

TERMO ADITIVO Nº 01/2022

1º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 02/2021, QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SMS E A ORGANIZAÇÃO SOCIAL VIVA RIO, COM VISTAS AO GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO TERRITÓRIO INTEGRADO DE ATENÇÃO A SAÚDE (TEIAS) NO ÂMBITO DA – AP 3.1. e UPA ALEMÃO, NA FORMA ABAIXO:

Pelo presente instrumento, de um lado o Município de Rio de Janeiro, com sede na Rua Afonso Cavalcanti, nº. 455, Bloco 1, 7ª andar, Cidade Nova, 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, CPF nº 290.210.958-07, doravante denominado **CONTRATANTE**, e de outro lado a Organização Social **VIVA RIO**, estabelecida na Rua Alberto de Campos nº 12, Ipanema, Rio de Janeiro, RJ, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas - CNPJ sob o nº 000.343.941/0001-28, neste ato representado por **JOSÉ RICARDO BARROS PACHECO**, brasileiro, separado, Gerente Geral de Saúde e Assistência Social, portador da cédula de identidade nº 061004263, expedida pelo IFP - RJ, CPF nº 763.894.057-15, doravante denominada **CONTRATADA**, selecionada através do processo administrativo nº 09/31/000.001/2021, tendo em vista o que dispõe o Decreto-Lei nº 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Federal 8080 de 19 de setembro de 1990, o Decreto Municipal nº 30.780 de dois de junho de 2009, que regulamenta a Lei Municipal nº 5026 de 19 de maio de 2009, bem como, o disposto no artigo 24, inciso XXIV, da Lei Federal nº 8.666 de 21 de junho de 1993, RESOLVEM celebrar o presente Termo Aditivo ao **Contrato de Gestão nº 02/2021**, referente ao GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO TERRITÓRIO INTEGRADO DE ATENÇÃO A SAÚDE (TEIAS) NO ÂMBITO DA – AP 3.1. e UPA Alemão, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

Constitui objeto deste Termo Aditivo:

I – adequação do Apoio pela Organização Social à gestão das Unidades de Atenção Primária do Contrato de Gestão 02/2021 por meio da substituição do Anexo Técnico D - “Apoio a Gestão das Unidades de Saúde pela Organização Social”;

II – adequação dos indicadores e metas do Contrato de Gestão 02/2021 por meio da substituição do Anexo Técnico E - “Acompanhamento do Contrato, Avaliação e Metas para os serviços de saúde – Área de Planejamento 3.1. e UPA Alemão”; e,



III – a revisão da cobertura da Estratégia Saúde da Família na AP 3.1. e UPA ALEMÃO acarretando a substituição do Anexo Técnico F – “Cronograma de Desembolso e Metas Físicas”, com aumento do valor do contrato em R\$ 80.808.055,24 (oitenta milhões, oitocentos e oito mil, cinquenta e cinco reais e vinte e quatro centavos), equivalente ao percentual de 18,94% (dezoito virgula noventa e quatro por cento).

CLÁUSULA SEGUNDA - DO PRAZO DE VIGÊNCIA

O prazo de vigência do presente Termo Aditivo será a partir de 31/01/2022 a 06/04/2023.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO VALOR

Pela prestação dos serviços objeto deste Termo Aditivo, a CONTRATANTE repassará à CONTRATADA os valores definidos no Anexo Técnico F – “Cronograma de Desembolso e Metas Físicas”, que dele é parte integrante, sendo que o valor total do Contrato de Gestão nº 02/2021 passa de R\$ 426.546.719,48 (quatrocentos e vinte e seis milhões, quinhentos e quarenta e seis mil, setecentos e dezenove reais e quarenta e oito centavos) para R\$ 507.354.774,72 (quinhentos e sete milhões, trezentos e cinquenta e quatro mil, setecentos e setenta e quatro reais e setenta e dois centavos).

CLÁUSULA QUARTA – DA RESOLUÇÃO

A resolução do presente instrumento poderá ser realizada, uma vez concluído o chamamento público, sem necessidade de aguardar o término do prazo previsto na Cláusula Segunda.

CLÁUSULA QUINTA – DA RATIFICAÇÃO

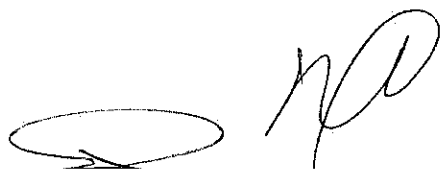
Ficam ratificadas as demais cláusulas constantes do Contrato de Gestão nº 02/2021 e seus termos aditivos, que não colidirem com o disposto neste Termo Aditivo.

CLÁUSULA SEXTA – DA PUBLICAÇÃO

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

CLÁUSULA SÉTIMA – DA FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA E ORÇAMENTÁRIA

O Município providenciará a remessa de cópias do presente instrumento ao órgão de controle interno do Município no prazo de 10 (dez) dias contados da sua assinatura e ao Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro, no prazo de 30 (trinta) dias, contados da publicação de seu extrato.



CLÁUSULA OITAVA – DO FORO

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

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, 31 de janeiro de 2022.



JOSÉ RICARDO BARROS PACHECO

OSS VIVA RIO



DANIEL RICARDO SORANZ PINTO

Secretário Municipal de Saúde

TESTEMUNHAS:

1) Leonardo Souto de Castilho, Neisilene Ouverney da Silva

Leonardo Souto de Castilho

Assessor

S/SUBPAV

Mat.: 11/207.457-5

Neisilene Ouverney

Coordenador II

Coordenação de Contratos de Gestão

S/SUBG/CTGOS/CCG

Matr.: 11/207.834-3

ANEXO II – PROJETO BÁSICO

ANEXOS TÉCNICOS

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

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

Anexo Técnico F – Cronograma de desembolso e metas físicas

ANEXO TÉCNICO D

APOIO A GESTÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE PELA ORGANIZAÇÃO SOCIAL**A. GESTÃO DAS UNIDADES DA REDE ASSISTENCIAL BÁSICA**

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

A.1. OBJETO

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

A.2. ESPECIFICAÇÕES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Abaixo serão especificados todos os serviços a serem executados no território de abrangência deste Edital.

A.2.1. Carteira de Serviços de Saúde

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

A.2.1.1. Cadastramento

Cadastramento no período de três meses de todos os usuários da área de abrangência de cada nova equipe de Saúde da Família, respeitando a linha de base para territorialização, que forem aplicáveis a AP.

A.2.1.2. Recomendações da S/SUBPAV para o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família.

Os 15 passos para gestão da Atenção Primária:

Serviços oferecidos nesta Unidade de Atenção Primária

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

Horários

1. Devem estar afixados e visíveis:
 - a. Horário de funcionamento da unidade;
 - b. Horários de atendimento de todos os profissionais;
 - c. Horários de todas as atividades educativas semanais;
 - d. Mapa de horários das salas.

Critérios para composição de horário das equipes

- A composição de horário das equipes deve seguir a orientação da Carteira de Serviços da Atenção Primária vigente, e ser pactuada com a chefia imediata (gerente ou diretor da unidade);
- O critério para adaptação de horário deve seguir a necessidade do serviço;
- Durante o horário de funcionamento da Unidade, deve haver pelo menos um componente de cada equipe;
- Sempre deve haver na unidade pelo menos um médico e um enfermeiro;
- A carga horária de 40 horas semanais deve ser cumprida em no mínimo 04 (quatro) dias na semana e no máximo 10 horas diárias de trabalho;
- Não deve haver prejuízo na assistência à saúde da população;
- O horário de atendimento da unidade e dos profissionais deve permanecer visível na recepção da unidade para todas as categorias profissionais independentemente do tipo de vínculo;
- Salvo em situações excepcionais, as Unidades de Atenção Primária devem sempre dispor de pelo menos um médico e pelo menos um funcionário por equipe de Saúde da Família durante todo o horário de funcionamento;
- As unidades devem permanecer abertas durante o horário de almoço com o mínimo de serviços em funcionamento como a recepção.

Em uma mesma AP as unidades devem organizar os períodos de reunião mensal da unidade, de forma que não coincidam entre as unidades contíguas.

Em caso de reunião mensal de equipe pelo menos um componente técnico por categoria deve estar acolhendo a população e orientando caso a caso.

Sempre que houver necessidade de fechamento da unidade, a Coordenadoria Geral de Atenção Primária da Área de Planejamento (CAP) e a Superintendência de Integração de Áreas de Planejamento (S/SUBPAV/SIAP) devem ser comunicadas o mais breve possível.

UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA - AP 3.1

CNES	UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA	nº eSF	nº eSB
5476607	CF ADIB JATENE	8	3
5179726	CF ALOYSIO AUGUSTO NOVIS	7	2
6804209	CF ASSIS VALENTE	7	2
6023320	CF AUGUSTO BOAL	6	2
9345515	CF DINIZ BATISTA DOS SANTOS	6	2
7985657	CF EIDIMIR THIAGO DE SOUZA	6	2
6664075	CF FELIPPE CARDOSO	14	5
6664040	CF HEITOR DOS PRAZERES	6	2
9442251	CF JEREMIAS MORAES DA SILVA	8	2
6932916	CF JOAOSINHO TRINTA	6	2
9075143	CF KLEBEL DE OLIVEIRA ROCHA	7	2
6568491	CF MARIA SEBASTIANA DE OLIVEIRA	6	2
9016805	CF NILDA CAMPOS DE LIMA	8	3
6524486	CF RODRIGO Y AGUILAR ROIG	4	2
9107835	CF VALTER FELISBINO DE SOUZA	7	2
9072659	CF WILMA COSTA	7	3
3784975	CF ZILDA ARNS	14	5
2296551	CMS AMÉRICO VELOSO	4	2
5457009	CMS IRACI LOPES	2	0
3784959	CMS JOÃO CÂNDIDO	2	0
2269902	CMS JOSE BREVES DOS SANTOS	6	2
9391983	CMS JOSE PARANHOS FONTENELLE	2	0
2273640	CMS MADRE TERESA DE CALCUTA	4	2
2295032	CMS MARIA CRISTINA ROMA PAUGARTTEN	8	3
2296535	CMS NAGIB JORGE FARAH	11	4
2280779	CMS NECKER PINTO	3	1
7856954	CMS NEWTON ALVES CARDOZO	4	1
5467136	CMS PARQUE ROYAL	3	1
6664164	CMS SÃO GODOFREDO	4	0
5476844	CMS VILA DO JOÃO	6	2
AP 3.1	13 CMS + 17 CF	206	69

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

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

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

CNES	UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO		
6512925	UPA 24H COMPLEXO DO ALEMÃO		
CNES	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL		
6527027	CAPS JOÃO FERREIRA SILVA FILHO		
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA			
EQUIPE	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANTIDADE
EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA	MÉDICO DE FAMÍLIA	40H	1 por eSF
	ENFERMEIRO DE FAMÍLIA	40H	1 por eSF
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	40H	2 por eSF
	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	40H	(*) 4 a 6 por eSF
EQUIPE SAÚDE BUCAL	CIRURGIÃO-DENTISTA DA FAMÍLIA	40H	1 para cada 3 eSF
	TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL	40H	1 para cada 6 eSF
	AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL	40H	1 para cada 3 eSF
EQUIPE APOIO E GESTÃO (**)	FARMACÊUTICO	40H	1 por UAP
	TÉCNICO DE FARMÁCIA	40H	1 por UAP
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	40H	3 para cada UAP
	GERENTE ***	40H	1 por UAP
	AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	44H	5 para cada UAP
	PORTARIA	12/36H	2 para cada UAP
CnaR	MÉDICO	40H	1 por CnaR
	ENFERMEIRO	40H	1 por CnaR
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	40H	1 por CnaR
	AGENTE SOCIAL	40H	1 por CnaR
	ASSISTENTE SOCIAL	30H	1 por CnaR

NASF-AB / SAE	MÉDICO	40H	1 por equipe
	PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR NÃO MÉDICO	40H	4 por equipe

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

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

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

Cadastro

1. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é responsável pela realização do cadastro do usuário, que pode ser realizado na unidade de saúde ou no domicílio do paciente.

2. Para o cadastro é necessária a apresentação do número do Cadastro de Pessoas Física (CPF) de todos os moradores do domicílio acima de 16 anos ou do número da Declaração de Nascido Vivo (DNV) dos menores de 16 anos.

3. Em caso de cadastro realizado na unidade de saúde, o ACS responsável pela microárea deve realizar visita domiciliar para validar o endereço.

4. A unidade dispõe de lista atualizada dos números das declarações de nascidos vivos (DNV) do seu território e deverá consultá-la sempre que necessário.

5. A unidade deve orientar o usuário sobre como realizar a regularização da documentação (CPF ou DNV).

Visitas domiciliares dos agentes de saúde

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

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

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

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

Cartão Família Carioca

1. ATENÇÃO: paciente que possui o cadastro em programa social, à ex.: Cartão Família Carioca (CFC) e Auxílio Brasil (AB), devido a um maior risco social, deve receber atenção especial sempre que procurar a unidade.

2. OBRIGATÓRIO: é necessário verificar o cadastro integral desses pacientes para registro de suas condicionalidades (crianças até 2 anos, gestantes e adolescentes de 12 a 19 anos).

