

**TERMO DE COLABORAÇÃO Nº 059/2023 QUE
ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DO RIO
DE JANEIRO, POR SUA SECRETARIA
MUNICIPAL DE SAÚDE, E A ORGANIZAÇÃO
DA SOCIEDADE CIVIL VIVA RIO.**

Aos dois dias do mês de maio de 2023, de um lado o **MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**, por meio da **Secretaria Municipal de Saúde**, neste ato representada pelo Secretário Municipal de Saúde, Senhor **RODRIGO DE SOUSA PRADO**, brasileiro, Cirurgião Dentista, portador da Cédula de Identidade nº 10.735.362-5, expedida pelo IFP/RJ, inscrito no CPF sob o nº 081.560.837-33, doravante denominado **MUNICÍPIO**, e de outro a **ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL VIVA RIO**, doravante denominada **ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL**, com sede na Rua Alberto de Campos nº 12 - Ipanema, nesta cidade, inscrito no CNPJ sob o nº 00.343.941/0001-28, neste ato representada por seu Representante Legal, Senhor **PEDRO DANIEL STROZENBERG**, brasileiro, Advogado, portador da Cédula de Identidade nº 09.038.645-9, expedida pelo IFP/RJ, e inscrito no CPF sob o nº 012.240.057-75, após o regular Chamamento Público nº 001/2023, com fundamento na Lei Federal nº 13.019/2014, e suas alterações, e no Decreto Municipal nº 42.696/2016, e suas alterações, e consoante autorização da Senhora Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência - SUBHUE, devidamente publicada no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro nº 160, em 10/11/2022, às fls. 55, assinam o presente **TERMO DE COLABORAÇÃO**, mediante as seguintes CLÁUSULAS e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

O presente TERMO DE COLABORAÇÃO reger-se-á por toda a legislação aplicável à espécie e ainda pelas disposições que a completarem, cujas normas, desde já, entendem-se como integrantes deste, em especial pelas normas gerais da Lei Federal nº 13.019, de 31.07.2014, e suas alterações; do Decreto nº 42.696, de 27.12.2016, e suas alterações; do Decreto nº 21.083, de 20.02.2002; do Decreto nº 32.318, de 07.06.2010; pelas normas do Código de Administração Financeira e Contabilidade Pública do Município do Rio de Janeiro (CAF), instituído pela Lei nº 207, de 19.12.1980, e suas alterações, ratificadas pela

Lei Complementar nº 01, de 13.09.1990; pelas normas do Regulamento Geral do Código supracitado (RGCAF), aprovado pelo Decreto nº 3.221, de 18.09.1981, e suas alterações; bem como pelas demais normas citadas no Edital de Chamamento Público nº 001/2023, as quais a ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL declara conhecer e se obriga a respeitar, ainda que não transcritas neste instrumento.

CLÁUSULA SEGUNDA - DO OBJETO

O presente TERMO DE COLABORAÇÃO tem por objeto o **GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE**, por meio de PARCERIA, que assegure assistência universal e gratuita à população, única e exclusivamente para o Sistema Único de Saúde - SUS, dos equipamentos que compõem a **REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL** da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE** no âmbito das **APs 1.0 e 3.1**, do Município do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, nas condições devidamente descritas, caracterizadas e especificadas no Edital de Chamamento Público nº 001/2023 e seus anexos bem como a promoção de todas as atividades constantes do Plano de Trabalho (Anexo I) e do Cronograma de Desembolso (9.13 do Plano de Trabalho e Anexo II).

Parágrafo Único: A execução do presente TERMO DE COLABORAÇÃO dar-se-á pela ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, observadas todas as condições propostas pela instituição na Proposta Técnica e Econômica e no Edital de Chamamento Público nº 001/2023.

- a) Passará a ser gerido de imediato pela ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL:
- (i) Rede de Atenção Psicossocial da AP-1.0;
 - (ii) Rede de Atenção Psicossocial da AP-3.1.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL

A ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL possui as seguintes obrigações:

- (i) Desenvolver, em conjunto com o MUNICÍPIO, o objeto da parceria conforme o Plano de Trabalho (Anexo I) e o Cronograma de Desembolso (Anexo II);
- (ii) Arcar com todos os demais custos que superem a estimativa prevista no Cronograma de Desembolso (Anexo II);
- (iii) Prestar, sempre que solicitadas, quaisquer outras informações sobre a execução financeira desta parceria;
- (iv) Permitir a supervisão, fiscalização, monitoramento e avaliação do MUNICÍPIO

sobre o objeto da presente parceria;

- (v) Não exigir de terceiros, seja a que título for, quaisquer valores em contraprestação do atendimento prestado;
- (vi) Manter atualizadas as informações cadastrais junto ao MUNICÍPIO, comunicando-lhe imediatamente quaisquer alterações em seus atos constitutivos;
- (vii) Selecionar e contratar os profissionais necessários à consecução da presente parceria, nos termos dos documentos referidos no item (i) desta CLÁUSULA, anotando e dando baixa nas respectivas carteiras profissionais, quando for o caso, observando a legislação vigente e, em particular, a Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT;
- (viii) Recolher, na condição de empregador, todos os encargos sociais, previdenciários e fiscais, oriundos das referidas contratações;
- (ix) Responsabilizar-se pelo pagamento dos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais relacionados à execução do objeto previsto no presente TERMO DE COLABORAÇÃO não se caracterizando responsabilidade solidária ou subsidiária do MUNICÍPIO pelos respectivos pagamentos, qualquer oneração do objeto da parceria ou os danos decorrentes de restrição à sua execução;
- (x) Manter o valor da parcela mensal referente a verbas rescisórias, quando for o caso, bem como os saldos das parcelas não utilizadas, em aplicação financeira, na forma do Decreto RIO nº 50.026/2021;
- (xi) Abrir conta corrente bancária específica isenta de tarifa bancária conforme estabelecido na Portaria FP/SUBEX/SUPTM nº 06, de 31/08/2022, apresentando o extrato zerado da referida conta à Coordenadoria Técnica de Convênios e Contratos de Gestão com Organizações Sociais (S/SUBG/CTGOS);
- (xii) Permitir o livre acesso dos agentes da Administração Pública aos processos, aos documentos, às informações relacionadas ao TERMO DE COLABORAÇÃO bem como aos locais de execução do respectivo objeto;
- (xiii) Os bens permanentes porventura adquiridos, produzidos ou transformados com recursos transferidos deverão ser obrigatoriamente entregues ao MUNICÍPIO em até 30 (trinta) dias do término da parceria, observada a CLÁUSULA SEXTA.
- (xiv) Arcar com os acréscimos decorrentes de atraso de pagamentos a que a ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL tenha dado causa, tais como juros ou qualquer tipo de correção/atualização, dentre outros;
- (xv) Prestar contas da aplicação dos recursos repassados na forma da CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA do presente instrumento, mantendo em boa ordem e guarda todos os documentos originais que comprovem as despesas realizadas no decorrer da parceria durante o prazo de 10 (dez) anos;
- (xvi) Apresentar relatórios de Execução do Objeto e de Execução Financeira,

conforme previsto na CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA, parágrafo primeiro;

(xvii) Divulgar a presente parceria na internet e em locais visíveis de suas sedes sociais e dos estabelecimentos em que exerça suas ações, na forma do artigo 47 do Decreto Municipal nº 42.696/2016 e suas alterações;

(xviii) Observar as normas contidas na Lei Federal n.º 8.080/90.

CLÁUSULA QUARTA - DAS OBRIGAÇÕES DO MUNICÍPIO

O MUNICÍPIO possui as seguintes obrigações:

(i) Através da S/Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência - SUBHUE, supervisionar, fiscalizar, monitorar e avaliar a execução do Plano de Trabalho (Anexo I) objeto do presente TERMO DE COLABORAÇÃO;

(ii) Repassar, à ORGANIZAÇÃO DE SOCIEDADE CIVIL, os recursos necessários à execução deste TERMO DE COLABORAÇÃO;

(iii) Receber, analisar e emitir parecer técnico conclusivo sobre a prestação de contas das verbas recebidas pela ORGANIZAÇÃO DE SOCIEDADE CIVIL;

(iv) Elaborar Relatório de Visita Técnica *in loco* e Relatório Técnico de Monitoramento e Avaliação.

CLÁUSULA QUINTA – DAS VEDAÇÕES

É vedado, no âmbito desta parceria:

(i) utilizar recursos para finalidade alheia ao objeto da parceria;

(ii) remunerar, com recursos da parceria, cônjuge, companheiro ou parente, em linha reta ou colateral, por consanguinidade ou afinidade, até o terceiro grau, de agente público que exerça, no órgão ou entidade da Administração Municipal, cargo de natureza especial, cargo de provimento em comissão ou função de direção, chefia ou assessoramento;

(iii) pagar, a qualquer título, servidor ou empregado público com recursos vinculados à parceria, salvo nas hipóteses previstas em lei específica e na lei de diretrizes orçamentárias;

(iv) realizar despesa em data anterior à vigência da parceria;

(v) efetuar pagamento em data posterior à vigência da parceria, salvo se expressamente autorizado pela autoridade competente da Administração Municipal e desde que o fato gerador da despesa tenha ocorrido durante a vigência da parceria;

(vi) transferir recursos para clubes, associações de servidores, partidos políticos ou quaisquer entidades congêneres;

(vii) realizar despesas com:

(a) multas, juros ou correção monetária, inclusive referentes a pagamentos ou a

recolhimentos fora dos prazos, salvo se decorrentes de atrasos da Administração Municipal na liberação de recursos financeiros;

(b) publicidade, salvo as previstas no Plano de Trabalho e diretamente vinculadas ao objeto da parceria, de caráter educativo, informativo ou de orientação social, das quais não constem nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal;

(c) pagamento de pessoal contratado pela ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL que não atendam às exigências do art. 29 do Decreto Municipal nº 42.696/2016, e suas alterações;

(d) obras que não sejam de mera adaptação e de pequeno porte.

CLÁUSULA SEXTA - DA DOAÇÃO DOS BENS MÓVEIS

Os bens móveis remanescentes adquiridos, produzidos ou transformados com recursos transferidos do MUNICÍPIO, mediante autorização da autoridade competente, e desde que se tenham tornado obsoletos, imprestáveis, de recuperação antieconômica ou inservíveis ao serviço público, poderão ser doados, com ou sem encargos, à ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, cujo fim principal consista em atividade de relevante valor social.

CLÁUSULA SÉTIMA – CESSÃO E ADMINISTRAÇÃO DOS BENS PÚBLICOS

Ficam desde já cedidos à ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL parceira, em caráter eminentemente precário, a título de cessão de uso e pelo prazo de vigência deste TERMO DE COLABORAÇÃO, os bens móveis e imóveis, equipamentos e instalações da Secretaria Municipal de Saúde, identificados, inventariados, avaliados e descritos quanto ao seu estado de conservação, conforme Anexo I deste TERMO DE COLABORAÇÃO.

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

Parágrafo Segundo: Obriga-se a ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL parceira em relação aos bens imóveis cedidos:

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

II – Assegurar o acesso dos servidores públicos encarregados da fiscalização do TERMO DE COLABORAÇÃO e do bem cedido.

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

IV – Retirar às suas expensas, caso solicitado por esta municipalidade, eventuais bens adquiridos com recursos próprios, que se encontrem no bem cedido, ainda que a ele

provisoriamente agregados.

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

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

Parágrafo Quarto: A aquisição de bens móveis ou a instalação de bens imobilizados no bem imóvel cedido, adquiridos com recursos deste TERMO DE COLABORAÇÃO bem como as benfeitorias realizadas serão incorporados ao patrimônio municipal, sem possibilidade de indenização ou retenção, condicionada a retirada à prévia autorização do Município do Rio de Janeiro, através da Secretaria Municipal de Saúde.

Parágrafo Quarto: A aquisição de bens móveis ou a instalação de bens imobilizados no bem imóvel cedido, adquiridos com recursos deste TERMO DE COLABORAÇÃO bem como as benfeitorias realizadas serão incorporados ao patrimônio municipal, sem possibilidade de indenização ou retenção, condicionada a retirada à prévia autorização do Município do Rio de Janeiro, através da Secretaria Municipal de Saúde.

CLÁUSULA OITAVA – SUBCONTRATAÇÃO

É vedada a cessão total ou parcial do TERMO DE COLABORAÇÃO pela ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL parceira.

Parágrafo Único: Nos casos de subcontratação de serviços ligados à atividade-meio e à atividade-fim, o subcontratado será responsável, solidariamente com a ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL parceira, pelas obrigações descritas na CLÁUSULA TERCEIRA, especialmente pelos encargos e obrigações comerciais, cíveis, sociais, tributárias, trabalhistas e previdenciárias, ou quaisquer outras previstas na legislação em vigor, nos limites da subcontratação.

CLÁUSULA NONA - DO PRAZO

O prazo do presente TERMO DE COLABORAÇÃO é de 24 (vinte e quatro) meses, de 02/05/2023 a 01/05/2025.

Parágrafo Primeiro: O prazo de vigência do TERMO DE COLABORAÇÃO será de, no máximo, 24 (vinte e quatro) meses, podendo, no caso de metas de caráter continuado, ser prorrogado, limitados à duração máxima de 60 (sessenta) meses, demonstrada a

vantajosidade para a Administração Municipal e cumpridas as metas e indicadores estabelecidos

Parágrafo Segundo: A vigência da parceria poderá ser alterada mediante solicitação da ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, devidamente formalizada e justificada, a ser apresentada no órgão da Administração Municipal responsável pela parceria em, no mínimo, 90 (noventa) dias antes do termo inicialmente previsto, ou, por solicitação do MUNICÍPIO, dentro do período de sua vigência.

Parágrafo Terceiro: O prazo descrito no *caput* poderá ser prorrogado de ofício pelo MUNICÍPIO, antes do seu término, quando este der causa ao atraso na liberação dos recursos, limitada ao exato período do atraso verificado, e informado no Sistema de Contabilidade e Execução Orçamentária – FINCON, conforme previsto no Edital de Chamamento Público nº 001/2023.

