaço formador de novos profissionais. Portanto, a formação dos trabalhadores em processos de educação permanente e continuada é ferramenta para qualificar as práticas da Estratégia Saúde da Família – implementar ações de educação permanente e continuada dos profissionais de saúde é um dos objetivos desse subprojeto.

Fruto da experiência com trabalhadores pretende-se apoiar o Programa de Residência Multiprofissional em saúde da família. O programa terá 2 (dois) anos de duração, em

tempo integral, com atividades teóricas e teóricas-práticas (20%) e atividades práticas de formação em serviço (80%). A formação em serviço, feita sob supervisão de

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

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

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

### **Objetivo Geral**

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

A handwritten signature in black ink, located at the bottom left of the page.



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

### **Objetivos Específicos:**

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

### **Metas para acompanhamento da CTA:**

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



### **SUBPROJETO 3.3 PESQUISA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Responsável Técnico pela SMS: S/SUBPAV**

#### **Justificativa**

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

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

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

#### **Objetivo Geral**

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

#### **Objetivos Específicos**

Reforçar a institucionalização do Projeto Teias no acompanhamento dos projetos de pesquisa e investimento em avaliação continuada durante as pesquisas.

a) Reforçar as pesquisas em execução ou em condições de ser imediatamente executadas no território.

#### **Metas para acompanhamento da CTA:**

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

| Unidade de medida | Indicador | Fórmula | Meta |
|-------------------|-----------|---------|------|
|-------------------|-----------|---------|------|



|                     |                                |                 |                           |
|---------------------|--------------------------------|-----------------|---------------------------|
| Número de Pesquisas | Número de pesquisas realizadas | Numero absoluto | No mínimo 4 pesquisas/ano |
|---------------------|--------------------------------|-----------------|---------------------------|

## **ANEXO TÉCNICO A – PROJETO 4: APOIO A CENTROS DE REFERÊNCIA DE IMUNOBIOLOGICOS ESPECIAIS (CRIE)**

**Responsável Técnico pela SMS: S/SUBPAV/SVS**

### **Justificativa**

A ampliação da Atenção Primária na Cidade do Rio de Janeiro evidenciou a necessidade na ampliação da oferta de atendimento aos indivíduos portadores de quadros clínicos especiais. A manutenção de um CRIE objetiva facilitar o acesso destes usuários, isto é, indivíduos que por uma suscetibilidade aumentada às doenças ou risco de complicações para si ou para outros, decorrente de motivos biológicos como imunodepressão, necessitam de proteção adicional. Por se tratar de estrutura direcionada ao atendimento diferenciado. Cada CRIE conta com produtos imunobiológicos de moderna tecnologia e alto custo, com a finalidade de proporcionar melhor qualidade de vida à população brasileira.

### **Objetivo Geral**

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

### **Objetivos Específicos**

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

c) Monitorar e avaliar a implantação do novo modelo.

***Desenvolvimento do Projeto:***

- ☐ Apoio a gestão do projeto - prover apoio através de contratação de pessoal para o funcionamento do CRIE.
- ☐ Apoio a manutenção da estrutura física – manter a estrutura física adequada, com ambientes de trabalho saudáveis e incorporando tecnologias necessárias ao fluxo de informações esperado.
- ☐ Apoio para epidemias que configurem possíveis emergências em saúde pública - prover as condições necessárias para o desenvolvimento de ações e capacitação de atenção para o caso de configuração de emergências em saúde pública.

***Metas***

- ☐ A primeira meta desse subprojeto é a manutenção e funcionamento do CRIE.
- ☐ Além disso, implantar, avaliar e monitorar os 5 indicadores propostos, alimentados através do SI-CRIE:

Indicadores de Produção:

Número de doses de Imunobiológicos aplicados ou dispensados por faixa etária

Número de doses de Imunobiológicos aplicados ou dispensados por patologia /  
indicação

Indicadores de Qualidade:

Número de vacinados de primeira vez / Número de vacinados subsequentes - quanto mais próximo de 1: mais adequada a captação, menor que 1: captação baixa (demanda reprimida; referência não identificada pelos serviços), quanto maior que 1: baixa adesão

***Metas de acompanhamento da CTA***



| Unidade de medida | Indicador                                                         | Fórmula                                                                                                                   | Meta        |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| % EAPS            | Acompanhamento de eventos adversos graves pós vacinação atendidos | $\left[ \frac{\text{Número EAPV graves atendidos}}{\text{Número EAPV notificados ao Sistema SI-CRIE}} \right] \times 100$ | $\geq 12\%$ |

## ANEXO TÉCNICO A – PROJETO 5: APOIO À FORMAÇÃO, QUALIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE

### SUBPROJETO 5.1: RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

**Responsável Técnico pelo Projeto: S/SUBPAV/SAP**

#### Introdução

As evidências demonstram que os Sistemas de Saúde apoiados em uma base qualificada e consistente no âmbito da Atenção Primária à Saúde proporcionam melhores resultados em saúde, porque seus efeitos são claros e relativamente rápidos, particularmente no tocante à prevenção da progressão de doenças prevalentes além de minorar os efeitos de lesões (Starfield, 2007). Nesse sentido, Sistemas de Saúde com base forte em APS têm obtido resultados importantes inclusive na abordagem de problemas de saúde emergentes como HIV/SIDA, tuberculose e doenças crônicas, dentre outros (Macinko, Starfield & Erinosh, 2009). Estes resultados podem ser explicados pela individualização do cuidado em saúde verificada no âmbito da APS, cujo foco não mais recai sobre as doenças, mas sobre pessoas em seus contextos de natureza familiar e comunitária. Além disso, a APS leva em conta os fatores sócio-culturais e psicológicos, para além dos biológicos, envolvidos no processo saúde- adoecimento e na adesão ao tratamento (Starfield, 2007).

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

No município do Rio de Janeiro, o movimento de expansão se iniciou tardiamente, a partir de 2009. Contudo, cabe aqui ressaltar o compromisso do Município com a ESF, considerando-se a expansão da cobertura de iniciais 5% para 45% da população no

atual momento, com perspectiva de continuidade de expansão nos próximos anos.

### ***Justificativa***

O Município do Rio de Janeiro nos últimos cinco anos vem promovendo uma reestruturação da sua rede de Atenção à Saúde através da expansão da Atenção Primária à Saúde (APS) e organização dos serviços oferecidos à população em TEIAS – Territórios Integrados de Ações em Saúde, tendo a APS como coordenadora do cuidado e eixo estruturante destes territórios.

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

Desde 2009 mais de 800 equipes de saúde da família foram criadas. Destas, cerca de 20% se encontram incompletas, no mais das vezes, pela falta de profissional médico.

A expansão da Atenção Primária à Saúde (APS) demanda a formação de profissionais com formação específica para atuação na área. No Brasil, como na grande maioria dos países desenvolvidos, faz-se necessário o investimento na ampliação da especialidade de Medicina de Família e Comunidade (MFC). A importância desse especialista nas ações da APS tem sido reconhecida e enfatizada internacionalmente em diferentes estudos.

O grande desafio para a expansão e qualificação das equipes de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro vem sendo o perfil e a formação dos profissionais que atuam nestas equipes, em especial o profissional médico. Hoje, cerca de 10% das equipes do município possuem médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade.

Dessa forma, faz-se necessário propor estratégias para o enfrentamento do problema que hoje ultrapassa os limites das universidades. Investir na formação destes profissionais através da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade tem sido uma proposta incentivada pelo Ministério da Saúde, com ações para melhorar a qualificação dos profissionais da APS e ampliar as vagas de residência na área da Medicina de Família e Comunidade.

Visando buscar soluções que viabilizem esse novo modelo, a SMS junto às universidades parceiras (UERJ, UFRJ e Estácio de Sá) ampliou o número de vagas de residência médica em MFC e a criação de um programa de Residência Médica em MFC do próprio do município. Tais profissionais desempenharão as suas

atividades nas Clínicas da Família e Centros Municipais de Saúde, fazendo parte das equipes de Saúde da Família destas unidades.

Fundamentação para a ação:

- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a Lei Orgânica da Saúde, que define entre as atribuições dos entes federados a sua participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;
- A responsabilidade constitucional de incrementar o desenvolvimento científico e tecnológico e de ordenação da formação de recursos humanos para a área da saúde, regulamentada pelo Decreto de 20 de junho de 2007, que institui a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde;
- Política Nacional de Atenção Básica que define a Saúde da Família como eixo ordenador do sistema de saúde;
- Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde - SUS para formação e desenvolvimento de trabalhadores na área da saúde, e as novas diretrizes para sua implementação, dispostas na Portaria nº 1996/GM, de 20 de agosto de 2007;
- 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, realizada em março de 2006, e suas deliberações para integração entre ensino e serviço;
- A necessidade de incentivar a formação profissional nas unidades básicas de saúde municipais e a adequação dos serviços para o desenvolvimento de práticas pedagógicas no SUS;
- Os projetos de estímulo às mudanças curriculares em curso, em especial o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró- Saúde, com ênfase na Atenção Básica, tendo em vista a atuação na Estratégia Saúde da Família, em execução pelos Municípios brasileiros;
- As mudanças curriculares nos cursos incluídos no Pró-Saúde e a decorrente necessidade de estimular a formação de docentes com um novo perfil, mais adequado às necessidades do SUS;
- A necessidade no processo de integração ensino-serviço e capacitação pedagógica de criar estímulo para que os profissionais que desempenham

atividades na área da Atenção Básica à Saúde possam orientar os estudantes de

graduação e pós-graduação, tendo o serviço público de saúde como cenário de prática;

□ Termo de Cooperação e Assistência Técnica, firmado em 29 de maio de 2008 entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, com o objetivo de desenvolver ações de capacitação de recursos humanos da área da saúde.

Com a formação de profissionais médicos com perfil para atuarem na APS, espera-se, além de melhorar a qualidade dos serviços e ações em saúde, ampliar a resolutividade e eficiência das equipes de saúde da família, com a fixação e o preenchimento da vacância em algumas equipes.

Além da formação de pós-graduação, que já vem sendo estimulado pela SMS, o apoio à reforma curricular das universidades na graduação em cursos como medicina, enfermagem e odontologia para a formação de profissionais mais qualificados e com perfil mais adequado para a APS.

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

### **Objetivo geral**

Apoiar a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS RJ) no fortalecimento e qualificação da Atenção Primária à Saúde através do desenvolvimento de ações de Formação, Treinamento em serviço, Estímulo a boas práticas clínicas e Avaliação das ações em saúde.

### **Objetivos Específicos**

- a) Apoiar a operacionalização dos programas de residência médica em Medicina de Família e Comunidade vinculadas à SMS.
- b) Apoiar a preceptoria de alunos de graduação inseridos na rede de atenção primária da SMS.

### **OBJETIVO ESPECÍFICO A. Apoiar a operacionalização dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade vinculados à SMS.**

Trata-se de ações com a finalidade de apoiar e fortalecer os Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade no Município (PRMFC) do Rio de Janeiro que





têm atuação na rede de Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

### **Ações previstas**

- ☐ Coordenação técnica das ações de apoio para os PRMFC: que prevê o total de 176 vagas de residentes do primeiro ano. Destas vagas, 100 serão próprias da SMS-RJ e 76 sob responsabilidade de universidades como UERJ, UFRJ, ENSP e Estácio de Sá; A coordenação será composta por cinco profissionais médicos.
- ☐ Apoio Operacional da Residência em MFC: serão contratados 4 apoiadores para os PRMFC, que ficarão responsáveis pela confecção de material pedagógico, alinhamento conceitual entre os programas, monitoramento das ações desenvolvidas em território, buscar parcerias e manutenção dos campos de estágios dos residentes, elaboração e acompanhamento da grade curricular, acompanhamento das competências e habilidades dos residentes e dos preceptores
- ☐ Transporte. Equipe formada por três motoristas.
- ☐ Curso de preceptoria de Medicina de Família e Comunidade a ser ministrado aos preceptores do programa realizados em dois momentos durante o primeiro ano. Serão ministrados dois cursos com dois ministrantes por curso.
- ☐ Preceptoria no Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade: pagamento de bolsa mensal para os médicos preceptores desempenharem as ações de preceptoria. Previsão de 352 médicos residentes (176 R1 e 176 R2). A proporção de residentes para cada preceptor é em média de 4:1. Com isso estima-se 88 preceptores
- ☐ Supervisão Médica: Necessidade de supervisão nas áreas de dermatologia, infectologia e saúde mental: contrato CLT para os médicos que desempenharem essas ações de supervisão. Previsão para 12 supervisores quarenta horas ou 24 vinte horas.
- ☐ Aulas do conteúdo teórico: Pagamento de aula-produto no valor de R\$120,00. Serão 4 regiões docente-assistenciais distribuídas pelo Município (centro, zona sul, zona norte e zona oeste);
- ☐ Secretaria acadêmica: contratação de secretário para atividades administrativas; Serão contratados dois profissionais.
- ☐ Aquisição de materiais permanentes e de consumo para as unidades docente-assistenciais: Compra de livros, mobiliário, nobreak, HD externo, computadores para laboratório de informática, datashow, dentre outros materiais.

- ☐ Apoio Logístico: Gráfica, impressão, diárias, passagens, material didático, transporte, telemedicina;
- ☐ Suporte às ações: Aluguel de impressora, aluguel de carro, servidor dedicado, 3G, telefonia móvel, *google Earth*, entre outros.

### **Metas**

- ☐ Apoiar a formação de 100% dos residentes em Medicina de Família e Comunidade (previsão de 352 vagas).
- ☐ Prestar preceptoria para 100% dos residentes em Medicina de Família e Comunidade do Município (previsão de 352 vagas)

### **Produto**

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

### **OBJETIVO ESPECÍFICO B. Apoiar a preceptoria de alunos de graduação inseridos na rede de atenção primária da SMS**

#### **Ações previstas**

- ☐ Coordenação Técnica da preceptoria de graduação: coordenador que ficará responsável pelas ações de apoio aos graduandos de medicina inseridos na rede de atenção primária do município das diferentes instituições de ensino; Um coordenador.
- ☐ Apoio Técnico da preceptoria de graduação: quatro médicos de família ficarão responsáveis pelas ações de apoio aos graduandos de medicina inseridos na rede de atenção primária do município das diferentes instituições de ensino;
- ☐ Secretariado de apoio a preceptoria de graduação
- ☐ Suporte às ações: Gráfica, impressão, diárias, passagens, material didático.



## Metas

- Realizar preceptoria para no mínimo 400 estudantes de Medicina

## Produto

- Nº alunos de graduação que receberam preceptoria/ ano.
- Relatório anual com total de alunos distribuídos por: unidade de saúde, preceptor, instituição de ensino, período de graduação e período de preceptoria.

## Metas para acompanhamento da CTA

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

## SUBPROJETO 5.2: ESPECIALIZAÇÃO EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

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

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

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

### **Objetivo geral**

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

### **Metas para acompanhamento da CTA**

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

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

### **Introdução**

A partir de 2009 houve uma expansão acentuada da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na cidade do Rio de Janeiro, passando-se de uma cobertura de 3,5% para 45%, com um incremento de 63 para 779 equipes de saúde até o final de 2013. Até o ano de 2016 há previsão de implantação de mais 589 equipes, de forma a se alcançar 70% de cobertura da população pela Estratégia de Saúde da Família.

Paralelo à expansão da rede de atenção primária tornou-se evidente a necessidade de implantação de estratégias de educação permanente que permitissem a formação continuada dos profissionais, em compasso com as melhores evidências científicas disponíveis e que também aproximassem os profissionais da atenção primária entre si e com as gerências centrais, oportunizando a identificação de problemas, a atualização profissional e a troca de experiência, buscando-se em última análise a qualificação continua do cuidado.