Consultas

1. Agendamento: somente os moradores da área de responsabilidade da unidade de atenção primária podem agendar consulta.

O agendamento deve ocorrer durante todo o horário de funcionamento da unidade.

2. Orientação: todo paciente que procura a unidade para agendamento deve sair com data e hora marcada por escrito no mesmo momento, se morador da área de responsabilidade da unidade de atenção primária.

3. Realização da consulta: é necessário que pessoas acima de 16 anos apresentem número do Cadastro de Pessoa Física (CPF) ou número da Declaração de Nascido Vivo (DNV) se menor de 16 anos — exceto casos de urgência (para a população em situação de rua, o CNS é válido).

4. Casos de urgência: deve ser atendido pelo enfermeiro, médico, dentista no mesmo dia.

5. Consulta na Estratégia Saúde da Família (ESF): deve ser agendada em, no máximo, 30 (trinta) dias úteis para enfermeiro, médico ou dentista, de acordo com a necessidade.

6. Retorno: o profissional de saúde que realizou o atendimento deve realizar o agendamento de retorno, de acordo com os protocolos clínicos por ele estabelecidos.

7. Remarcação: em caso de imprevisto e necessidade de alteração na consulta agendada pelo profissional de saúde, a unidade deve informar nova data e horário imediatamente.

Exames laboratoriais

1. Coleta: é necessário que pessoas acima de 16 anos apresentem documento com foto e número do Cadastro de Pessoa Física (CPF), e, se menor de 16 anos, o número da Declaração de Nascido Vivo (DNV) escrito no pedido.
2. Solicitante: deve ser aceito apenas pedido de profissional de saúde cadastrado no SCNES da unidade.
3. Exames laboratoriais: o tempo máximo de espera entre o pedido e a coleta é de 3 (três) dias, ou conforme orientação de profissional de saúde. Após a coleta, o resultado online deve estar disponível em, no máximo, 5 (cinco) dias úteis.
4. Exames especiais e citopatológico (preventivo): o tempo máximo de espera entre o pedido e a coleta é de 7 (sete) dias, ou conforme orientação de profissional de saúde. Após a coleta, o resultado deve estar disponível em, no máximo, 20 (vinte) dias úteis.
5. Orientação: o usuário deve guardar o número da solicitação e a senha entregues no momento da coleta, para verificar seu resultado online.
6. Gestante: no primeiro contato, o profissional de saúde deve realizar os testes rápidos para IST (hepatites virais, HIV e sífilis), com resultados entregues no mesmo dia.

Outros exames

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

Farmácia

1. Dispensação de medicamentos: é necessário que a receita contenha o número do Cadastro de Pessoa Física (CPF), se acima de 16 anos, ou, se menor de 16 anos, o número da Declaração de Nascido Vivo (DNV) escrito na receita.

2. Casos de urgência ou risco de vida: o profissional farmacêutico pode fornecer excepcionalmente o medicamento, mediante justificativa no verso da receita.
3. Uso contínuo: receitas de doenças crônicas, anticoncepcionais e medicamentos de uso continuado poderão ter validade de até 1 (um) ano, de acordo com prescrição do médico, enfermeiro ou cirurgião dentista.
4. Lista de medicamentos da atenção primária: deve estar disponível na farmácia da unidade.
5. Medicamento especializado: para acesso a medicamento do componente especializado, deve-se fazer contato pelo e-mail especializado.safie@saude.rj.gov.br, da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, ou pelos telefones (21) 2333-3998 / 2333-3896 / 2332-8568 / 2332-8569 / 96900-6162 / 96943-0300 / 97983-3535 / 98235-5121, de 2a a 6a das 8 às 17 horas.
6. Hanseníase // HIV // tuberculose: todas as unidades devem oferecer medicamentos para o tratamento, e todos os profissionais da farmácia devem verificar possíveis casos de abandono.
7. Diabetes e curativos crônicos: os insumos somente poderão ser fornecidos pela farmácia mediante apresentação de receita atualizada com número de CPF ou DNV de paciente morador da área de abrangência da unidade.
8. Preservativos: a unidade deve disponibilizar preservativos em local visível e acessível.
9. Falta de medicamento: em caso de ausência do medicamento presente na lista da unidade, o usuário deve realizar ouvidoria ligando 1746.

Atestados de saúde

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

Encaminhamentos externos

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

Colegiado gestor

1. O diretor/gerente deve se comprometer a reunir as lideranças locais na primeira semana de cada mês, para prestar contas do funcionamento da unidade, ouvir avaliações e apresentar possíveis ajustes de funcionamento.
2. As equipes devem se reunir semanalmente para educação permanente e planejamento das ações de saúde. Neste momento, o acolhimento deve ser realizado por equipe de retaguarda.
3. Contribua com o funcionamento da sua unidade fazendo um elogio, crítica ou sugestão de melhoria, ligando 1746.
4. Fale com a direção/gerência ou responsável pela unidade imediatamente em caso de insatisfação — sua crítica é fundamental para melhorarmos nossos processos. Caso considere que seu problema não tenha sido resolvido, registre o ocorrido com data, hora e nome dos envolvidos ligando 1746, e

caso não haja resposta que julgue adequada, registre o ocorrido na Ouvidoria do Ministério da Saúde, ligando 136.

5. Se desejar conhecer mais detalhes sobre a sua unidade e todos os serviços que ela oferece, consulte a Carteira de Serviços da APS-Rio disponível na Recepção da unidade.

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

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

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

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

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

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

Os Serviços de Apoio Especializado (SAE) à Saúde da Família do Município do Rio de Janeiro, deverão estar vinculados, preferencialmente, à Policlínica ou Centro Especializado de Reabilitação da Área de Planejamento e poderão ser compostos de acordo com o perfil epidemiológico e necessidade sanitária de cada território.

CAPS (CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL)

- 1) Elaboração de projeto terapêutico individualizado para todos os usuários matriculados na unidade (100%), este deve ser alterado sempre que necessário, e estar anexado ao prontuário do usuário.
- 2) Atendimento de familiares dos usuários matriculados (mínimo de 50% de cobertura).

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

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

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

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

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

A.2.2. Plano de Assistência em Situações de Surto ou Emergência em Saúde Pública

A.2.2.1. Objetivo

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

A.2.2.2. Ações de Organização dos Serviços Assistenciais

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

A existência de uma rede de atenção primária bem estruturada e uma Estratégia Saúde da Família abrangente são fundamentais para o enfrentamento do aumento da força de transmissão, uma vez

que são os profissionais de saúde deste nível de atenção que primeiro observam o aumento da incidência das doenças na população e dão o alarme que desencadeia todas as ações de saúde subsequentes.

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

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

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

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

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

A.2.3. Qualidade dos Serviços Prestados

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

- Atenção ao Usuário;
- Prontuários Eletrônicos Clínicos (PEC) ou Prontuários Eletrônicos do Paciente (PEP);
- Implantação da Comissão de Prontuários;

- Realização de auditoria interna quanto ao uso e qualidade dos registros no prontuário clínico, a partir de conteúdos e metodologia comum para o município do Rio de Janeiro junto com a SMS-Rio.
- Implantar Serviços de Atendimento ao Usuário;
- Aprofundar o conhecimento das providências tomadas a partir das reclamações / sugestões dos usuários.

A.2.4. Cobertura

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

A.2.4.1. Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal

Cada equipe de Saúde da Família deverá ser composta por no mínimo 01 médico, 01 enfermeiro, 01 técnico de enfermagem, 04 a 06 agentes comunitários de saúde e preferencialmente o possuir 01 agente de vigilância em saúde.

Cada equipe de Saúde da Família é responsável por realizar a cobertura de uma área que corresponde ao conjunto de microárea – território onde habitam entre em média 400 e 750 pessoas, correspondente à atuação de 1 Agente Comunitário de Saúde – e cujo número máximo de pessoas assistidas deve ser de 3.450 pessoas.

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

A equipe de Saúde da Família poderá ser composta por profissionais residentes vinculados à COREME e/ou COREMU do PRMFC e PRESFC da SMS-Rio, e das universidades conveniadas. A forma de contratação poderá ser na modalidade “bolsa de estudos”, em conformidade com as determinações da Comissão Nacional de Residências Médicas (CNRM) e Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde (CNRMS). Nesse caso, cada residente deverá dividir a área de abrangência da equipe com outro residente, supervisionados por preceptor da mesma categoria, e a equipe deverá ser responsável pela mesma proporção de pessoas assistidas, máximo de 3.450.

PREVISÃO DE CUSTO
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

CUSTEIO DE PESSOAL					
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E SAÚDE BUCAL					
CATEGORIA PROFISSIONAL	QUANTITATIVO	Horas Semanais	Salário (base)	Insalubridade	Salário Total
Agente Comunitário de Saúde	6,00	40	R\$ 2.200,00	R\$ 220,00	R\$ 14.520,00
Auxiliar de Saúde Bucal	0,33	40	R\$ 1.550,00	R\$ 220,00	R\$ 584,10
Cirurgião Dentista	0,33	40	R\$ 6.082,16	R\$ 220,00	R\$ 2.100,72
Enfermeiro	1,00	40	R\$ 6.082,16	R\$ 220,00	R\$ 6.302,16
Médico	1,00	40	R\$ 15.157,00	R\$ 220,00	R\$ 15.377,00
Técnico de Enfermagem	1,33	40	R\$ 2.324,93	R\$ 220,00	R\$ 3.384,76
Técnico de Saúde Bucal	0,17	40	R\$ 2.324,93	R\$ 220,00	R\$ 432,84
TOTAL FUNCIONÁRIOS	10				
				SUBTOTAL SALÁRIOS R\$	42.701,38
(*) GRATIFICAÇÕES					
				TOTAL R\$	6.371,76
(*) Ofício Circular S/SUBPAV nº 11/2021 e nº 11.1/2021					
ENCARGOS SOCIAIS E TRABALHISTAS					
INSS - Empresa				0,000%	R\$ -
INSS - Terceiros + FAP				0,000%	R\$ -
SAT				0,000%	R\$ -
PIS				1,000%	R\$ 490,73
FGTS				8,000%	R\$ 3.925,85
13º Salário				8,330%	R\$ 4.087,79
Abono de Férias				2,780%	R\$ 1.364,23
Férias proporcionais acumuladas em caso de demissão coletiva				1,667%	R\$ 816,05
Férias integrais com reposição de quadro				0,000%	R\$ -
Aviso Prévio indenizado				0,420%	R\$ 206,11
Aviso Prévio (dias extras legais)				0,833%	R\$ 408,78
13º Salário (Lei nº 12.506/11)				0,139%	R\$ 68,21
Férias e Abono Constitucional sobre Lei nº 12.506/11				0,185%	R\$ 90,70
Multa/FGTS				4,000%	R\$ 1.962,92
Encargos Patronais (Incidência de A sobre (B+C))				5,282%	R\$ 2.592,04
Total Provisões				19,646%	R\$ 9.640,91
Total Encargos				9,000%	R\$ 4.416,58
Sub Total (Encargos + Provisões)				28,646%	R\$ 14.057,49
BENEFÍCIOS					
VALE TRANSPORTE		QT. DIAS ÚTEIS	VALOR DIÁRIO P/ FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL
		22	R\$ 8,10	10	R\$ 1.811,11
VALE REFEIÇÃO / ALIMENTAÇÃO		QT. DIAS ÚTEIS	VALOR DIÁRIO P/ FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL
		22	R\$ 18,11	10	R\$ 4.950,07
TOTAL BENEFÍCIOS R\$					5.861,18
TOTAL CUSTEIO DE PESSOAL					
TOTAL					TOTAL
					R\$ 68.991,79