CLÁUSULA DÉCIMA - DAS ALTERAÇÕES

A Administração Pública Municipal poderá autorizar ou propor a alteração do TERMO DE COLABORAÇÃO ou do Plano de Trabalho, após, respectivamente, solicitação fundamentada da ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL ou sua anuência, desde que não haja alteração de seu objeto, da seguinte forma:

- (i) por Termo Aditivo à parceria para:
 - (a) ampliação do valor global, no limite máximo de até 30% (trinta por cento);
 - (b) redução do valor global, sem limitação de montante;
 - (c) prorrogação da vigência, limitados à duração máxima de 60 (sessenta) meses;
 - (d) alteração da destinação dos bens remanescentes.

Parágrafo Primeiro: A Administração Pública Municipal poderá autorizar, após solicitação fundamentada da ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, por meio de deliberação do Gestor ou Comissão Gestora da parceria e ratificação da Comissão de Monitoramento e Avaliação, desde que não haja alteração do objeto e acréscimo do valor global da parceria, a utilização de rendimentos de aplicações financeiras antes do término da execução da parceria.

Parágrafo Segundo: Sem prejuízo das alterações acima previstas, a parceria deverá ser alterada por Termo de Apostilamento, independentemente de anuência da ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, para:

- (i) prorrogação da vigência, antes de seu término, quando o órgão da Administração Pública Municipal tiver dado causa ao atraso na liberação de recursos financeiros, ficando a prorrogação limitada ao exato período do atraso verificado; e
- (ii) indicação dos créditos orçamentários de exercícios futuros.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DO REAJUSTE

Nos termos do Decreto Municipal nº 42.696/2016, e suas alterações, o reajuste de preços, se cabível, somente será devido, por ocasião da prorrogação da vigência do TERMO DE COLABORAÇÃO, desde que mantida a vantajosidade para a Administração e observados os seguintes fatores:

- (i) no caso das despesas e custos atrelados à mão de obra principal utilizada no objeto da parceria, deverá ser demonstrada de forma analítica a variação dos custos conforme acordo ou convenção coletiva de regência da categoria;
- (ii) em relação aos demais custos e despesas previstos no TERMO DE COLABORAÇÃO, será observado o reajuste medido pela variação do Índice de Preços ao Consumidor Ampliado-Especial (IPCA-E) do IBGE, a cada período de 12 (doze) meses, a contar da data da assinatura do TERMO DE COLABORAÇÃO.

Parágrafo Primeiro: Fica vedada a inclusão de benefícios não previstos na proposta inicial da parceria, exceto quando se tornarem obrigatórios por força de instrumento legal, sentença normativa, acordo ou convenção coletiva, ou, por ocorrência de evento superveniente de cunho extraordinário que afete a manutenção da execução do objeto da parceria, mediante justificativa da Administração Municipal.

Parágrafo Segundo: O pleito de reajuste deverá ser apresentado através de planilha analítica, sendo submetida à análise da Secretaria Municipal de Saúde.

Parágrafo Terceiro: Os eventuais reajustes serão objeto de preclusão com a assinatura da prorrogação do TERMO DE COLABORAÇÃO ou com o encerramento da vigência da parceria.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DO VALOR E CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

O valor do presente TERMO DE COLABORAÇÃO é de **R\$ 96.454.938,16 (noventa e seis milhões, quatrocentos e cinquenta e quatro mil, novecentos e trinta e oito reais, dezesseis centavos)**, e correrá a conta dos Programas de Trabalho 18.01.10.302.0426.2746; ND 3.3.50.85.10 com repasses trimestrais, nos valores discriminados abaixo, tendo sido emitida(s) a(s) Nota(s) de Empenho Nº 2023/000706, em 11/04/2023, no valor de R\$ 25.024.813,33 (vinte e cinco milhões e vinte quatro mil e oitocentos e treze reais e trinta e três centavos).

Mês 01	Mês 02	Mês 03	Mês 04	Mês 05	Mês 06
R\$ 3.113.209,76	R\$ 3.073.946,66	R\$ 2.974.961,61	R\$ 3.084.726,86	R\$ 3.084.726,86	R\$ 3.194.492,11

Mês 07	Mês 08	Mês 09	Mês 10	Mês 11	Mês 12
R\$ 3.194.492,11	R\$ 3.304.257,36	R\$ 3.304.257,36	R\$ 3.304.257,36	R\$ 3.304.257,36	R\$ 3.304.257,36
Mês 13	Mês 14	Mês 15	Mês 16	Mês 17	Mês 18
R\$ 4.404.697,58	R\$ 5.021.103,54	R\$ 4.878.729,43	R\$ 4.878.729,43	R\$ 4.878.729,43	R\$ 4.878.729,43
Mês 19	Mês 20	Mês 21	Mês 22	Mês 23	Mês 24
R\$ 4.878.729,43	R\$ 4.878.729,43	R\$ 4.878.729,43	R\$ 4.878.729,43	R\$ 4.878.729,43	R\$ 4.878.729,43

Parágrafo Primeiro: O Cronograma de Desembolso representa previsão inicial de repasses, sendo certo que estes ocorrerão conforme a apresentação da prestação de contas. Quando os recursos forem repassados em três ou mais parcelas, a terceira ficará condicionada à apresentação da prestação de contas da primeira parcela, e assim sucessivamente, de modo que se permita à ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL possuir em sua conta o montante correspondente a um repasse inicial previsto no Cronograma de Desembolso. Após a aplicação da última parcela será apresentada a prestação de contas final dos recursos recebidos.

Parágrafo Segundo: Os recursos previstos no *caput* serão repassados, mediante transferência eletrônica, através de crédito em conta bancária específica, vinculada à ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, onde serão movimentados, vedada a utilização da conta para outra finalidade, conforme descrito no subitem 16.1 do Edital de Chamamento Público nº 001/2023.

Parágrafo Terceiro: O primeiro repasse será liberado em até 30 (trinta) dias após a data de celebração do TERMO DE COLABORAÇÃO e os demais, trimestralmente, na forma estipulada pelo Decreto Municipal nº 50.026, de 16 de dezembro de 2021.

Parágrafo Quarto: É vedado o repasse de recursos caso não seja aprovada a prestação de contas do antepenúltimo repasse efetuado.

Parágrafo Quinto: Os recursos recebidos em decorrência da parceria serão depositados em conta corrente específica isenta de tarifa bancária, conforme estabelecido na Portaria FP/SUBEX/SUPTM nº 06/2022, e, enquanto não empregados na sua finalidade, serão obrigatoriamente aplicados, consoante estabelecido no art. 11, parágrafo 2º, do Decreto RIO nº 50.026/2021.

Parágrafo Sexto: Os rendimentos de ativos financeiros e eventuais saldos remanescentes poderão ser aplicados pela ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL na ampliação de metas do objeto da parceria, desde que no curso de sua vigência e mediante aprovação da

alteração no Plano de Trabalho pela autoridade pública competente.

Parágrafo Sétimo: Na eventual celebração de Termos Aditivos, indicar-se-ão os créditos e empenhos para sua cobertura e de cada parcela da despesa a ser transferida em exercício futuro.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

As prestações de contas parciais devem ser apresentadas até o 10º (décimo) dia após terminado o período a que se refere a parcela, sendo a última entregue até 45 (quarenta e cinco) dias após o término da presente parceria, acompanhada do comprovante de devolução do saldo.

Parágrafo Primeiro: A prestação de contas será instruída com os documentos indicados na Resolução CGM nº 1.285 de 23 de fevereiro de 2017.

Parágrafo Segundo: A prestação de contas somente será recebida pelo MUNICÍPIO se estiver instruída com todos os documentos referidos no PARÁGRAFO PRIMEIRO.

Parágrafo Terceiro: No caso de erro, os documentos apresentados serão devolvidos à ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, ficando o repasse da parcela subsequente condicionado à reapresentação válida desses documentos.

Parágrafo Quarto: Os mapas, demonstrativos e relatórios físico-financeiros deverão conter assinatura do representante legal da ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL bem como de Contabilista registrado no Conselho Regional de Contabilidade.

Parágrafo Quinto: Os documentos fiscais originais deverão conter carimbo ou dizeres com os seguintes termos: "Prestação de Contas nº XXX/XXXX – TERMO DE COLABORAÇÃO Nº 059/2023, entre a (Instituição) e a Secretaria Municipal de Saúde".

Parágrafo Sexto: A ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL deverá manter em boa ordem e guarda todos os documentos originais que comprovem as despesas realizadas no decorrer da parceria durante o prazo de 10 (dez) anos.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DA FORMA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O MUNICÍPIO deverá realizar procedimentos de fiscalização das parcerias celebradas antes do término da sua vigência, inclusive por meio de visitas *in loco*, para fins de monitoramento e avaliação do cumprimento do objeto, na forma do regulamento.

Parágrafo Primeiro: Para a implementação do disposto no caput, o órgão poderá valer-se do apoio técnico de terceiros, delegar competência ou firmar parcerias com órgãos ou entidades que se situem próximos ao local de aplicação dos recursos.

Parágrafo Segundo: Nas parcerias com vigência superior a 1 (um) ano, o MUNICÍPIO realizará, sempre que possível, pesquisa de satisfação com os beneficiários do Plano de Trabalho e utilizará os resultados como subsídio na avaliação da parceria celebrada e do cumprimento dos objetivos pactuados bem como na reorientação e no ajuste das metas e atividades definidas.

Parágrafo Terceiro: Para a implementação do disposto no PARÁGRAFO SEGUNDO, o MUNICÍPIO poderá valer-se do apoio técnico de terceiros, delegar competência ou firmar parcerias com órgãos ou entidades que se situem próximos ao local de aplicação dos recursos.

Parágrafo Quarto: O MUNICÍPIO emitirá relatório técnico de monitoramento e avaliação da parceria celebrada mediante TERMO DE COLABORAÇÃO e o submeterá à Comissão de Monitoramento e Avaliação designada, que o homologará, independentemente da obrigatoriedade de apresentação da prestação de contas devida pela ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL.

Parágrafo Quinto: O relatório técnico de monitoramento e avaliação da parceria, sem prejuízo de outros elementos, deverá conter:

- (i) descrição sumária das atividades e metas estabelecidas;
- (ii) análise das atividades realizadas, do cumprimento das metas e do impacto do benefício social obtido em razão da execução do objeto até o período, com base nos indicadores estabelecidos e aprovados no Plano de Trabalho;
- (iii) valores efetivamente transferidos pela Administração Pública;
- (iv) análise dos documentos comprobatórios das despesas apresentados pela ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL na prestação de contas, quando não for comprovado o alcance das metas e resultados estabelecidos no respectivo TERMO DE COLABORAÇÃO;
- (v) análise de eventuais auditorias realizadas pelos controles interno e externo, no âmbito da fiscalização preventiva, bem como de suas conclusões e das medidas que tomaram em decorrência dessas auditorias.

Parágrafo Sexto: Sem prejuízo da fiscalização pela Administração Pública e pelos órgãos de controle, a execução da parceria poderá ser acompanhada e fiscalizada pelos conselhos de políticas públicas das áreas correspondentes de atuação existentes, em cada esfera de governo.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DAS PENALIDADES

Pela inexecução total ou parcial do objeto deste TERMO DE COLABORAÇÃO, do Plano de Trabalho (Anexo I), bem como por execução da parceria em desacordo com a Lei Federal nº 13.019/2014, e suas alterações, e com o Decreto Municipal nº 42.696/2016, e suas

alterações, o MUNICÍPIO poderá, garantida a prévia defesa, aplicar à ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL as seguintes sanções:

- (i) Advertência;
- (ii) Suspensão temporária da participação em chamamento público e impedimento de celebrar parceria ou contrato com órgãos e entidades da esfera de governo da Administração Pública sancionadora, por prazo não superior a dois anos;
- (iii) Declaração de inidoneidade para participar de chamamento público ou celebrar parceria ou contrato com órgãos e entidades de todas as esferas de governo, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL ressarcir a Administração Pública pelos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada com base no inciso (ii).

Parágrafo Único: As sanções estabelecidas nos incisos (ii) e (iii) são de competência exclusiva do Secretário Municipal de Saúde, facultada a defesa do interessado no respectivo processo, no prazo de dez dias da abertura de vista, podendo a reabilitação ser requerida após dois anos de aplicação da penalidade.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DA EXCLUSÃO DE RESPONSABILIDADE

A ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL assume, como exclusivamente seus, os riscos e as despesas decorrentes da contratação de pessoal necessária à boa e perfeita execução do presente TERMO DE COLABORAÇÃO e pelo comportamento de seus empregados, prepostos ou subordinados, e, ainda, quaisquer prejuízos que sejam causados ao MUNICÍPIO ou a terceiros.

Parágrafo Primeiro: Os danos e prejuízos deverão ser ressarcidos ao MUNICÍPIO no prazo de 48 (quarenta e oito) horas contadas da notificação à ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL do ato administrativo que lhes fixar o valor, sob pena de aplicação de penalidades na forma da CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA.

Parágrafo Segundo: O MUNICÍPIO não é responsável pelo pagamento dos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais relacionados à execução do objeto previsto no presente TERMO DE COLABORAÇÃO, não se caracterizando responsabilidade solidária ou subsidiária do MUNICÍPIO pelos respectivos pagamentos, qualquer oneração do objeto da parceria ou os danos decorrentes de restrição à sua execução.

Parágrafo Terceiro: O MUNICÍPIO não será responsável por quaisquer compromissos assumidos pela ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL com terceiros, ainda que

vinculados à execução do presente TERMO DE COLABORAÇÃO, bem como por seus empregados, prepostos ou subordinados.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA- DA DENÚNCIA

O presente instrumento pode ser denunciado antes do término do prazo inicialmente pactuado, após manifestação expressa, por ofício ou carta remetida à outra parte, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias. Nesta hipótese, as partes definirão através de Termo de Encerramento as respectivas condições, sanções e delimitações claras de responsabilidades em relação à conclusão ou extinção do trabalho em andamento.

Parágrafo Único: Por ocasião da denúncia, os saldos financeiros remanescentes, inclusive os provenientes das receitas obtidas das aplicações financeiras realizadas, serão devolvidos ao órgão repassador dos recursos, no prazo improrrogável de 30 (trinta) dias, sob pena de imediata instauração de Tomada de Contas Especial do responsável, providenciada pela autoridade competente do órgão responsável pela parceria, com encaminhamento posterior à conclusão à Controladoria Geral do Município.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - DA RESCISÃO

No caso de detecção de quaisquer irregularidades cometidas pela ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, o MUNICÍPIO poderá rescindir o presente TERMO DE COLABORAÇÃO, sem necessidade de antecedência de comunicação.