Experiências anteriores com Educação em Saúde demonstram a dificuldade de se alcançar mudanças efetivas nas práticas profissionais, possivelmente decorrente do fato de que as estratégias desenvolvidas são em sua maioria técnico/normativas. As mudanças nos processos de trabalho na área de saúde possivelmente requerem um novo olhar para as metodologias de educação permanente. Paralelo a isto cabe destacar a

tendência hoje existente nos processos de formação nas grandes empresas onde se busca passar do tradicional modelo de transmissão de conteúdos, para modelos que visam facilitar a construção pessoal do saber e de competências. Segundo Bernardes, trata-se de modelos que “atribuem aos próprios trabalhadores mais autonomia, responsabilidade e controle”.

Desde 2010, a SMS-Rio vem desenvolvendo uma estratégia de “Ciclo de Debates” que tem sido positivamente avaliada por parte dos profissionais da Atenção Primária e que tem permitido um diálogo dos profissionais das unidades entre si e com as gerências de nível central.

Esse espaço tem se mostrado um facilitador na implantação das diretrizes das linhas de cuidado. Para o presente período objetiva-se introduzir alterações na metodologia do ciclo debates que ampliem o seu alcance, disponibilizando materiais do mesmo em

uma plataforma on-line da Subsecretaria de Atenção Primária e estimulando o uso destes materiais pelos profissionais através de oficinas nas coordenações de área.

### ***Justificativa***

O Município do Rio de Janeiro nos últimos cinco anos vem promovendo uma reestruturação da sua rede de Atenção à Saúde através da expansão da Atenção Primária à Saúde (APS) e organização dos serviços oferecidos à população em TEIAS – Territórios Integrados de Ações em Saúde, tendo a APS como coordenadora do cuidado e eixo estruturante destes territórios.

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

Desde 2009 mais de 590 equipes de saúde da família foram criadas e a força de trabalho em saúde aumentou significativamente. A expansão da Atenção Primária à Saúde (APS) demanda a formação de profissionais com formação específica para atuação na área. Manter a atualização profissional da rede municipal de saúde é um compromisso prioritário para a gestão.

### **Objetivo geral**

Implantar e avaliar metodologias de educação permanente na SMS-Rio

### **Objetivos específicos**

- ☐ Potencializar o modelo de ciclo de debates com possibilidade de expansão dos modelos de educação permanente na SMS Rio
- ☐ Fortalecer mudanças culturais e práticas, visando à ampliação da utilização de ferramentas de *e-learning* pelos profissionais da atenção primária.
- ☐ Avaliar as estratégias de educação permanente com base na aferição do acesso ao material disponibilizado *on-line*, nas avaliações dos participantes quanto aos mesmos e em oficinas realizadas nas áreas de atenção primária.

### **Estratégia Ciclo de Debates**

Os temas dos ciclos serão escolhidos no início do ano, priorizando-se aqueles relacionados às metas estratégicas da Subsecretaria de Atenção Primária.

O modelo prevê um processo de trabalho prévio a cada ciclo, ações no dia do ciclo, um processo de trabalho após cada ciclo e atividades de avaliação anuais.

#### Atividades prévias ao Ciclo de Debates:

- ☐ Promover reuniões com os profissionais das linhas de cuidado que coordenarão o ciclo;
- ☐ Definir a pauta, o público alvo, os objetivos e resultados esperados;
- ☐ Elaborar um modelo de programação;
- ☐ Divulgar a programação para a rede com uma semana de antecedência;
- ☐ Elaborar um modelo de inscrição *on-line*;
- ☐ Acompanhar as inscrições e atuar para garantir um quórum mínimo;
- ☐ Elaborar um modelo de avaliação;
- ☐ Imprimir materiais programação, fichas de avaliação e folhas de presença e outros materiais que se façam necessários;



### Atividades durante o ciclo:

- ☐ Monitorar as presenças, garantindo que todos os profissionais assinem;
- ☐ Garantir a disponibilização de materiais e equipamentos necessários (*lap-top, data show, microfones etc.*);
- ☐ Apoiar os palestrantes com estímulo ao debate;
- ☐ Distribuir e recolher as fichas de avaliação.

### Atividades pós-ciclo:

- ☐ Consolidar a presença por unidade e divulgar para os responsáveis pelas unidades e áreas programáticas;
- ☐ Consolidar e analisar as fichas de avaliação, divulgando os resultados para a rede;
- ☐ Disponibilizar o material do ciclo e um resumo na página da SUBPAV;
- ☐ Acompanhar o acesso ao material na página da SUBPAV;
- ☐ Elaborar relatório ao final do período de avaliação.

### ***Perfil dos profissionais e funções para contratação***

- ☐ 1 médico com experiência na área de educação médica e na área de gestão em saúde
- ☐ 1 profissional de nível superior com experiência em educação em saúde

### ***Metas de acompanhamento de CTA***

| Unidade de medida  | Indicador                              | Fórmula                                   | Meta                                       |
|--------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Número de Ciclos   | Número de Ciclos de Debates            | Número absoluto                           | Mínimo de 18 Ciclos no                     |
| % de Profissionais | Participação de profissionais no Ciclo | % de ciclos com 150 participantes ou mais | Mínimo de 90% de ciclos com pelo menos 150 |

|                                          |                                       |                                                                       |                                                       |
|------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| % de Ciclos com Material disponibilizado | Disponibilização de material de apoio | % de Ciclos com material de apoio disponibilizado no portal da SUBPAV | Mínimo de 80% dos Ciclos com material disponibilizado |
|------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|

## SUBPROJETO 5.4: APOIO ÀS LINHAS DE CUIDADOS E PROJETOS ESPECIAIS

### Justificativa

Linha do cuidado é a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. Diante da expansão da Atenção Primária na cidade e o aumento expressivo de profissionais atuando na ESF faz-se necessário pensar em soluções que garantam a organização do serviço centrado nas necessidades do usuário.

### Objetivo Geral

Aumentar a resolutividade no acesso e integralidade das ações em saúde.

### Objetivos Específicos

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

### Ações previstas:

A) Desenvolvimento e revisão de diretrizes em temas clínicos relacionados à Atenção Primária à Saúde (produto); Contratação de profissionais médicos de família e de um profissional design gráfico.

B) Suporte às ações: Serviço gráfico, editoração e comunicação em saúde;

### Meta de Acompanhamento da CTA

| Unidade de medida | Indicador | Fórmula | Meta |
|-------------------|-----------|---------|------|
|-------------------|-----------|---------|------|





|                                                         |                                                                     |                 |                                                               |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------------------------------------------|
| Diretrizes clínicas revisadas e/ou vídeos desenvolvidos | Desenvolvimento diretrizes clínicas e/ou vídeos voltados para a APS | Número absoluto | Mínimo de 3 diretrizes clínicas e/ou 3 vídeos a cada 12 meses |
| Protocolos clínicos revisados                           | Revisão de protocolos clínicos da SMS                               | Número absoluto | Mínimo de 6 protocolos clínicos da SMS revisados a cada 12    |

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

### **Justificativa**

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

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

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

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

### **Ações previstas**

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

### **Meta**

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

**Produto:** Relatórios mensais

**Meta de acompanhamento da CTA**

| Unidade de medida       | Indicador                                                                                             | Fórmula                                                                                                                                                                                                 | Meta                                                                                |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Relatório confeccionado | Acompanhamento da oferta e demanda de procedimentos e exames ambulatoriais disponibilizados no SISREG | $\frac{[(\text{Número de procedimentos e exames ambulatoriais disponibilizados no SISREG/mês}) / (\text{Número de solicitações para os mesmos procedimentos e exames ambulatoriais})] \times 100}{100}$ | 1 relatório mensal indicando oferta, demanda e absenteísmo por exame e procedimento |

**SUBPROJETO 5.6: APOIO AO MONITORAMENTO E ANÁLISE DE QUALIDADE DAS AÇÕES**

**Justificativa**

Desde 2009 mais de 800 equipes de saúde da família foram criadas. Paralelo à expansão da rede de atenção primária tornou-se evidente a necessidade de implantação de estratégias de para o monitoramento e análise da qualidade das ações desenvolvidas.

**Ações previstas:**

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

**Metas**

- ☐ Acompanhar e analisar mensalmente os indicadores de saúde,



- ☐ Promover a integração e consolidação dos sistemas de informação com os prontuários eletrônicos.

### **Metas de Acompanhamento da CTA**

| Unidade de medida       | Indicador               | Fórmula         | Meta                                                                                                                                                      |
|-------------------------|-------------------------|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Relatório confeccionado | Elaboração de relatório | Número absoluto | 1 relatório mensal de acompanhamento dos indicadores epidemiológicos estratégicos no âmbito da APS (Planejamento Estratégico, Acordo de Resultados, PPA). |

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

#### **Justificativa:**

O grande desafio da expansão das equipes de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro vem sendo o perfil e a formação dos profissionais que atuam nestas equipes, em especial o profissional médico.

A formação ainda insuficiente de generalistas no mercado acaba por comprometer a lotação plena de profissionais no quadro da SMS-RJ. Como forma de minimizar o problema, a gestão da Atenção Primária optou por buscar estratégias de monitoramento de vacâncias e aprimoramento das estratégias de contratação de pessoal que vão desde o acompanhamento da formação profissional até o processo de contratação e retenção de profissionais nas equipes.

#### **Ações previstas:**

- ☐ Monitoramento de vacância de equipes / acompanhamento de contratação de médicos

### **Metas**

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

### ***Recursos necessários para o projeto***

- 1 coordenador do projeto com experiência na área de gestão de pessoas
- 1 assistente administrativo

### ***Metas de Acompanhamento da CTA***

| Unidade de medida       | Indicador               | Fórmula                                              | Meta                                                  |
|-------------------------|-------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Relatório confeccionado | Elaboração de relatório | Número de ESF completas no CNES/Total de ESF no CNES | 1 relatório mensal com dados por Área de Planejamento |

## **SUBPROJETO 5.8 : APOIO A MANUTENÇÃO DAS ESTAÇÕES OTICS-RIO**

### **Justificativa**

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



### **Objetivo Geral**

Manter as 16 Estações OTICS-RIO nas 10 áreas de planejamento da cidade do Rio de Janeiro atualmente existentes.

### **Objetivos Específicos**

- a) Apoiar a estruturação e manutenção dos blogs do Saúde da Família nas unidades tipo "A" e "B",
- b) Desenvolver vídeos de curta duração para a Estratégia de Saúde da Família e NASFs,
- c) Sediar os cursos estratégicos de formação dos trabalhadores da SUBPAV para a Atenção Primária em Saúde,
- d) Apoiar as áreas de planejamento para o desenvolvimento de ações de educação em saúde.
- e) Apoiar a qualificação dos prontuários eletrônicos da atenção primária em saúde, em particular das Fichas A e Fichas B da Estratégia de Saúde da Família (CEMAPS-RJ).

### **Metas para acompanhamento da CTA**

□ Manutenção no mínimo 16 Estações OTICS-RIO, que envolve: (1) atualização de Rede de Blogs e Portal da Rede OTICS-RIO, (2) apoio a realização dos Cursos Estratégicos realizados em suas dependências, (3) registro fotográfico e descritivo através de relatórios mensais, (4) geração de relatórios gerenciais de monitoramento dos indicadores e dados dos prontuários eletrônicos – CEMAPS-RJ.

| Unidade de medida            | Indicador                                     | Fórmula         | Meta                      |
|------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------|---------------------------|
| Manutenção de Estações OTICS | Número de estações da Rede OTICS RIO mantidas | Número absoluto | Manutenção de 16 Estações |

## **ANEXO TÉCNICO A – PROJETO 6: INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA, VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE**

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

#### **Introdução**

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

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

#### **Justificativa**

Desde 2009 a Vigilância em Saúde na Cidade do Rio de Janeiro vem passando por um processo de fortalecimento e descentralização de suas ações. Houve investimento em novos serviços, em infraestrutura nos diversos níveis de atuação e em tecnologia e logística. Porém, percebe-se a necessidade de investimento em qualificação das ações e informações, em destaque para os agravos transmissíveis, direcionados para a reorganização dos serviços e das práticas de Vigilância em Saúde nos níveis regional e local. Neste sentido, o objetivo geral do subprojeto consiste em ampliar e qualificar o escopo das ações de vigilância e controle de agravos em saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Tendo em vista as necessidades identificadas na área de vigilância em saúde a partir ampliação da Atenção Primária, identificou-se a necessidade de investimento em três

diretrizes de ação: fortalecimento das ações e informações de vigilância em saúde; projeto de ações contingenciais para enfrentamento da tuberculose; qualificação das ações de vigilância ao controle das DST/AIDS.

### **Objetivos específicos:**

#### a) Análise e Situação de Saúde: Qualificação do SIM e SINASC

- ☐ Apoiar a manutenção da investigação de óbitos nas 10 DVS. Está incluída neste processo de trabalho a implementação de investigação familiar por meio da ESF;
- ☐ Estruturar um sistema online para digitação descentralizada das fichas-síntese da investigação de óbitos infantis, fetais, maternos e para a investigação de MIF, a fim de agilizar a informação;
- ☐ Viabilizar a maior qualificação das causas externas de óbito através do incremento ao acesso às bases de dados de acidentes de trânsito com vítimas fatais do CBMERJ e da CET-Rio. Para os outros tipos de acidentes e violências será necessário viabilizar um convênio com a Secretaria de Segurança Pública (SSP) ou com o Instituto de Segurança Pública (ISP);
- ☐ Incrementar a qualidade dos endereços das bases do SINASC e do SIM pelo georeferenciamento, com a correção pela base de logradouros da cidade.

#### b) Vigilância Epidemiológica: Qualificação e Fortalecimento das ações de notificação e investigação de doenças e agravos

- ☐ Implantar, implementar e manter o Sistema de Informação de Notificação de Agravos online;
- ☐ Dar suporte a infraestrutura (recursos humanos, material de consumo e serviços de apoio) da Rede Municipal de Vigilância em Saúde para o desenvolvimento de suas ações;
- ☐ Fortalecer as ações de Vigilância Epidemiológica na Rede Sentinela Dengue, Febre Chikungunya e Rede Sentinela Influenza (Síndrome Gripal e Síndrome Respiratória Aguda Grave);
- ☐ Qualificar as ações do Viva Continuo (Vigilância de Violências e Acidentes) nas 10 Divisões de Vigilância em Saúde.

#### c) Emergências de Saúde Pública

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

### ***Qualificação das Ações e Informações de Vigilância em Saúde***

#### **d) Vigilância Ambiental em Saúde (VAS)**

- Reorganização da estrutura local e fluxos de trabalho da VAS: redefinir a análise dos resultados das ações desenvolvidas pela VAS em espaços amostrais menores e homogêneos, visando uma maior qualificação dos indicadores pactuados com reorganização de apoio e reforço no trabalho de campo; aparelhamento





(computador e conexão) em 10 pontos para transmissão de dados (01 por CAP) a serem utilizados pelos responsáveis pelos apoiadores; painel de indicadores e metas pactuadas levadas de forma igualitária aos diferentes níveis com planilhas avaliativas que permitam detecção rápida das discrepâncias; distribuição baseada em estratos apoiados por agentes formados no curso de capacitação realizado em todas as áreas a partir de maio/2014.

- Qualificar das ações de monitoramento e análise: dar continuidade ao investimento em logística e suporte às Gerências de Fatores de Riscos Biológicos e Não Biológicos visando à ampliação e consolidação das diversas ações de suas competências e seus projetos; reequipar o Laboratório de Vigilância Ambiental, ampliando sua capacidade de atendimento e capacitação de pessoal.