PREVISÃO DE CUSTO

CONSULTÓRIO NA RUA

CUSTEIO DE PESSOAL					
CONSULTÓRIO NA RUA					
CATEGORIA PROFISSIONAL	QUANTITATIVO	Horas Semanais	Salário (base)	Insalubridade	Salário Total
Agente Social	3,00	40	R\$ 2.200,00	R\$ 220,00	R\$ 7.260,00
Assistente Social	1,00	30	R\$ 4.342,76	R\$ 220,00	R\$ 4.562,76
Enfermeiro	1,00	40	R\$ 6.082,16	R\$ 220,00	R\$ 6.302,16
Médico	1,00	40	R\$ 15.157,17	R\$ 220,00	R\$ 15.377,17
Psicólogo	1,00	40	R\$ 5.790,34	R\$ 220,00	R\$ 6.010,34
Técnico de Enfermagem	1,00	40	R\$ 2.324,93	R\$ 220,00	R\$ 2.544,93
SUBTOTAL FUNCIONÁRIOS	8				
				SUBTOTAL SALÁRIOS	R\$ 42.057,36
(*) GRATIFICAÇÕES					
				TOTAL	R\$ 6.371,80
(*) Ofício Circular S/SUBPAV nº 11/2021 e nº 11.1/2021					
ENCARGOS SOCIAIS E TRABALHISTAS					
INSS - Empresa				0,000%	R\$ -
INSS - Terceiros + FAP				0,000%	R\$ -
SAT				0,000%	R\$ -
PIS				1,000%	R\$ 484,29
FGTS				8,000%	R\$ 3.874,33
13º Salário				8,330%	R\$ 4.034,15
Abono de Férias				2,780%	R\$ 1.346,33
Férias proporcionais acumuladas em caso de demissão coletiva				1,667%	R\$ 807,31
Férias integrais com reposição de quadro				0,000%	R\$ -
Aviso Prévio indenizado				0,420%	R\$ 203,40
Aviso Prévio (dias extras legais)				0,833%	R\$ 403,41
13º Salário (Lei nº 12.506/11)				0,139%	R\$ 67,32
Férias e Abono Constitucional sobre Lei nº 12.506/11				0,185%	R\$ 89,59
Multa/FGTS				4,000%	R\$ 1.937,17
Encargos Patronais (Incidência de A sobre (B+C))				5,282%	R\$ 2.558,03
Total Provisões				19,646%	R\$ 9.514,39
Total Encargos				9,000%	R\$ 4.358,62
Sub Total (Encargos + Provisões)				28,646%	R\$ 13.873,02
BENEFÍCIOS					
VALE TRANSPORTE	QT. DIAS ÚTEIS	VLR. DIÁRIO P/ FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL	
	22	R\$ 8,10	8	R\$	1.425,60
VALE REFEIÇÃO / ALIMENTAÇÃO	QT. DIAS ÚTEIS	VLR. DIÁRIO P/ FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL	
	22	R\$ 18,11	8	R\$	3.187,99
TOTAL BENEFÍCIOS				R\$	4.613,59
TOTAL CUSTEIO DE PESSOAL					
TOTAL					TOTAL
					R\$ 66.915,76

PREVISÃO DE CUSTO
UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

CUSTEIO DE PESSOAL					
EQUIPE DE APOIO E GESTÃO DA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA					
CATEGORIA PROFISSIONAL	QUANTITATIVO	Horas Semanais	Salário (base)	Insalubridade	Salário Total
Auxiliar Administrativo	3	40	R\$ 1.550,00	R\$ 220,00	R\$ 5.310,00
Auxiliar de Serviços Gerais	5	44	R\$ 1.540,00	R\$ 220,00	R\$ 8.800,00
Farmacêutico	1	40	R\$ 6.082,16	R\$ 220,00	R\$ 6.302,16
Gerente	1	40	R\$ 8.514,80	R\$ 220,00	R\$ 8.734,80
Portaria	2	12/36 (plantão)	R\$ 1.400,00	R\$ 220,00	R\$ 3.240,00
Técnico de Farmácia	1	40	R\$ 2.324,93	R\$ 220,00	R\$ 2.544,93
TOTAL FUNCIONÁRIOS	13				
SUBTOTAL SALÁRIOS				R\$	34.931,89
ENCARGOS SOCIAIS E TRABALHISTAS					
INSS - Empresa				0,000%	R\$
INSS - Terceiros + FAP				0,000%	R\$
SAT				0,000%	R\$
PIS				1,000%	R\$ 349,32
FGTS				8,000%	R\$ 2.794,55
13º Salário				8,330%	R\$ 2.909,83
Abono de Férias				2,780%	R\$ 971,11
Férias proporcionais acumuladas em caso de demissão coletiva				1,667%	R\$ 582,31
Férias integrais com reposição de quadro				0,000%	R\$
Aviso Prévio indenizado				0,420%	R\$ 146,71
Aviso Prévio (dias extras legais)				0,833%	R\$ 290,98
13º Salário (Lei nº 12.506/11)				0,139%	R\$ 48,56
Férias e Abono Constitucional sobre Lei nº 12.506/11				0,185%	R\$ 64,62
Multa/FGTS				4,000%	R\$ 1.397,28
Encargos Patronais (Incidência de A sobre (B+C))				5,282%	R\$ 1.845,10
Total Provisões				19,645%	R\$ 6.802,72
Total Encargos				9,000%	R\$ 3.143,87
Sub Total (Encargos + Provisões)				28,646%	R\$ 10.006,59
BENEFÍCIOS					
VALE TRANSPORTE	QT. DIAS ÚTEIS	VALOR DIÁRIO P/ FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL	
	22	R\$ 8,10	13	R\$ 2.316,60	
VALE REFEIÇÃO / ALIMENTAÇÃO	QT. DIAS ÚTEIS	VALOR DIÁRIO P/ FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL	
	22	R\$ 18,11	13	R\$ 5.180,48	
TOTAL BENEFÍCIOS				R\$	7.497,08
TOTAL CUSTEIO DE PESSOAL					
TOTAL					TOTAL
					R\$ 52.435,56

PREVISÃO DE CUSTO

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL TIPO III

CUSTEIO DE PESSOAL					
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL JOÃO FERREIRA					
CATEGORIA PROFISSIONAL	QUANTITATIVO	Horas Semanais	Salário (base)	Insalubridade	Salário Total
Assistente Administrativo	3	40	R\$ 1.743,70	R\$ 220,00	R\$ 5.891,10
Auxiliar de Serviços Gerais	2	44	R\$ 1.540,00	R\$ 220,00	R\$ 3.520,00
Coordenador Administrativo	1	40	R\$ 4.796,43	R\$ 220,00	R\$ 5.016,43
Coordenador Técnico	1	40	R\$ 7.000,00	R\$ 220,00	R\$ 7.220,00
Enfermeiro - dia	4	40	R\$ 4.796,43	R\$ 220,00	R\$ 20.065,72
Enfermeiro - noturno	4	40	R\$ 5.156,16	R\$ 220,00	R\$ 21.504,64
Farmacêutico	1	40	R\$ 5.790,35	R\$ 220,00	R\$ 6.010,35
Gerente de Serviços Técnicos	1	40	R\$ 10.000,00	R\$ 220,00	R\$ 10.220,00
Médico	3	20	R\$ 7.928,30	R\$ 220,00	R\$ 24.444,90
Profissional de Nível Médio	7	40	R\$ 1.940,53	R\$ 220,00	R\$ 15.123,71
Profissional de Nível Superior	9	40	R\$ 4.796,43	R\$ 220,00	R\$ 45.147,67
Supervisor Clínico Institucional	1	12	R\$ 1.544,40	R\$ 220,00	R\$ 1.764,40
Técnico de Enfermagem - dia	7	40	R\$ 2.324,93	R\$ 220,00	R\$ 17.814,51
Técnico de Enfermagem - noturno	7	40	R\$ 2.499,30	R\$ 220,00	R\$ 19.035,10
Técnico de Farmácia	1	40	R\$ 2.324,93	R\$ 220,00	R\$ 2.544,93
TOTAL FUNCIONÁRIOS	52				
				TOTAL SALÁRIOS	R\$ 205.323,66
ENCARGOS SOCIAIS E TRABALHISTAS					
INSS - Empresa				0,000%	R\$ -
INSS - Terceiros + FAP				0,000%	R\$ -
SAT				0,000%	R\$ -
PIS				1,000%	R\$ 2.053,24
FGTS				8,000%	R\$ 16.425,89
13º Salário				8,330%	R\$ 17.103,46
Abono de Férias				2,780%	R\$ 5.708,00
Férias proporcionais acumuladas em caso de demissão coletiva				1,667%	R\$ 3.422,75
Férias integrais com reposição de quadro				0,000%	R\$ -
Aviso Prévio Indenizado				0,420%	R\$ 862,36
Aviso Prévio (dias extras legais)				0,833%	R\$ 1.710,35
13º Salário (Lei nº 12.506/11)				0,139%	R\$ 285,40
Férias e Abono Constitucional sobre Lei nº 12.506/11				0,185%	R\$ 379,85
Multa/FGTS				4,000%	R\$ 8.212,95
Encargos Patronais (Incidência de A sobre (B+C))				5,282%	R\$ 10.845,20
Total Provisões				19,646%	R\$ 40.337,89
Total Encargos				9,000%	R\$ 18.479,13
Sub Total (Encargos + Provisões)				28,646%	R\$ 58.817,02
BENEFÍCIOS					
VALE TRANSPORTE	QT. DIAS ÚTEIS	VLR. DIÁRIO P/ FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL	
	22	R\$ 8,10	52	R\$ 9.266,40	
VALE REFEIÇÃO / ALIMENTAÇÃO	QT. DIAS ÚTEIS	VLR. DIÁRIO P/ FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL	
	22	R\$ 18,11	52	R\$ 20.721,91	
TOTAL BENEFÍCIOS				R\$ 29.988,31	
TOTAL CUSTEIO DE PESSOAL					
TOTAL					TOTAL
					R\$ 294.128,98

PREVISÃO DE CUSTO

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

CUSTEIO DE PESSOAL
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO COMPLEXO DO ALEMÃO

CATEGORIA PROFISSIONAL	QUANTITATIVO	Horas Semanais	Salário (base)	Insalubridade	Gratificação Médica (Otorrinolaringologista)	Salário Total
Assistente Social	3	30	R\$ 4.730,00	R\$ 220,00	-	R\$ 4.950,00
Auxiliar Administrativo	6	40	R\$ 1.550,00	R\$ 220,00	-	R\$ 1.770,00
Auxiliar de Serviços Gerais - dia	4	40	R\$ 1.608,20	R\$ 220,00	-	R\$ 1.828,20
Auxiliar de Serviços Gerais - noite	3	30	R\$ 1.728,82	R\$ 220,00	-	R\$ 1.948,82
Coordenador Administrativo	1	40	R\$ 7.875,00	R\$ 220,00	-	R\$ 8.095,00
Coordenador de Enfermagem	1	40	R\$ 7.315,00	R\$ 220,00	-	R\$ 7.535,00
Coordenador Médico	1	40	R\$ 17.550,00	R\$ 220,00	-	R\$ 17.770,00
Encarregado (Limpeza)	1	40	R\$ 1.958,00	R\$ 220,00	-	R\$ 2.178,00
Enfermeiro - diarista	1	40	R\$ 5.390,00	R\$ 220,00	-	R\$ 5.610,00
Enfermeiro líder	6	40	R\$ 3.883,00	R\$ 220,00	-	R\$ 4.103,00
Enfermeiro plantonista - dia	6	30	R\$ 3.476,00	R\$ 220,00	-	R\$ 3.696,00
Enfermeiro plantonista - noite	6	30	R\$ 3.735,70	R\$ 220,00	-	R\$ 3.955,70
Farmacêutico	1	40	R\$ 7.315,00	R\$ 220,00	-	R\$ 7.535,00
Gerente Técnico Geral	1	40	R\$ 14.025,00	R\$ 220,00	-	R\$ 14.245,00
Maquieiro	4	40	R\$ 1.412,40	R\$ 220,00	-	R\$ 1.632,40
Médico Clínico (Rotina e Preceptor da Residência)	3	40	R\$ 14.894,00	R\$ 220,00	R\$ 2.978,80	R\$ 18.092,80
Médico Pediatra - plantonista - dia	14	12	R\$ 4.869,06	R\$ 220,00	R\$ 973,82	R\$ 5.862,88
Médico Pediatra - plantonista - noite	14	12	R\$ 5.234,26	R\$ 220,00	R\$ 1.040,85	R\$ 6.495,11
Médico Pediatra (Rotina e Preceptor da Residência)	1	40	R\$ 14.894,00	R\$ 220,00	R\$ 2.978,80	R\$ 18.092,80
Médico Clínico - plantonista - dia	21	12	R\$ 4.869,06	R\$ 220,00	R\$ 973,82	R\$ 5.862,88
Médico Clínico - plantonista - noite	21	12	R\$ 5.234,26	R\$ 220,00	R\$ 1.040,85	R\$ 6.495,11
Técnico de Enfermagem - plantonista - dia	24	30	R\$ 1.832,60	R\$ 220,00	-	R\$ 2.052,60
Técnico de Enfermagem - plantonista - noite	24	30	R\$ 1.970,05	R\$ 220,00	-	R\$ 2.190,05
Técnico de Farmácia	4	40	R\$ 1.832,60	R\$ 220,00	-	R\$ 2.052,60
Técnico em Radiologia - diurno	2	24	R\$ 2.909,50	R\$ 220,00	-	R\$ 3.129,50
Técnico em Radiologia - noturno	2	24	R\$ 3.127,71	R\$ 220,00	-	R\$ 3.347,71
Vigilante - dia	3	12/30	R\$ 1.848,00	R\$ 220,00	-	R\$ 2.068,00
Vigilante - noite	3	12/30	R\$ 1.966,60	R\$ 220,00	-	R\$ 2.186,60
TOTAL FUNCIONÁRIOS	181					
						TOTAL SALÁRIOS: R\$ 826.205,97