Parágrafo Único: Na ocorrência de rescisão, o MUNICÍPIO suspenderá imediatamente todo e qualquer repasse à ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, ficando esta obrigada a prestar contas das importâncias recebidas e a devolver os saldos financeiros remanescentes, inclusive os provenientes das receitas obtidas das aplicações financeiras realizadas, no prazo improrrogável de 30 (trinta) dias, sob pena de imediata instauração de Tomada de Contas Especial do responsável, providenciada pela autoridade competente do órgão responsável pela parceria, com encaminhamento posterior à conclusão à Controladoria Geral do Município.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA - DA RETOMADA DOS BENS E ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE

No caso de inexecução por culpa exclusiva da ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, somente para assegurar o atendimento de serviços essenciais à população, o MUNICÍPIO poderá, por ato próprio e independentemente de autorização judicial, a fim de realizar ou manter a execução das metas ou atividades pactuadas:

- (i) retomar os bens públicos em poder da ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL parceira, qualquer que tenha sido a modalidade ou título que concedeu direitos de uso de tais bens;
- (ii) assumir a responsabilidade pela execução do restante do objeto previsto no Plano de Trabalho, no caso de paralisação, de modo a evitar sua descontinuidade, devendo ser considerado na prestação de contas o que foi executado pela ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL até o momento em que o MUNICÍPIO assumir essas responsabilidades.

CLÁUSULA VIGÉSIMA - DA MANUTENÇÃO DOS REQUISITOS DE HABILITAÇÃO

A ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL deverá manter as condições de habilitação previstas no Edital de Chamamento Público nº 001/2023 durante o curso do presente TERMO DE COLABORAÇÃO.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – DA FORÇA MAIOR

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

Parágrafo Único: Os motivos de força maior poderão justificar a suspensão da execução do TERMO DE COLABORAÇÃO e a alteração do Programa de Trabalho, desde que por Termo Aditivo.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – DA RESILIÇÃO UNILATERAL PELO MUNICÍPIO

Em caso de resilição unilateral por parte do MUNICÍPIO, a ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL fará jus exclusivamente ao ressarcimento dos danos materiais comprovadamente demonstrados, desde que o repasse tenha obedecido ao Cronograma de Desembolso (Anexo II).

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA - DA PUBLICAÇÃO

Até o quinto dia útil do mês seguinte ao de sua assinatura, deverá ser providenciada a publicação do presente instrumento, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, em extrato, no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, à conta do MUNICÍPIO.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA - DO CONTROLE ORÇAMENTÁRIO E FINANCEIRO

O MUNICÍPIO providenciará a remessa de cópias do presente TERMO DE COLABORAÇÃO ao órgão de controle interno do Município, no prazo de 5 (cinco) dias,

contados de sua assinatura e ao Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro, na forma do art. 1º da Resolução TCMRJ n.º 044, de 23/02/2022.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA - DO FORO

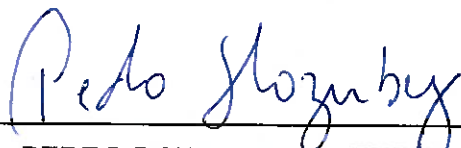
Fica eleito o foro Central da Comarca da Capital do Estado do Rio de Janeiro, renunciando, desde já, a ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL a qualquer outro que porventura venha a ter, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem justos e acertados, firmam o presente TERMO DE COLABORAÇÃO em 03 (três) vias de igual teor e validade, juntamente com as testemunhas abaixo assinadas.

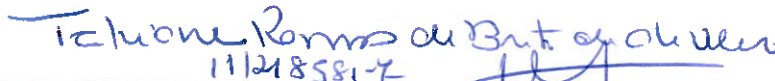
Rio de Janeiro, 02 de maio de 2023.

MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

RODRIGO DE SOUSA PRADO
Secretário Municipal de Saúde

ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL VIVA RIO

PEDRO DANIEL STROZENBERG
Presidente do Conselho de Administração


11/218581-7**TESTEMUNHA**

(Cargo, matrícula e lotação)

Marcus Vinícius dos S. Tavares

Coordenador II

Coordenação de Convênios

SINOCOV/CCV

Matr. 11210.618-5

TESTEMUNHA

(Cargo, matrícula e lotação)



**ANEXO I DO TERMO DE COLABORAÇÃO
CESSÃO E ADMINISTRAÇÃO DOS BENS PÚBLICOS**

I – Fica permitido, o uso dos bens públicos relacionados no Apenso deste Termo de Colaboração, oriundo do processo administrativo 09/007.336/2021, assim como os bens que lhes guarnecem.

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

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

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

V - Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes que por ventura venham a ser adquiridos com recursos oriundos do Termo de Colaboração, deverão ser incorporados ao patrimônio da Prefeitura do Município do Rio de Janeiro, hipótese em que a ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL deverá entregar ao MUNICÍPIO a documentação necessária ao processo de incorporação dos bens patrimoniais.

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

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

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

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

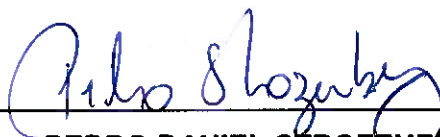
X - Deverá a ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL providenciar seguro contra incêndio, raio, explosão e riscos diversos (danos elétricos, vendaval, quebra de vidros e responsabilidade civil) para o prédio, instalações e equipamentos indispensáveis ao funcionamento do bem imóvel cedido. A contratação do seguro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

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

Rio de Janeiro, 02 de maio de 2023.



RODRIGO DE SOUSA PRADO
Secretário Municipal de Saúde



PEDRO DANIEL STROZENBERG
Presidente do Conselho de Administração
Organização da Sociedade Civil VIVA RIO

I - BEM IMÓVEL CEDIDO À ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL EM FUNÇÃO DO TERMO DE COLABORAÇÃO

UNIDADE: CAPSad III Miriam Makeba

ENDEREÇO: Rua Professor Lacê, 485 - Ramos

ÁREA INTERNA	ÁREA EXTERNA	ÁREA TOTAL
482 m²	482 m²	494 m²

II - RELAÇÃO DE BENS MÓVEIS CEDIDOS À ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL EM FUNÇÃO DO TERMO DE COLABORAÇÃO

CAPS AD MIRIAM MAKEBA				
INVENTÁRIO DOS BENS DA UNIDADE				
ITE	NOME DO ITEM	MODELO	CATEGORIA	ESTADO DE CONSERVAÇÃO
1	ARMÁRIO DE FERRO 16 LUGARES	-	MÓVEL	BEM RECUPERÁVEL
2	ARMÁRIO DE FERRO 16 LUGARES	-	MÓVEL	BEM RECUPERÁVEL
3	ARMÁRIO DE FERRO 16 LUGARES	-	MÓVEL	BEM RECUPERÁVEL
4	ARMÁRIO MDF	-	MÓVEL	BEM REGULAR
5	ARMÁRIO MDF	-	MÓVEL	BEM REGULAR
6	ARMÁRIO MDF	-	MÓVEL	BEM PRECÁRIO
7	ARMÁRIO MDF	-	MÓVEL	BEM PRECÁRIO
8	ARMÁRIO MDF	-	MÓVEL	BEM PRECÁRIO
9	ARMÁRIO MDF	-	MÓVEL	BEM PRECÁRIO
10	ARMÁRIO MDF	-	MÓVEL	BEM PRECÁRIO
11	ARQUIVO FERRO COM GAVETA	-	MÓVEL	BEM REGULAR
12	ARQUIVO FERRO COM GAVETA	-	MÓVEL	BEM OBSOLETO / DANIFICADO
13	BANCO DE MADEIRA	-	MÓVEL	BEM RECUPERÁVEL
14	BEBEDOURO INDUSTRIAL		ELETRODOMÉSTICO	BEM DANIFICADO / RECUPERÁVEL
15	BEBEDOURO INDUSTRIAL		ELETRODOMÉSTICO	BEM DANIFICADO / RECUPERÁVEL
16	BEBEDOURO	SOFT	ELETRODOMÉSTICO	BEM REGULAR
17	BEBEDOURO	SOFT	ELETRODOMÉSTICO	BEM RECUPERÁVEL
18	BICAMA MDF		MÓVEL	BEM REGULAR
19	CADEIRA AZUL	-	MÓVEL	BEM REGULAR
20	CADEIRA AZUL	-	MÓVEL	BEM REGULAR
21	CADEIRA AZUL	-	MÓVEL	BEM REGULAR
22	CADEIRA AZUL	-	MÓVEL	BEM REGULAR
23	CADEIRA AZUL	-	MÓVEL	BEM REGULAR
24	CADEIRA AZUL	-	MÓVEL	BEM REGULAR
25	CADEIRA AZUL	-	MÓVEL	BEM REGULAR

PDT

8

26	CADEIRA AZUL	-	MÓVEL	BEM REGULAR
27	CADEIRA AZUL	-	MÓVEL	BEM REGULAR
28	CADEIRA AZUL	-	MÓVEL	BEM REGULAR
29	CADEIRA AZUL	-	MÓVEL	BEM REGULAR
30	CADEIRA AZUL	-	MÓVEL	BEM REGULAR
31	CADEIRA AZUL	-	MÓVEL	BEM REGULAR
32	CADEIRA AZUL	-	MÓVEL	BEM REGULAR
33	CADEIRA AZUL	-	MÓVEL	BEM REGULAR
34	CADEIRA AZUL	-	MÓVEL	BEM REGULAR
35	CADEIRA AZUL	-	MÓVEL	BEM REGULAR
36	CADEIRA AZUL	-	MÓVEL	BEM REGULAR
37	CADEIRA AZUL	-	MÓVEL	BEM RECUPERÁVEL
38	CADEIRA AZUL	-	MÓVEL	BEM RECUPERÁVEL
39	CADEIRA AZUL	-	MÓVEL	BEM RECUPERÁVEL
40	CADEIRA AZUL	-	MÓVEL	BEM RECUPERÁVEL
41	CADEIRA DE PLASTICO PRETA	-	MÓVEL	BEM REGULAR
42	CADEIRA DE PLASTICO PRETA	-	MÓVEL	BEM REGULAR
43	CADEIRA DE PLASTICO PRETA	-	MÓVEL	BEM REGULAR
44	CADEIRA DE PLASTICO PRETA	-	MÓVEL	BEM REGULAR
45	CADEIRA DE PLASTICO PRETA	-	MÓVEL	BEM REGULAR
46	CADEIRA DE RODAS	-	MÓVEL - HOSPITALAR	BEM RECUPERÁVEL
47	CADEIRA DE RODAS	-	MÓVEL - HOSPITALAR	BEM OBSOLETO / DANIFICADO
48	CAMA DE FERRO	-	MÓVEL	BEM REGULAR / RECUPERÁVEL
49	CAMA DE FERRO	-	MÓVEL	BEM REGULAR / RECUPERÁVEL
50	CAMA DE FERRO	-	MÓVEL	BEM REGULAR
51	CAMAS DE MADEIRA	-	MÓVEL	BEM REGULAR
52	CAMAS DE MADEIRA	-	MÓVEL	BEM REGULAR
53	CAMAS DE MADEIRA	-	MÓVEL	BEM REGULAR
54	CAMAS DE MADEIRA	-	MÓVEL	BEM REGULAR
55	CAMAS DE MADEIRA	-	MÓVEL	BEM REGULAR
56	CAMAS DE MADEIRA	-	MÓVEL	BEM REGULAR
57	CAMAS DE MADEIRA	-	MÓVEL	BEM DANIFICADO
58	CAMAS DE MADEIRA	-	MÓVEL	BEM DANIFICADO
59	CAMAS DE MADEIRA	-	MÓVEL	BEM DANIFICADO
60	CAMAS DE MADEIRA	-	MÓVEL	BEM DANIFICADO
61	ESTANTE DE FERRO COM PRATELEIRAS	-	MÓVEL	BEM DANIFICADO
62	ESTANTE DE FERRO COM PRATELEIRAS	-	MÓVEL	BEM REGULAR
63	ESTANTE DE FERRO COM PRATELEIRAS	-	MÓVEL	BEM REGULAR
64	ESTANTE DE FERRO COM PRATELEIRAS	-	MÓVEL	BEM REGULAR
65	ESTANTE DE FERRO COM PRATELEIRAS	-	MÓVEL	BEM REGULAR
66	ESTANTE DE FERRO COM PRATELEIRAS	-	MÓVEL	BEM REGULAR
67	FRIGOBAR	CONSUL	ELETRODOMÉSTICO	BEM REGULAR
68	GELADEIRA	BRASTEMP	ELETRODOMÉSTICO	BEM REGULAR
69	GELADEIRA	BRASTEMP	ELETRODOMÉSTICO	BEM REGULAR
70	LEITO DE FERRO (PROCEDIMENTO)		MÓVEL - HOSPITALAR	BEM RECUPERÁVEL
71	LONGARINA 3 LUGARES		MÓVEL	BEM REGULAR
72	LONGARINA 3 LUGARES		MÓVEL	BEM REGULAR
73	LONGARINA 3 LUGARES		MÓVEL	BEM REGULAR
74	LONGARINA 3 LUGARES		MÓVEL	BEM RECUPERÁVEL
75	LONGARINA 3 LUGARES		MÓVEL	BEM RECUPERÁVEL
76	MAQUINA DE COSTURA			OBSOLETO
77	MESA 8 LUGARES		MÓVEL	BEM REGULAR
78	MESA DE ESCRITÓRIO		MÓVEL	BEM REGULAR
79	MESA DE ESCRITÓRIO		MÓVEL	BEM REGULAR
80	MESA DE ESCRITÓRIO		MÓVEL	BEM REGULAR
81	MESA DE ESCRITÓRIO		MÓVEL	BEM REGULAR
82	MESA DE ESCRITÓRIO		MÓVEL	BEM REGULAR
83	MESA DE ESCRITÓRIO		MÓVEL	BEM REGULAR
84	MESA DE ESCRITÓRIO		MÓVEL	BEM REGULAR
85	MESA DE ESCRITÓRIO		MÓVEL	BEM DANIFICADO
86	MESA DE ESCRITÓRIO		MÓVEL	BEM DANIFICADO
87	MESA DE ESCRITÓRIO		MÓVEL	OBSOLETO
88	MESA DE FERRO		MÓVEL	BEM REGULAR
89	MESA DE IMPRESSORA		MÓVEL	BEM REGULAR
90	MESA DE TIPO POLTRONA		MÓVEL	BEM DANIFICADO