#### e) Programa de Imunizações

- Implantar 2 Centros de Orientação de Viajantes (COV): no Centro Especial de Vacinação Dr. Álvaro Aguiar (CEVAA) para atendimento e orientação de viajantes como referência para as APs: 1.0, 2.1, 2.2, 3.1, 3.2 e 3.3; na AP 4.0 para atendimento e orientação de viajantes como referência para as APs: 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3;
- Implantar, em etapas, os Sistemas de Informação do Programa de Imunizações (SIPNI) e o Sistema de Informação online de Vigilância de EAPV, em todas as 217 salas de vacinação do Município, para obter registro nominal dos vacinados na rotina e em campanhas de vacinação;
- Implantar, gradativamente, o Sistema de Informação online de Vigilância de EAPV em todas as 217 salas de vacinação do Município, para otimização da notificação oportuna, descentralização de ações de condutas e monitoramento contínuo da vigilância de EAPV;

### ***Desenvolvimento***

#### Contextualização do local de trabalho e período de referência

Esse projeto de intervenção será executado no período de Dezembro de 2014 a Novembro de 2016.

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

***Recursos mínimos necessários:***

Serviços de Vigilância em Saúde:

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

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

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

Divisões de Vigilância em Saúde:

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

- a) 01 para atuar no Programa de Imunizações;
- b) 01 para atuar na Vigilância de Agravos Agudos Transmissíveis;



c) 01 para atuar na Vigilância de Violências e Acidentes;

d) 01 para atuar nos Dados Vitais;

e) 01 para atuar na Vigilância Ambiental em Saúde.

Necessidade de 02 técnicos de nível médio 40 horas

### **Monitoramento e avaliação**

#### **Indicadores:**

- ☐ Número de consultas ao viajante/mês;
- ☐ Número de doses aplicadas de vacinas para Saúde do viajante/mês;
- ☐ Número de CIVPs emitidos/mês;
- ☐ Número de consultas no CRIE por demanda espontânea/mês;
- ☐ Número de consultas no CRIE para avaliação de EAPV/mês;
- ☐ Número de doses aplicadas das vacinas especiais pela indicação médica/mês;
- ☐ Número de salas de vacinação com SIPNI instalado/Número de salas programadas por ano;
- ☐ Número de registros nominais incluídos no SIPNI/ano;
- ☐ Número de salas de vacinação com SIEAPV instalado/Número de salas de vacinação programadas em cada ano;
- ☐ Número de notificações oportunas de EAPV por AP/mês;
- ☐ Percentual de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI), encerrados em até 60 dias após notificação;
- ☐ Percentual de doença meningocócica com exame laboratorial realizado;
- ☐ Percentual de investigação de casos de doenças exantemáticas (sarampo e rubéola) notificados;
- ☐ Percentual de casos de síndrome gripal com coleta de amostra nas unidades

sentinela, em relação ao preconizado;

- ☐ Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados;
- ☐ Percentual de óbitos fetais investigados;
- ☐ Percentual de óbitos de em menores de um ano investigados

### **Metas de Acompanhamento da CTA**

| <b>Unidade de medida</b> | <b>Indicador</b>                                                                                                                                     | <b>Fórmula</b>                                                                                                                                                              | <b>Meta</b> |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Número                   | Emissão mensal de Certificado Internacional de Vacinação e Profilaxia (CIVP)                                                                         | Número de CIVP emitidos por mês no MRJ                                                                                                                                      | 2.000       |
| Percentual               | Envio oportuno de notificação de EAPV (moderados e graves)                                                                                           | $\frac{\text{Número de EAPV, moderados e graves, notificados oportunamente por mês}}{\text{número de EAPV, moderados e graves, notificados}} \times 100$                    | 80%         |
| Percentual               | Casos de Doenças de Notificação Compulsória Imediata (DCNI) encerrados em até 60 dias após notificação                                               | $\frac{\text{Número de casos encerrados oportunamente de DCNI}}{\text{nº de casos de DCNI notificados no mesmo período}} \times 100$                                        | 85%         |
| Percentual               | Investigação de casos de doenças exantemáticas (sarampo e rubéola) notificados                                                                       | $\frac{\text{Nº de casos de doenças exantemáticas investigados}}{\text{Nº de casos de doenças exantemáticas notificados no mesmo período}} \times 100$                      | 80%         |
| Percentual               | Investigação de óbitos infantis, para crianças com peso $\geq 1.000\text{g}$ e $<2.500\text{g}$ , respeitando o prazo de 90 dias para a conclusão da | $\frac{\text{Nº de óbitos infantis ocorridos, investigados (com peso } \geq 1.000\text{g e } <2.500\text{g)}}{\text{Nº de óbitos infantis ocorridos (com peso}} \times 100$ | 80%         |
| Percentual               | Investigação de óbitos de Mulher em Idade Fértil (MIF), respeitando o prazo de 30 dias                                                               | $\frac{\text{Nº de óbitos de MIF investigados}}{\text{Nº de óbitos de MIF ocorridos}} \times 100$                                                                           | 70%         |

## **SUBPROJETO 6.2: CURSO TÉCNICO DE AGENTES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

### **Justificativa**

Em conformidade com as disposições da Lei 11.350, a Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro está promovendo a desprecarização progressiva dos vínculos dos trabalhadores desta área. Após a realização de concurso para contratação de novos servidores, inicia-se o processo de redefinição dos processos de trabalho com vistas à sua integração ao conjunto das ações da atenção básica. A superação de um modelo baseado no combate a uma doença específica (dengue) e



na busca ineficaz de indicadores de produtividade, requer mudanças tanto no âmbito da gestão como da formação dos trabalhadores. Desta forma, dar-se-a continuidade ao curso para aperfeiçoamento profissional dos Agentes de Vigilância em Saúde, com formação técnica, visando aprimoramento nas ações e olhar mais amplo em relação à

saúde, melhoria na qualidade da integração vigilância / atenção primária e formação de profissionais aptos a fortalecer os núcleos e serviços de Vigilância em Saúde.

### **Objetivo Geral**

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

### **Objetivos Específicos:**

Oferecer aos profissionais subsídios teórico-práticos relativos à globalidade do processo de trabalho da Vigilância em Saúde, que contribuam para adoção de uma prática mais crítica, reflexiva e inovadora;

Promover oportunidades de reconhecimento, análise e discussão sobre o espaço/território de atuação desses profissionais, visando elaboração de diagnóstico da situação de saúde e condições de vida, identificação de situações-problema e propostas de intervenção;

Contribuir para formação de trabalhadores-cidadãos comprometidos com as novas práticas em saúde e com os avanços tecnológicos do SUS;

Auxiliar na estruturação do Sistema Municipal de Informações de Vigilância em Saúde, a partir da implantação de estações de territorialização no conjunto das áreas programáticas e dos dados produzidos por esses profissionais no nível local.

### **Metas de Acompanhamento da CTA**

| Unidade de medida | Indicador | Fórmula | Meta |
|-------------------|-----------|---------|------|
|-------------------|-----------|---------|------|

|                          |                                                |                                                                                                          |                 |
|--------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Número absoluto de vagas | Número de vagas disponibilizadas para o        | Número absoluto                                                                                          | 200 vagas / ano |
| % de vagas               | Percentual de vagas ocupadas (alunos cursando) | $[(n^{\circ} \text{ de alunos cursando no mês}) / (\text{total de vagas disponibilizadas})] * 100$       | $\geq 80\%$     |
| % de alunos              | Percentual de alunos formados                  | $[(n^{\circ} \text{ de alunos que finalizaram o curso} / \text{total de vagas disponibilizadas})] * 100$ | $\geq 80\%$     |

### **SUBPROJETO 6.3 : GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA O SERVIÇOS DE APS/ESF**

#### **Introdução:**

A reforma da atenção primária no município do Rio de Janeiro/RJ impõe o desafio de revisão dos modos de produção da saúde a partir das práticas instituídas e instituintes, desenvolvidas pelos profissionais dos serviços de saúde em articulação com outros equipamentos dos territórios, sejam governamentais ou não-governamentais.

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

A atenção Primária é uma estratégia inclusiva, ampliadora de acesso, coordenadora dos cuidados e da promoção a saúde, para que seus objetivos sejam alcançados plenamente é necessário que as populações mais vulneráveis tenham seu acesso e sua adesão aos serviços de atenção básica garantidos. Dentre os objetivos da promoção em saúde estão o desenvolvimento e consolidação das políticas inclusivas e garantidoras da participação de grupos tradicionalmente excluídos. Dessa forma, há alguns anos vimos dando prioridade a ações e projetos como a valorização do protagonismo juvenil, adoção de ações alinhadas com as Políticas Nacionais de Promoção da Saúde e de Promoção da Equidade, a religiosidade e sua interface com a saúde. Para este fim o presente projeto prevê atividades de apoio e parceria com o Comitê Técnico de Saúde da População Negra, a Coordenadoria Especial de Diversidade Sexual – CEDS-Rio, a Coordenadoria Especial de Políticas de Igualdade Racial, e outros.

#### **Objetivo Geral**



Desenvolver produtos e estratégias que possam subsidiar as equipes de saúde da família e gestores da atenção primária à saúde para ações de comunicação e educação em saúde.

### ***Objetivos Específicos:***

- a) Elaborar conteúdo técnico, diagramar e reproduzir materiais educativos, informes, boletins, jogos, revistas, videos e cartilhas para subsidiar o trabalho de educação em saúde das equipes de saúde da família;
- b) Promover a realização de cursos e oficinas voltados para a qualificação de trabalhadores da atenção primária para o desenvolvimento de estratégias para a promoção da saúde nos territórios de abrangência das equipes de saúde da família, considerando os determinantes sociais da saúde.
- c) Apoiar as atividades de comunicação e educação em saúde
- d) Apoiar ações de mobilização, promoção do protagonismo e inclusão das populações vulneráveis de acordo com as políticas estabelecidas.

### ***Justificativa***

A Superintendência de Promoção da Saúde/ Subpav /SMS tem dentre suas diretrizes: formular, desenvolver e avaliar a Política de Promoção da Saúde, realizar ações inter e intrasetoriais que ampliem o acesso da população a modos de viver mais favoráveis à saúde e ações que fortaleçam a autonomia dos sujeitos e coletividades e consolidar estratégias de comunicação e educação em saúde. Além de desenvolver pesquisas e outros mecanismos gerenciais que favoreçam a criação, a implantação, o monitoramento e a avaliação de políticas, estratégias e ações de promoção da saúde para a redução das iniquidades sociais e melhoria da qualidade de vida.

Nessa perspectiva o presente subprojeto priorizará o desenvolvimento de produtos e estratégias de comunicação e educação em saúde envolvendo profissionais e gestores da atenção primária à saúde, bem como usuários, com vistas ao aprimoramento das ações de promoção da saúde no cotidiano do trabalho das equipes de saúde da família.

### ***Recursos necessários para desenvolvimento das ações:***

- ☐ Contratação de profissional de nível superior - para revisar, elaborar conteúdo técnico, diagramar e reproduzir materiais educativos, informes, boletins, jogos, revistas, videos e cartilhas para subsidiar o trabalho de educação em saúde das equipes de saúde da família;
- ☐ Contratação de profissionais com perfil para a realização de cursos e oficinas voltados para a qualificação de trabalhadores da atenção primária, para o desenvolvimento de estratégias para a promoção da saúde nos territórios de abrangência das equipes de saúde da família, considerando os determinantes sociais da saúde.
- ☐ Contratação de profissional de nível médio para acompanhamento das ações, confecção de relatórios, apoio a eventos etc.
- ☐ Apoio Logístico: Gráfica, impressão, diárias, passagens, material didático, transporte;

### **Indicadores**

Número de profissionais qualificados/ ano / AP

Número de Cursos-Oficinas ministrados / mês

Número publicações realizadas / bimensal

Número Campanhas realizadas / semestre

Número materiais educativos elaborados /mês

Número atividades de educação em saúde apoiadas / bimensal

### **Meta de Acompanhamento da CTA**

| Unidade de medida        | Indicador                                    | Fórmula                                                           | Meta                                                    |
|--------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Campanha realizada       | Realização de Campanhas de Promoção de Saúde | Número de Campanhas de Promoção de Saúde realizadas por trimestre | Mínimo de 1 Campanha de Promoção de Saúde por trimestre |
| Curso/Oficina Ministrado | Realização de Cursos/Oficinas                | Número de Cursos/Oficinas ministrados por mês                     | Mínimo de 1 Curso/Ofic                                  |
| Material elaborado       | Elaboração de Material Educativo             | Número de Material Educativo elaborado por Bimestre               | Mínimo de 1 por Mês                                     |





## **SUBPROJETO 6.4: AÇÕES CONTINGENCIAIS PARA ENFRENTAMENTO DA TUBERCULOSE**

### **Introdução:**

Diversos estudos demonstram que a tuberculose (TB) é uma das doenças que está intrinsecamente ligada às condições sociais e econômicas de um país, portanto investir em políticas sociais é uma das principais estratégias para reduzir as taxas de morbidade e mortalidade desse agravo.

A expansão da Atenção Primária, com a estratégia de saúde da família já atingiu desde 2009 mais de 45% de cobertura populacional. O planejamento estratégico da SMS prevê um incremento atingindo 70% de cobertura até 2016.

Diante deste cenário, a secretaria municipal de saúde do Rio de Janeiro propõe a execução de um projeto direcionado à redução das taxas de tuberculose junto às famílias em situação de pobreza, mais especificamente junto aos beneficiários do cartão família carioca cadastrados nas clínicas da família.

A intervenção junto aos beneficiários do Cartão Família Carioca (CFC) nos remete à fração mais vulnerável da população da cidade, onde esperamos encontrar uma maior concentração de casos de TB e, conseqüentemente, a necessidade de intervir de forma mais abrangente e continua. Esta proposta se soma as ações sistemáticas do programa de controle de tuberculose do município, para toda a

população, e estão consoantes com a dimensão de determinantes sociais que integra a política nacional de controle de tuberculose.

A distribuição dos casos de TB na cidade do Rio de Janeiro é heterogênea, apresentando taxa de incidência de 94/100.000 no município, enquanto que nas áreas empobrecidas, esta pode chegar a 424/100.000 como na Rocinha ou até 625/100.000 como no Jacaré. Esses dados demonstram uma estreita relação entre áreas de concentração da doença e as condições econômicas e sociais de vida dos sujeitos, que juntos contribuem para a perpetuação do ciclo de pobreza. Por este motivo, priorizamos as famílias beneficiárias do CFC residentes em áreas cobertas pelas equipes de saúde da família.

O Rio de Janeiro nos últimos anos apresenta um alto percentual de abandono (15%) de tratamento da TB, um valor muito alto em relação ao que se preconiza pelo Ministério da Saúde (5%). Este percentual difere entre as áreas da cidade, variando de 9% (Zona Sul) a 20% (Zona Oeste e Zona Norte).

Entendemos que a inclusão da condicionalidade tuberculose entre as preconizadas pelo CFC é estratégica para detecção e tratamento do agravo, para intensificação da avaliação dos contatos e para a identificação dos casos de coinfecção TB/HIV pelas equipes de saúde da família entre essas famílias. Avaliações periódicas da execução do plano no campo através do acompanhamento dos indicadores de processo permitirão aos gestores intervir de forma oportuna, corrigindo desvios e ajustando atividades necessárias ao seu cumprimento de forma adequada.