ENCARGOS SOCIAIS E TRABALHISTAS				
Grupo A	INSS - Empresa	0,000%	R\$	-
	INSS - Terceiros + FAP	0,000%	R\$	-
	SAT	0,000%	R\$	-
	PIS	1,000%	R\$	8.265,86
Grupo B	FGTS	8,000%	R\$	66.126,88
	13º SAL	2,700%	R\$	22.979,09
	Abono do Férias	1,667%	R\$	13.779,19
	Férias proporcionais acenutadas em caso de demissão coletiva	0,000%	R\$	-
Grupo C	Fórmula integral com reposição de quadro	0,000%	R\$	-
	Aviso Prévio indenizado	0,420%	R\$	3.471,66
	Aviso Prévio (dias extras legais)	0,333%	R\$	2.685,46
	13º salário (Lei nº 12.506/11)	0,139%	R\$	1.149,95
Grupo D	Fórmula e Abono Constitucional sobre Lei nº 12.506/11	0,185%	R\$	1.529,18
	Multa FGTS	4,000%	R\$	33.063,44
	Encargos Patronais (Incidência de A sobre B+C)	5,282%	R\$	43.660,27
	Total Provisões	19,646%	R\$	162.391,08
Total Encargos			9,040%	R\$ 74.352,74
Sub Total (Encargos + Provisões)			28,686%	R\$ 236.743,82

BENEFÍCIOS				
VALE TRANSPORTE	QT. DIAS ÚTEIS	VLR. DIÁRIO P/FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL
	22	R\$ 8,10	181	R\$ 32.254,20
VALE REFEIÇÃO / ALIMENTAÇÃO	QT. DIAS ÚTEIS	VLR. DIÁRIO P/FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL
	22	R\$ 18,11	181	R\$ 72.122,16
TOTAL BENEFÍCIOS				R\$ 104.376,36

TOTAL CUSTEIO DE PESSOAL	
TOTAL	R\$ 1.167.752,17

PREVISÃO DE CUSTO

SUGESTÃO DO NÚCLEO DE APOIO, AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO NA GESTÃO CAP

CUSTEIO DE PESSOAL					
NÚCLEO DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO					
CATEGORIA PROFISSIONAL	QUANTITATIVO	Horas Semanais	Salário (base)	Instabilidade	Salário Total
Profissional de Nível Superior (Contador, Administrador, Advogado)	2	40	R\$ 5.357,70		R\$ 10.715,40
Profissional de Nível Superior (Especialista em Saúde)	1	40	R\$ 8.514,80		R\$ 8.514,80
Assistente Administrativo	1	40	R\$ 1.743,70		R\$ 1.743,70
TOTAL FUNCIONÁRIOS	3				
				TOTAL SALÁRIOS	R\$ 19.230,20
ENCARGOS SOCIAIS E TRABALHISTAS					
INSS - Empresa				0,000%	R\$ -
INSS - Terceiros + FAP				0,000%	R\$ -
SAT				0,000%	R\$ -
PIB				1,000%	R\$ 192,30
FGTS				8,000%	R\$ 1.538,42
13º Salário				8,330%	R\$ 1.601,88
Abono de Férias				2,780%	R\$ 534,60
Férias proporcionais acumuladas em caso de demissão coletiva				1,667%	R\$ 320,57
Férias integrais com reposição de quadro				0,000%	R\$ -
Aviso Prévio indenizado				0,420%	R\$ 80,77
Aviso Prévio (duas extras legais)				0,833%	R\$ 160,19
13º Salário (Lei nº 12.506/11)				0,139%	R\$ 26,73
Férias e Aviso Constitucional sobre Lei nº 12.506/11				0,185%	R\$ 36,58
Multa FGTS				4,000%	R\$ 769,21
Encargos Patronais (incidência de A sobre (B+C))				5,282%	R\$ 1.015,74
Total Provisões				19,648%	R\$ 3.777,87
Total Encargos				9,000%	R\$ 1.738,72
Sub Total (Encargos + Provisões)				28,648%	R\$ 5.506,68
BENEFÍCIOS					
VALE TRANSPORTE	QT. DIAS ÚTEIS	VLR. DIÁRIO P/ FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL	
	22	R\$ 8,10	3	R\$	534,60
VALE REFEIÇÃO / ALIMENTAÇÃO	QT. DIAS ÚTEIS	VLR. DIÁRIO P/ FUNCIONÁRIO	QT. FUNC. BENEFICIADOS	TOTAL	
	22	R\$ 18,11	3	R\$	1.195,49
				TOTAL BENEFÍCIOS	R\$ 1.730,09
TOTAL CUSTEIO DE PESSOAL					
TOTAL				TOTAL	R\$ 26.468,98

ANEXO TÉCNICO E

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

E.1. CRITÉRIOS GERAIS PARA O ACOMPANHAMENTO DOS CONTRATOS

E.1.1. RESPONSABILIDADE NO ACOMPANHAMENTO

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

E.1.3. COMPOSIÇÃO

E.1.4. FUNÇÕES

E.2. ÂMBITOS DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

E.2.1. ASPECTOS BÁSICOS ORGANIZACIONAIS

E.2.2. BOA PRÁTICA CLÍNICA

E.2.3. ATENÇÃO AO USUÁRIO

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

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

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

E.3.1. ASPECTOS GERAIS

E.3.2. PARTE VARIÁVEL 01 – incentivo institucional à gestão do TEIAS

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

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

E.4.1.1. Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) ou Prontuário Eletrônico Clínico (PEC) – Requisitos Mínimos

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

E.4.1.3. SIA – Sistema de Informação Ambulatorial

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

E.4.1.5. SISCAN – Sistema de Informação do Câncer

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

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

E.4.1.8. SISREG – Sistema de Nacional de Regulação

E.1. CRITÉRIOS GERAIS PARA O ACOMPANHAMENTO DOS CONTRATOS

Este contrato de apoio gestão tem como principal objetivo induzir a melhora do desempenho das unidades funcionais, através da atribuição de incentivos financeiros e da criação de instrumentos de monitorização, permitindo uma gestão rigorosa e equilibrada, consciente das necessidades das populações e, acima de tudo, visando a melhoria no acesso aos cuidados de saúde para se poder alcançar maiores ganhos em saúde.

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

E.1.1. RESPONSABILIDADE NO ACOMPANHAMENTO

A SMS-Rio como entidade Contratante é responsável por levar a cabo as ações que derivam do processo de acompanhamento visando à qualidade e otimização dos recursos e à correção de possíveis desvios. Para tal, deve ser criada uma Comissão Técnica de Avaliação – CTA que efetiva o processo de acompanhamento e avaliação.

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

A Comissão Técnica de Avaliação – CTA - realizará o seguimento e a avaliação da qualidade assistencial dos serviços de saúde contratados, de acordo com os critérios, parâmetros e calendário previamente definidos para a Organização Social.

E.1.3. COMPOSIÇÃO

A Comissão Técnica de Acompanhamento é constituída, por no mínimo de 05 membros titulares e 01 suplente, assim definido:

COMISSÃO TÉCNICA DE AVALIAÇÃO		
MEMBROS	QUANTIDADE	ÓRGÃO
TITULAR	3	S/SUBPAV/CAP
TITULAR	1	S/SUBPAV
TITULAR	1	S/SUBG
SUPLENTE	1	S/SUBG

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

O Núcleo de Avaliação e Monitoramento (NAM) ficará dedicado à análise físico-financeira e pelo acompanhamento técnico assistencial do Contrato de Gestão, a fim de consubstanciar os membros da CTA. Sua composição deverá prever:

NÚCLEO DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO		
PERFIL	QUANTIDADE	ÓRGÃO
CONTÁBIL-FINANCEIRO	2	S/SUBPAV/CAP
ESPECIALISTA EM SAÚDE PÚBLICA	1	S/SUBPAV/CAP
ADMINISTRATIVO	1	S/SUBPAV/CAP

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

E.1.4. FUNÇÕES

A análise e o acompanhamento das contas dos Contratos de Gestão firmados com as Organizações Sociais para gestão de unidades de saúde aqui descritas, serão exercidos pela Comissão Técnica de Avaliação - CTA.

A Comissão Técnica de Avaliação – CTA será responsável pela análise físico-financeira e pelo acompanhamento técnico assistencial dos contratos de gestão firmados com Organizações Sociais:

- a) Acompanhar e controlar os aspectos econômicos e financeiros dos contratos de gestão firmados com Organizações Sociais, analisando a aplicação dos recursos, a eficiência e eficácia dos serviços de saúde prestados a população, solicitando parecer das respectivas áreas técnicas da SMS-Rio e dos órgãos da prefeitura, que deem a CTA subsídios para essa análise, como laboratório, licenciamento para transporte pré-hospitalar, serviços de imagem, empresas de alimentação, limpeza e vigilância.
- b) avaliar as metas e os indicadores pactuados e registrar o funcionamento dos serviços prestados;
- c) realizar estudos e análises de propostas de implantação de novos serviços, assim como a fixação e rotatividade de profissionais de saúde;
- d) Analisar e acompanhar as contas do trimestre avaliado;
- e) realizar reuniões ordinárias e extraordinárias, estas sempre que solicitada pela SMS-Rio ou pelo contratado;
- f) manter registro das reuniões realizadas, cuja ata deverá ser assinada pela totalidade dos membros presentes à reunião;
- g) Analisar mensalmente a prestação de contas e emitir relatórios trimestrais de aprovação de contas;
- h) emitir relatórios trimestrais de análise e acompanhamento de cumprimento de metas.

E.2. ÂMBITOS DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

E.2.1. ASPECTOS BÁSICOS ORGANIZACIONAIS

Caberá à Organização Social detalhar os seguintes aspectos:

- Mecanismos de informação e comunicação à população sobre os serviços que ofertam mediante a implementação e disponibilização de sistema de informação gerencial com acesso pela internet, utilizando padrões estabelecidos pela SMS-Rio;

- Meios de acesso da população aos serviços de saúde ofertados;
- Recepção e encaminhamento dos usuários aos serviços;
- Registros a serem utilizados na atividade assistencial;
- Registros a serem utilizados nos procedimentos administrativos;
- Referência e contra referência dos usuários a outros serviços ou outros níveis assistenciais, assim como os registros que se utilizarão.

Todos os aspectos apontados anteriormente deverão estar em acordo com os critérios estabelecidos pela Política Nacional de Saúde, Plano Municipal de Saúde e Fundamentos da Atenção Básica (Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (2017) – Ministério da Saúde).

E.2.2. BOA PRÁTICA CLÍNICA

As referências que apoiam a boa prática clínica são:

- O consenso de sociedades científicas e associações profissionais;
- Processos de trabalho consensuados pelos profissionais que pertencem ao serviço de saúde contratado ou a outros no âmbito territorial.

Orientações estabelecidas pela SMS-Rio:

- As três práticas não são excludentes, e sim complementares e sua operatividade dependerá do que se determine em cada caso.
- Os parâmetros que se relacionam diretamente com a boa prática clínica e que possam ser objeto de avaliação por parte da CTA são:
- Qualificação dos profissionais;
- Utilização do prontuário clínico como uma fonte de informação para ações de vigilância em saúde, gestão da agenda, consultas individuais;
- Uso de outros registros da atividade assistencial;
- Respeito ao Plano de Educação Permanente da SMS-Rio de Janeiro e a PNAB (2017) / Ministério da Saúde;

- Consenso sobre o diagnóstico e tratamento das patologias mais presentes na rede básica;
- Consenso entre os profissionais dos serviços sobre o diagnóstico, tratamento e condições de referência, se procede, das urgências em atenção primária;
- Dispositivos que possibilitem a desmedicalização, tais como o desenvolvimento de um plano para atividades de grupo, atividades físicas, dentre outros;
- Perfil de prescrição farmacêutica;
- Auto avaliação assistencial pelos profissionais;
- Avaliação externa da prática assistencial.
- Avaliação da relação médico-paciente;
- Ética profissional.

E.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 à 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.

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

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

Para assegurar a continuidade no processo assistencial serão necessários:

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

E.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.

E.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 Estratégia Saúde da Família, e nos sistemas universais como o SUS. Esta proposta tem por objetivo acelerar a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.

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

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

E.3.1. ASPECTOS GERAIS

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

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

O Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) deve disponibilizar relatórios gerenciais para todos os profissionais, de forma que os mesmos possam visualizar os indicadores de sua equipe e compará-los com indicadores de qualquer outra equipe no município que utilize o mesmo prontuário.

Esses indicadores da equipe deverão ser enviados de forma automatizada, por e-mail, pelo PEP, para cada profissional de saúde ao final do mês. Somente deverá ser considerado implantado o PEP naquelas equipes em que o envio dos indicadores esteja sendo mensalmente enviado por e-mail aos profissionais.

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

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

- **Parte variável 01** – incentivo institucional à gestão do TEIAS.
- **Parte variável 02** - incentivo Institucional à Unidade de Atenção Primária.
- **Parte variável 03** - incentivo à equipe de Saúde da Família e Saúde Bucal.