91	MESA MDF 6 LUGARES		MÓVEL	BEM REGULAR
92	MESA MDF QUADRADA		MÓVEL	BEM DANIFICADO
93	MESA MDF QUADRADA		MÓVEL	BEM DANIFICADO
94	MESA MDF QUADRADA		MÓVEL	BEM DANIFICADO
95	MESA MDF REDONDA		MÓVEL	BEM REGULAR
96	PORTA SORO		EQUIPAMENTO - HOSPITALAR	BEM REGULAR
97	PORTA SORO		EQUIPAMENTO - HOSPITALAR	BEM REGULAR
98	PORTA SORO		EQUIPAMENTO - HOSPITALAR	BEM DANIFICADO
99	APARELHOS DE AR CONDICIONADO		ELETRODOMÉSTICO	BEM REGULAR
100	APARELHOS DE AR CONDICIONADO		ELETRODOMÉSTICO	BEM REGULAR
101	APARELHOS DE AR CONDICIONADO		ELETRODOMÉSTICO	BEM REGULAR
102	APARELHOS DE AR CONDICIONADO		ELETRODOMÉSTICO	BEM OBSOLETO / DANIFICADO
103	APARELHOS DE AR CONDICIONADO		ELETRODOMÉSTICO	BEM OBSOLETO / DANIFICADO
104	APARELHOS DE AR CONDICIONADO		ELETRODOMÉSTICO	BEM OBSOLETO / DANIFICADO
105	APARELHOS DE AR CONDICIONADO		ELETRODOMÉSTICO	BEM OBSOLETO / DANIFICADO
106	APARELHOS DE AR CONDICIONADO		ELETRODOMÉSTICO	BEM OBSOLETO / DANIFICADO
107	VENTILADOR DE PAREDE		ELETRODOMÉSTICO	BEM REGULAR
108	BOMBA D'ÁGUA		ELETRODOMÉSTICO	BEM REGULAR

I - BEM IMÓVEL CEDIDO À ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL EM FUNÇÃO DO TERMO DE COLABORAÇÃO

UNIDADE: CAPSi Ilha

ENDEREÇO: Av. Ilha das Enxadas, 100 – Ilha do Governador

ÁREA INTERNA	ÁREA EXTERNA	ÁREA TOTAL
342,36 m²	69,93 m²	342,36 m²

II - RELAÇÃO DE BENS MÓVEIS CEDIDOS À ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL EM FUNÇÃO DO TERMO DE COLABORAÇÃO





CAPSi Ilha				
INVENTÁRIO DOS BENS DA UNIDADE				
ITEM	NOME DO ITEM	MODELO	CATEGORIA	ESTADO DE CONSERVAÇÃO
1	Longarinas		MÓVEIS	BEM REGULAR
2	Cadeiras		MÓVEIS	BEM RUIM
3	Mesa		MÓVEIS	BEM RUIM
4	Ventilador		ELETRODOMÉSTICO	BEM REGULAR
5	Cadeiras		MÓVEIS	BEM RUIM
6	Mesa		MÓVEIS	BEM RUIM
7	Impressora		EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA	BEM REGULAR
8	Gaveteiro		MÓVEIS	BEM RUIM
9	Armário		MÓVEIS	BEM RUIM
10	Monitor		EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA	BEM REGULAR
11	Estabilizador		EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA	BEM REGULAR
12	Teclado		EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA	BEM REGULAR
13	Mouse		EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA	BEM REGULAR
14	CPU		EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA	BEM REGULAR
15	Ar Condicionado		ELETRODOMÉSTICO	BEM REGULAR
16	Quadro Branco		MÓVEIS	BEM REGULAR
17	Armário		MÓVEIS	BEM RUIM
18	Cadeiras		MÓVEIS	BEM RUIM
19	Mesa		MÓVEIS	BEM RUIM
20	Monitor		EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA	BEM REGULAR
21	Estabilizador		EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA	BEM REGULAR
22	Teclado		EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA	BEM REGULAR
23	Mouse		EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA	BEM REGULAR
24	CPU		EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA	BEM REGULAR
25	Poltrona		MÓVEIS	BEM RUIM
26	Cadeiras		MÓVEIS	BEM RUIM
27	Espelho		MÓVEIS	BEM REGULAR
28	Mesa		MÓVEIS	BEM RUIM
29	Cadeiras		MÓVEIS	BEM RUIM
30	Gaveteiro		MÓVEIS	BEM RUIM
31	Espelho		MÓVEIS	BEM REGULAR
32	Mini-Armário		MÓVEIS	BEM RUIM
33	Cadeiras		MÓVEIS	BEM RUIM
34	Ar Condicionado		ELETRODOMÉSTICO	BEM RUIM
35	Armário		MÓVEIS	BEM RUIM
36	Mesa		MÓVEIS	BEM RUIM
37	Cadeiras		MÓVEIS	BEM RUIM
38	Modem		EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA	BEM RUIM
39	Armário		MÓVEIS	BEM REGULAR
40	Geladeira		ELETRODOMÉSTICO	BEM RUIM
41	Microondas		ELETRODOMÉSTICO	BEM REGULAR
42	Purificador de Água		ELETRODOMÉSTICO	BEM REGULAR
43	Cadeira		MÓVEIS	BEM RUIM
44	Mesas		MÓVEIS	BEM RUIM
45	Cadeiras		MÓVEIS	BEM RUIM
46	Armário		MÓVEIS	BEM RUIM
47	Cadeiras PCDs		MÓVEIS	BEM RUIM
48	Estante		MÓVEIS	BEM REGULAR
49	Mesas		MÓVEIS	BEM RUIM
50	Cadeiras		MÓVEIS	BEM RUIM

51	Monitor		EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA	BEM REGULAR
52	Estabilizador		EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA	BEM REGULAR
53	Teclado		EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA	BEM REGULAR
54	Mouse		EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA	BEM REGULAR
55	CPU		EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA	BEM REGULAR
56	Estante		MÓVEIS	BEM RUIM
57	Quadro Branco		MÓVEIS	BEM REGULAR
58	Ponto Biométrico		ELETRODOMÉSTICO	BEM REGULAR
59	Ar Condicionado		ELETRODOMÉSTICO	BEM REGULAR
60	Armário		MÓVEIS	BEM REGULAR
61	Cama		MÓVEIS	BEM REGULAR
62	Armário		MÓVEIS	BEM REGULAR

I - BEM IMÓVEL CEDIDO À ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL EM FUNÇÃO DO TERMO DE COLABORAÇÃO

UNIDADE: CAPSi Visconde de Sabugosa

ENDEREÇO: Av. Guanabara, s/nº - Praia de Ramos – Ramos

ÁREA INTERNA	ÁREA EXTERNA	ÁREA TOTAL
223 m²	127 m²	350 m²

II - RELAÇÃO DE BENS MÓVEIS CEDIDOS À ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL EM FUNÇÃO DO TERMO DE COLABORAÇÃO





CAPSI VISCONDE DE SABUGOSA				
INVENTÁRIO DOS BENS DA UNIDADE				
ITEM	NOME DO ITEM	MODELO	CATEGORIA	ESTADO DE CONSERVAÇÃO
1	GELADEIRA 1 PORTA CONSUL	FACILITE FROST FREE	ELETRODOMÉSTICO	BEM REGULAR
2	MICRONDAS MIDEA	MTF E21 20 LTS	ELETRODOMÉSTICO	BEM REGULAR
3	TV CCE LED	STILE 32"	ELETRODOMÉSTICO	BEM REGULAR
4	AR CONDICIONADO CONSUL	EFICIÊNCIA MASTER 12000 BTUS	ELETRODOMÉSTICO	BEM DANIFICADO
5	AR CONDICIONADO ELETROLUX	MAXIMUS 7500 BTUS	ELETRODOMÉSTICO	BEM REGULAR
6	VENTILADOR DE PAREDE	VENEZA	ELETRODOMÉSTICO	BEM REGULAR
7	VENTILADOR DE PAREDE	VENEZA	ELETRODOMÉSTICO	BEM REGULAR
8	VENTILADOR DE PAREDE	VENTURA	ELETRODOMÉSTICO	BEM REGULAR
9	VENTILADOR DE PAREDE	VENTURA	ELETRODOMÉSTICO	BEM REGULAR
10	VENTILADOR DE PAREDE	VENTURA	ELETRODOMÉSTICO	BEM REGULAR
11	VENTILADOR DE PAREDE	VENTURA	ELETRODOMÉSTICO	BEM REGULAR
12	BEBEDOURO INDUSTRIAL	INOX 3 TORNEIRAS 127 V	ELETRODOMÉSTICO	BEM REGULAR
13	MESA ESCRITÓRIO S/ GAVETAS MADEIRA	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
14	MESA ESCRITÓRIO S/ GAVETAS MADEIRA	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
15	MESA ESCRITÓRIO S/ GAVETAS MADEIRA	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
16	MESA ESCRITÓRIO S/ GAVETAS MADEIRA	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
17	MESA ESCRITÓRIO S/ GAVETAS MADEIRA	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
18	MESA ESCRITÓRIO S/ GAVETAS MADEIRA	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
19	MESA ESCRITÓRIO S/ GAVETAS MADEIRA	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
20	MESA ESCRITÓRIO S/ GAVETAS MADEIRA	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
21	MESA ESCRITÓRIO S/ GAVETAS MADEIRA	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
22	MESA ESCRITÓRIO S/ GAVETAS MADEIRA	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
23	MESA ESCRITÓRIO 3 GAVETAS MADEIRA	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM DANIFICADO (S/ 2 GAVETAS)
24	MESA ESCRITÓRIO 3 GAVETAS MADEIRA	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM DANIFICADO (S/ 3 GAVETAS)
25	MESA ESCRITÓRIO 4 GAVETAS MADEIRA	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
26	MESA REFEITÓRIO RETANGULAR MADEIRA	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
27	MESA REDONDA REUNIÃO 5 LUGARES MADEIRA	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
28	CADEIRA ESTOFADA C/ BRAÇO	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
29	CADEIRA ESTOFADA C/ BRAÇO	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
30	CADEIRA ESTOFADA C/ BRAÇO	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
31	CADEIRA ESTOFADA S/ BRAÇO	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
32	CADEIRA ESTOFADA S/ BRAÇO	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
33	CADEIRA ESTOFADA S/ BRAÇO	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
34	CADEIRA ESTOFADA S/ BRAÇO	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
35	CADEIRA ESTOFADA S/ BRAÇO	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
36	CADEIRA ESTOFADA S/ BRAÇO	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
37	CADEIRA PLÁSTICA S/BRAÇO BASE FERRO	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
38	CADEIRA PLÁSTICA S/BRAÇO BASE FERRO	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
39	CADEIRA PLÁSTICA S/BRAÇO BASE FERRO	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
40	CADEIRA PLÁSTICA S/BRAÇO BASE FERRO	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
41	CADEIRA PLÁSTICA S/BRAÇO BASE FERRO	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
42	CADEIRA PLÁSTICA S/BRAÇO BASE FERRO	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
43	CADEIRA PLÁSTICA S/BRAÇO BASE FERRO	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
44	CADEIRA PLÁSTICA S/BRAÇO BASE FERRO	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
45	CADEIRA PLÁSTICA S/BRAÇO BASE FERRO	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
46	CADEIRA PLÁSTICA S/BRAÇO BASE FERRO	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
47	CADEIRA ESTOFADA LONGARINA 3 LUGARES	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
48	CADEIRA ESTOFADA LONGARINA 3 LUGARES	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
49	CADEIRA ESTOFADA LONGARINA 3 LUGARES	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
50	CADEIRA ESTOFADA LONGARINA 3 LUGARES	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
51	CADEIRA ESTOFADA LONGARINA 3 LUGARES	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
52	CADEIRA ESTOFADA LONGARINA 3 LUGARES	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
53	CADEIRA ESTOFADA LONGARINA 3 LUGARES	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
54	CADEIRA ESTOFADA LONGARINA 3 LUGARES	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
55	CADEIRA ESTOFADA LONGARINA 3 LUGARES	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
56	CADEIRA ESTOFADA LONGARINA 3 LUGARES	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
57	BANCO DE JARDIM 5 LUGARES MADEIRA/FERRO	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
58	BANCO DE JARDIM 5 LUGARES MADEIRA/FERRO	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
59	BANCO DE JARDIM 5 LUGARES MADEIRA/FERRO	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
60	BANCO DE JARDIM 5 LUGARES MADEIRA/FERRO	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR





61	BANCO DE JARDIM 5 LUGARES MADEIRA/FERRO	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
62	CAMA HOSPITALAR	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
63	MACA	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
64	MACA	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
65	MACA	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
66	MACA	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
67	ARQUIVO DE AÇO 4 GAVETAS	S/ IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
68	ARQUIVO DE AÇO 4 GAVETAS	S/ IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
69	ESTANTE DE AÇO 6 PRATELEIRAS	S/ IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
70	ESTANTE DE AÇO 6 PRATELEIRAS	S/ IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
71	ESTANTE DE AÇO 6 PRATELEIRAS	S/ IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
72	ESTANTE DE AÇO 6 PRATELEIRAS	S/ IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
73	ESTANTE DE AÇO 5 PRATELEIRAS	S/ IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
74	ESTANTE DE AÇO 5 PRATELEIRAS	S/ IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
75	MESA DE AÇO C/ 2 GAVETAS (COPA)	S/ IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
76	MESA DE AÇO C/ 2 GAVETAS (COPA)	S/ IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
77	ARMÁRIO ENFERMAGEM PORTA DE VIDRO	S/ IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
78	ARMÁRIO ENFERMAGEM PORTA DE VIDRO	S/ IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
79	CPU POSITIVO	MASTER C610 MINIPRO	EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA	BEM REGULAR
80	CPU POSITIVO	MASTER C610 MINIPRO	EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA	BEM REGULAR
81	CPU POSITIVO	MASTER C610 MINIPRO	EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA	BEM REGULAR
82	CPU POSITIVO	MASTER C610 MINIPRO	EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA	BEM REGULAR
83	MONITOR LCD POSITIVO	22MP55PK"	EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA	BEM REGULAR
84	MONITOR LCD POSITIVO	22MP55PK"	EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA	BEM REGULAR
85	MONITOR LCD POSITIVO	22MP55PK"	EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA	BEM REGULAR
86	MONITOR LCD POSITIVO	22MP55PK"	EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA	BEM REGULAR
87	TECLADO POSITIVO	SK 6620	EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA	BEM REGULAR
88	TECLADO POSITIVO	SK 6620	EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA	BEM REGULAR
89	TECLADO POSITIVO	SK 6620	EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA	BEM REGULAR
90	TECLADO POSITIVO	SK 6620	EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA	BEM REGULAR
91	MOUSE POSITIVO	SM 6620	EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA	BEM REGULAR
92	MOUSE POSITIVO	SM 6620	EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA	BEM REGULAR
93	MOUSE POSITIVO	SM 6620	EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA	BEM REGULAR
94	MOUSE POSITIVO	SM 6620	EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA	BEM REGULAR
95	CPU POSITIVO (NOVO)	MASTER D2200	EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA	BEM REGULAR
96	CPU POSITIVO (NOVO)	MASTER D2200	EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA	BEM REGULAR
97	CPU POSITIVO (NOVO)	MASTER D2200	EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA	BEM REGULAR
98	CPU POSITIVO (NOVO)	MASTER D2200	EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA	BEM REGULAR
99	CPU POSITIVO (NOVO)	MASTER D2200	EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA	BEM REGULAR
100	MONITOR LCD POSITIVO (NOVO)	HP V19B	EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA	BEM REGULAR
101	MONITOR LCD POSITIVO (NOVO)	HP V19B	EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA	BEM REGULAR
102	MONITOR LCD POSITIVO (NOVO)	HP V19B	EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA	BEM REGULAR
103	MONITOR LCD POSITIVO (NOVO)	HP V19B	EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA	BEM REGULAR
104	MONITOR LCD POSITIVO (NOVO)	HP V19B	EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA	BEM REGULAR
105	TECLADO POSITIVO (NOVO)	SK 6620	EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA	BEM REGULAR
106	TECLADO POSITIVO (NOVO)	SK 6620	EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA	BEM REGULAR
107	TECLADO POSITIVO (NOVO)	SK 6620	EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA	BEM REGULAR
108	TECLADO POSITIVO (NOVO)	SK 6620	EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA	BEM REGULAR
109	TECLADO POSITIVO (NOVO)	SK 6620	EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA	BEM REGULAR
110	MOUSE POSITIVO (NOVO)	SM 6620	EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA	BEM REGULAR
111	MOUSE POSITIVO (NOVO)	SM 6620	EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA	BEM REGULAR
112	MOUSE POSITIVO (NOVO)	SM 6620	EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA	BEM REGULAR
113	MOUSE POSITIVO (NOVO)	SM 6620	EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA	BEM REGULAR
114	MOUSE POSITIVO (NOVO)	SM 6620	EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA	BEM REGULAR
115	EXTINTOR DE INCÊNDIO CO2	S/ IDENTIFICAÇÃO		BEM REGULAR
116	EXTINTOR DE INCÊNDIO CO2	S/ IDENTIFICAÇÃO		BEM REGULAR
117	EXTINTOR DE INCÊNDIO CO2	S/ IDENTIFICAÇÃO		BEM REGULAR
118	EXTINTOR DE INCÊNCIO AP	S/ IDENTIFICAÇÃO		BEM REGULAR
119	EXTINTOR DE INCÊNCIO AP	S/ IDENTIFICAÇÃO		BEM REGULAR




I - BEM IMÓVEL CEDIDO À ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL EM FUNÇÃO DO TERMO DE COLABORAÇÃO		
UNIDADE: CAPS III Ernesto Nazareth		
ENDEREÇO: Av. Paranaçu, 435 – Freguesia – Ilha do Governador		
ÁREA INTERNA	ÁREA EXTERNA	ÁREA TOTAL
314 m²	93 m²	272 m²

II - RELAÇÃO DE BENS MÓVEIS CEDIDOS À ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL EM FUNÇÃO DO TERMO DE COLABORAÇÃO

CAPS ERNESTO NAZARETH				
INVENTÁRIO DOS BENS				
ITEM	NOME DO ITEM	MODELO	CATEGORIA	ESTADO DE CONSERVAÇÃO
1	Mesas Madeira cinza 3 gavetas	SEM IDENTIFICAÇÃO	MOVEIS	BEM REGULAR
2	Mesas Madeira cinza 2 gavetas	SEM IDENTIFICAÇÃO	MOVEIS	BEM REGULAR
3	Frigobar	CONSUL	ELETRODOMÉSTICO	BEM RUIM
4	Ventilador de parede preto/ferro	SEM IDENTIFICAÇÃO	ELETRODOMÉSTICO	BEM REGULAR
5	ventilador de teto branco com pás de plástico	SEM IDENTIFICAÇÃO	ELETRODOMÉSTICO	BEM REGULAR
6	Prateleira de madeira Branca	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
7	Escrivaninha branca com uma gaveta	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
8	Poltrona de ferro alcoxhada em couro preto	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
9	Mesa de madeira com tres gavetas	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
10	ar condicionado	FONTAINE 7,5 BTU	ELETRODOMÉSTICO	BEM REGULAR
11	Mesa madeira com duas gavetas	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
12	ventilador de teto branco com pás de plástico	SEM IDENTIFICAÇÃO	ELETRODOMÉSTICO	BEM REGULAR
13	Ar condicionado	MIDEA LIVA ECO 7,5 BTU	ELETRODOMÉSTICO	BEM REGULAR
14	Mesa de Ferro	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
15	Ar condicionado	KONECO 7,5 BTU	ELETRODOMÉSTICO	BEM REGULAR
16	Armario madeira	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
17	Mesa de Ferro	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
18	Armario de Madeira	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
19	Ar condicionado	CONSUL	ELETRODOMÉSTICO	BEM REGULAR
20	Mesa de ferro	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR

21	Balança ferro	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM OBSOLETO
22	Armario com prateleiras aberto de ferro	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
23	tres violões	SEM IDENTIFICAÇÃO		BEM RECUPERÁVEL
24	Tamborim	SEM IDENTIFICAÇÃO		BEM RECUPERÁVEL
25	Atabaque	SEM IDENTIFICAÇÃO		BEM RECUPERÁVEL
26	Timba	SEM IDENTIFICAÇÃO		BEM RECUPERÁVEL
27	Tarol	SEM IDENTIFICAÇÃO		BEM RECUPERÁVEL
28	Triangulo	SEM IDENTIFICAÇÃO		BEM RECUPERÁVEL
29	Panderola	SEM IDENTIFICAÇÃO		BEM RECUPERÁVEL
30	Ganzá	SEM IDENTIFICAÇÃO		BEM RECUPERÁVEL
31	Armario de Madeira	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
32	Mesa de Madeira com duas gavetas	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
33	Ar condicionado	SPRINGER 7,5 BTU	ELETRODOMÉSTICO	BEM RECUPERÁVEL
34	Leito de ferro com colchão	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM RECUPERÁVEL
35	Banqueta de NaPa	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
36	Prateleira de madeira	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
37	Ar condicionado	SPRINGER 7,5 BTU	ELETRODOMÉSTICO	BEM REGULAR
38	Armario de ferro com duas portas	SEM IDENTIFICAÇÃO	MÓVEIS	BEM REGULAR
39	Mesa de Madeira com tres gavetas	SEM IDENTIFICAÇÃO	MOVEIS	BEM REGULAR
40	Armario de Madeira com escaninhos	SEM IDENTIFICAÇÃO	MOVEIS	BEM REGULAR
41	Prateleira de madeira	SEM IDENTIFICAÇÃO	MOVEIS	BEM REGULAR
42	Quadro de vidro para chaves	SEM IDENTIFICAÇÃO	MOVEIS	BEM REGULAR
43	Cortina de ar	SURYHA	ELETRODOMÉSTICO	BEM REGULAR
44	Frigobar	CONSUL	ELETRODOMÉSTICO	BEM REGULAR
45	Mesa Oval	SEM IDENTIFICAÇÃO	MOVEIS	BEM REGULAR
46	Ar condicionado	LG	ELETRODOMÉSTICO	BEM REGULAR
47	Prateleira de madeira	SEM IDENTIFICAÇÃO	MOVEIS	BEM REGULAR
48	duas mesas para computador	SEM IDENTIFICAÇÃO	MOVEIS	BEM REGULAR
49	Armario de Madeira	SEM IDENTIFICAÇÃO	MOVEIS	BEM REGULAR
50	Mesas de madeira	SEM IDENTIFICAÇÃO	MOVEIS	BEM REGULAR
51	dois ventiladores de teto branco com pás de plastico	SEM IDENTIFICAÇÃO	ELETRODOMÉSTICO	BEM REGULAR
52	Dois ventiladores de parede preto de ferro	SEM IDENTIFICAÇÃO	ELETRODOMÉSTICO	BEM REGULAR
53	Geladeira	ELETROLUX RDE 37	ELETRODOMÉSTICO	BEM REGULAR
54	DOIS PUFF DE COURINO	SEM IDENTIFICAÇÃO	MOVEIS	BEM REGULAR
55	seis BANCOS DE MADEIRA	SEM IDENTIFICAÇÃO	MOVEIS	BEM REGULAR
56	sete longarinas	SEM IDENTIFICAÇÃO	MOVEIS	BEM REGULAR
57	CADEIRAS DE FERRO	SEM IDENTIFICAÇÃO	MOVEIS	BEM REGULAR
58	Quatro Cadeira com rodinhas	SEM IDENTIFICAÇÃO	MOVEIS	BEM REGULAR
59	Sete Cadeiras de plastico azul	SEM IDENTIFICAÇÃO	MOVEIS	BEM REGULAR
60	Cadeiras de ferro	SEM IDENTIFICAÇÃO	MOVEIS	BEM REGULAR
61	Poltrona colorida	SEM IDENTIFICAÇÃO	MOVEIS	BEM REGULAR
62	ventilador de teto branco com pás de plastico	SEM IDENTIFICAÇÃO	MOVEIS	BEM REGULAR
63	Estante para radio e televisão	SEM IDENTIFICAÇÃO	MOVEIS	BEM REGULAR
64	Seis Mesa de oficina	SEM IDENTIFICAÇÃO	MOVEIS	BEM REGULAR
65	Mesa de ping pong	SEM IDENTIFICAÇÃO	MOVEIS	BEM REGULAR
66	Mesa de Pembolim	SEM IDENTIFICAÇÃO	MOVEIS	BEM REGULAR
67	Armario de ferro	SEM IDENTIFICAÇÃO	MOVEIS	BEM REGULAR
68	Armario de ferro	SEM IDENTIFICAÇÃO	MOVEIS	BEM REGULAR
69	Cristaleira	SEM IDENTIFICAÇÃO	MOVEIS	BEM REGULAR
70	Mesa de ferro	SEM IDENTIFICAÇÃO	MOVEIS	BEM REGULAR
71	Cadeira de ferro	SEM IDENTIFICAÇÃO	MOVEIS	BEM REGULAR
72	Sete Pias	SEM IDENTIFICAÇÃO	MOVEIS	BEM REGULAR
73	Vasos Sanitarios	SEM IDENTIFICAÇÃO		BEM REGULAR
74	Sete Lixeiras para lixo comum	SEM IDENTIFICAÇÃO	MOVEIS	BEM REGULAR
75	Coifa	SEM IDENTIFICAÇÃO	ELETRODOMÉSTICO	BEM REGULAR

PD

8

76	Fogão industrial	SEM IDENTIFICAÇÃO	ELETRODOMÉSTICO	BEM REGULAR
77	Geladeira	SEM IDENTIFICAÇÃO	ELETRODOMÉSTICO	BEM REGULAR
78	Microondas	SEM IDENTIFICAÇÃO	ELETRODOMÉSTICO	BEM REGULAR
79	Ar condicionado Salão segundo andar	SPRINGER 7,5 BTU	ELETRODOMÉSTICO	BEM REGULAR
80	Cadeira de Rodas	SEM IDENTIFICAÇÃO	MOVEIS	BEM RECUPERAVEL
81	cinco Computadores completos em uso	POSITIVO	EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA	BEM REGULAR
82	CINCO Computadores Fora de uso (Aguardando inter	POSITIVO	EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA	BEM REGULAR
83	Televisão	LG	ELETRODOMÉSTICO	BEM REGULAR
84	Radio	LG	ELETRODOMÉSTICO	BEM RECUPERAVEL
85	Armario/prateleiras de ferro da cozinha	SEM IDENTIFICAÇÃO	MOVEIS	BEM REGULAR
86	Bebedouro de ferro	SEM IDENTIFICAÇÃO	ELETRODOMÉSTICO	BEM REGULAR
87	Banqueta de plástico	SEM IDENTIFICAÇÃO	MOVEIS	BEM REGULAR
88	Quadro Branco com canetas 2 cores	SEM IDENTIFICAÇÃO	MOVEIS	BEM REGULAR
89	Quadro negro para giz	SEM IDENTIFICAÇÃO	MOVEIS	BEM REGULAR
90	Maquina de costura	SEM IDENTIFICAÇÃO	ELETRODOMÉSTICO	BEM RECUPERAVEL
91	QUATRO Armario roupeiro de aço com oito gavetas	SEM IDENTIFICAÇÃO	MOVEIS	BEM REGULAR

I - BEM IMÓVEL CEDIDO À ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL EM FUNÇÃO DO TERMO DE COLABORAÇÃO

UNIDADE: CAPS III Fernando Diniz

ENDEREÇO: Rua Leopoldina Rego, 754 - Olaria

ÁREA INTERNA	ÁREA EXTERNA	ÁREA TOTAL
610 m²	430 m²	930 m²

II - RELAÇÃO DE BENS MÓVEIS CEDIDOS À ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL EM FUNÇÃO DO TERMO DE COLABORAÇÃO