### ***Objetivos específicos***

a) Ampliar a detecção de casos de tuberculose e de co-infecção TB/HIV nas famílias beneficiárias do Cartão Família Cariocas (CFC) que residem em áreas cobertas pelas equipes de saúde da família;

Busca ativa de casos de TB entre os beneficiários do CFC que apresentam tosse, independente do tempo de início deste sintoma;

Coleta de amostra de escarro para realização de teste de biologia molecular e cultura para BK de todos os beneficiários do CFC;



Processo 09/31/000.513/2014

Oferta de teste rápido de HIV para os beneficiários do CFC;

Utilização de geoprocessamento identificação e monitoramento para os casos de tuberculose e coinfeção TB/HIV dentre os beneficiários do CFC;

Identificação das vulnerabilidades de saúde das famílias beneficiárias do CFC.

b) Ampliar a adesão ao tratamento de tuberculose entre as famílias beneficiárias do CFC nas áreas cobertas pelas equipes de saúde da família, por meio de estratégias inovadoras;

Tratar os casos de tuberculose identificados nas famílias beneficiárias do CFC.

Construir estratégias de mobilização e comunicação junto às famílias beneficiárias do CFC.

Realizar em 10 territórios selecionados ações de mobilização e comunicação.

c) Identificar e examinar os contatos dos casos de TB detectados entre as famílias beneficiárias do CFC;

Identificar e examinar os contatos referidos pelos beneficiários do CFC;

Tratar os contatos de tuberculose das famílias beneficiárias do CFC com indicação de tratamento da infecção latente.

d) Desenvolver o monitoramento das ações estabelecidas na proposta.

Monitorar as atividades diagnósticas executadas pelos laboratórios.

## **Desenvolvimento**

Contextualização do local de trabalho e período de referência



Processo 09/31/000.513/2014

As ações serão realizadas nas áreas de atuação de saúde da família com a presença de famílias beneficiárias do CFC. Sendo assim, o projeto será desenvolvido em todas as áreas de planejamento da cidade no período de dois anos.

Os produtos serão apresentados trimestralmente, por meio de relatórios escritos e enviados para SMS. E a cada 12 meses apresentar um relatório de avaliação do projeto, com a descrição das metas e dos resultados alcançados.

Para execução das ações é necessário a contratação dos profissionais descritos no quadro abaixo:

2 Assistentes administrativos

2 Digitadores

1 Bolsista pesquisador de integração de políticas 1

Analista de banco de dados

1 Bolsista pesquisador - Epidemiologista 1

Gerente de projeto

1 Geógrafo

1 Bolsista Pesquisador – Assessoria Científica

10 bolsistas da área de Ciências Sociais e Humanas

#### ***Metas de monitoramento e avaliação do projeto***

- ☐ Avaliar 80% dos contatos dos casos de TB entre as famílias CFC.
- ☐ Curar 85% dos casos identificados entre as famílias do CFC.

- ☐ Tratar 70% dos contatos com indicação para tratamento da ILTB.
- ☐ Realizar em 10 territórios selecionados ações de mobilização e comunicação.
- ☐ Elaborar e reproduzir materiais direcionados para os profissionais e para os beneficiários.

**Meta para acompanhamento da CTA**

| Unidade de medida | Indicador                                                                                                           | Fórmula                                                                              | Meta |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Percentual        | Proporção de contatos detectados dos casos de TB entre as famílias beneficiárias do CFC, Identificados e examinados | Número de contatos de TB registrados examinados/Número de contatos de TB registrados | 70%  |

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

**Introdução**

O município do Rio de Janeiro vem através da expansão da Atenção Primária ampliando o acesso da população aos serviços de saúde. A cidade reconhecida como referencia no tratamento e atenção a Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis, precisa readequar sua política dado o redimensionamento da sua rede.

O aprimoramento da governança e gestão das ações é uma meta que a SMS Rio propõe para os próximos dois anos quando a cobertura da Estratégia Saúde da Família deverá alcançar 70% da população.

O fortalecimento das ações de promoção, vigilância, regulação e assistência são fundamentais para a garantia de novos avanços e a continuidade do padrão de qualidade e de resultados que vêm sendo alcançados.

Em paralelo, recentes publicações, incluindo o *The Gap Report*, apresentada pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (Unaid), aponta o crescimento do número de novos casos de infecção pelo HIV no país, em especial, entre a população jovem.

Neste sentido, o objetivo geral do subprojeto consiste em apoiar as ações de gestão no controle das DST/AIDS e Hepatites Virais no município do Rio de Janeiro potencializando, adequando e

integrando suas ações no contexto da reestruturação e ampliação da atenção básica ocorrida desde 2009 bem como de sua futura expansão.

### **Objetivos específicos**

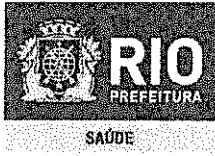
#### **a) Fortalecimento das ações de Vigilância Epidemiológica**

- Intensificar e qualificar as notificações e investigações de DST/AIDS e hepatites B e C pelas unidades de saúde da rede pública e estender as ações de vigilância à rede privada de saúde;
- Implantar ações de vigilância das coinfeções Hepatite B/HIV e Hepatite C/HIV na rede pública de saúde;
- Descentralizar registro das notificações na base de dados oficial (Sistema Nacional de Agravos de Notificação SINAN)
- Manter a infraestrutura necessária (recursos humanos, material de consumo e serviços de apoio) da Rede Municipal de Saúde para o desenvolvimento das ações de vigilância das DST/AIDS e Hepatites Virais B e C;

#### **b) Intensificar e Qualificar as Ações de Assistência às DST/AIDS e Hepatites Virais na rede pública municipal de saúde:**

- Revisar a linha de cuidado das DST/AIDS e Hepatites fortalecendo o papel das equipes de saúde da família no cuidado integral e adequado aos níveis de atenção.
- Revisar os protocolos de regulação das DST/AIDS e Hepatites.
- Apoiar a implantação dos protocolos na rede de atenção primária e secundária.
- Implantar as ações de assistência às Hepatites Virais nas Policlínicas e outras unidades que desempenham o papel de atenção secundária, obedecendo protocolos clínicos do Ministério da Saúde e a normalização definida pela Gerência de Hepatites Virais , de acordo com a Linha de Cuidados das Hepatites Virais B e C;
- Ampliar e manter a realização do diagnóstico tradicional e rápido das Hepatites B e C nas unidades de atenção primária à saúde do município do Rio de Janeiro.
- Implantar, intensificar e qualificar o uso do sistema de logística oficial (Sistema de gerenciamento de Medicamentos - SIGME) em todas as unidades dispensadoras de medicamentos para o tratamento das Hepatites Virais B e C;
- Implantar o monitoramento do uso de medicamentos para detecção de pacientes em tratamento concomitante para Hepatites B, C e Aids;





Processo 09/31/000.513/2014

- Elaborar materiais educativos e informativos para os profissionais de saúde e portadores de doenças sexualmente transmissíveis;
- Oferecer aos profissionais de saúde envolvidos com a assistência e a vigilância a oportunidade de participar de congressos e outros eventos científicos relacionados a estes agravos, segundo critérios pré-estabelecidos pelas Gerências de DST/AIDS e Hepatites Virais;

c) Intensificar, Descentralizar e Qualificar as Ações de Promoção e Prevenção das Hepatites Virais B e C:

- Aumentar o acesso da população sexualmente ativa aos insumos de prevenção (preservativos masculinos, femininos e gel lubrificante);
- Ampliar o acesso das populações mais vulneráveis as unidades de AP
- Realizar eventos educativos e de divulgação relacionados às DST/AIDS e Hepatites Virais B e C;
- Apoiar ações e eventos relacionados à prevenção de DST/AIDS e Hepatites Virais B e C para as OSC (Organizações da Sociedade Civil) parceiras;

d) Promover atividades de Assistência, Ensino e Pesquisa em parceria:

- Realizar pesquisa operacional voltada para o monitoramento do perfil epidemiológico e assistencial visando a qualificação das ações de controle;
- Disponibilizar leitos de infectologia do Hospital Municipal Raphael de Paula Souza (HMRPS), ao Instituto Nacional de Infectologia (INI/Fiocruz) para referência de pacientes.
- Proporcionar aos profissionais das instituições cooperantes (INI/HMRPS) experiências metodológicas, tecnológicas e práticas de aspecto inovador e interdisciplinar;
- Estimular a produção de textos acadêmicos a serem elaborados por pesquisadores vinculados aos dois hospitais;
- Realizar o compartilhamento de boas práticas relacionadas à pesquisa e à assistência ambulatorial e hospitalar em doenças infecciosas.

**Desenvolvimento**

Contextualização do local de trabalho e período de referência

Esse projeto de intervenção será executado no período de Dezembro de 2014 a Dezembro de 2016 no âmbito das Gerência de DST/AIDS e Hepatites Virais, das Coordenações de Atenção

Primária (CAPs) e da rede assistencial municipal, incluindo todas as unidades de saúde da Atenção Primária e Policlínicas e o Hospital Municipal Rafael de Paula Souza.

Recursos Humanos necessários para a composição da equipe das Gerências de DST/AIDS e Hepatites Virais, nível central:

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

- Técnicos de nível médio para secretariar e produzir relatórios;
- 1 Técnico de nível superior para atuar na Vigilância da DST/AIDS e Hepatites Virais;
- Médicos infectologista ou gastroenterologista ou hepatologista ou clínico para atuar na qualificação dos protocolos e assistência às Hepatites Virais;
- 2 Farmacêuticos para supervisão da implantação descentralizada do tratamento das DST/AIDS e Hepatites

#### **Monitoramento e avaliação:**

##### **Indicadores**

- Número anual de notificações de Hepatites Virais B e C crescente em no mínimo 5% ao ano, comparado à média dos 5 anos anteriores;
- Completitude das variáveis do SINAN, para as Hepatites B e C, de no mínimo 30%;
- Descentralização da digitação das notificações para no mínimo 5 APs por ano;
- 20% das APs com assistência descentralizada para a Atenção Primária, por ano (cumulativa);
- 100% das APs com referências para o tratamento dos casos mais complexos de Hepatites Virais B e C;
- 100% das APs oferecendo diagnóstico tradicional e rápido de Hepatites Virais B e C mediante aconselhamento
- 1 artigo publicado durante o projeto

#### **Metas para acompanhamento da CTA**

| Unidade de medida | Indicador | Fórmula | Meta |
|-------------------|-----------|---------|------|
|-------------------|-----------|---------|------|



|            |                                                                                        |                                             |                                                                                      |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Percentual | Proporção de APs com oferta de Diagnóstico para Hepatite Baciloscopia especificidade C | Número de APs com oferta de diagnóstico/ 10 | 100% das APs oferecendo diagnóstico Hepatites Virais B e C, mediante aconselhamento; |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|

## SUBPROJETO 6.6: PESQUISA CLÍNICA IMUNOBIOLOGICOS

### Justificativa

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

Essas procuram as unidades básicas de saúde para consultas de puericultura e vacinação de acordo com o calendário do Programa Nacional de Imunizações. Em

função das características dos voluntários dos estudos com vacinas, associadas à necessidade de elevados números de voluntários, principalmente, para os estudos de fase II e III, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) tem atuado em parceria com a Assessoria Clínica (ASCLIN) de Bio-Manguinhos desde o ano de 2003. Neste período, foram realizados 5 estudos clínicos diferentes, um novo estudo está em curso e planejamos o início de mais 2 estudos para o próximo ano. Nesta parceria, as unidades básicas são estruturadas por Bio-Manguinhos para atuarem como centros de pesquisa. O processo de preparo das unidades exige não só aquisição de equipamentos e insumos, como também a capacitação de pessoal nos procedimentos do estudo e nos preceitos éticos e regulatórios para a condução de pesquisa em seres humanos (Boas Práticas Clínicas). A parceria entre a SMS-RJ e Bio-Manguinhos, nos últimos anos tem sido altamente eficaz para os propósitos dos ensaios clínicos, porém, a rotatividade entre as unidades de saúde tem se mostrado custosa, principalmente, no que se refere à estrutura física, equipamentos e capacitação de recursos humanos. Além disso, a legislação nacional para pesquisa clínica tem se tornado cada vez mais exigente para a realização de ensaios clínicos no País, principalmente, por meio de inspeções em centros de pesquisa pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o que nos levou a vislumbrar a possibilidade de criar o centro de referência para pesquisa clínica com vacinas. Através do qual, poderíamos estruturar outras unidades de saúde como centros de pesquisa, de acordo com as exigências da legislação vigente, e termos trabalhadores de



Processo 09/31/000.513/2014

saúde preparados para atuarem em pesquisa clínica.

O CMS Heitor Beltrão foi o de escolha para a implantação do primeiro Centro Coordenador por ter área física disponível conforme as exigências legais, tem população residente de 163.636 habitantes, sendo 0,98% menores de 1 ano e 9,26% crianças de 1 a 9 anos de idade (Censo IBGE 2010).

### **Objetivo Geral**

Implantar um Centro de Pesquisa Clínica na AP 5.3 em 2015 e mais quatro até 2019, um por ano, manter o Centro de Pesquisa Clínica da AP 2.2.

### **Objetivos Específicos:**

- a) Apoiar o desenvolvimento de pesquisa clínica,
- b) Desenvolver serviço de atenção primária de referência para a SUBPAV e Biomanguinhos/Fiocruz.
- c) Apoiar a infraestrutura para funcionamento dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIEs), para atendimento das indicações de imunização em situações especiais;

### **Metas para acompanhamento da CTA**

| Unidade de medida | Indicador                  | Fórmula                                           | Meta                         |
|-------------------|----------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------|
| Número Absoluto   | Pesquisa Clínica Realizada | Número de Pesquisa Clínica realizada/<br>semestre | 1 Pesquisa Clínica /Semestre |

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

|                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>B.1. CRITÉRIOS GERAIS PARA O ACOMPANHAMENTO DOS CONTRATOS</b>                                                     |
| B.1.1 RESPONSABILIDADE NO ACOMPANHAMENTO                                                                             |
| B.1.2 COMISSÃO TÉCNICA DE ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO                                                       |
| B.1.3. COMPOSIÇÃO                                                                                                    |
| B.1.4. FUNÇÕES                                                                                                       |
| <b>B.2. ÂMBITOS DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO</b>                                                                    |
| B.2.1. ASPECTOS BÁSICOS ORGANIZACIONAIS                                                                              |
| B.2.2. BOA PRÁTICA CLÍNICA                                                                                           |
| B.2.3. ATENÇÃO AO USUÁRIO                                                                                            |
| B.2.4. ARTICULAÇÃO COM OUTROS NÍVEIS ASSISTENCIAIS – REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA                                  |
| B.2.5. IMPLEMENTAÇÃO DE ATIVIDADES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.                                      |
| <b>B.3. PAGAMENTO DA PARTE VARIÁVEL – INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS</b>                           |
| B.3.1. ASPECTOS GERAIS                                                                                               |
| B.3.2. PARTE VARIÁVEL 01 – INCENTIVO INSTITUCIONAL À GESTÃO DO TEIAS                                                 |
| B.3.3. PARTE VARIÁVEL 02 – INCENTIVO À QUALIFICAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE                                            |
| B.3.3.1. QUADRO DE PARÂMETROS DE VALORES DE METAS 1º ANO DE CONTRATO (PARTE VARIÁVEL 02).                            |
| B.3.3.2. CONTRATUALIZAÇÃO DOS INCENTIVOS FINANCEIROS COM A UNIDADE DE SAÚDE (PARTE VARIÁVEL 02).                     |
| B.3.3.3. MONITORAMENTO DOS INDICADORES (PARTE VARIÁVEL 02).                                                          |
| B.3.3.4. ORIENTAÇÕES PARA PAGAMENTO POR PERFORMANCE QUANTO À QUALIDADE PERCEBIDA / 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>B.4. ATRIBUIÇÕES DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL EM RELAÇÃO AOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE</b>                         |
| B.4.1. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE                                                              |
| B.4.1.1. PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE (PEP) OU PRONTUÁRIO ELETRÔNICO CLÍNICO (PEC) – REQUISITOS MÍNIMOS         |
| B.4.1.2. SCNES – SISTEMA DE CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE                                           |
| B.4.1.3. SIA – SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL                                                                    |
| B.4.1.4. – SISAB – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE PARA A ATENÇÃO BÁSICA                                              |
| B.4.1.5. SISPRENATAL – SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO PRÉ-NATAL                                                            |
| B.4.1.6. SISCAN – SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE RASTREAMENTO DE CITOPATOLÓGICO DO COLO UTERINO                         |
| B.4.1.7. SINAN – SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO                                                     |
| B.4.1.8. SI-PNI/API – SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES/AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE IMUNIZAÇÕES |
| B.4.1.9. SISREG – SISTEMA DE NACIONAL DE REGULAÇÃO                                                                   |



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

Este contrato de apoio à gestão tem como principal objetivo induzir a melhora do desempenho das unidades funcionais por meio da atribuição de incentivos financeiros e da criação de instrumentos de monitorização, permitindo uma gestão rigorosa e equilibrada, consciente das necessidades das populações e, acima de tudo, visando a melhoria no acesso aos cuidados de saúde.