E.3.2. PARTE VARIÁVEL 01 – incentivo institucional à gestão do TEIAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nº.	AÇÃO	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	FONTE	PERIODICIDADE	META
1	Manutenção de comissões de prontuários nas unidades	Proporção de UAP com comissões de prontuários mantidas	(N) Nº de unidades com comissões com atividade mensal x 100 (D) Nº de unidades com eSF	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral (a partir do 7º mês do início do contrato)	95%
Observação: O prontuário deve permitir ao gerente / diretor registrar no módulo de cadastro da unidade se existe comissão de prontuário, a periodicidade das reuniões e a ata das reuniões. Mínimo de reuniões para ser considerada ativa é de 1 reunião mensal.						
2	Acompanhamento do cadastramento e atualização no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)	Proporção de profissionais de saúde cadastrados no SCNES	(N) Nº de profissionais das eSF e eSB cadastrados no prontuário com correspondência no SCNES x 100 (D) Nº de profissionais das eSF e eSB cadastrados no PEP	Prontuário Eletrônico (PEP) + arquivo exportação do CNES	Trimestral	95%
Observação: Este indicador visa medir a percentagem de profissionais que estão atuando nas eSF e eSB e devidamente atualizados no SCNES. Para o numerador deve-se considerar correspondência de SCNES e de código de equipe para os profissionais. Mensalmente as empresas de prontuário devem atualizar toda a base do SCNES enviada ao DATASUS (N). Deve-se comparar a proporção de profissionais cadastrados no PEP com aqueles devidamente registrados no SCNES.						
3	Estrutura para impressão de documentos assistenciais	Percentual de consultórios com impressora funcionando	(N) Nº de consultórios de eSF, eSB e farmácia com impressora disponível e funcionando nas unidades com apoio à gestão x 100 (D) Nº de consultórios de eSF, eSB e farmácia nas unidades com apoio à gestão	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	95%
Observação: O prontuário deve permitir ao gerente / diretor registrar no módulo de cadastro da unidade mensalmente se todos os consultórios de equipes de saúde da família (considerando salas temáticas), saúde bucal e farmácia apresentam impressoras disponíveis e funcionando no período.						
4	Abastecimento regular das unidades	Proporção de unidades de saúde com declaração que estão regularmente abastecidas pelo diretor / gerente	(N) Nº de UAP com declaração que estão regularmente abastecidas pelo diretor / gerente x 100 (D) Nº de unidades recebendo apoio à gestão	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	95%
Observação: O prontuário deve permitir ao gerente / diretor registrar no módulo de cadastro da unidade mensalmente se o abastecimento dos insumos e equipamentos de atribuição da OSS (excluem-se os medicamentos) está regular em porcentagem de itens padronizados. A avaliação é a média dos 3 meses.						
5	Descentralização do fornecimento de medicamentos controlados	Proporção de unidades que realizam o fornecimento de medicamentos controlados.	(N) Nº de unidades com apoio à gestão que realizam o fornecimento registrado pelo prontuário x 100 (D) Nº total de unidades com apoio à gestão na área	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	95%
Observação: O prontuário deve gerar por mês a quantidade de itens de medicamento controlado distribuídos por unidade. Considera-se que a unidade dispensa medicamento controlado se houver registro regular de dispensação deste item no prontuário. Deve permitir detalhar a lista de pacientes que recebem o insumo.						

6	Regularidade no envio da produção (BPA, SISAB, OSINFO)	Proporção de unidades que informaram em dia	(N) Nº de unidades com comprovação de envio de arquivos válidos pelo PEP x 100 (D) Nº total de unidades com apoio à gestão na área	Protocolo de envio pelo Prontuário Eletrônico (PEP) + declaração da DICA	Trimestral	100%
Observação: O calendário de envio para o SISAB e SIA deverá seguir o pactuado com CAP e SMS. O Painel OS INFO deve ser informado conforme regulamentação da S/SUBG/CCGOS. O prontuário deve gerar relação das unidades com a data e a competência de envio nos três meses em análise.						
7	Regularidade no envio dos indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3), aos profissionais das equipes	Proporção de profissionais da eSF e eSB que receberam mensalmente por e-mail pelo PEP o resultado de indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3) de sua UAP	(N) Nº de profissionais das eSF e eSB que receberam mensalmente por e-mail pelo PEP o envio do resultado de indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3), de sua UAP x 100 (D) Nº total de profissionais de eSF e eSB na área	Protocolo de envio de e-mail pelo Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	100%
Observação: Todos os profissionais das equipes devem receber mensalmente por e-mail, automaticamente a partir do prontuário o resultado dos indicadores de desempenho, SIA e SISAB. O prontuário deve gerar uma relação de todos os profissionais de saúde por unidade e por equipe com a data de envio automático dos indicadores por e-mail, o e-mail de cada um deles e o cargo dos mesmos.						
8	Relação do gasto administrativo em relação ao total de gastos	Razão de gasto administrativo em relação ao total do gasto	(N) Valor gasto com a rubrica gestão TEIAS / OSS no trimestre (D) Teto do valor para a rubrica gestão do TEIAS / OSS no trimestre	Prestação de contas	Trimestral	≤ 1
Observação: Avaliação da eficiência da gestão, considerando a média de três meses.						
9	Compra de itens abaixo do valor médio do banco de preços em saúde do MS ou da SMS	Proporção de itens adquiridos com valor abaixo da média do banco de preços do MS ou SMS	(N) Total de itens comprados abaixo da média de preços x 100 (D) Total de itens adquiridos	Prestação de contas	Trimestral	95%
Observação: Eficiência das aquisições e uso adequado dos recursos do projeto de acordo com itens preestabelecidos em lista padrão. Apresentação da curva ABC para os 300 principais itens. DECRETO RIO Nº 41.208 DE 18/01/2016.						
10	Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados	Proporção de gerentes que consideraram de boa qualidade os itens adquiridos e os serviços prestados	(N) Nº de itens fornecidos e serviços prestados avaliados com boa qualidade no período de análise x 100 (D) Total de itens e serviços prestados avaliados no período de análise	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	95%
Observação: Eficiência das aquisições e uso adequado dos recursos do projeto de acordo com itens preestabelecidos em lista padrão.						

11	Proporção de cura de Tuberculose	Proporção de casos de tuberculose encerrados como cura no período	(N) Nº de casos novos de Tuberculose encerrados como cura na área no período em análise x 100 (D) Nº total de casos novos de Tuberculose encerrados na área no período em análise	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	90%
Observação: O alcance da meta deste indicador será somente se considerado 90% dos casos com diagnóstico de tuberculose > ou = 12 meses estiverem encerrados com o respectivo motivo do encerramento registrado no PEP. O prontuário deverá permitir a extração da lista nominal dos casos com diagnóstico de TB com a respectiva data e motivo de encerramento.						
12	Acompanhamento de Sífilis na Gestação	Proporção de Notificações de Sífilis na Gestação com tratamento adequado	(N) Nº de gestantes residentes na abrangência das equipes notificadas para Sífilis na Gestação com tratamento adequado no período em análise x 100 (D) Nº de gestantes residentes na abrangência das equipes notificadas para Sífilis na Gestação no período em análise	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	90%
Observação: a) Considera-se tratamento ADEQUADO: 1) prescrição adequada para o tipo de sífilis (primária, secundária, latente); E 2) Tratamento do parceiro; E 3) Tratamento realizado antes de 30 dias da data do parto; b) Para atingir o indicador deve-se fazer o diagnóstico precocemente (importância do teste rápido) e tratar o parceiro; c) Considera-se também casos de gestantes residentes na área das equipes notificadas na maternidade. Para isso, havendo inconsistências nessas notificações é possível a correção na base do SINAN, desde que a equipe fique atenta e comprove que o tratamento foi adequado.						
13	Proporção de gestantes com 7 ou mais consultas	Proporção de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal registradas no PEP	(N) Nº de mulheres que encerraram o pré-natal com 7 ou mais consultas (médico e/ou enfermeiro) na área no período em análise x 100 (D) Nº total de mulheres que encerraram o pré-natal na área no período em análise	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	80%
Observação: Considerar todos os registros de consultas de pré-natal do médico e/ou do enfermeiro na linha de cuidado.						
14	Proporção de cadastros definitivos com número único (CPF) para pessoas com 16 anos ou mais	Proporção de cadastros definitivos com número único em relação ao total de cadastros para pessoas com 16 anos ou mais	(N) Nº de pessoas cadastradas no PEP com preenchimento do campo CPF para pessoas com 16 anos ou mais x 100 (D) Nº total de pessoas cadastradas no PEP com 16 anos ou mais	PEP	Trimestral	90%
15	Proporção de cadastros definitivos com número único (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	(N) Nº de pessoas cadastradas no PEP com preenchimento do campo DNV ou CPF para pessoas com menos de 16 anos x 100 (D) Nº total de pessoas cadastradas no PEP com menos de 16 anos	PEP	Trimestral	90%

16	Rotatividade de profissionais nas equipes	Rotatividade (turnover) de profissionais nas equipes de Saúde da Família	(N) Nº de profissionais substituídos + Nº de profissionais admitidos / 2 (D) Nº total de profissionais ativos no período	CNES	Trimestral	≤ 5%
Observação: Forma clássica de cálculo do turnover: número de demissões mais número de admissões / 2 dividido pelo número de funcionários ativos. 1) Consideram-se apenas os profissionais da equipe mínima de eSF e eSB. 2) Para substituição consideram-se demissões, transferências e substituições por licença.						
17	Proporção de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca com condicionalidades acompanhadas	Número de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca (CFC) acompanhadas no período	(N) Nº de crianças até 2 anos e gestantes beneficiárias do CFC acompanhadas x 100 (D) Nº total de crianças até 2 anos e gestantes beneficiárias do CFC	Portal SUBPAV	Trimestral	
Observação: Meta: Janeiro / Julho – 20% Fevereiro / Agosto – 30% Março / Setembro – 40% Abril / Outubro – 60% Maio / Novembro – 80% Junho / Dezembro – 90%						
18	Percentual de escolas e creches no território de referência da Unidade de Atenção Primária com no mínimo uma atividade de promoção, prevenção ou assistência	Proporção de escolas e creches cobertas na área da Unidade de Atenção Primária	(N) Nº de escolas que receberam no mínimo uma ação de saúde no período x 100 (D) Total de escolas da área	PEP	Mensal (considerar apenas meses letivos das escolas)	90%
Observação: O prontuário deve permitir ao gerente / diretor registrar no módulo de cadastro da unidade as escolas e creches públicas na área de abrangência com informações como INEP, Endereço, Nome do estabelecimento, número de alunos. Cada equipe de SF e SB deve registrar as atividades realizadas a partir desse cadastro realizado. Nos meses não letivos das escolas, não considerar o mês em questão.						
19	Desempenho assistencial	Proporção de famílias com entrega de kits de higiene oral dentre as famílias beneficiárias de programas de incentivo	(N) Nº de famílias beneficiárias de programa de incentivo cadastradas na área da eSF com kits individuais entregues para todos os seus membros pelos ACS ou eSB x 100 (D) Total de famílias beneficiárias de programa de incentivo cadastradas na área da eSF	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	100%

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

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

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

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

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

O valor é de até R\$ 3.000,00 / trimestre por equipe de Saúde da Família, observado o limite de 1% da parcela fixa, excluído o valor do investimento, do trimestre previsto no "Anexo Técnico F – Cronograma de Desembolso e Metas Físicas". O valor mensal pago para cada Unidade de Atenção Primária a título de bônus premial, referente à variável 2, deverá respeitar a proporcionalidade do valor máximo apurado no período, e, o limite de 1% da parcela fixa do trimestre previsto no "Anexo Técnico F – Cronograma de Desembolso e Metas Físicas".

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

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

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

- Cumprimento das metas de 17 a 20 indicadores pelas equipes de Saúde da Família da unidade, será repassado 100% do valor do trimestre (até R\$ 3.000,00 por equipe).

Exemplos:

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

2) Completude das fichas de cadastro do Prontuário Eletrônico (PEP):

O percentual mínimo de Fichas de Cadastro Individual e Domiciliar com todos os campos preenchidos no PEP é de 90%, em cada um dos meses do trimestre.

Somente se este percentual for atingido nos três meses do trimestre, as unidades que atingiram as metas de 17 a 20 indicadores terão 100% do repasse. Se não houver 90% de completude das Fichas de Cadastro, o repasse cairá para 50%.

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

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

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

Quadro 02 - Indicadores da Parte variável 02 - incentivo à qualificação das Unidades de Atenção Primária**A) Acesso**

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

D) Desempenho Assistencial

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

S) Qualidade Percebida

- S1. Percentagem de usuários satisfeitos / muito satisfeitos.