CAPS III FERNANDO DINIZ				
INVENTÁRIO DOS BENS				
ITEM	NOME DO ITEM	MODELO	CATEGORIA	ESTADO DE CONSERVAÇÃO
1	MESA DE ESCRITORIO C/3 GAVETAS		MOVEIS	BEM REGULAR
2	MESA DE ESCRITORIO C/3 GAVETAS		MOVEIS	BEM REGULAR
3	MESA DE ESCRITORIO		MOVEIS	BEM REGULAR
4	MESA DE ESCRITORIO		MOVEIS	BEM DANIFICADO
5	MESA DE REUNIAO		MOVEIS	BEM REGULAR
6	CADEIRA GIRATORIA C/ BRAÇO		MOVEIS	BEM RUIM
7	CADEIRA GIRATORIA C/ BRAÇO		MOVEIS	BEM RUIM
8	CADEIRA GIRATORIA		MOVEIS	BEM RUIM
9	ARMARIO ALTO 1.60 X 0,80		MOVEIS	BEM REGULAR
10	ARMARIO ALTO 1.60 X 0,80		MOVEIS	BEM REGULAR
11	ESTANTE DE AÇO 5 PRATELEIRAS		MOVEIS	BEM REGULAR
12	ESTANTE DE AÇO 5 PRATELEIRAS		MOVEIS	BEM REGULAR
13	FRIGOBAR CONSUL(BRANCO)			BEM REGULAR
14	SOFA 3 LUGARES		MOVEIS	BEM RUIM
15	MESA DE INOX 1,00 X 0,80		MOVEIS	BEM REGULAR
16	CADEIRA DE PLASTICO (PRETA)		MOVEIS	BEM PRECARIO
17	CADEIRA DE PLASTICO (PRETA)		MOVEIS	BEM RUIM
18	CADEIRA DE RECEPÇÃO (PRETA)		MOVEIS	BEM PRECARIO
19	CADEIRA DE RECEPÇÃO (PRETA)		MOVEIS	BEM PRECARIO
20	CADEIRA DE RECEPÇÃO (PRETA)		MOVEIS	BEM PRECARIO
21	CADEIRA DE RECEPÇÃO (PRETA)		MOVEIS	BEM PRECARIO
22	CADEIRA DE RECEPÇÃO (PRETA)		MOVEIS	BEM RUIM
23	CADEIRA DE RECEPÇÃO (PRETA)		MOVEIS	BEM RUIM
24	CADEIRA DE RECEPÇÃO (PRETA)		MOVEIS	BEM RUIM
25	CADEIRA DE RECEPÇÃO (PRETA)		MOVEIS	BEM RUIM
26	CLAVICULARIO DE ALUMINIO(QUADRO DE CHAVES)			BEM RECUPERAVEL
27	QUADRO BRANCO 3,00 X 1,50		MOVEIS	BEM REGULAR
28	QUADRO BRANCO DE PLANEJAMENTO 1,20 X 1,20		MOVEIS	BEM RECUPERAVEL
29	COMPUTADOR C/ GABINETE			BEM REGULAR
30	COMPUTADOR C/ GABINETE			BEM REGULAR
31	COMPUTADOR C/ GABINETE			BEM REGULAR
32	COMPUTADOR C/ GABINETE			BEM REGULAR
33	COMPUTADOR C/ GABINETE			BEM REGULAR
34	IMPRESSORA HP			BEM REGULAR
35	ARMARIO DE AÇO 4 PRATELEIRAS(PORTA ARQUIVO)		MOVEIS	BEM RUIM
36	ARMARIO DE AÇO 4 PRATELEIRAS(PORTA ARQUIVO)		MOVEIS	BEM RUIM
37	ARMARIO DE AÇO 4 PRATELEIRAS(PORTA ARQUIVO)		MOVEIS	BEM PRECARIO
38	ARMARIO P VESTIARIO C/16 PORTAS		MOVEIS	BEM PRECARIO
39	ARMARIO P VESTIARIO C/16 PORTAS		MOVEIS	BEM PRECARIO
40	IMPRESSORA HP			BEM REGULAR
41	COMPUTADOR C/ GABINETE			BEM REGULAR
42	COMPUTADOR C/ GABINETE			BEM REGULAR
43	COMPUTADOR C/ GABINETE			BEM REGULAR
44	COMPUTADOR C/ GABINETE			BEM REGULAR
45	AR CONDICIONADO YORK			BEM RUIM
46	AR CONDICIONADO YORK			BEM RUIM
47	CADEIRA PLASTICO(BRANCA)		MOVEIS	BEM REGULAR
48	CADEIRA DE RECEPÇÃO(PRETA)		MOVEIS	BEM REGULAR
49	MESA DE MADEIRA (BASE DE FERRO)3,00 X 1,50		MOVEIS	BEM PRECARIO
50	MESA DE AÇO INOX C/ 2 GAVETAS		MOVEIS	BEM REGULAR
51	ARMARIO ALTO 1,60 X0,80		MOVEIS	BEM PRECARIO
52	ARMARIO ALTO 1,60 X0,80		MOVEIS	BEM PRECARIO
53	ARMARIO ALTO 1,60 X0,80			BEM PRECARIO
54	COMPUTADOR C/ GABINETE		MOVEIS	BEM REGULAR
55	MESA DE AÇO INOX 1,00 X 0,70		MOVEIS	BEM REGULAR
56	MESA DE ESCRITORIO SEM GAVETA		MOVEIS	BEM REGULAR
57	GELADEIRA (DAKO) REDK34			BEM REGULAR
58	MESA DE AÇO INOX 1,50 X 1,00		MOVEIS	BEM PRECARIO
59	CADEIRA DE RECEPÇÃO (PRETA)		MOVEIS	BEM PRECARIO
60	CADEIRA DE RECEPÇÃO (PRETA)		MOVEIS	BEM RUIM

61	COMPUTADOR C/ GABINETE			BEM REGULAR
62	BALANÇA DE PESAGEM		MOVEIS	BEM REGULAR
63	VENTILADOR BRITANIA MEGA TURBO 50			BEM REGULAR
64	AR CONDICIONADO YORK			BEM RUIM
65	MESA DE AÇO INOX 1,50 X 1,00		MOVEIS	BEM REGULAR
66	CADEIRA DE RECEPÇÃO (PRETA)		MOVEIS	BEM RUIM
67	COMPUTADOR C/ GABINETE			BEM REGULAR
68	VENTILADOR BRITANIA MEGA TURBO 50			BEM REGULAR
69	AR CONDICIONADO YORK			BEM RUIM
70	BANCO DE MADEIRA BRANCO MDF		MOVEIS	BEM RECICLAVEL
71	BANCO DE MADEIRA BRANCO MDF		MOVEIS	BEM RECICLAVEL
72	BANCO DE MADEIRA BRANCO MDF		MOVEIS	BEM RECICLAVEL
73	BANCO DE MADEIRA BRANCO MDF		MOVEIS	BEM RECICLAVEL
74	BANCO DE MADEIRA BRANCO MDF		MOVEIS	BEM RECICLAVEL
75	AR CONDICIONADO 9000 BTU			BEM RUIM
76	AR CONDICIONADO 12000 BTU			BEM RUIM
77	MESA DE REUNIAO		MOVEIS	BEM REGULAR
78	VENTILADOR VENTI SILVA 60 CM			BEM RECICLAVEL
79	ARMARIO 1,00 X 0,80		MOVEIS	BEM RUIM
80	ARMARIO 1,00 X 0,81		MOVEIS	BEM RUIM
81	ARMARIO DE BANCADA C/ 3 GAVETAS		MOVEIS	BEM RUIM
82	ARMARIO 2,00 X 0,80		MOVEIS	BEM RUIM
83	SOFA DE 2 LUGARES (AZUL)		MOVEIS	BEM REGULAR
84	SOFA DE 2 LUGARES (AZUL)		MOVEIS	BEM REGULAR
85	VENTILADOR VENTI SILVA 60 CM			BEM RECUPERAVEL
86	MESA DE MADEIRA C / 3 GAVETAS(MOGNO)		MOVEIS	BEM RECUPERAVEL
87	ARMARIO 1,60 X 0,80		MOVEIS	BEM REGULAR
88	ARMARIO 1,60 X 0,80		MOVEIS	BEM REGULAR
89	MESA DE ESCRITORIO C / 2 GAVETAS		MOVEIS	BEM DANIFICADO
90	CADEIRA DE RECEPÇÃO (PRETA)		MOVEIS	BEM RUIM
91	ESTANTE DE AÇO 6 PRATELEIRAS		MOVEIS	BEM RECUPERAVEL
92	CAMA HOSPITALAR		MOVEIS	BEM RECUPERAVEL
93	CILINDRO DE OXIGENIO		MOVEIS	BEM REGULAR
94	SUPORTE DE SORO		MOVEIS	BEM RECUPERAVEL
95	COMPUTADOR C/ GABINETE		MOVEIS	BEM REGULAR
96	QUADRO DE AVISO		MOVEIS	BEM PRECARIO
97	AR CONDICIONADO 9000 BTU		ELETRODOMESTICO	BEM PRECARIO
98	CAMA DE MADEIRA		ELETRODOMESTICO	BEM REGULAR
99	VENTILADOR VENTI SILVA 60 CM		ELETRODOMESTICO	BEM REGULAR
100	CHUVEIRO ELETRICO 127V 5500W		ELETRODOMESTICO	BEM REGULAR
101	CAMA DE MADEIRA		MOVEIS	BEM REGULAR
102	CAMA DE MADEIRA		MOVEIS	BEM REGULAR
103	CAMA DE MADEIRA		MOVEIS	BEM REGULAR
104	CAMA HOSPITALAR		MOVEIS	BEM PRECARIO
105	POLTRONA RECLINAVEL		MOVEIS	BEM RECICLAVEL
106	AR CONDICIONADO		MOVEIS	BEM PRECARIO
107	POLTRONA RECLINAVEL		MOVEIS	BEM RECICLAVEL
108	CAMA DE MADEIRA		MOVEIS	BEM REGULAR
109	CAMA DE MADEIRA		MOVEIS	BEM REGULAR
110	CAMA DE MADEIRA		MOVEIS	BEM REGULAR
111	AR CONDICIONADO 9000 BTU		MOVEIS	BEM PRECARIO
112	ARMARIO 1,60 X 0,80		MOVEIS	BEM RUIM
113	CAMA DE MADEIRA		MOVEIS	BEM REGULAR
114	CAMA DE MADEIRA		MOVEIS	BEM REGULAR
115	CAMA DE MADEIRA		MOVEIS	BEM REGULAR
116	POLTRONA RECLINAVEL		MOVEIS	BEM RECICLAVEL
117	AR CONDICIONADO		MOVEIS	BEM PRECARIO
118	CHUVEIRO ELETRICO 127V 5500W			BEM RUIM
119	MESA ESCRITORIO		MOVEIS	BEM PRECARIO
120	CADEIRA DE RECEPÇÃO (PRETA)		MOVEIS	BEM PRECARIO
121	VENTILADOR BRITANIA MEGA TURBO 50			BEM REGULAR
122	CADEIRA DE RECEPÇÃO (PRETA)		MOVEIS	BEM PRECARIO
123	MESA ESCRITORIO (		MOVEIS	BEM PRECARIO
124	COMPUTADOR C/ GABINETE			BEM REGULAR
125	VENTILADOR BRITANIA MEGA TURBO 50			BEM REGULAR

UNIDADE:U.U.A. METAMORFOSE AMBULANTE

ENDEREÇO: Rua Filomena Nunes, 299 - Olaria

I - BEM IMÓVEL CEDIDO À ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL EM FUNÇÃO DO TERMO DE COLABORAÇÃO

ÁREA INTERNA	ÁREA EXTERNA	ÁREA TOTAL
306 m ²	59,07 m ²	250 m ²

II - RELAÇÃO DE BENS MÓVEIS CEDIDOS À ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL EM FUNÇÃO DO TERMO DE COLABORAÇÃO

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	INVENTÁRIO
Mesa	4	
mesa	1	
Banco	6	
Televisão	1	
Ar -Condicionado	8	
Camas	14	
Colchões	15	
Geladeira	1	
Refrigerador	1	
Frizeer	1	
Frizeer	1	
Arquivo	5	
Sofa	3	
Reques	2	
Microondas	1	
Fogão	1	
Armarios	10	
Armarios	2	
Armario	1	
Armario	1	
Botijão de gás	3	
Mesas	4	
Cadeiras	12	



Bebedouro	1	
Cadeiras	2	
Gaveteiro	2	
Gaveteiro	1	
Armarios	3	
Computador	1	
Mesa de Totó	1	
Escadas	2	
longarinas	2	
cadeiras ergonomicas (escritório c/ roda)	3	
cadeira higienica	1	
cadeiras fixas	10	
mesas escritorio	2	
armarios guarda volumes	2	

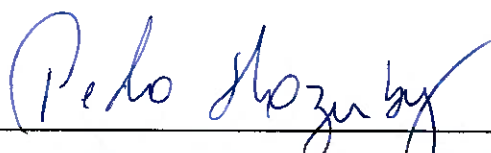
ANEXO A

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

Rio de Janeiro, 02 de MAIO de 2023.

**RODRIGO DE SOUSA PRADO**

Secretário Municipal de Saúde

**PEDRO DANIEL STROZENBERG**Presidente do Conselho de Administração
Organização da Sociedade Civil VIVA RIO

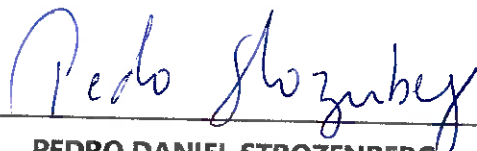
ANEXO B

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIZAÇÃO CIVIL E ADMINISTRATIVA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIZAÇÃO CIVIL E ADMINISTRATIVA, **Viva Rio**, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas 00.343.941/0001-28, representante legal o Sr. **Pedro Daniel Strozenberg**, portadora da Carteira de Identidade nº 09.038.645-9, e inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas - CPF sob nº 012.240.057-75, DECLARA, para fins do disposto no item do Edital de nº 001/2023 e sob as penas da lei, se comprometer a atuar de forma ética, íntegra, legal e transparente, e está ciente de que nenhuma das partes poderá oferecer, dar ou se comprometer a dar a quem quer que seja, ou aceitar ou se comprometer a aceitar de quem quer que seja, tanto por conta própria quanto por intermédio de outrem, qualquer pagamento, doação, compensação, vantagens financeiras ou benefícios de qualquer espécie que constituam prática ilegal ou de corrupção, seja de forma direta, indireta ou por meio de subcontratados ou terceiros, quanto ao objeto desta contratação, ou de outra forma a ele não relacionada, nos termos da Lei 12.846/2013.