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

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

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

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

A Comissão Técnica de Acompanhamento – CTA - realiza o seguimento e a avaliação da qualidade assistencial dos serviços de saúde contratados, de acordo com os critérios, parâmetros e calendário previamente definidos pela SMS.

4



### **B.1.3. COMPOSIÇÃO**

A Comissão Técnica de Acompanhamento é constituída por, no mínimo, de 06 membros titulares e 03 suplentes, assim definido:

#### **Titulares**

- a) 4 representantes da S/SUBPAV/CAP
- b) 2 representantes da S/SUBPAV
- c) 1 representante da S/SUBG

#### **Suplentes**

- d) 1 representante da S/SUBPAV/CAP
- e) 1 representantes da S/SUBPAV
- f) 1 representante da S/SUBG

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

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

### **B.1.4. FUNÇÕES**

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



Processo 09/31/000.513/2014

A Comissão Técnica de Acompanhamento – CTA é responsável pela análise físico-financeira e pelo acompanhamento técnico assistencial dos contratos de gestão firmados com as Organizações Sociais.

São funções da CTA:

- 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 à população, solicitando pareceres e subsídios das respectivas áreas técnicas da SMS e dos órgãos da prefeitura, 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 últimas sempre que solicitadas pela SMS ou pelo contratado;
- f) manter registro das reuniões realizadas, cuja ata deverá ser assinada pela totalidade dos membros presentes na 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**

Cabe à Organização Social detalhar os seguintes aspectos:



Processo 09/31/000.513/2014

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

Todos os aspectos apontados anteriormente deverão estar em acordo com os critérios estabelecidos pela Política Nacional de Saúde, Plano Municipal de Saúde e Fundamentos da Atenção Básica (Política Nacional de Atenção Básica – PNAB2011 – 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 ou a outros no âmbito territorial;

Orientações estabelecidas pela SMS/RJ:

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

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

- Qualificação dos profissionais;



Processo 09/31/000.513/2014

- Utilização do prontuário eletrônico como a fonte de informação para ações de vigilância em saúde, gestão da agenda, consultas individuais; uso de outros registros da atividade assistencial;
- Respeito ao Plano de Educação Permanente da SMS-Rio de Janeiro e a PNAB(2011)/Ministério da Saúde;
- Consenso sobre o diagnóstico e tratamento das patologias mais presentes na rede de atenção primária;
- Consenso entre os profissionais dos serviços sobre o diagnóstico, tratamento e condições de referência 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;





Processo 09/31/000.513/2014

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

Uma efetiva articulação entre os níveis assistenciais comportará uma continuidade em todo o processo de modo que este seja reconhecido como tal pelo próprio usuário. Esta articulação ocorrerá de acordo com critérios estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

Para assegurar a continuidade no processo assistencial são necessários:

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

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

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

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

Nos últimos anos observa-se interesse crescente sobre pagamento por desempenho (*pay-for-performance* (P4P) ou "*value based purchasing*"), principalmente na Saúde da Família, e nos sistemas universais como o SUS. Esta proposta tem por objetivo acelerar a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.

Os programas de pagamento por desempenho visam a melhoria da qualidade, premiando a excelência ao mesmo tempo em que promovem o aumento do acesso aos serviços de saúde.

A experiência portuguesa (Missão da Reforma de Cuidados Primários, 2002) tem permitido tirar conclusões positivas na aplicação desta estratégia, tendo-se verificado uma melhoria dos resultados no que se refere aos indicadores contratualizados, servindo de base conceitual para a metodologia de pagamento variável apresentada neste contrato de gestão.

#### **B.3.1. ASPECTOS GERAIS**

O quadro de indicadores deverá ser apresentado à CAP e à CTA através de relatórios emitidos diretamente do prontuário eletrônico, cujo layout do quadro síntese poderá vir a ser solicitado pela SMS ou pela CTA.

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

4



Processo 09/31/000.513/2014

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 saúde.**
- **Parte variável 03 - incentivo à equipe de saúde da família e saúde bucal.**

#### **B.3.2. PARTE VARIÁVEL 01—incentivo institucional à gestão do TEIAS;**

A Parte Variável 01 tem como objetivo induzir boas práticas na gestão da OSS e alinhá-las às prioridades definidas pela SMS. Este recurso somente pode ser utilizado no objeto do Contrato de Gestão.

A **CONTRATANTE** solicitará à **CONTRATADA** a apresentação de relatórios contendo dados e informações relativas aos resultados assistenciais e qualidade dos serviços prestados, conforme Quadro 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 soma do valor das rubricas “Equipe de Saúde da Família” + “Serviço de Apoio especializado/NASF”, a **CONTRATADA** deverá



Processo 09/31/000.513/2014

apresentar um relatório contendo os resultados dos indicadores pré-estabelecidos pela SMS–RJ, 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 a OSS, desde que 100% das equipes de saúde da família 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 a 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 ou dois médicos 20h, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e o número mínimo de ACS definido pela CAP 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–RJ, 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.

4

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

| Nº. | Ação                                                                                                    | Indicadores                                                                     | Fórmula de cálculo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Fonte                                                    | Periodicidade avaliação                                     | Meta | Observação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1   | Manutenção de comissões de prontuários nas unidades                                                     | Proporção de Unidades de Saúde da Família com comissões de prontuários mantidas | $\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de unidades com comissões com atividade mensal}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ de unidades com equipes de Saúde da Família}} \times 100$                                                                                                                                                            | Prontuário Eletrônico (PEP)                              | Trimestral (a partir do 7º mês de funcionamento da Unidade) | 95%  | O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade se existe comissão de prontuário, a periodicidade das reuniões e a ata das reuniões. Mínimo de reuniões para ser considerada ativa é de 1 reunião mensal.                                                                                                                                                                                                     |
| 2   | Acompanhamento do cadastramento e atualização no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) | Proporção de profissionais de saúde cadastrados no SCNES                        | $\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de profissionais das equipes de ESF e ESB cadastrados no prontuário com correspondência no SCNES}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ de profissionais das ESF e ESB cadastrados no prontuário}} \times 100$                                                                                             | Prontuário Eletrônico (PEP) + arquivo exportação do CNES | Trimestral                                                  | 95%  | Este indicador visa medir a percentagem de profissionais que estão atuando nas ESF e ESB e devidamente atualizados no SCNES. Para o numerador deve-se considerar correspondência de CNES e de código de equipe para os profissionais. Mensalmente as empresas de prontuário devem atualizar toda a base do SCNES enviada ao DATASUS (N). Deve-se comparar a proporção de profissionais cadastrados no PEP com aqueles devidamente registrados no CNES. |
| 3   | Estrutura para impressão de documentos assistenciais                                                    | Percentual de consultórios com impressora funcionando                           | $\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de consultórios de equipes de saúde da família, saúde bucal e farmácia com impressora disponível e funcionando nas unidades com apoio à gestão}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ de consultórios de equipes de saúde da família, saúde bucal e farmácia nas unidades com apoio à gestão}} \times 100$ | Prontuário Eletrônico (PEP)                              | Trimestral                                                  | 95%  | 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.                                                                                                                                                                       |



| 4   | Abastecimento regular das unidades                                                                               | Proporção de unidades de saúde com declaração que estão regularmente abastecidas pelo diretor/gerente                                                                        | $\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de unidades de saúde com declaração que estão regularmente abastecidas pelo diretor/gerente}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ de unidades recebendo apoio a gestão}} \times 100$                                                                                | Prontuário Eletrônico (PEP)                                              | Trimestral              | 95%  | O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade mensalmente 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.                                                                                               |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nº. | Ação                                                                                                             | Indicadores                                                                                                                                                                  | Fórmula de cálculo                                                                                                                                                                                                                                                                           | Fonte                                                                    | Periodicidade avaliação | Meta | Observação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 5   | Descentralização do fornecimento de medicamentos controlados                                                     | Proporção de unidades que realizam o fornecimento de medicamentos controlados.                                                                                               | $\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de unidades com apoio à gestão que realizam o fornecimento registrado pelo prontuário}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de unidades com apoio à gestão na área}} \times 100$                                                                              | Prontuário Eletrônico (PEP)                                              | Trimestral              | 95%  | O prontuário deve gerar por mês a quantidade de itens de medicamento controlado distribuídos por unidade. Considera-se que a unidade dispensa medicamento controlado se houver registro regular de dispensação deste item no prontuário. Deve permitir detalhar a lista de pacientes que recebem o insumo.                                                                            |
| 6   | Regularidade no envio da produção (BPA, SISAB, OSINFO)                                                           | Proporção de unidades que informaram em dia.                                                                                                                                 | $\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de unidades com comprovação de envio de arquivos válidos pelo PEP}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de unidades com apoio à gestão na área}} \times 100$                                                                                                  | Protocolo de envio pelo Prontuário Eletrônico (PEP) + declaração da DICA | Trimestral              | 100% | O calendário de envio para o SISAB e SIA deverá seguir o pactuado com CAP e SMS.<br><br>O Painel OS INFO deve ser informado conforme regulamentação da S/SUBG/CCGOS.<br>O prontuário deve gerar relação das unidades com a data e a competência de envio nos três meses em análise.                                                                                                   |
| 7   | Regularidade no envio dos indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3), SISAB e SIA aos profissionais das equipes | Proporção de profissionais da ESF e ESB que receberam mensalmente por e-mail pelo PEP o resultado de indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3) de sua unidade, SIA e SISAB | $\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de profissionais das ESF e ESB que receberam mensalmente por e-mail pelo PEP o resultado de indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3), SIA e SISAB de sua unidade}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de profissionais de ESF e ESB na área}} \times 100$ | Protocolo de envio de e-mail pelo Prontuário Eletrônico (PEP)            | Trimestral              | 100% | 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.<br>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. |

A

| 8   | Relação do gasto administrativo em relação ao total de gastos                     | Razão de gasto administrativo em relação ao total do gasto                                           | $\frac{(N) \text{ Valor gasto com a rubrica gestão TEIAS-OSS no trimestre}}{(D) \text{ Teto do valor para a rubrica gestão do TEIAS-OSS no trimestre}}$                                                          | Prestação de contas         | Trimestral              | <ou =1 | 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              | $\frac{(N) \text{ Total de itens comprados abaixo da média de preços}}{(D) \text{ Total de itens adquiridos}} \times 100$                                                                                        | Prestação de contas         | Trimestral              | 95%    | <p>Eficiência das aquisições e uso adequado dos recursos do projeto de acordo com itens preestabelecidos em lista padrão.</p> <p>Apresentação da curva ABC para os 300 principais itens.</p> <p>DECRETO RIO Nº 41.208 DE 18/01/2016</p>                                                                                                                     |
| Nº. | Ação                                                                              | Indicadores                                                                                          | Fórmula de cálculo                                                                                                                                                                                               | Fonte                       | Periodicidade avaliação | Meta   | Observação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 10  | Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados                         | Proporção de gerentes que consideraram de boa qualidade os itens adquiridos e os serviços prestados. | $\frac{(N) \text{ N° de itens fornecidos e serviços prestados avaliados com boa qualidade no período de análise}}{(D) \text{ Total de itens e serviços prestados avaliados no período de análise}} \times 100$   | Prontuário Eletrônico (PEP) | Trimestral              | 95%    | 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                                    | $\frac{(N) \text{ N° de casos novos de Tuberculose encerrados como cura na área no período em análise}}{(D) \text{ N° total de casos novos de Tuberculose encerrados na área no período em análise}} \times 100$ | Prontuário Eletrônico (PEP) | Trimestral              | 85%    | <p>O alcance da meta deste indicador será somente se considerado 90% dos casos com diagnóstico de tuberculose &gt;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.</p> |

| 12  | Acompanhamento de Sífilis na Gestação                                                            | Proporção de Notificações de Sífilis na Gestação com tratamento adequado                                               | <p>(N) N° de gestantes residentes na abrangência das equipes notificadas para Sífilis na Gestação com tratamento adequado no período em análise <math>\times 100</math></p> <p>(D) N° de gestantes residentes na abrangência das equipes notificadas para Sífilis na Gestação no período em análise</p> | Prontuário Eletrônico (PEP) | Trimestral              | 90%  | <p>a) Considera-se tratamento ADEQUADO:</p> <p>1) prescrição adequada para o tipo de sífilis (primária, secundária, latente); E</p> <p>2) Tratamento do parceiro; E</p> <p>3) Tratamento realizado antes de 30 dias da data do parto;</p> <p>b) Para atingir o indicador deve-se fazer o diagnóstico precocemente (importância do teste rápido) e tratar o parceiro;</p> <p>c) Considera-se também casos de gestantes residentes na área das equipes notificadas na maternidade. Para isso, havendo inconsistências nessas notificações é possível a correção na base do SINAN, desde que a equipe fique atenta e comprove que o tratamento foi adequado.</p> |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 13  | Proporção de gestantes com 7 ou mais consultas                                                   | Proporção de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal registradas no PEP                                         | <p>(N) N° de mulheres que encerraram o pré-natal com 7 ou mais consultas (médico e/ou enfermeiro) na área no período em análise <math>\times 100</math></p> <p>(D) N° total de mulheres que encerraram o pré-natal na área no período em análise</p>                                                    | Prontuário Eletrônico (PEP) | Trimestral              | 80%  | Considerar todos os registros de consultas de pré-natal do médico e/ou do enfermeiro na linha de cuidado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| N°. | Ação                                                                                             | Indicadores                                                                                                            | Fórmula de cálculo                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Fonte                       | Periodicidade avaliação | Meta | Observação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 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  | <p>(N) N° de pessoas cadastradas no PEP com preenchimento do campo CPF para pessoas com 16 anos ou mais <math>\times 100</math></p> <p>(D) N° total de pessoas cadastradas no PEP com 16 anos ou mais</p>                                                                                               | PEP                         | Trimestral              | 90%  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 15  | Proporção de cadastros definitivos com número único (DNV ou CPF) para pessoas menores de 16 anos | Proporção de cadastros definitivos com número único em relação ao total de cadastros para pessoas com menos de 16 anos | <p>(N) N° de pessoas cadastradas no PEP com preenchimento do campo DNV ou CPF para pessoas com menos de 16 anos <math>\times 100</math></p> <p>(D) N° total de pessoas cadastradas no PEP com menos de 16 anos</p>                                                                                      | PEP                         | Trimestral              | 90%  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |





|    |                                                                                                                                                    |                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                          |                               |                                                      |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------------|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 16 | Rotatividade de profissionais nas equipes                                                                                                          | Rotatividade (turnover) de profissionais nas equipes de saúde da família                                             | $\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de profissionais substituídos} + \text{N}^\circ \text{ de profissionais admitidos}}{2}$ $\frac{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de profissionais ativos no período}}{}$                                                | CNES                          | Trimestral                                           | <ou= 5% | <p>Forma clássica de cálculo do turnover: número de demissões mais número de admissões/2 dividido pelo número de funcionários ativos.</p> <p>1) consideram-se apenas os profissionais da equipe mínima de ESF e ESB.</p> <p>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                 | $\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de crianças até 2 anos e gestantes beneficiárias do CFC acompanhadas}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de crianças até 2 anos e gestantes beneficiárias do CFC}}$                                                     | Portal Bolsa Família / SUBPAV | Trimestral                                           |         | <p>Meta:</p> <p><b>Janeiro/Julho</b> – 20%,<br/> <b>Fevereiro/Agosto</b> – 30%,<br/> <b>Março/Setembro</b> – 40%,<br/> <b>Abril/Outubro</b> – 60%,<br/> <b>Maió/Novembro</b> – 80%,<br/> <b>Junho/Dezembro</b> – 90%</p>                                                                                                                                                                                   |
| 18 | Percentual de escolas e creches no território de referência da Unidade de Saúde com no mínimo uma atividade de promoção, prevenção ou assistência. | Proporção de escolas e creches cobertas na área da Unidade de Saúde de referência.                                   | $\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de escolas que receberam no mínimo uma ação de saúde no período}}{(D) \text{ Total de escolas da área}} \times 100$                                                                                                    | PEP                           | Mensal (considerar apenas meses letivos das escolas) | 90%     | <p>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 do programa Bolsa Família | $\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de famílias beneficiárias do BF cadastradas na área da ESF com kits individuais entregues para todos os seus membros pelos ACS ou ESB}}{(D) \text{ Total de famílias beneficiárias do BF cadastradas na área da ESF}}$ | 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 de Janeiro, venha a ser alterado, o mesmo deverá acontecer em



relação as “Fontes” descritas nos Eixos 1 a 6 para cada indicador, tendo a 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. Para a obtenção do repasse dos recursos da Parte Variável 2 pelas Unidades de Saúde, deverão ser cumpridas 2 (duas) condicionais:

1) Do atingimento das metas pelas Equipes de Saúde da Família:

- Cumprimento das metas de 0 a 11 indicadores pelas equipes da unidade, não será repassado nenhum valor.
- Cumprimento das metas de 12 a 16 indicadores pelas equipes da unidade, será repassado 50% do valor do trimestre (R\$ 1.500,00 Reais por equipe);
- Cumprimento das metas de 17 a 21 indicadores pelas equipes da unidade, será repassado 100% do valor do trimestre (R\$ 3.000,00 Reais por equipe).

Exemplos: uma unidade com três equipes de saúde da família em que todas essas equipes tenham cumprido a meta de 17 a 21 indicadores, será repassado à unidade 3 x R\$ 3.000,00 Reais= R\$ 9.000,00 no trimestre; uma unidade com 5 equipes em que quatro tenham cumprido a meta de 17 a 21 indicadores e uma tenha cumprido a meta de 12 a 16 indicadores, será repassado à unidade 5 x R\$ 1.500,00 Reais no trimestre; uma unidade com 4 equipes em que duas tenham cumprido a meta de 17 a 21 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 21 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 21 indicadores agrupados em quatro grandes áreas: **acesso, desempenho assistencial, qualidade percebida e desempenho econômico**, conforme Quadro 02 a seguir.

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

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 concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas.
- D9. Percentagem das equipes de Saúde da Família com desempenho acima da média ou muito acima no resultado do PMAQ.

#### **S) Qualidade Percebida**

- S1. Percentagem de usuários satisfeitos/muito satisfeitos.

### E) Desempenho econômico

E1. Custo médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia (incluindo medicamentos 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 | $\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de consultas médicas realizadas a pacientes da equipe pelo próprio médico da equipe}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ de consultas médicas realizadas a pacientes da equipe na unidade}} \times 100$                                         | Prontuário Eletrônico (PEP) | Trimestral    | 70% a 95%              |
| A2  | Acesso | Percentagem de demanda espontânea em relação ao total de atendimentos   | $\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ consultas realizadas sem agendamento prévio (demanda espontânea) por médicos, enfermeiros e dentistas da equipe}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de consultas realizadas por médicos, enfermeiros e dentistas da equipe}} \times 100$ | Prontuário Eletrônico (PEP) | Trimestral    | Mínimo 40%, Máximo 80% |

| A3  | Acesso | Taxa de visitas domiciliares                                                                                            | <p>(N) N° de visitas domiciliares realizadas pela equipe em 3 meses (médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem, ACS, CDs, ASB, TSB) <math>\times 1.000</math></p> <p>(D) N° total de cadastrados na área da equipe</p>                                                                     | Prontuário Eletrônico (PEP) | Trimestral    | Mínimo 300/1.000 (sem SB) ou 320/1.000 (com SB) |
|-----|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------|-------------------------------------------------|
| A4  | Acesso | Taxa de grupos educativos                                                                                               | <p>(N) N° de atividades educativas em grupo realizadas pela equipe em 3 meses (médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem, ACS, CD, ASB, TSB) <math>\times 1.000</math></p> <p>(D) Total de cadastrados na área da equipe</p>                                                               | Prontuário Eletrônico (PEP) | Trimestral    | Mínimo 6/1.000 (sem SB) ou 12/1.000 (com SB)    |
| A5  | Acesso | Proporção de itens da Carteira de Serviços implementados                                                                | <p>(N) N° de itens da carteira de serviços implementados pela equipe de SF e SB <math>\times 100</math></p> <p>(D) Total de ações da carteira de serviços</p>                                                                                                                                | Prontuário Eletrônico (PEP) | Trimestral    | Mínimo 90%                                      |
| N°. | Ação   | Indicadores                                                                                                             | Fórmula de cálculo                                                                                                                                                                                                                                                                           | Fonte                       | Periodicidade | Meta                                            |
| A6  | Acesso | Porcentagem de consultas agendadas não presencialmente, por telefone, e-mail ou plataforma web do prontuário eletrônico | <p>(N) N° de consultas (médicos, enfermeiros e dentistas da ESF e ESB) agendadas por telefone, e-mail ou plataforma web do prontuário eletrônico <math>\times 100</math></p> <p>(D) N° total de consultas (médicos, enfermeiros e dentistas) agendadas no mês pelas ESF e ESB da unidade</p> | Prontuário Eletrônico (PEP) | Trimestral    | Mínimo 10%                                      |
| A7  | Acesso | Cobertura de primeira consulta odontológica programática                                                                | <p>(N) N° de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas nos últimos 3 meses <math>\times 100</math></p> <p>(D) População cadastrada na área da unidade <math>\times</math> (N° de ESB <math>\div</math> N° de ESF)</p>                                                       | Prontuário Eletrônico (PEP) | Trimestral    | $\geq 3\%$                                      |

# INDICADORES DE DESEMPENHO ASSISTENCIAL

| Nº. | Ação                    | Indicadores                                                                                                                                                | Fórmula de cálculo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Fonte                       | Periodicidade | Meta       |
|-----|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------|------------|
| D1  | Desempenho assistencial | Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia registrado nos últimos 3 anos                                                             | $\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de mulheres entre 25 e 64 anos pertencentes a área de abrangência da equipe com registro de colpocitologia do colo uterino nos últimos 3 anos}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de mulheres entre 25 e 64 anos cadastradas no PEP residentes na área de abrangência da equipe}} \times 100$                                            | 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 | $\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de pessoas cadastradas com diagnóstico de diabetes na área de abrangência da equipe com pelo menos duas consultas, 01 com médico e 01 com enfermeiro, registradas nos últimos 12 meses}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de pessoas cadastradas com diagnóstico de diabetes cadastradas na área de abrangência da equipe}} \times 100$ | Prontuário Eletrônico (PEP) | Trimestral    | Mínimo 70% |
| Nº. | Ação                    | Indicadores                                                                                                                                                | Fórmula de cálculo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Fonte                       | Periodicidade | Meta       |
| 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.  | $\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de pessoas cadastradas com diagnóstico de hipertensão na área de abrangência da equipe com pelo menos 01 consulta médica E 01 de enfermagem no período de 12 meses}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de pessoas cadastradas com diagnóstico de hipertensão na área de abrangência da equipe}} \times 100$                              | Prontuário Eletrônico (PEP) | Trimestral    | Mínimo 70% |
| D4  | Desempenho assistencial | Percentual de crianças de até 2 anos com cartão de vacinas atualizado                                                                                      | $\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de crianças até 2 anos pertencentes a área de abrangência da equipe cadastradas com registro de todas as vacinas do calendário vacinal em dia}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de crianças até 2 anos cadastrados na área de abrangência da equipe}} \times 100$                                                                      | Prontuário Eletrônico (PEP) | Trimestral    | Mínimo 90% |

| D5  | Desempenho assistencial    | Percentual de crianças de até 6 anos com cartão de vacinas atualizado                                                  | $\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de crianças até 6 anos pertencentes a área de abrangência da equipe cadastradas com registro de todas as vacinas do calendário vacinal em dia}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de crianças até 6 anos cadastrados na área de abrangência da equipe}} \times 100$                                                                   | Prontuário Eletrônico (PEP)       | Trimestral    | Mínimo 80% |
|-----|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------|------------|
| D6  | Desempenho assistencial    | Percentual de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez                                                 | $\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de gestantes com pré natal encerrado no trimestre pertencentes a área de abrangência da equipe com registro de consulta no primeiro trimestre de gravidez}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de gestantes cadastradas na área de abrangência da equipe com pré-natal encerrado no trimestre}} \times 100$                            | Prontuário Eletrônico (PEP)       | Trimestral    | Mínimo 80% |
| D7  | Desempenho assistencial    | Percentual de primeiras consultas de puericultura efetuadas até 15 dias de vida                                        | $\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de crianças que completaram 3 meses no período em análise pertencentes a área de abrangência da equipe cadastradas com registro de 1ª consulta realizada até 15 dias de vida}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de crianças que completaram 3 meses no período em análise cadastradas na área de abrangência da equipe}} \times 100$ | Prontuário Eletrônico (PEP)       | Trimestral    | Mínimo 80% |
| Nº. | Ação                       | Indicadores                                                                                                            | Fórmula de cálculo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Fonte                             | Periodicidade | Meta       |
| D8  | Desempenho assistencial    | Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas                                   | $\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de tratamentos concluídos pelo cirurgião dentista da equipe de SB nos últimos 12 meses}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ de consultas odontológicas programáticas pelo cirurgião dentista da equipe de SB nos últimos 12 meses}}$                                                                                                         | Prontuário Eletrônico (PEP)       | Trimestral    | >ou= 0,6   |
| D9  | Desempenho das ESF no PMAQ | Porcentagem das equipes de Saúde da Família com desempenho acima da média ou muito acima da média no resultado do PMAQ | $\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de equipes de Saúde da Família com resultado Acima da Média e Muito acima da média}}{(D) \text{ Número total de ESF da unidade de saúde}} \times 100$                                                                                                                                                                                | Relatório de resultados PMAQ (**) | Trimestral    | Mínimo 80% |



(\*\*) Para a contabilização do número de equipes de Saúde da Família de cada unidade será considerada a quantidade de equipes de saúde da família no CNES, do último mês de referência definido pelo Ministério da Saúde como a competência para a adesão ao ciclo do PMAQ em análise. Por exemplo, no segundo ciclo, maio de 2013 foi o último mês de competência definido pelo Ministério da Saúde. Com isso o número de equipes de saúde da família da unidade deve considerar este mês. As novas equipes implantadas, após esta data, não serão contabilizadas no numerador e no denominador. Cada ciclo do PMAQ tem duração entre 18 e 24 meses. Uma vez divulgado pelo Ministério da Saúde o resultado no 2º ciclo do PMAQ, a unidade de saúde pontuará este indicador até serem publicados os resultados do 3º ciclo e assim sucessivamente. No terceiro ciclo, devido às mudanças no edital do PMAQ, as faixas de desempenho consideradas para o alcance deste indicador serão Ótimo e Muito Bom.

### INDICADOR DE QUALIDADE PERCEBIDA

| Nº. | Ação                | Indicadores                                           | Fórmula de cálculo                                                                                                                                                                                                    | Fonte                       | Periodicidade | Meta       |
|-----|---------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------|------------|
| S1  | Qualidade Percebida | Percentagem de usuários satisfeitos/muito satisfeitos | $\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de usuários satisfeitos/muito satisfeitos atendidos na unidade de saúde}}{(D) \text{ Total de usuários que preencheram o registro de satisfação no período em análise}} \times 100$ | Prontuário Eletrônico (PEP) | Trimestral    | Mínimo 80% |

### INDICADORES DE DESEMPENHO ECONÔMICO

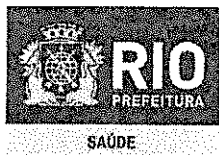
| Nº. | Ação                 | Indicadores                                                                                                  | Fórmula de cálculo                                                                                                                                                                                                                                                                        | Fonte                                                             | Periodicidade                              | Meta            |
|-----|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------|
| E1  | Desempenho econômico | Custo médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia (incluindo medicamentos REMUME) previstos por usuário | $\frac{(N) \text{ Somatório do valor dos exames de SADT e medicamentos REMUME solicitados pelos médicos de cada equipe (fonte valores tabela SIGTAP) no trimestre avaliado}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de usuários atendidos pelos médicos de cada equipe no trimestre avaliado}}$ | Prontuário Eletrônico (PEP)<br><br>(Tabela SIGTAP como parâmetro) | Trimestral (a partir do 4º mês da Clínica) | Máximo R\$41,80 |

|    |                      |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                             |            |            |
|----|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------|------------|
| E2 | Desempenho econômico | Percentual de medicamentos prescritos da REMUME                                  | $\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de itens diferentes de medicamentos pertencentes a REMUME prescritos pelos médicos de cada equipe nos últimos 3 meses}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de itens diferentes de medicamentos prescritos pelos médicos de cada equipe últimos 3 meses}} \times 100$                                                                                                                    | Prontuário Eletrônico (PEP) | Trimestral | Mínimo 90% |
| E3 | Desempenho econômico | Percentual de pacientes encaminhados em relação ao número de pacientes atendidos | $\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de pacientes atendidos pelo médico de cada equipe (pacientes da área e fora de área) nos últimos 3 meses e que foram encaminhados a algum serviço/especialidade}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de pacientes atendidos pelo médico de cada equipe (pacientes da área e fora de área) nos últimos 3 meses}} \times 100$                                                             | Prontuário Eletrônico (PEP) | Trimestral | Máximo 20% |
| E4 | Desempenho econômico | Percentual de absenteísmo nas consultas/procedimentos agendados no SISREG        | $\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de pacientes que faltaram a consulta especializada ou a realização de exame complementar pertencentes a área de abrangência da equipe, nos últimos 3 meses}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de pacientes agendados para exames ou encaminhamentos especialistas no SISREG (para consultas ou exames) pertencentes à área de abrangência da equipe nos últimos 3 meses}} \times 100$ | SISREG(***)                 | Trimestral | Máximo 30% |

(\*\*\*) A fonte deste indicador permite extração do resultado por unidade, desta forma, será considerado o mesmo resultado para cada equipe da unidade, ou seja, uma unidade com 4 equipes que apresentou resultado de 25% no SISREG terá para cada equipe o resultado de 25%. Este indicador não será considerado para unidades tipo B.