E) Desempenho econômico

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

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

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

INDICADORES DE ACESSO

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

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

INDICADORES DE DESEMPENHO ASSISTENCIAL

Nº.	AÇÃO	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	FORTE	PERIODICIDADE	META
D1	Desempenho assistencial	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia registrado nos últimos 3 anos	(N) Nº de mulheres entre 25 e 64 anos pertencentes a área de abrangência da equipe com registro de colpocitologia do colo uterino nos últimos 3 anos x 100 (D) Nº total de mulheres entre 25 e 64 anos cadastradas no PEP residentes na área de abrangência da equipe	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 80%
D2	Desempenho assistencial	Percentual de pessoas com diagnóstico de diabetes com pelo menos duas consultas, sendo 01 com médico e 01 com enfermeiro, registradas nos últimos 12 meses	(N) Nº de pessoas cadastradas com diagnóstico de diabetes na área de abrangência da equipe com pelo menos duas consultas, 01 com médico e 01 com enfermeiro, registradas nos últimos 12 meses x 100 (D) Nº total de pessoas cadastradas com diagnóstico de diabetes cadastradas na área de abrangência da equipe	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 70%
D3	Desempenho assistencial	Percentual de pessoas cadastradas com diagnóstico de hipertensão com registro de pelo menos 01 consulta médica e 01 de enfermagem no período de 12 meses.	(N) Nº de pessoas cadastradas com diagnóstico de hipertensão na área de abrangência da equipe com pelo menos 01 consulta médica + 01 de enfermagem no período de 12 meses x 100 (D) Nº total de pessoas cadastradas com diagnóstico de hipertensão na área de abrangência da equipe	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 70%
D4	Desempenho assistencial	Percentual de crianças de até 2 anos com cartão de vacinas atualizado	(N) Nº de crianças até 2 anos pertencentes a área de abrangência da equipe cadastradas com registro de todas as vacinas do calendário vacinal em dia x 100 (D) Nº total de crianças até 2 anos cadastrados na área de abrangência da equipe	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 90%

D5	Desempenho assistencial	Percentual de crianças de até 6 anos com cartão de vacinas atualizado	(N) Nº de crianças até 6 anos pertencentes a área de abrangência da equipe cadastradas com registro de todas as vacinas do calendário vacinal em dia x 100 (D) Nº total de crianças até 6 anos cadastrados na área de abrangência da equipe	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 80%
D6	Desempenho assistencial	Percentual de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez	(N) Nº de gestantes com pré natal encerrado no trimestre pertencentes a área de abrangência da equipe com registro de consulta no primeiro trimestre de gravidez x 100 (D) Nº total de gestantes cadastradas na área de abrangência da equipe com pré-natal encerrado no trimestre	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 80%
D7	Desempenho assistencial	Percentual de primeiras consultas de puericultura efetuadas até 15 dias de vida	(N) Nº de crianças que completaram 3 meses no período em análise pertencentes a área de abrangência da equipe cadastradas com registro de 1ª consulta realizada até 15 dias de vida x 100 (D) Nº total de crianças que completaram 3 meses no período em análise cadastradas na área de abrangência da equipe	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 80%
D8	Desempenho assistencial	Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas	(N) Nº de tratamentos concluídos pelo cirurgião dentista da eSB nos últimos 12 meses (D) Nº de consultas odontológicas programáticas pelo cirurgião dentista da eSB nos últimos 12 meses	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	≥ 0,6

INDICADOR DE QUALIDADE PERCEBIDA

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

INDICADORES DE DESEMPENHO ECONÔMICO

Nº.	AÇÃO	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	FONTE	PERIODICIDADE	META
-----	------	-------------	--------------------	-------	---------------	------

E1	Desempenho econômico	Custo médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia previstos por usuário (incluindo os medicamentos da REMUME)	(N) Somatório do valor dos exames de SADT e medicamentos REMUME solicitados pelos médicos de cada equipe (fonte: Tabela SIGTAP) <u>no trimestre avaliado</u> (D) Nº total de usuários atendidos pelos médicos de cada equipe no trimestre avaliado	Prontuário Eletrônico (PEP) (Tabela SIGTAP como parâmetro)	Trimestral (a partir do 4º mês)	Máximo R\$ 41,80
E2	Desempenho econômico	Percentual de medicamentos prescritos da REMUME	(N) Nº de itens de medicamentos diferentes aos pertencentes a REMUME prescritos pelos médicos de cada equipe nos <u>últimos 3 meses</u> x 100 (D) Nº total de itens de medicamentos (pertencentes ou não a REMUME) prescritos pelos médicos de cada equipe nos últimos 3 meses	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Máximo 10%
E3	Desempenho econômico	Percentual de pacientes encaminhados em relação ao número de pacientes atendidos	(N) Nº de pacientes atendidos pelo médico de cada equipe (pacientes da área e fora de área) nos últimos 3 meses e que foram encaminhados a algum <u>serviço / especialidade</u> x 100 (D) Nº total de pacientes atendidos pelo médico de cada equipe (pacientes da área e fora de área) nos últimos 3 meses	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Máximo 20%
E4	Desempenho econômico	Percentual de absenteísmo nas consultas / procedimentos agendados no SISREG	(N) Nº de pacientes que faltaram à consulta especializada ou a realização de exame complementar pertencentes a área de abrangência da equipe, <u>nos últimos 3 meses</u> x 100 (D) Nº total de pacientes agendados para exames ou encaminhados à consultas especializadas no SISREG (para consultas ou exames) pertencentes à área de abrangência da equipe nos últimos 3 meses	SISREG (***)	Trimestral	Máximo 30%

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

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

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

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

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

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

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

As OSS devem enviar trimestralmente mapas de acompanhamento a CTA e a unidade. Sempre que

existirem incongruências entre os dados da OSS e da unidade, e não sejam apurados os motivos de discordância, os dados devem ser auditados pela CAP.

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

A unidade deverá elaborar um relatório de atividades que indique o compromisso assistencial realizado em relação ao contratado e remetê-lo à CAP. No relatório deverão estar explícitas as razões pelas quais algumas metas possam não ter sido alcançadas, ou os motivos que levaram à superação das metas previstas.

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

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

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

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

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

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

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

NOME DO USUÁRIO;

DATA DO REGISTRO;

MOTIVO DO ATENDIMENTO.

EQUIPE DE SAÚDE;

HORA DO REGISTRO;

- 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.

E.3.4. PARTE VARIÁVEL 03

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A remuneração por desempenho será calculada pelas Unidades Contábeis (UC) alcançadas pela equipe.

Portanto, em uma mesma unidade, as diferentes equipes de Saúde da Família poderão ter quantidade de UC diferentes entre as equipes no trimestre.

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

Uma equipe terá como teto o alcance de 300 Unidades Contábeis no trimestre – limite mínimo de 60 UC no trimestre, distribuídas no somatório de pelo menos cinco grupos de ações – o que corresponde a 10% da soma dos salários base dos 3 meses.

Dentro da mesma equipe de Saúde da Família, todos os profissionais da equipe mínima terão obtido a mesma quantidade de UC no trimestre.

O cálculo do valor em reais (R\$) a ser repassado para cada profissional no trimestre é realizado multiplicando o número de UC alcançado no trimestre pela equipe pela proporção correspondente à soma do salário base no trimestre do profissional.

Exemplo 1 (equipe e valores fictícios)

300 UC no trimestre corresponde a 10% da soma do salário base no trimestre (3x salário base).

Então, 200 UC correspondem a 6,66% da soma de 3 salários:

EQUIPE (eSF)	NOME PROFISSIONAL	CATEGORIA PROFISSIONAL	SALÁRIO BASE PROFISSIONAL	Nº DE UC NO TRIMESTRE	VALOR NO TRIMESTRE
0000	AAAAAAAAAA	MÉDICO	R\$ 10.000	200 UC	R\$ 1.980
0000	BBBBBBBBBB	ENFERMEIRO	R\$ 5.000	200 UC	R\$ 990
0000	CCCCCCCCC	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	R\$ 2.000	200 UC	R\$ 396
0000	DDDDDDDDD	ACS	R\$ 1.500	200 UC	R\$ 297

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

Caso a equipe de saúde bucal esteja vinculada a somente uma equipe de Saúde da Família a quantidade de unidades contábeis será a mesma da ESF para o período em análise (trimestre).

O valor de UC deve ser o mesmo para os profissionais da mesma eSB (cirurgião dentista, TSB e ASB), mas os valores em reais (R\$) são calculados com base no salário base de cada um dos profissionais dessa equipe de saúde bucal.

Exemplo 2 - 1 eSB vinculada a duas eSF (equipe e valores fictícios)

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

TOTAL no TRIMESTRE: 190 UC.

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

Cálculo em reais (R\$) - valores fictícios

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

E.3.4.1. CONTRATUALIZAÇÃO DOS INCENTIVOS FINANCEIROS COM OS PROFISSIONAIS – PARTE VARIÁVEL 03

As unidades de modelo A e B são unidades funcionais com maiores transformações organizacionais onde o trabalho nas equipes de Saúde da Família já estão adequados à Política Nacional de Atenção Básica.

Nesta, os profissionais deverão aceitar um nível de contratualização de patamares de desempenho mais exigentes.

Baseado na reforma dos cuidados primários em Portugal, na matriz de avaliação da atenção primária no National Health Service (NHS) inglês, na Política Nacional de Atenção Básica, definimos um conjunto de ações de acompanhamento a serem remuneradas como parte variável dos vencimentos a ser pago trimestralmente pela OSS aos profissionais de saúde das equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal.

A compensação prevista está associada ao acompanhamento dos usuários vulneráveis e de risco, segundo as orientações técnicas da S/SUBPAV/SAP, nos termos apresentados no quadro a seguir:

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

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

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

GRUPO DE AÇÃO 01	ACOMPANHAMENTO ANUAL DO PLANEJAMENTO FAMILIAR, DE MULHER EM IDADE FÉRTIL	01 UC
PLANEJAMENTO FAMILIAR I Uma usuária é considerada neste grupo se for verdadeira a condição [A+B+C+D+E+F+G]: uma mulher em idade fértil, por ano: A. Sexo feminino + B. Ter entre 15 a 50 anos (idade calculada para o último dia do período em análise) + C. Ter realizado pelo menos uma consulta médica ou de enfermagem durante o período em análise (12 meses) com registro parametrizado de um dos códigos do ICPC-2 que permitem codificar o planejamento familiar (W10, W11, W12, W13, W14 e W15) + D. Nas mulheres com idades entre 25 e 50 anos, ter pelo menos um registro de resultado de colpocitologia nos 36 meses que antecedem a data fim do período em análise + E. Estar cadastrada na unidade + F. Estar com o calendário vacinal atualizado e todos os registros no prontuário + G. Ter pelo menos um registro de atividade educativa em grupo de saúde pelo ACS, médico, enfermeiro, dentista, TSB ou ASB.		
GRUPO DE AÇÃO 02	ACOMPANHAMENTO ANUAL DO PLANEJAMENTO FAMILIAR DE MULHER EM IDADE FÉRTIL, COM INSERÇÃO DE DIU OU PRÉ-OPERATÓRIO PARA LAQUEADURA	03 UC
PLANEJAMENTO FAMILIAR II Uma usuária é considerada neste grupo se for verdadeira a condição [A+B+C+D+E+F+G] e (H ou I): uma mulher em idade fértil, por ano: A. Sexo feminino + B. Ter entre 15 e 50 anos (idade calculada para o último dia do período em análise) + C. Ter realizado pelo menos uma consulta médica ou de enfermagem durante o período em análise (12 meses) com registro parametrizado de um dos códigos do ICPC-2 que permitem codificar o planejamento familiar (W10, W11, W12, W13, W14 ou W15) + D. Nas mulheres com idades entre 25 e 50 anos ter pelo menos um registro de resultado de colpocitologia nos 36 meses que antecedem a data fim do período em análise + E. Estar cadastrada na unidade + F. Estar com o calendário vacinal atualizado e todos os registros no prontuário + G. Ter pelo menos um registro de atividade educativa em grupo de saúde por ACS, médico, enfermeiro, dentista, TSB ou ASB + H. Consulta médica com a inserção de DIU; ou I. Preparação para esterilização feminina (aconselhamento, atividade educativa, com consentimento informado, pré-operatório para laqueadura tubária) e registro no prontuário da realização do procedimento.		

GRUPO DE AÇÃO 03	ACOMPANHAMENTO DE UMA GRAVIDEZ	08 UC
SAÚDE MATERNA: Uma usuária é considerada deste grupo se forem verdadeiras as condições [A+B+C+D+E+F+G+H+I]: A. Sexo feminino com pré-natal encerrado no período de vigência + B. Ter efetuado consulta puerperal, médica ou de enfermagem, no período em análise e, até 20 dias após o parto,		

- registrada por qualquer médico ou enfermeiro, com a descrição de "revisão do puerpério" +
- C. Ter efetuado a primeira consulta de gravidez antes das 12 semanas (< 12 semanas) de gestação +
- D. Ter realizado pelo menos 7 consultas de pré-natal médicas e/ou de enfermagem até a 38ª semana (< 39 semanas) de gravidez. Estas consultas devem ter registro parametrizado que permite codificar gravidez (W78, W79 ou W84) +
- E. Ter registro de resultado de VDRL realizado até a 24ª semana de gestação (se TR Sífilis positivo) +
- F. Usuária deve estar cadastrada na equipe +
- G. Ter registro de ter pelo menos 2 visitas do ACS até a 38ª semana (< 39 semanas) de gravidez +
- H. Ter pelo menos um registro de resultado anti-HIV (considera-se TR como exame válido) realizado até a 24ª semana (< 25 semanas) de gestação +
- I. Ter realizado pelo menos um registro de atendimento (procedimento odontológico individual ou atividade educativa em grupo de saúde) por CD, TSB ou ASB. Caso não haja eSB vinculada a equipe, não se considera este item.