DECLARA ainda estar ciente de que a responsabilidade da pessoa jurídica subsiste nas hipóteses de alteração contratual, transformação, incorporação, fusão ou cisão societária, abrangendo as sociedades controladoras, controladas, coligadas ou consorciadas para o contrato, ressalvados os atos lesivos ocorridos antes da data da fusão ou incorporação, quando a responsabilidade da sucessora será restrita à obrigação de pagamento de multa e reparação integral do dano causado, até o limite do patrimônio transferido.

Rio de Janeiro, 02 de maio de 2023



PEDRO DANIEL STROZENBERG

Presidente do Conselho de Administração
Viva Rio



Rua Alberto de Campos, 12, Ipanema. Rio de Janeiro-RJ CEP.:22411-030.
Telefone: (21) 2555-3750
www.vivario.org.br

8

PLANO DE TRABALHO

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) APS 1.0 E 3.1

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO HOSPITALAR, URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

PLANO DE TRABALHO VISA O GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, por meio de **PARCERIA**, que assegure assistência universal e gratuita à população, única e exclusivamente para o Sistema Único de Saúde – SUS, dos equipamentos que compõem a REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE no âmbito das APs 1.0 e 3.1, do Município do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro.

Proponente: Secretaria Municipal de Saúde

Área responsável pela elaboração do Projeto Básico: Subsecretaria de Atenção Hospitalar Urgência e Emergência (SUBHUE) / Superintendência de Saúde Mental (SSM) 

PLANO DE TRABALHO

1. CONTEXTO

Em março de 2020, a Organização Mundial de Saúde declarou o surto de Covid-19 como uma pandemia, produzindo um efeito inédito nas populações urbanas em todos os continentes, criando um fator de pressão aos sistemas de saúde. A experiência do distanciamento social com o afrouxamento das redes de suporte social agravou o quadro de sofrimento de pessoas que já apresentavam alguma condição de vulnerabilidade, sendo necessário construir estratégias de cuidado para um potencial aumento de casos de transtornos mentais como resultado do impacto social e econômico da Pandemia de COVID 19 e das necessárias medidas restritivas de circulação e convívio social adotadas em escala mundial para reduzir a contaminação.

O aumento de episódios de depressão, suicídio, ansiedade, sobretudo na população jovem e o registro do aumento do consumo de álcool e drogas, e de transtornos pós-traumáticos está fartamente documentado na literatura mundial. Em todo o país o total de óbitos é preocupante, assim como o número de violências autoprovocadas e tentativas de suicídio na população. A OMS estima que 75% das pessoas que tentam suicídio, repetem esse ato nos 30 dias subsequentes. A Associação Psiquiátrica Europeia manifesta a preocupação com o aumento de pensamentos e comportamentos suicidas com as consequências socioeconômicas da Pandemia e das necessárias medidas restritivas de convívio adotadas para conter a velocidade da contaminação. Recomendam-se ações para prevenir o risco do aumento de transtornos mentais e de suicídios.

A OMS recomenda a estruturação da rede de atenção psicossocial com capacidade de atender ao sofrimento psíquico agudo, superando o modelo centrado no atendimento hospitalar, para garantir a sustentabilidade dos sistemas de saúde em todo o mundo. Estima-se que 25% das pessoas que procuram a Atenção Primária apresentam queixas relacionadas à saúde mental e que 1% da população apresenta transtornos mentais graves e persistentes que necessitam de repetidas respostas de sistemas de saúde que trabalham com atendimento pontual emergencial. Os problemas graves relacionados com o uso de álcool e drogas estão presentes entre 8 a 10 % da população adulta.

A complexidade do cuidado em saúde mental a partir da lógica da atenção psicossocial implica na construção de redes locais de cuidado que possam operar na perspectiva da integralidade e da redução do estigma associado ao adoecimento mental. Para tanto, é necessária uma rede de serviços comunitários potente que atue nos diversos contextos por onde circulam os usuários com adoecimento mental. Os Centros de Atenção Psicossocial, distribuídos pelas diversas Áreas de Planejamento do Município, estão planejados para a construção de estratégias de acolhimento às crises, sem retirar o indivíduo do seu contexto familiar e comunitário, atuando em parceria com a Estratégia de

Saúde da Família, Emergências e os recursos intersetoriais e comunitários.

O funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) deverá atender às diretrizes e características que constam nas Portarias GM/MS Nº. 336, de 19 de fevereiro de 2002, que regulamenta o funcionamento dos CAPS em suas diferentes modalidades, GM/MS Nº. 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); GM/MS nº 130, de 26 de janeiro de 2012, que redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas 24h (CAPS AD III); e GM/MS Nº 854, de 22 de agosto de 2012, que altera os procedimentos relativos aos atendimentos realizados nos CAPS.

CONHECIMENTO DO PROBLEMA

a) Conhecimentos sobre as políticas setoriais constantes no plano de trabalho

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi elaborado para oferecer desde prevenção até procedimentos como cirurgias e tratamento de doenças crônicas. O país tem um dos maiores sistemas de saúde pública e é o único no mundo, entre as nações com mais de 100 milhões de habitantes, com assistência universal e gratuita a toda a população. Para isso ocorrer, o SUS distribui competências específicas para cada ente público, e delega à esfera privada papel complementar nesse conjunto de ações. Ao governo federal, cabe distribuir recursos e controlar as políticas de longo prazo. Governos estaduais têm a responsabilidade de promoverem, com recursos próprios e da União, ações de suporte aos municípios. As prefeituras, através das secretarias municipais de saúde, assumem a atenção primária e são responsáveis pela coordenação do cuidado do paciente na rede de saúde e de saúde mental pelos atendimentos de urgência, emergência e materno-infantil.

Com relação à saúde mental no SUS, dentro do paradigma da Atenção Psicossocial, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com transtornos mentais e em sofrimentos psíquico, em suas diversas questões, gravidades e singularidades. A direção de trabalho em todos os serviços que compõe a RAPS é de um modelo de atenção aberto, de base comunitária e territorial.

A RAPS é composta por serviços e equipamentos variados como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidade de Acolhimento Adulto e Infantil (UAAs e as UAIs), a integração com a Atenção primária e intersetorial, a Urgência e Emergência (Hospitais gerais, CERs e UPAs).

A RAPS é regulamentada pela Portaria 3088/2011 e fruto do trabalho iniciado com a Reforma Psiquiátrica, a deshospitalização, e uma direção de trabalho em saúde mental do cuidado em liberdade, fora da lógica manicomial.



A Reforma Psiquiátrica no Brasil teve como seus marcos fundamentais:

- ✓ O cuidado em liberdade - A lei 10.216/2001 que institui os CAPS como modelo de atenção prioritários em que a lógica de cuidado e atenção à crise deve se dar fundamentalmente no *território* de vida e circulação das pessoas em sofrimento psíquico, e não dentro de um modelo hospitalocêntrico, asilar e manicomial, devendo ser serviços de portas abertas, sem barreiras de acesso;
- ✓ O Programa de Volta para Casa e as estratégias de desinstitucionalização, que possibilitaram o retorno de muitos pacientes de longa permanência de volta a um convívio comunitário e familiar;
- ✓ O Matriciamento e o cuidado compartilhado - entendendo que um cuidado em saúde e em saúde mental deve se dar de maneira articulada com outros serviços de saúde, como a atenção primária e a urgência e emergência, e também com a rede intersetorial, tomando a longitudinalidade e transversalidade do cuidado como eixos fundamentais de trabalho com as pessoas em sofrimento psíquico.
- ✓ A superação do estigma das pessoas com transtorno mental;
- ✓ O cuidado singularizado, da lógica do caso a caso, com a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) para cada pessoa em tratamento nos serviços. PTS este que deve ser sempre revisto e rediscutido em equipe, com uma periodicidade mínima, que respeite o trabalho que está sendo desenvolvido em cada ponto da rede de atenção e com cada usuário, conforme previsto neste edital, e em suas metas e indicadores assistenciais.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços constituídos por equipes multiprofissionais que atuam sob a ótica interdisciplinar e são dispositivos estratégicos para a articulação com os demais pontos da RAPS. A direção de trabalho na Atenção Psicossocial busca ampliar as possibilidades de vida e as relações dos usuários (família, comunidade, etc.), do repertório de habilidades (autocuidado, culturais, expressivas, de trabalho, etc.), visando aumentar também as possibilidade de circulações pelos territórios e pela cidade.

2. JUSTIFICATIVA

Na passagem do Estado burocrático ao gerencial nos anos 90 houve a inserção no ordenamento jurídico da possibilidade de se firmar parcerias com instituições do terceiro setor como um dispositivo para desburocratização e eficiência administrativa. Em 2014, a partir da publicação da Lei 13.019/2014, regulamentada no âmbito do município do Rio de Janeiro, pelo Decreto nº 42.696/2016, surge o marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil – MROSC, que estabelece o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil em regime de mútua cooperação. O instrumento termo de colaboração (art.2º, inciso VII, Lei nº 13.019/2014) surge como mais uma opção ao gestor público de saúde para celebração de parceria, através do fomento a entidades civis sem fins lucrativos. O Apoio a Gestão Municipal

através do fomento é uma ferramenta potente, onde o termo de colaboração, mutuamente acordado é implementado sob financiamento governamental e sujeito a metas e monitoramento, o que agiliza a estruturação de novos serviços, bem como a reestruturação dos já existentes.

A introdução de novos mecanismos de gerenciamento dos processos assistenciais faz-se necessária para modernizar a regulação do acesso aos serviços de saúde, fortalecer os mecanismos de controle social, cobrir vazios assistenciais e as relações insatisfatórias entre profissionais e usuários. Tais fatores constituem alvo da Secretaria Municipal Saúde e tem como finalidade melhorar a qualidade dos serviços, racionalizar e potencializar o uso de novos recursos, compartilhar gestão e investimentos e estabelecer novos mecanismos formais de contratualização com metas assistenciais.

Podem ser destacados como benefícios adicionais pertinentes a este modelo de serviço, a integralidade do funcionamento do serviço, sem interrupções motivadas por falta de manutenção, falta de insumos ou reposição de peças e ausência de pessoal médico e técnico especializado, pois a entidade contratada ficará integralmente responsável pelas manutenções preventivas e corretivas e pela contratação de pessoal devidamente qualificado.

A Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216), de 6 de abril de 2001, promoveu uma revolução no tratamento de pessoas com transtornos mentais no país. Ela regulamenta a proteção e os direitos das pessoas com transtorno mental, veta a internação em leitos psiquiátricos com característica de modelo asilar, aborda a política específica de desospitalização e redireciona o modelo assistencial, desencadeando a reorganização da atenção em saúde mental, com a consequente expansão da rede de atenção psicossocial.

O Ministério da Saúde criou um tripé de desinstitucionalização psiquiátrica no Brasil: os **Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**, os **Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)** e o **Programa De Volta pra Casa**.

A constituição de estratégias comunitárias resolutivas para as situações de crise requer a ampliação da rede de serviços que atendem às pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas. Essa rede inclui a Atenção Primária em Saúde, **atendimento ambulatorial em saúde mental, os CAPS, os SRT, os Centros de Convivência e Cultura, os leitos de atenção integral à saúde em Hospitais e de acolhimento nos CAPS III, CAPSad III, CAPSi III e nas Unidades de Acolhimento.**

Na resposta brasileira para a saúde mental comunitária e territorial, os CAPS são fundamentais. Em suas funções **constam o atendimento clínico e o manejo das situações de crise**, evitando assim as longas internações em hospitais psiquiátricos, além de prestar atendimento domiciliar aos usuários e seus familiares com ações de promoção,

prevenção e assistência, garantindo a continuidade do cuidado. O CAPS permite a inclusão de **profissionais para o acompanhamento terapêutico no território**, que é facilitador do tratamento cotidiano dos usuários e uma estratégia fundamental nos momentos de crise por oferecer suporte aos usuários e às suas famílias. Trata-se de um recurso de importância estratégica para atendimento das mais diversas situações que surgem nos serviços de atenção psicossocial e a presença de acompanhantes territoriais em uma equipe amplia as possibilidades de uma abordagem singularizada aos usuários. Assim, por exemplo, o acompanhante territorial pode acompanhar um paciente que necessita de mediação para as tarefas e relacionamentos, em situações cotidianas fora do serviço.

Nos últimos anos, o Município conseguiu reduzir os leitos psiquiátricos realizando um trabalho intenso de desinstitucionalização de pacientes de longa permanência internados em hospitais psiquiátricos, com a inserção destas pessoas em residências terapêuticas ou auxiliando no retorno ao núcleo familiar. Em julho de 2022, moravam em Serviços Residenciais Terapêuticos 505 pessoas, restando ainda 46 pacientes longamente internados nos hospitais psiquiátricos públicos do Município.

A constatação da necessidade de constituição de uma rede de serviços de base comunitária para garantir o cuidado mais próximo de suas famílias e comunidade dos indivíduos com adoecimento mental teve como efeito o planejamento e execução da implantação dos CAPS do município do Rio de Janeiro. Atualmente temos 35 dispositivos, sendo: 10 CAPS II, 9 CAPS III, 7 CAPSi II, 2 CAPSi III, 3 CAPSad II, 4 CAPSad III. Destes, 3 CAPS são de outras esferas de governo (CAPSi II CARIM-federal, CAPS II UERJ e CAPSad II CENTRARIO - estaduais).

O **índice de cobertura de CAPS** atualmente é de 0,64 **por 100.000 hab.**, sendo considerada boa cobertura (**Tabela 1**). Entretanto, a adequada estruturação dos CAPS existentes e a ampliação da cobertura de CAPS é indispensável e consiste em um dos principais desafios para a gestão nos próximos anos, pois são os serviços de maior complexidade da rede, que precisam se ampliar em número e diversificação a fim de atender as particularidades e complexidades dos usuários dos diversos territórios da cidade. A previsão é de aumento do **índice de cobertura de CAPS** para 0,69 **por 100.000 hab.** com a execução deste Termo de Colaboração conforme **Tabela 2**.