### 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



Processo 09/31/000.513/2014

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 pelo diretor/gerente da unidade.

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

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

A unidade deverá elaborar um relatório de atividades que indique o compromisso assistencial realizado em relação ao contratualizado e remete-lo a CAP. No relatório deverão estar explícitas

as razões pelas quais algumas metas possam não ter sido alcançadas, ou os motivos que levaram à superação das metas previstas.

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

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

Caberá às CTAs aprovar o Plano de Aplicação de Incentivos (parte variável 02), garantindo assim a destinação orçamentária para o valor em questão. Caso o Plano de Aplicação de Incentivos não vá ao encontro da estratégia local de saúde definida pela CAP, esta deverá negociar com a unidade de saúde, dentro dos prazos previstos, as alterações necessárias no referido plano.

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

#### **B.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;**



Processo 09/31/000.513/2014

- 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, sob a forma de Unidades Contábeis (UC). Cada equipe terá como limite mínimo para receber o incentivo, 60 UCs no trimestre, no somatório de pelo menos cinco grupos de ações. O limite máximo de UC por trimestre é de 300 UCs, o que corresponde a 10% da soma dos salários base do trimestre (o que equivale a 10% do salário base mensal).

A quantidade de 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. Também são responsáveis pelo encaminhamento 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, com especial ênfase na Saúde da Família (PNAB, 2006 e Decreto Municipal N° 30.780 de 2009),

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

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

**Quadro 03 – Modelos de unidades de atenção primária existentes no município do Rio de Janeiro**

**Modelo A.** Todo o território é coberto pelas equipes de saúde da família e saúde bucal, e a unidade está dividida em Equipes de Saúde da Família. Nesta unidade, todo usuário deve conhecer sua equipe e os nomes dos profissionais de referência para seu atendimento.

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

**Modelo C.** A unidade ainda não trabalha na estratégia de Saúde da Família.

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

De 2010 a 2012, a PCRJ e a SMS identificaram a contratualização como ponto fundamental indutor de maior responsabilização e exigência, sempre no sentido de alcançar melhores



Processo 09/31/000.513/2014

resultados em saúde, com maior eficiência. O objetivo é evoluir como os melhores sistemas de saúde do mundo, onde é avaliado o desempenho clínico de cada profissional da rede.

Os modelos A e B terão incentivos aferidos para atividades específicas. Estes incentivos devem criar condições para o desenvolvimento de ambientes de motivação dos profissionais, ao atribuir às equipes melhorias nas unidades de saúde, no contexto físico do seu exercício, no reforço de competências pela facilitação do acesso a ações de formação, e ao atribuir aos profissionais, gratificações associadas ao desempenho.

Esses indicadores levam em consideração as especificidades locais, uma vez que é facultado ao profissional a composição do resultado final do conjunto de indicadores alcançado, dentro de um conjunto de indicadores.

Com isso, espera-se que as equipes desenvolvam a cultura de gestão da clínica, percebendo que não basta apenas atingir alguns indicadores, mas que em conjunto eles induzem uma boa prática clínica. Por exemplo, não serão esperados apenas que as equipes atinjam bons resultados na captação precoce de gestantes no pré-natal, mas saber quantas gestantes além da captação precoce realizaram um bom pré-natal. Para realizar um bom pré-natal alguns outros indicadores importantes, como ter realizado exames VDRL, hepatite B e HIV, ter realizado um mínimo de 7 consultas, entre outros.

#### **ORIENTAÇÕES PARA REPASSE DOS INCENTIVOS FINANCEIROS AOS PROFISSIONAIS (PARTE VARIÁVEL 03).**

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

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



Processo 09/31/000.513/2014

Uma equipe terá como limite mínimo o quantitativo de 60 UCs no trimestre, distribuídas no somatório de pelo menos cinco grupos de ações. O teto máximo será de 300 UCs no trimestre, 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 UCs no trimestre. O cálculo do valor em reais (R\$) a ser repassado para cada profissional no trimestre é realizado multiplicando o número de UCs alcançado no trimestre pela equipe pela proporção correspondente a soma do salário base no trimestre do profissional.

Exemplo 1 (valores e equipe fictícios)

300 UCs no trimestre corresponde a 10% da soma do salário base no trimestre (3x salário base). Então, 200 UCs correspondem a 6,66% da soma de 3 salários:

| EQUIPE | NOME PROFISSIONAL | CATEGORIA             | SALARIO BASE DO PROFISSIONAL | Nº DE UCS NO TRIMESTRE | VALOR NO TRIMESTRE (EM R\$) |
|--------|-------------------|-----------------------|------------------------------|------------------------|-----------------------------|
| 3210   | AAAAAAAAAAAAA     | MEDICO                | R\$ 7.500,00                 | 200                    | R\$1.500,00                 |
| 3210   | BBBBBBBBBBBBB     | ENFERMEIRO            | R\$ 3.900,00                 | 200                    | R\$780,00                   |
| 3210   | CCCCCCCCCCCCC     | TÉCNICO DE ENFERMAGEM | R\$ 1.080,00                 | 200                    | R\$216,00                   |
| 3210   | DDDDDDDDDDDD      | ACS                   | R\$ 810,00                   | 200                    | R\$162,00                   |
| 3210   | EEEEEEEEEEEEEEE   | ACS                   | R\$ 810,00                   | 200                    | R\$162,00                   |
| 3210   | FFFFFFFFFFFFFFF   | ACS                   | R\$ 810,00                   | 200                    | R\$162,00                   |
| 3210   | GGGGGGGGGGGGG     | ACS                   | R\$ 810,00                   | 200                    | R\$162,00                   |



|      |                      |     |            |     |           |
|------|----------------------|-----|------------|-----|-----------|
| 3210 | HHHHHHHHHHH          | ACS | R\$ 810,00 | 200 | R\$162,00 |
| 3210 | IIIIIIIIIIIIIIIIIIII | ACS | R\$ 810,00 | 200 | R\$162,00 |

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 UCs 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 DE SF | UNIDADES CONTÁBEIS NO TRIMESTRE ATINGIDAS PELA ESF | UNIDADES CONTÁBEIS PROPORCIONAIS PARA ESB |
|--------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| A            | 100UC                                              | =100 x 50% = 50UC                         |
| B            | 200UC                                              | =200 x 50% = 100 UC                       |

**TOTAL no TRIMESTRE: 150 UCs**

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

#### Exemplo 2 - cálculo em reais (R\$) - valores fictícios

| NOME PROFISSIONAL | CATEGORIA | SALÁRIO BASE DO PROFISSIONAL | Nº de UCS no TRIMESTRE | VALOR R\$ NO TRIMESTRE |
|-------------------|-----------|------------------------------|------------------------|------------------------|
| AAAAAAAAAAAAA     | DENTISTA  | R\$ 3.900,00                 | 150                    | R\$595,00              |
| BBBBBBBBBBBBB     | TSB       | R\$ 1.080,00                 | 150                    | R\$162,00              |
| CCCCCCCCCCCCC     | ASB       | R\$ 810,00                   | 150                    | R\$121,50              |

#### 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 mais transformações organizacionais, onde os processos de trabalho nas equipes de saúde família já estão adequados à Política Nacional de Atenção Básica. Nestas unidades os profissionais estarão submetidos a um nível de contratualização com **patamares de desempenho mais exigentes**.

Com base na reforma dos cuidados primários em Portugal, considerando a 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 paga 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 das Linhas de Cuidado da Superintendência de Atenção Primária – S/SUBPAV/SAP, nos termos apresentados no quadro a seguir:

Quadro de indicadores da **Parte Variável 03** - incentivo à gestão da clínica

| GRUPO DE AÇÕES | DESCRIÇÃO                                                                                                                                      | UC |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 01             | Acompanhamento em planejamento reprodutivo de uma mulher em idade fértil, por ano                                                              | 01 |
| 02             | Acompanhamento em planejamento reprodutivo de uma mulher em idade fértil, com inserção de DIU ou realização de esterilização feminina, por ano | 01 |
| 03             | Acompanhamento de uma gravidez                                                                                                                 | 08 |
| 04             | Acompanhamento de uma criança, no primeiro ano de vida, por ano                                                                                | 06 |
| 05             | Acompanhamento de uma criança, no segundo ano de vida, por ano                                                                                 | 04 |
| 06             | Acompanhamento de uma pessoa diabética, por ano                                                                                                | 06 |

|    |                                                                                                                  |    |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 07 | Acompanhamento de uma pessoa hipertensa, por ano                                                                 | 02 |
| 08 | Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de tuberculose                                                     | 08 |
| 09 | Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de hanseníase                                                      | 10 |
| 10 | Acompanhamento de uma pessoa com transtorno ou necessidades relacionadas ao consumo de álcool e/ou outras drogas | 4  |

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

| GRUPO DE AÇÕES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | DESCRIÇÃO                                                                                | UC |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 01                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>ACOMPANHAMENTO EM PLANEJAMENTO REPRODUTIVO DE UMA MULHER EM IDADE FÉRTIL, POR ANO</b> | 01 |
| <p align="center"><b><u>PLANEJAMENTO REPRODUTIVO I</u></b></p> <p>Uma usuária é considerada neste grupo se for verdadeira a condição [A e B e C e D e E e F]: <b>uma mulher em idade fértil, por ano</b></p> <p>A. Ser do sexo feminino.</p> <p>B. Ter entre [10;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 ou CID que permitem codificar o planejamento familiar (W10, W11, W12, W13, W14 ou W15; Z300-Z309 ou N970-N978).</p> <p>D. Nas mulheres com idades entre [25, 50[ anos, ter pelo menos um registro de resultado de colpocitologia nos 36 meses que antecedem a data fim do período em análise.</p> <p>E. Estar cadastrada na unidade.</p> <p>F. Estar com o calendário vacinal atualizado e todos os registros no prontuário.</p> |                                                                                          |    |

| GRUPO DE AÇÕES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | DESCRIÇÃO                                                                                                                               | UC |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 02                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>ACOMPANHAMENTO EM PLANEJAMENTO REPRODUTIVO DE UMA MULHER EM IDADE FÉRTIL, COM INSERÇÃO DE DIU OU ESTERILIZAÇÃO FEMININA, POR ANO</b> | 01 |
| <p align="center"><b><u>PLANEJAMENTO REPRODUTIVO II</u></b></p> <p>Uma usuária é considerada neste grupo se for verdadeira a condição [A e B e C e D e E e F e G ou H]: <b>uma mulher em idade fértil, por ano</b></p> <p>A. Sexo feminino.</p> <p>B. Ter entre [10;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 ou CID que permitem codificar o planejamento familiar (W10, W11, W12, W13, W14 ou W15; Z300-Z309 ou N970-N978).</p> <p>D. Nas mulheres com idades entre [25, 50[ anos, ter pelo menos um registro de resultado de colpocitologia nos 36 meses que antecedem a data fim do período em análise.</p> <p>E. Estar com o calendário vacinal atualizado e todos os registros no prontuário.</p> <p>F. Estar cadastrada na unidade.</p> <p>G.Consulta médica com a inserção de DIU (CID: Z30.1 ou 03.01.04.002-8 - ATENDIMENTO CLINICO PARA INDICACAO, FORNECIMENTO E INSERCAO DO DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)).</p> <p>H.Preparação para esterilização feminina (aconselhamento, atividade educativa, consentimento informado, pré-operatório para laqueadura tubária) e registro no prontuário da realização do procedimento (CID Z30.2).</p> |                                                                                                                                         |    |

| GRUPO DE AÇÕES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | DESCRIÇÃO                             | UC |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----|
| 03                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>ACOMPANHAMENTO DE UMA GRAVIDEZ</b> | 08 |
| <p align="center"><b><u>SAÚDE MATERNA:</u></b></p> <p>Uma usuária é considerada neste grupo se forem verdadeiras a condição [A e B e C e D e E e F e G]:</p> <p>A. Sexo feminino com pré-natal encerrado no período de vigência.</p> <p>B. Ter efetuado consulta ou visita médica ou de enfermagem de revisão do puerpério no período em análise e, no máximo, 7 dias após o parto, registrada por qualquer médico ou qualquer enfermeiro, com a descrição de</p> |                                       |    |



"revisão do puerpério".

C. Ter efetuado a primeira consulta de gravidez antes da 12ª semana - [0; 12[ de gestação.

D. Ter realizado pelo menos 7 consultas de pré-natal médicas e/ou de enfermagem até à 42ª semana - [0; 42]: com aferição de PA durante a consulta e ter registro de resultado dos testes/exames anti-HIV, hepatite B e sífilis realizados até a 24ª semana de gestação. Estas consultas devem ter registro parametrizado que permitem codificar gravidez - (W78, W79 ou W84 ou O00-O01, O10-O16, O24-O26.5, O26.8-O26.9, O30-O48, Z321-Z369).

E. A usuária deve estar cadastrada na equipe.

F. Ter registro de pelo menos 4 visita do ACS desde o diagnóstico da gravidez, sendo uma delas em até 7 dias após a data do parto.

G. Ter realizado pelo menos uma consulta odontológica e/ou procedimento clínico em Saúde Bucal. Caso não haja ESB vinculada à equipe, este item não se aplica.

Obs. 1: Toda gestante com mais de 40 dias da data prevista de parto deve ser automaticamente excluída da lista de gestantes ativas do prontuário.

Obs. 2: para considerar uma gestante ativa no prontuário, o profissional deve registrar uma consulta com o código do CID10 de gestação e ativar a linha de cuidado.

| GRUPO DE AÇÕES | DESCRIÇÃO                                                       | UC |
|----------------|-----------------------------------------------------------------|----|
| 04             | ACOMPANHAMENTO DE UMA CRIANÇA, NO PRIMEIRO ANO DE VIDA, POR ANO | 06 |

#### SAÚDE INFANTIL - 1º ANO DE VIDA

Um usuário é considerado neste grupo se for verdadeira a condição [A e B e C e D e E e F e G e H e I e J]:

A. Ter completado um ano de vida durante o período em análise.

B. Ter tido a primeira consulta médica ou de enfermagem até ao 15º dia de vida [0, 15 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 3 registros parametrizado de avaliação do desenvolvimento psicomotor até os 11 meses de vida - [0, 330] dias. Podem ser realizados por médico ou por enfermeiro.

E. Ter recebido ao menos 5 visitas domiciliares do ACS aos 11 meses de vida, sendo a primeira até o 7º dia 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 de coleta do teste do pezinho (realizado entre 3º e 5º dias de vida).