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

** Para considerar uma gestante ativa no prontuário, basta o profissional registrar uma consulta com o código do CID-10 de gestação (Z34.8) ou o procedimento SIA de consulta à gestante.*

GRUPO DE AÇÃO 04	ACOMPANHAMENTO ANUAL DE UMA CRIANÇA, NO PRIMEIRO ANO DE VIDA	06 UC
SAÚDE INFANTIL - 1º ANO DE VIDA Um usuário é considerado neste grupo se for verdadeira a condição [A+B+C+D+E+F+G+H+I+J]: A. Ter completado um ano de vida durante o período em análise + B. Ter tido a primeira consulta médica ou de enfermagem até ao 30º dia de vida [0, 30 dias] + C. Ter realizado pelo menos 5 consultas médicas ou de enfermagem de acompanhamento em saúde infantil (puericultura) até aos 11 meses de vida - [0, 330] dias + D. Ter pelo menos 1 registro parametrizado de avaliação do desenvolvimento psicomotor até os 11 meses de vida - [0, 330] dias, podendo ser realizado por médico ou por enfermeiro + E. Ter recebido ao menos duas visitas domiciliares do ACS, sendo a primeira realizada até os primeiros 10 [0, 10] dias de vida e a segunda até aos 11 meses de vida - [0, 330] dias + F. Estar com o calendário vacinal em dia e todos os registros vacinais devidamente preenchidos no prontuário + G. Ter registro do resultado do teste do pezinho (realização entre o 2º e o 7º dias de vida) e realização do teste do olhinho (reflexo vermelho) + H. Ter avaliação do risco nutricional em toda consulta (registro de peso e altura) + I. Ter registro de orientação por qualquer profissional da eSB + J. Não ter recebido UC no grupo de ação 04 para o mesmo paciente.		

GRUPO DE AÇÃO 05	ACOMPANHAMENTO ANUAL DE UMA CRIANÇA, NO SEGUNDO ANO DE VIDA	04 UC
SAÚDE INFANTIL - 2º ANO DE VIDA Um usuário é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A+B+C+D+E+F+G]: A. Ter completado dois anos de vida durante o período em análise +		

- B. Ter realizado pelo menos 1 consulta médica e 1 consulta de enfermagem de puericultura (acompanhamento do crescimento e desenvolvimento) entre os 12 e os 24 meses de vida, - [365, 730] dias, com registro de peso e altura +
- C. Ter pelo menos 2 registros parametrizados de avaliação do desenvolvimento psicomotor (por médico/enfermeiro) entre os 12 e os 24 meses de vida - [365, 730] dias +
- D. Ter recebido do ACS ao menos duas visitas de vigilância em saúde infantil entre os 12 e os 24 meses de vida - [365, 730] dias +
- E. Estar com o calendário vacinal completo e todos os registros preenchidos no PEP +
- F. Ter realizado no mínimo 1 consulta, ou grupo educativo com dentista, ou TSB ou ASB nos últimos 24 meses +
- G. Não ter recebido UC no grupo de ação 05 para o mesmo paciente.

GRUPO DE AÇÃO 06	O ACOMPANHAMENTO ANUAL DE UMA PESSOA DIABÉTICA	06 UC
DIABETES		
Um usuário é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A+B+C+D+E+F+G+H+I+J+K]:		
A. Ter o diagnóstico de Diabetes Mellitus na lista de problemas, com estado ativo +		
B. Não ter recebido UC no grupo de ação 06 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses +		
C. Ter realizado pelo menos 2 consultas, médicas e/ou de enfermagem, durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise +		
D. Ter pelo menos dois registros de pressão arterial (realizados em dias diferentes) durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise +		
E. Ter pelo menos um registro de resultado de Hemoglobina A1C $\leq$ a 8%, realizado durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise +		
F. Ter pelo menos três visitas do ACS, realizada durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise +		
G. Ter pelo menos 1 registro de resultado de colesterol total (código 02.02.01.029-5) + colesterol HDL (código 02.02.01.027-9) + triglicerídeos (código 02.02.01.067-8), realizado durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise +		
H. Ter ao menos uma avaliação dos pés registrada durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise +		
I. Ter realizado pelo menos uma consulta com registro de fundoscopia no último ano (não necessariamente realizada pelo próprio médico da equipe, durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise) +		
J. Ter registro de orientação por qualquer profissional da equipe eSB realizado durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise +		
K. Ter realizado pelo menos um registro de atendimento, nos últimos 12 meses (procedimento odontológico individual ou atividade educativa em grupo de saúde) por CD, TSB ou ASB +		
L. Não ter recebido UC no grupo de ação 06 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.		

GRUPO DE AÇÃO 07	O ACOMPANHAMENTO ANUAL DE UMA PESSOA HIPERTENSA	02 UC
HIPERTENSÃO		
Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras a condição [A+B+C+D+E+F]:		
A. Ter o diagnóstico de hipertensão arterial (códigos K86 ou K87 da ICPC-2) na lista de problemas, com estado ativo +		
B. Ter realizado pelo menos 2 consultas, médicas e/ou de enfermagem, durante os 12 meses que antecedem a data		

final do período em análise +

C. Ter pelo menos dois registros de pressão arterial (realizados em dias diferentes) durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise, sendo pelo menos um deles com valor de pressão arterial sistólica ≤ 150 mmHg e de pressão arterial diastólica ≤ 90 mmHg +

D. Ter pelo menos 1 registro de resultado de colesterol total (código 02.02.01.029-5) + colesterol HDL (código 02.02.01.027-9) + triglicerídeos (código 02.02.01.067-8), realizado durante os 24 meses que antecedem a data final do período em análise +

E. Ter registro de entrada no programa do tabagismo da unidade (caso o paciente não seja tabagista, considerar este item atendido desde que não tenha registro de tabagismo no PEP) +

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

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

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

GRUPO DE AÇÃO 10	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE TABAGISTA, ALCOOLISTA E OUTRAS DROGAS	04 UC
TABAGISTA, ALCOOLISTA OU OUTRAS DROGAS Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras a condição [A ou B ou C] + [D+E+F+G+H+I+J+K]: A. Ter diagnóstico de uso crônico e abusivo de álcool; ou B. Ter diagnóstico de tabagismo; ou C. Fazer uso crônico de outras drogas (crack, etc); + D. Ter realizado pelo menos 6 consultas médicas e/ou de enfermagem (ou grupo terapêutico) nos últimos 6 meses + E. Ter recebido do ACS ao menos 6 visitas de vigilância nos últimos 6 meses (para tabagismo não se aplica) + F. Ter registro de anti-HIV nos últimos 12 meses (caso usuário de droga injetável) + G. Ter registro de ao menos uma consulta familiar nos últimos 6 meses (exceto se tabagismo) + H. Ter vacinação antitetânica em dia (para tabagismo não se aplica) + I. Ter registro de vacinação para Hepatite em dia + J. Ter realizado pelo menos um registro de atendimento, nos últimos 12 meses (procedimento odontológico individual ou atividade educativa em grupo de saúde) por CD, TSB ou ASB + K. Ter registro no prontuário de vinculação ao programa de controle do tabagismo (se tabagista). <i>* Se o paciente for usuário crônico de álcool e/ou outras drogas e realizar desintoxicação na UAP, por período > 3 semanas consecutivas, acrescentar 10 UC.</i> <i>** Se o paciente for tabagista e realizar tratamento na UAP, por período > 3 semanas consecutivas, acrescentar 5 UC.</i>		

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

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

A Organização Social deverá desenvolver, em consonância com as diretrizes gerais e da área de informação/informática da Secretaria Municipal da Saúde as seguintes ações:

- Participar da implantação e manutenção dos sistemas de informação adotados pela SMS-Rio, incluindo prontuários eletrônicos contratados ou disponíveis para utilização institucional, bem como participar da geração de arquivos ou informações em webservice para utilização nos Sistemas de Informação oficiais que a SMS-Rio solicitar;
- Produzir, analisar e divulgar informações sobre a situação de saúde da sua área de abrangência;
- Participar do processo de definição, elaboração e divulgação de indicadores para monitoramento da situação de saúde e para cada Eixo de Indicadores (painel de monitoramento) e disponibilizar e divulgar essas informações segundo as necessidades das Unidades de Atenção Primária, Coordenação Geral de Atenção Primária da Área de Planejamento;
- Implantar/atualizar os sistemas de informação definidos pela SMS-Rio;
- Organizar e definir procedimentos, fluxos e rotinas para coleta dos dados dos diferentes sistemas de informação em vigência ou a serem implantados;
- Organizar e definir os processos de trabalho para operação/alimentação dos diferentes sistemas de informação em vigência ou a serem implantados;
- Encaminhar as diferentes bases de dados conforme rotinas estabelecidas pela SMS-Rio.

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

E.4.1.1. Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) ou Prontuário Eletrônico Clínico (PEC) – Requisitos Mínimos

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

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

Nessas unidades, o PEP deverá ser a fonte de dados única de registro de dados para qualquer sistema de informação oficial. Deve permitir gerar arquivos com estrutura de dados (layout) compatíveis.

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

O valor contratual unitário para os prontuários eletrônicos é estimado para cada eSF incluindo:

- a) a conectividade;
- b) licença do produto;
- c) datacenter (servidor);
- d) suporte e treinamento;
- e) customizações;
- f) Business Intelligence (BI) para gestão da UAP, CAP, OSS, e Nível Central;
- g) solução móvel (atendimento clínico médico e enfermeiro e cadastramento dos ACS em tablete ou smartphone);
- h) plataforma de autoatendimento (plataforma para os pacientes);
- i) totem de autoatendimento como gerenciador de filas.

Os prontuários devem funcionar satisfatoriamente durante todo o período de funcionamento das Unidades de Atenção Primária. Para tanto deve prever contingenciamento para quedas de conectividade e velocidades baixas de conexão.

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

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

- resultado dos indicadores por desempenho de cada eSF;
- lista de hipertensos com dados de acompanhamento;
- lista de diabéticos com dados de acompanhamento;
- lista de gestantes com dados de acompanhamento;
- lista de crianças menores de 2 anos com dados de acompanhamento;
- lista de pacientes com tuberculose com dados de acompanhamento;
- lista de pacientes femininas entre 25 e 64 anos com dados de acompanhamento citopatológico;
- lista de pacientes femininas entre 50 e 69 anos com dados de acompanhamento mamográfico.

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

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

Dicionários de dados:

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

1. Carteirômetro;
2. CNS como campo obrigatório;
3. CPF como campo obrigatório para indivíduos com 16 anos ou mais, e DNV/CPF como campo obrigatório para indivíduos menores de 16 anos;
4. Relação de Gestantes com Pré-Natal encerrado no ano em questão;
5. Relação de pacientes Diabéticos cadastrados nas UAP por eSF;
6. Relação de pacientes Hipertensos cadastrados nas UAP por eSF;
7. Relação de mulheres de 25 a 64 anos cadastradas nas UAP por eSF – Rastreamento de Câncer de Colo de Útero;

8. Relação de mulheres de 50 a 69 anos cadastradas nas UAP por eSF – Rastreio de Câncer de Mama;
9. Relação de pacientes com diagnóstico de Tuberculose cadastrados nas UAP por eSF;
10. Produção Ambulatorial dos profissionais técnicos de saúde (lista nominal) – cirurgião dentista, enfermeiros, médicos – que atuam nas UAP por eSF;
11. Fichas A – campos de preenchimento obrigatório;
12. Informações de Saúde da Atenção Primária;
13. Indicadores das Variáveis do Pagamento por Desempenho, por eSF e UAP.

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

O CNES foi instituído pela Portaria MS/SAS 376, de 03/10/2000, publicada em 04/10/2000. Todos os estabelecimentos de saúde instalados em território nacional deverão ser cadastrados. O cadastro consiste de um conjunto de fichas cadastrais - FCES - modelos de 1 a 14.

Os profissionais de saúde vinculados ao estabelecimento deverão preencher e assinar o formulário FCES08.

Os dados deverão ser atualizados mensalmente.

E.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).

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

O Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) foi instituído pela Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013, passando a ser o sistema de informação da Atenção Básica vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica, substituindo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

O SISAB integra a estratégia do Departamento de Saúde da Família (DESF/SAPS/MS) denominada e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), que propõe o incremento da gestão da informação, a automação dos processos, a melhoria das condições de infraestrutura e a melhoria dos processos de trabalho.

Além do SISAB, temos os sistemas e-SUS AB para captar os dados, que é composto por dois sistemas de software que instrumentalizam a coleta dos dados que serão inseridos no SISAB. São eles:

- 1) Coleta de Dados Simplificado (CDS);
- 2) Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC); e
- 3) Aplicativos (App) para dispositivos móveis, atualmente disponíveis: App AD (Atenção Domiciliar).

Nesse sentido, os sistemas e-SUS AB foram desenvolvidos para atender os processos de trabalho da Atenção Básica para a gestão do cuidado em saúde, podendo ser utilizado por profissionais de todas as equipes de Saúde da Família, pelas equipes dos Núcleos Ampliados à Saúde da Família (NASF-AB), Serviço de Apoio Especializado (SAE), Consultório na Rua (CnaR), Atenção Primária à Saúde Prisional e da Atenção Domiciliar (AD), além dos profissionais que realizam ações no âmbito de programas como o Saúde na Escola (PSE) e a Academia da Saúde.

Com o SISAB, será possível obter informações da situação sanitária e de saúde da população do território por meio de relatórios de saúde, bem como de relatórios de indicadores de saúde por estado, município, região de saúde e equipe.