- H. Ter registro de avaliação nutricional com registro de IMC em cada consulta.
- I. Ter realizado pelo menos uma consulta odontológica ou participação em grupo educativo com dentista, TSB ou ASB. Caso não haja ESB vinculada à equipe, este item não se aplica.
- J. Não ter recebido UC no grupo de ação 04 para o mesmo paciente.

| GRUPO DE AÇÕES | DESCRIÇÃO                                                      | UC |
|----------------|----------------------------------------------------------------|----|
| 05             | ACOMPANHAMENTO DE UMA CRIANÇA, NO SEGUNDO ANO DE VIDA, POR ANO | 04 |

#### SAÚDE INFANTIL - 2º ANO DE VIDA

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

- A. Ter completado dois anos de vida durante o período em análise.
- B. Ter pelo menos 3 consultas com registros parametrizados de avaliação do desenvolvimento psicomotor, peso e altura (pelo menos 1 consulta do médico e uma consulta do enfermeiro) entre os 12 e os 24 meses de vida - [365, 730] dias.
- C. Ter recebido pelo menos 2 visitas do ACS entre os 12 e os 24 meses de vida - [365, 730] dias.
- D. Estar com o calendário vacinal completo e todos os registros preenchidos no prontuário eletrônico.
- E. Ter realizado pelo menos uma consulta odontológica ou participação em grupo educativo com dentista, TSB ou ASB, entre 12 e 24 meses de vida. Caso não haja ESB vinculada à equipe, este item não se aplica.
- F. Não ter recebido UC no grupo de ação 05 para o mesmo paciente.

| GRUPO DE AÇÕES | DESCRIÇÃO                                         | UC |
|----------------|---------------------------------------------------|----|
| 06             | O ACOMPANHAMENTO DE UMA PESSOA DIABÉTICA, POR ANO | 06 |

#### DIABETES

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

- A. Ter o diagnóstico de Diabetes Mellitus (códigos T89 ou T90 da ICPC-2 ou E10-E14.9) na lista de problemas, com estado ativo, e inserção na linha de cuidados correspondente.
- B. Ter realizado pelo menos uma consulta médica e uma consulta de enfermagem durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.
- C. Ter pelo menos dois registros de pressão arterial e IMC (realizados em dias diferentes) durante os 12

meses que antecedem a data final do período em análise.

D. Ter pelo menos um registro de resultado de hemoglobina A1C inferior ou igual a 8%, realizado durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.

E. Ter pelo menos 3 visitas do ACS, realizadas durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.

F. Ter pelo menos 1 registro de resultado de colesterol total E colesterol HDL E triglicerídeos realizados durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.

G. Ter ao menos uma avaliação dos pés registrada durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.

H. Ter realizado pelo menos uma consulta odontológica ou orientação em Saúde Bucal por dentista nos últimos 12 meses. Caso não haja ESB vinculada à equipe, este item não se aplica.

I. Não ter recebido UC no grupo de ação 06 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.

| GRUPO DE AÇÕES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | DESCRIÇÃO                                        | UC |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----|
| 07                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ACOMPANHAMENTO DE UMA PESSOA HIPERTENSA, POR ANO | 02 |
| <p style="text-align: center;"><b><u>HIPERTENSÃO</u></b></p> <p>Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras a condição [A e B e C e D e E e F]:</p> <p>A. Ter o diagnóstico de hipertensão arterial (códigos K86 ou K87 da ICPC-2 ou I10-I15.9) na lista de problemas, com estado ativo e inserção na linha de cuidados correspondente.</p> <p>B. Ter realizado pelo menos uma consulta médica e uma consulta de enfermagem durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.</p> <p>C. Ter pelo menos 2 registros de pressão arterial e IMC (realizados em dias diferentes) durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise, sendo pelo menos um deles com valor de pressão arterial sistólica inferior ou igual a 140 mmHg e de pressão arterial diastólica inferior ou igual a 90 mmHg,</p> <p>D. Ter pelo menos um registro de resultados de colesterol total E colesterol HDL E triglicerídeos realizados durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.</p> <p>E. Ter registro de entrada no programa do tabagismo da unidade (CID-10 F17- F17.9; Z72.0; T65.2 e/ou grupo educativo com o tema tabagismo) (caso o paciente não seja tabagista, considerar este item atendido desde</p> |                                                  |    |

que tenha registro de não-tabagismo no prontuário).

F. Não ter recebido UC no Grupo de Ação 07 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.

| GRUPO DE AÇÕES | DESCRIÇÃO                                                    | UC |
|----------------|--------------------------------------------------------------|----|
| 08             | ACOMPANHAMENTO DE UMA PESSOA EM ALTA POR CURA DE TUBERCULOSE | 08 |

#### TUBERCULOSE

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

A. Ter registro do número do SINAN no PEP para o paciente acompanhado.

B. Ter realizado pelo menos 2 consultas médicas e 4 de enfermagem no período do tratamento.

C. Ter alta por cura da tuberculose registrada no PEP.

D. Ter registro, no campo apropriado do PEP, do resultado de teste rápido molecular e/ou baciloscopia de escarro no momento do diagnóstico.

E. Ter registro, no campo apropriado do PEP, de resultado de teste/exame anti-HIV até o 2o mês de tratamento.

F. Ter registro, no campo apropriado do PEP, de avaliação de todos os contatos, com pelo menos uma consulta (CID Z20.1) e registro de raio X dentro dos 6 meses após o diagnóstico do caso índice.

G. Ter recebido pelo menos uma visita durante o período de tratamento, com intervalos de 30 dias entre as visitas.

H. Ter realizado pelo menos uma consulta odontológica ou participação em grupo educativo com dentista, TSB ou ASB, nos últimos 12 meses. Caso não haja ESB vinculada à equipe, este item não se aplica.

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

| GRUPO DE AÇÕES | DESCRIÇÃO                                                 | UC |
|----------------|-----------------------------------------------------------|----|
| 09             | ACOMPANHAMENTO DE UMA PESSOA COM ALTA POR CURA HANSENIASE | 10 |

#### HANSENIASE

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

A. Ter registro de alta por cura da hanseníase no PEP.

B. Ter realizado pelo menos 3 consultas médicas e 7 de enfermagem para multibacilares e 2 consultas





- médicas e 4 de enfermagem para paucibacilares no período do tratamento.
- C. Ter recebido do ACS ao menos uma visita durante o período de tratamento da hanseníase, com intervalos de 30 dias entre as visitas (paucibacilares 6 meses, multibacilares 12 meses).
- D. Ter registro e encerramento do caso no PEP.
- E. Ter registro de avaliação de incapacidades físicas.
- F. Ter registro de exame clínico dos contatos intradomiciliares com vacinação BCG e exame dermatoneurológico.
- G. Não ter recebido UC no Grupo de Ação 09 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.

| GRUPO DE AÇÕES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | DESCRIÇÃO                                                                                                               | UC |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>ACOMPANHAMENTO DE UMA PESSOA COM TRANSTORNO OU NECESSIDADES RELACIONADAS AO CONSUMO DE ÁLCOOL E/OU OUTRAS DROGAS</b> | 04 |
| <p>Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras a condição [ (A ou B) e C e D e E e F]:</p> <p>A. Ter diagnóstico de transtorno mental e comportamental devido ao uso de álcool e/ou outras drogas* (CID F10, F11, F12, F13, F14, F15, F16, F18, F19).</p> <p>B. Ter diagnóstico de tabagismo (CID F17- F17.9; Z72.0; T65.2).</p> <p>C. Ter realizado pelo menos 4 consultas médicas ou de enfermagem ou grupo terapêutico por profissional de nível superior, nos últimos 6 meses.</p> <p>D. Ter recebido do ACS no mínimo 3 visitas nos últimos 6 meses.</p> <p>E. Ter registro, no mínimo, de uma avaliação de profissional de saúde mental (psicólogo, psiquiatra ou assistente social) do NASF. Este item não se aplica para equipes que não tenham NASF.</p> <p>F. Ter realizado pelo menos uma consulta odontológica ou orientação em Saúde Bucal por dentista nos últimos 12 meses.</p> |                                                                                                                         |    |

#### 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:



Processo 09/31/000.513/2014

- Produzir, analisar e divulgar informações sobre a situação de saúde da sua área de abrangência;
- Participar do processo de definição, elaboração e divulgação de indicadores para monitoramento da situação de saúde e para cada eixo de Indicadores (painel de monitoramento) e disponibilizar e divulgar essas informações segundo as necessidades das unidades de saúde, Coordenadoria Geral de Atenção Primária (CAP) e SMS.
- Implantar/atualizar os sistemas de informação definidos pela SMS/RJ; Organizar e definir procedimentos, fluxos e rotinas para coleta dos dados dos diferentes sistemas de informação em vigência ou a serem implantados;
- Organizar e definir os processos de trabalho para operação/alimentação dos diferentes sistemas de informação em vigência ou a serem implantados;
- Encaminhar as diferentes bases de dados conforme rotinas estabelecidas pela SMS.

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

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

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

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

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



Processo 09/31/000.513/2014

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

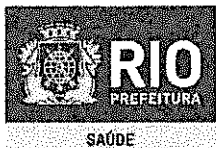
O valor contratual unitário para os prontuários eletrônicos é estimado para cada ESF incluindo a) a conectividade, b) licença do produto; c) datacenter (servidor); d) suporte e treinamento; e) customizações; f) Business Intelligence (BI) para gestão da unidade de saúde, CAP/OSS e nível central; g) solução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

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

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

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

- resultado dos indicadores por desempenho de cada ESF;
- lista de hipertensos com dados de acompanhamento;
- lista de diabéticos com dados de acompanhamento;
- lista de gestantes com dados de acompanhamento;
- lista de crianças menores de 2 anos com dados de acompanhamento;
- lista de pacientes com tuberculose com dados de acompanhamento;



Processo 09/31/000.513/2014

- lista de pacientes femininas entre 25 e 64 anos com dados de acompanhamento de citopatológico;

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

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

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



Processo 09/31/000.513/2014

11. Estado Nutricional (SISVAN).
12. Atividades Coletivas.
13. Bolsa Família e Cartão Família Carioca.
14. Relatório de exames solicitados e realizados com código da tabela SIGTAP.

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

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

Os dados deverão ser atualizados mensalmente.

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

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

Constitui responsabilidade da Organização de Saúde e dos Gestores da Secretaria Municipal de Saúde nos níveis Local, Regional e Central o cadastramento e o acompanhamento das atualizações das fichas cadastrais dos profissionais de saúde bem como dos dados de atualização dos estabelecimentos de saúde sob sua gestão. Caberá ao Coordenador de Área de Planejamento determinar as demais atribuições em relação a este sistema de informação,



Processo 09/31/000.513/2014

podendo ficar sob responsabilidade da Organização Social a inclusão, bem como a atualização de todos os profissionais no SCNES.

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

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

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

Para o profissional pertencente à equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), além do cumprimento do disposto no 4 deste documento, ficam estabelecidas as seguintes regras:

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

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

Cada estabelecimento deve ter um **número único** de cadastro e **fica vedado o mesmo estabelecimento apresentar mais de um cadastro CNES para a mesma unidade de mesmo nível de complexidade**. Por exemplo, não é permitido cadastrar mais de um CNES para



Processo 09/31/000.513/2014

unidades mistas onde tenha serviço de Saúde da Família e Serviço especializado. Caso haja uma unidade de atenção primária funcionando em espaço físico contíguo com unidades de atenção secundária como CAPS ou Policlínica cada unidade de saúde deve ter seu próprio CNES.

As equipes NASF não são consideradas estabelecimentos de saúde, mas sim “serviço especializado” e devem ser cadastrados;

Preferencialmente as equipes de apoio especializado devem seguir as diretrizes do Ministério da Saúde através da Portaria GM 2.488 de 21 de outubro de 2011, tanto na sua composição quanto na proporção de apoio às equipes de saúde da família. Nesse caso, todas as equipes devem ser cadastradas no CNES como equipe NASF modalidade 1 (Núcleos de Apoio à Saúde da Família) na base do CNES. Os NASF só poderão estar vinculados aos estabelecimentos de Saúde da Esfera Administrativa Pública e somente no tipo a seguir: 02 – Centro de Saúde/Unidade Básica.

#### **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).

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

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

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

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

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

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

##### **Fichas de Cadastro Individual e Cadastro domiciliar (SISAB)**

A Ficha de cadastro individual/domiciliar é preenchida nas primeiras visitas que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) faz às famílias de sua comunidade. As informações recolhidas - identificação da família, cadastro de todos os seus membros, situação de moradia e outras informações adicionais - permitem à equipe de saúde conhecer as condições de vida das pessoas da sua área de abrangência e a planejar melhor planejar suas intervenções. Todos os dados desta ficha devem ser atualizados sempre que houver alteração. O ACS deve estar atento para registrar, todo mês, a ocorrência de nascimentos, mortes e mudanças de atividade profissional (ocupação) dos membros da família e as condições de moradia e saneamento.

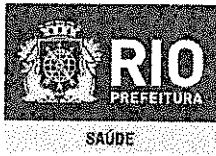
##### **Fichas B - Fichas para acompanhamento domiciliar**

As fichas do grupo B são utilizadas para o acompanhamento domiciliar dos grupos prioritários para monitoramento das ações em saúde. A cada visita domiciliar os dados destas fichas devem ser atualizados e digitadas no prontuário eletrônico.

##### **Instrumentos de trabalho do ACS:**

- Ficha de cadastro individual e domiciliar;





Processo 09/31/000.513/2014

- acompanhamento de gestantes - Ficha B-GES;
- acompanhamento de hipertensos - Ficha B-HA;
- acompanhamento de diabéticos - Ficha B-DIA;
- acompanhamento de pacientes com tuberculose - Ficha B-TB;
- acompanhamento de pacientes com hanseníase - Ficha B-HAN;
- acompanhamento de crianças - Ficha C (Cartão da Criança);

Ficha C Cópia da caderneta de vacinação;

#### **B.4.1.5. SISPRENATAL – Sistema de Informação do Pré-natal**

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

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



Processo 09/31/000.513/2014

Para as unidades de atenção primária à saúde que estiverem com prontuário eletrônico (PEP) em funcionamento, todas as gestantes devem ser acompanhadas e ter todos os registros inseridos e atualizados diretamente no Prontuário Eletrônico (PEP), no módulo de pré-natal.

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

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

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

#### **B.4.1.6. SISCAN – Sistema de Informação sobre Rastreamento de Citopatológico do Colo Uterino**

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

Os exames de colpocitologia oncótica devem ser registrados diretamente no Prontuário Eletrônico (PEP) cuja requisição de análise ao laboratório (INCA/SITEC) deve ser gerada a partir do PEP.

1



Processo 09/31/000.513/2014

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

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

#### **B.4.1.7. SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação**

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

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

Instrumentos de coleta de dados do SINAN:

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



Processo 09/31/000.513/2014

investigação epidemiológica, algumas vezes com o apoio de técnicos da Superintendência de Vigilância em Saúde –S/SUBPAV/SVS.

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

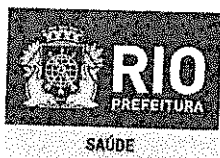
#### **B.4.1.8. SI-PNI/API – Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações/Avaliação do Programa de Imunizações**

O SI-PNI/API tem como objetivo acompanhar sistematicamente o quantitativo populacional vacinado por faixa etária, além de controlar as coberturas vacinais e taxas de abandono nos âmbitos Federal, Estadual e Municipal. O aplicativo informatizado é desenvolvido pelo DATASUS em consonância com orientações da Coordenação Nacional do PNI, subordinada à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

Instrumento de coleta de dados do API:

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

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



Processo 09/31/000.513/2014

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

#### **B.4.1.9. SISREG – Sistema de Nacional de Regulação**

O Prontuário Eletrônico (PEP) deve gerar informações através de arquivo com estrutura de dados (layout) compatível com o Sistema oficial do DATASUS, permitindo a importação e consolidação dos dados no Município.

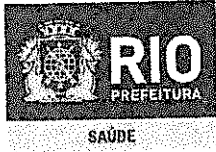
Sistema on-line, ou seja, funciona com navegadores instalados em computadores conectados à internet. Esse sistema é oficial do Ministério da Saúde para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório, indo da rede de atenção primária à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle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

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



Processo 09/31/000.513/2014

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.

4