E.4.1.5. SISCAN – Sistema de Informação do Câncer (colo do útero e mama)

O sistema informatizado permite cadastrar e acompanhar as mulheres em idade preconizada pelo Ministério da Saúde para acompanhamento do rastreamento nessa população da colpocitologia oncótica do colo uterino (atualmente entre 25 a 64 anos) e de mama (atualmente entre 50 a 69 anos).

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

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

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

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

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

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

Instrumentos de coleta de dados do SINAN:

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

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

Devem permitir ainda que cada equipe de Saúde da Família possa gerar relatórios gerenciais de acompanhamento dos indicadores desse sistema e demais indicadores definidos pela SMS-Rio.

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

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

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

Instrumento de coleta de dados do API:

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

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

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

Devem permitir ainda que cada equipe de Saúde da Família possa gerar relatórios gerenciais de acompanhamento dos indicadores desse sistema e demais indicadores definidos pela SMS-Rio.

E.4.1.8. SISREG – Sistema de Nacional de Regulação

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

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

Todo encaminhamento da Unidade de Atenção Primária deve ser feito no formulário de "Encaminhamento (Referência e Contra Referência)", exclusivamente via prontuário eletrônico.

O profissional solicitante deve sempre carimbar e assinar a solicitação;

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

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

É importante preencher o formulário com o máximo de informações relevantes sobre dados clínicos e resultados de exames complementares;

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

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

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

ANEXO TÉCNICO F

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO E METAS FÍSICAS

65

ITEM	Unidade de medida	Estratégia Saúde da Família - NASF AB / SAE - Centro de Atenção Psicossocial											
		MÊS 10			MÊS 11			MÊS 12			MÊS 01		
41) Apoio à Gestão do CAP - Estratégia Saúde da Família - ESF	nº de unidades	30	R\$	207.632,80	30	R\$	207.632,80	30	R\$	207.632,80	30	R\$	207.632,80
42) Apoio à Gestão do TEAS - QDE - EGP	nº de unidades	30	R\$	930.531,19	30	R\$	930.531,19	30	R\$	930.531,19	30	R\$	930.531,19
43) Apoio à Gestão das Unidades de Atenção Primária - ESF	nº de unidades	30	R\$	1.573.068,30	30	R\$	1.573.068,30	30	R\$	1.573.068,30	30	R\$	1.573.068,30
44) Referência de Saúde da Família - ESF	nº de equipes	200	R\$	14.212.308,74	200	R\$	14.212.308,74	200	R\$	14.212.308,74	200	R\$	14.212.308,74
45) Contratos, consumo, promoção e vigilância em saúde das Unidades de Atenção Primária - ESF	nº de equipes	200	R\$	3.379.492,56	200	R\$	3.379.492,56	200	R\$	3.379.492,56	200	R\$	3.379.492,56
46) Sistemas de Informação - Conectividade / Telefone - EGP	nº de equipes	200	R\$	206.000,00	200	R\$	206.000,00	200	R\$	206.000,00	200	R\$	206.000,00
47) Emergência Saúde da Família	nº	10	R\$	314.008,80	10	R\$	314.008,80	10	R\$	314.008,80	10	R\$	314.008,80
48) RH - Unidade Ampliada de Saúde da Família e Atenção Saúde (NASF AB) - Centro de Apoio Especializado (CAE)	nº de equipes	10	R\$	514.008,80	10	R\$	514.008,80	10	R\$	514.008,80	10	R\$	514.008,80
49) Sistemas de Informação - Conectividade / Telefone - NASFAB - CAE	nº de equipes	10	R\$	10.000,00	10	R\$	10.000,00	10	R\$	10.000,00	10	R\$	10.000,00
50) Estrutura Ampliada de Saúde da Família e Atenção Saúde (NASF AB) - Centro de Apoio Especializado (CAE)	nº	10	R\$	314.008,80	10	R\$	314.008,80	10	R\$	314.008,80	10	R\$	314.008,80
51) RH - CAE III	nº de unidades	1	R\$	350.401,93	1	R\$	350.401,93	1	R\$	350.401,93	1	R\$	350.401,93
52) Contratos e Consumo - CAPS III	nº de unidades	1	R\$	84.459,45	1	R\$	84.459,45	1	R\$	84.459,45	1	R\$	84.459,45
53) Serviço de Atenção Especializada - CAPS	nº	1	R\$	443.861,29	1	R\$	443.861,29	1	R\$	443.861,29	1	R\$	443.861,29
54) Adaptação e instalação / Aquisição de Equipamentos	nº de unidades	0	R\$	-	0	R\$	-	0	R\$	-	0	R\$	-
55) Aquisição de Materiais / Aquisição de Equipamentos - Unidades de Atenção Primária	nº	0	R\$	-	0	R\$	-	0	R\$	-	0	R\$	-
56) Diferença (Salário R\$) - AFSPCVD	nº	0	R\$	-	0	R\$	-	0	R\$	-	0	R\$	-
57) Parte variável - 1	25% do salário	0	R\$	417.888,82	0	R\$	417.888,82	0	R\$	417.888,82	0	R\$	417.888,82
58) Parte variável - 2	25% do salário	0	R\$	296.000,00	0	R\$	296.000,00	0	R\$	296.000,00	0	R\$	296.000,00
59) Parte variável - 3	25% do salário	0	R\$	417.888,82	0	R\$	417.888,82	0	R\$	417.888,82	0	R\$	417.888,82
60) Total do 2021-2022		0	R\$	21.775.021,17	0	R\$	21.775.021,17	0	R\$	21.775.021,17	0	R\$	21.775.021,17

ITEM	Unidade de medida	Unidade de Pronto Atendimento											
		MÊS 10			MÊS 11			MÊS 12			MÊS 01		
61) RH - Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	nº de unidades	1	R\$	1.107.752,17	1	R\$	1.107.752,17	1	R\$	1.107.752,17	1	R\$	1.107.752,17
62) Contratos, consumo, promoção e vigilância em saúde (Unidade de Atenção e Emergência) - UPA	nº de unidades	1	R\$	145.969,02	1	R\$	145.969,02	1	R\$	145.969,02	1	R\$	145.969,02
63) Unidade de Pronto Atendimento	nº	0	R\$	1.313.721,19	0	R\$	1.313.721,19	0	R\$	1.313.721,19	0	R\$	1.313.721,19
64) Parte variável - 1	25% do salário	0	R\$	26.274,42	0	R\$	26.274,42	0	R\$	26.274,42	0	R\$	26.274,42
65) Parte variável - 2	25% do salário	0	R\$	13.137,21	0	R\$	13.137,21	0	R\$	13.137,21	0	R\$	13.137,21
66) Parte variável - 3	25% do salário	0	R\$	26.274,42	0	R\$	26.274,42	0	R\$	26.274,42	0	R\$	26.274,42
67) Subtotal UPA - 2021-2022		0	R\$	1.375.000,00	0	R\$	1,375.000,00	0	R\$	1,375.000,00	0	R\$	1,375.000,00

TEAS Atenção (Estratégia Saúde da Família - NASF AB / SAE - Centro de Atenção Psicossocial) e Unidade de Pronto Atendimento		TEAS Atenção (Estratégia Saúde da Família - NASF AB / SAE - Centro de Atenção Psicossocial) e Unidade de Pronto Atendimento											
C) TOTAL (R\$)		0	R\$	23.150.021,34	0	R\$	23.150.021,34	0	R\$	23.150.021,34	0	R\$	23.150.021,34

ITEM	Unidade de medida	Estratégia Saúde da Família + NASF-AB / SAE + Centro de Atenção Psicossocial						
		MÊS 22		MÊS 23		MÊS 24		TOTAL
a1) Apoio a Gestão de CAP - Estratégia Saúde da Família (ESF)	nº de unidades	30	R\$ 207.632,80	30	R\$ 207.632,80	30	R\$ 207.632,80	R\$ 3.063.000,00
a2) Apoio a Gestão do TEPAJ - QSS - ESF	nº de unidades	30	R\$ 830.531,10	30	R\$ 830.531,10	30	R\$ 830.531,10	R\$ 12.352.299,55
a3) RH Apoio a Gestão das Unidades de Atenção Primária - ESF	nº de unidades	30	R\$ 1.573.000,80	30	R\$ 1.573.000,80	30	R\$ 1.573.000,80	R\$ 23.496.002,00
a4) RH equipes de Saúde da Família - ESF	nº de equipes	200	R\$ 14.212.308,74	200	R\$ 14.212.308,74	200	R\$ 14.212.308,74	R\$ 208.048.129,70
a5) Contratos, consumo, promoção e vigilância em saúde das Unidades de Atenção Primária - ESF	nº de equipes	200	R\$ 3.339.892,58	200	R\$ 3.339.892,58	200	R\$ 3.339.892,58	R\$ 49.126.604,07
a6) Sistemas de Informação / Conectividade / Telefonia - ESF	nº de equipes	200	R\$ 208.000,00	200	R\$ 208.000,00	200	R\$ 208.000,00	R\$ 3.030.000,00
A) Estratégia Saúde da Família			R\$ 28.309.432,02		R\$ 28.309.432,02		R\$ 28.309.432,02	R\$ 406.113.000,11
b1) RH Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) / Serviço de Apoio Especializado (SAE)	nº de equipes	10	R\$ 514.608,80	10	R\$ 514.608,80	10	R\$ 514.608,80	R\$ 7.719.132,00
b2) Sistemas de Informação / Conectividade / Telefonia - NASF-AB / SAE	nº de equipes	10	R\$ 10.000,00	10	R\$ 10.000,00	10	R\$ 10.000,00	R\$ 180.000,00
B) Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Serviço de Apoio Especializado (SAE)			R\$ 524.608,80		R\$ 524.608,80		R\$ 524.608,80	R\$ 7.899.132,00
c1) RH - CAPS III	nº de Unidades	1	R\$ 359.401,93	1	R\$ 359.401,93	1	R\$ 359.401,93	R\$ 5.391.028,95
c2) Contratos e Consumo - CAPS III	nº de Unidades	1	R\$ 84.450,45	1	R\$ 84.450,45	1	R\$ 84.450,45	R\$ 1.266.891,80
C) Centro de Atenção Psicossocial - CAPS			R\$ 443.852,38		R\$ 443.852,38		R\$ 443.852,38	R\$ 6.657.920,75
D1) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos	nº de Unidades	0	R\$ -	0	R\$ -	0	R\$ -	R\$ 1.941.700,68
D) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos - Unidades de Atenção Primária			R\$ -		R\$ -		R\$ -	R\$ 1.941.700,68
E) Subtotal parte (C) + (D) + (D)			R\$ 21.337.982,27		R\$ 21.337.982,27		R\$ 21.337.982,27	R\$ 316.384.703,13
F) Parte variável - 1	125% de (A+B) / mês		R\$ 417.880,82		R\$ 417.880,82		R\$ 417.880,82	R\$ 6.159.423,22
G) Parte variável - 2	R\$ 1.000 por ESF / mês		R\$ 208.000,00		R\$ 208.000,00		R\$ 208.000,00	R\$ 3.030.000,00
H) Parte variável - 3	10% das subtotais (C) + (D) / mês		R\$ 417.880,82		R\$ 417.880,82		R\$ 417.880,82	R\$ 6.159.423,22
I) Total (F) + (G) + (H)			R\$ 22.375.603,00		R\$ 22.375.603,00		R\$ 22.375.603,00	R\$ 331.209.626,91

ITEM	Unidade de medida	Unidade de Pronto Atendimento						
j1) RH - Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	nº de Unidades	1	R\$ 1.167.752,17	1	R\$ 1.167.752,17	1	R\$ 1.167.752,17	R\$ 17.516.282,56
j2) Gestão de contratos, consumo, promoção e vigilância em saúde (Rede de Urgência e Emergência) - UPA	nº de Unidades	1	R\$ 145.080,02	1	R\$ 145.080,02	1	R\$ 145.080,02	R\$ 2.185.305,32
J - Unidade de Pronto Atendimento			R\$ 1.312.832,19		R\$ 1.312.832,19		R\$ 1.312.832,19	R\$ 19.701.587,87
K) Parte variável - 1	160% de (J) / (unidade)		R\$ 26.274,42		R\$ 26.274,42		R\$ 26.274,42	R\$ 394.116,38
L) Parte variável - 2	160% de (J) / (unidade)		R\$ 13.137,21		R\$ 13.137,21		R\$ 13.137,21	R\$ 197.058,18
M) Parte variável - 3	160% de (J) / (unidade)		R\$ 26.274,42		R\$ 26.274,42		R\$ 26.274,42	R\$ 394.116,38
N) Subtotal (K) + (L) + (M)			R\$ 65.686,05		R\$ 65.686,05		R\$ 65.686,05	R\$ 985.290,94

TEBAS Atenção (Estratégia Saúde da Família + NASF-AB / SAE + Centro de Atenção Psicossocial + Unidade de Pronto Atendimento)	TEBAS Atenção (Estratégia Saúde da Família + NASF-AB / SAE + Centro de Atenção Psicossocial + Unidade de Pronto Atendimento)			
D) TOTAL = (I) + (N)	R\$ 33.769.471,15	R\$ 33.769.471,15	R\$ 33.769.471,15	R\$ 33.769.471,15

[illegible]