Tabela 1: Cobertura por AP dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em maio de 2022

2022										População 2020*	Cobertura 2022
AP	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSi III	CAPS AD	CAPS AD III	Total			
1.0					1			1	319863	0,47	
2.1			2	1		1		4	643635	0,78	
2.2		1				1		2	374153	0,53	
3.1		2	2	2			1	7	906702	0,94	
3.2			3		1		1	5	573206	1,31	
3.3		2		1			1	4	951818	0,47	
4.0			2	1			1	4	1077930	0,51	
5.1		2		1				3	679437	0,44	
5.2		2		1				3	723889	0,41	
5.3		1				1		2	410726	0,49	
Município	0	10	9	7	2	3	4	35	6661359	0,64	

Fonte: Superintendência de Saúde Mental. População: IPP Tabela 3261 - População Residente e Estimada - Áreas de Planejamento e Regiões Administrativas

**OBS: CAPS Maurício de Souza cobre parte da população da AP 1.0, mas está localizado na AP 2.1. Para fins de cobertura, está contabilizado no cálculo para a AP 1.0 na Tabela.

Tabela 2: Previsão de Cobertura por AP dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) com a execução deste Termo de Colaboração

ESTIMATIVA DE COBERTURA COM TERMO DE COLABORAÇÃO										População 2020*	Cobertura Planejada
AP	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSi III	CAPS AD	CAPS AD III	Total			
1.0			1		1		1	3	319863	1,41	
2.1			2	1		1		4	643635	0,78	
2.2		1				1		2	374153	0,53	
3.1		1	3	2			1	7	906702	0,99	
3.2			3		1		1	5	573206	1,31	
3.3		2		1			1	4	951818	0,47	
4.0			2	1			1	4	1077930	0,51	
5.1		2		1				3	679437	0,44	
5.2		2		1				3	723889	0,41	
5.3		1				1		2	410726	0,49	
Município	0	9	11	7	2	3	5	37	6661359	0,69	

Fonte: Superintendência de Saúde Mental. População: IPP Tabela 3261 - População Residente e Estimada - Áreas de Planejamento e Regiões Administrativas

**OBS: CAPS Maurício de Souza cobre parte da população da AP 1.0, mas está localizado na AP 2.1. Para fins de cobertura, está contabilizado no cálculo para a AP 1.0 na Tabela.

Para um mundo em transformação, especialmente a partir da pandemia de COVID-19 no qual a incapacidade decorrente de sofrimento mental envolve significativa parcela da população mundial. Entre as dez condições de saúde mais incapacitantes, cinco estão relacionadas ao sofrimento mental (OPAS, 2020). É necessário ampliar as ações de saúde mental, não reduzindo a atuação a uma resposta medicalizante do sofrimento, mas levando em consideração a determinação social do processo do adoecimento, para incrementar a qualidade e resolutividade do cuidado.



Novas formas de sofrimento e adoecimento psíquico vêm também se apresentando, trazendo novos desafios para a clínica e a atenção psicossocial. Soma-se a isso, o agravamento de muitos estados de sofrimento mental, como consequência do isolamento social, do número de mortes e do aumento de vulnerabilidade econômica em algumas camadas da população brasileira, decorrentes da pandemia de covid 19. (FIOCRUZ, 2020)

Dentro desse quadro, a articulação intra e intersetorial se faz fundamental, buscando criar um cuidado cada vez mais compartilhado e transversal, pensando a clínica ampliada em toda a sua potência. Trazendo o matriciamento, a lógica do cuidado em rede, o cuidado longitudinal e a articulação intersetorial, com a assistência social, a educação, o trabalho e a geração de renda, o lazer, a arte e a cultura como pilares para o enfrentamento dessas questões e para possibilitar a criação de PTS cada vez mais vivos e articulados com o território e com o cotidiano dos usuários.

b.4) Discussão e desafios atuais da referente proposta de trabalho

Os efeitos decorrentes da pandemia de covid-19, decretada em março de 2020 pela OMS, ainda estão sendo contabilizados e demandam uma série de ações em especial às relacionadas à saúde e à saúde mental.

O Brasil infelizmente tornou-se o segundo país com maior número de casos e óbitos na pandemia. Se os riscos do vírus Sars-Cov-2 e os efeitos da doença Covid-19 já são por si só temas importantes e que demandam um conjunto de ações de saúde pública, os impactos da pandemia vão além dos diretamente relacionados ao vírus e à doença, estando entre estes os relacionados à saúde mental e atenção psicossocial. (FIOCRUZ, 2020)

Para os serviços de saúde e os profissionais que atuam nos temas relacionados à saúde mental e atenção psicossocial, os impactos da pandemia representam um triplo desafio.

O primeiro é o de prevenir o aumento dos impactos na saúde mental relacionados à redução do bem-estar psicossocial, provocada pelos efeitos sanitários, sociais e econômicos que atingiram toda a população durante a pandemia.

O segundo é o de proteger as pessoas com doenças mentais da Covid-19 e seus impactos associados, que podem resultar no aumento de sua vulnerabilidade. O terceiro é prover os cuidados necessários aos profissionais de saúde e cuidadores, de modo a protegê-los também e permitir que possam salvaguardar e cuidar dos outros.

Neste sentido, conforme previsto no presente edital, segundo a OPAS (2020) entre as dez condições de saúde mais incapacitantes, cinco estão relacionadas ao sofrimento mental. Faz necessário ampliar as ações de saúde mental, não reduzindo a atuação a uma resposta medicalizante do sofrimento, mas levando em consideração a determinação social do processo do adoecimento, para incrementar a qualidade e resolutividade do cuidado.

Nessa direção, as ações de promoção e prevenção em saúde mental são fundamentais na perspectiva de integração social e produção do protagonismo e da autonomia das pessoas. A efetiva implantação de Centros de Convivência e Cultura, que fortaleçam os vínculos sociais e de suporte e cuidado entre os moradores, estejam eles em

sofrimento mental ou não, nos permite tanto atuar na prevenção ao sofrimento que decorre do isolamento social, quanto promover a utilização dos recursos culturais e de lazer da cidade, ampliando as possibilidades de circulação e de convivência na cidade do Rio de Janeiro. Os Centros de Convivência e Cultura são dispositivos comunitários e abertos que funcionam segundo esses princípios, integrando a Rede de Atenção Psicossocial proposta pelo SUS, sendo importantes locais de encontro e fomento da sociabilidade de pessoas que buscam o reconhecimento de suas individualidades e inserção comunitária através de ações coletivas que permitam a experimentação de novas possibilidades de vida, da criação, expressão, produção coletiva e do protagonismo. Esses dispositivos operam na dimensão da clínica ampliada, investindo nas possibilidades da arte no campo do cuidado em saúde mental, na promoção da cidadania, inserção social e acesso a bens culturais. Ainda que possam ter uma sede física, compartilhada ou não com outro serviço público do território, os Centros de Convivência e Cultura devem executar suas ações territorialmente.

Atualmente, a oferta de serviços de atenção psicossocial que oferecem respostas articuladas com outras políticas públicas como a Assistência Social, a Educação, a Cultura insuficiente, gerando sobrecarga na Atenção Primária e nos Centros de Atenção Psicossocial em algumas áreas, além de gerar uma fila de espera para atendimento especializado no SISREG, conforme **Quadro 5**.

PROCEDIMENTO	SOLICITAÇÕES (Média mensal fev-mar/22)	OFERTA		Balanço (Oferta x Demanda)	Agendar passivo (fila)/18 meses	Aumento mensal de oferta necessário	Total oferta mensal com expansão necessária
		(Média mensal fev-mar/22)	FILA				
CONSULTA EM SAÚDE MENTAL - ADULTO	3304	1191	2870	2208	159	2362	3463
CONSULTA EM SAÚDE MENTAL - INFANTO JUVENIL	1085	362	1247	723	69	793	1154
CONSULTA EM PSIQUIATRIA	2536	852	4140	1704	230	1934	2796
CONSULTA EM PSIQUIATRIA - INFANTO JUVENIL	239	80	783	159	44	203	283

Quadro 5: Complexo Regulador do Município do Rio de Janeiro

Fonte: Plano de trabalho presente edital.

Um dos indicadores desse agravamento e também da necessidade de maior integração dos dispositivos da RAPS nesse momento refere-se a "fila do SISREG", em especial com relação à consulta de psiquiatria e psicologia, conforme tabela acima. Com a implantação dos serviços das EMSM, o CECCOs e o fortalecimento das ações dos CAPS III da 3.1, pretende-se estabelecer como meta a redução em 30% da fila, com reavaliação após o primeiro ano do termo de colaboração para pactuação para nova meta para o segundo ano do termo.

O fortalecimento da RAPS e das sua inter-relações se torna, assim, cada vez mais fundamental. Para o enfrentamento desses desafios torna-se mister que a RAPS possa investir cada vez mais em um cuidado integral e longitudinal. Duas direções se destacam nesse sentido: um olhar da atenção psicossocial clínico cada vez mais integrado ao compartilhamento do cuidado com a atenção primária e as redes inter e intra-setoriais; e a ampliação de recursos terapêuticos que possam expandir as possibilidades de cuidado psicossocial.

[...] o trabalho em saúde mental se concretiza quando a equipe acolhe e interage, em sua prática, com a realidade vivenciada pelo usuário. O deslocamento da equipe de um serviço organizado e formalizado para o local de produção de saberes e práticas comunitárias promove a territorialização, importante no processo de inclusão social. (SCHNEIDER, 2009, p. 81)

Dessa forma, é necessário o desenvolvimento de ferramentas de mudança nas práticas de atenção à saúde no SUS, dialogando com um modelo assistencial centrado na integralidade do cuidado, na intervenção frente aos fatores de risco, na prevenção de doenças e na promoção da saúde e da qualidade de vida. Inúmeros são os desafios em transformar o modelo de atenção em uma prática de saúde que venha efetivar o conceito ampliado de saúde. Entre eles, está a implantação de equipes com competência para uma prática de saúde que considere as necessidades sócio-epidemiológicas locais; que ajude na reorientação do processo de trabalho em saúde; considere a integralidade do cuidado e das ações interdisciplinares e objetive a qualidade de vida e saúde das pessoas.

Nessa direção, é necessário apoiar e subsidiar as redes locais de saúde para facilitar o acesso do usuário ao atendimento multiprofissional especializado no campo da saúde mental a partir da vinculação das equipes com a comunidade e em interface com a Atenção Primária à Saúde. Trata-se de organização do trabalho de forma a estimular as competências clínicas das equipes na perspectiva de uma atenção integral, interprofissional, qualificada e resolutiva, com foco na pessoa, família e comunidade, reconhecendo o caráter de ordenação de rede da atenção primária, mas estabelecendo compartilhamento de casos. Para tanto, será realizada a implantação de Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental/Unidades Ambulatoriais Especializadas – EMSM previstas na Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, e na nota técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, que também se utilizarão de estratégias de acolhimento online.

As EMSM serão vinculadas aos CAPS de seus territórios, mas realizarão os atendimentos e atividades de matriciamento nas unidades de saúde do território de abrangência, conforme planejamento local.

Considerando os princípios da equidade e integralidade em saúde e o grande contingente de pessoas em Unidades de Reinserção Social no município do Rio de Janeiro, propõe-se a implantação de uma Equipe de Reabilitação Psicossocial, vinculada ao CAPS III Ernesto Nazareth, para que se possa produzir cuidado singularizado às pessoas em condição de vulnerabilidade psicossocial que acessam a Central de Recepção de Adultos e Famílias Tom Jobim e a Central de Recepção de Idosos Pastor Carlos Portela, ambas unidades da Secretaria Municipal de Assistência Social. Tais equipes oferecerão cuidado diariamente, de 2a a 6a, aos usuários que estiverem nas centrais de recepção, ajudando a articular redes de cuidados para as situações de sofrimento mental.

A RAPS tem como direção fundamental de trabalho a articulação entre os diversos pontos de atenção e o cuidado longitudinal do usuário. Ações de caráter intersetorial, que dialoguem com outros setores e que ampliar o acesso às políticas de saúde mental fazem parte do escopo de trabalho da rede. Um dos setores de fundamental importância nesse cuidado é a articulação com a assistência social, uma vez que boa parte dos usuários da saúde mental encontra-se em situações de extrema vulnerabilidade, agravadas ainda mais pelo isolamento social e a recente pandemia de covid-19.

A Equipe de Reabilitação Psicossocial funciona vinculada a um CAPS e tem o intuito de ampliar o acesso à saúde e ao cuidado em saúde mental de usuários que se encontram em abrigos ou unidades de triagem da Assistência Social do município do Rio de Janeiro. Essa Equipe irá desenvolver ações intersectoriais e acompanhamento de usuários em acolhimento institucional cotidianamente junto às Unidades de Reinserção Social do município do Rio de Janeiro.

A OSC Viva Rio busca a eficiência no apoio institucional ao enfrentamento dos desafios atuais na RAPS da 3.1 e da 1.0, tendo como pontos fundamentais para o trabalho o paradigma da lógica psicossocial brevemente expostos acima, e tem os seus valores como a inovação; a responsabilidade com os recursos e as pessoas; a confiança e a diversidade alinhados com a proposta em questão.

A proposta de parceria da OSC VIVA RIO pressupõe auxiliar no processo de efetivação dos componentes da RAPS (RAPS), previstos no edital, e sobretudo no aperfeiçoamento político-institucional e das formas de organização da atenção no SUS. A OSC VIVA RIO considera imprescindível que haja uma efetiva articulação dos serviços de saúde, nos diferentes níveis de atenção, através de uma relação dialética, entre as unidades que compõe a RAPS.

Nesse sentido, pela OSC Viva Rio também gerenciar atualmente o TEAIS Manguinhos e Alemão da AP 3.1, conforme comprovado no **ANEXO II (ITENS 01, 02 E 08)**, essa articulação pode ser facilitada, ampliando a capacidade operacional e gerencial dos serviços do presente edital e também do TEIAS, trazendo dinamismo e capilaridade para a gestão cotidiana da Rede de Atenção à Saúde e de Atenção Psicossocial.

O avanço da reforma psiquiátrica e o progressivo fechamento dos leitos em hospitais, psiquiátricos, tendo como marco recente o encerramento das atividades no IMAS Juliano Moreira, com o fechamento total dos leitos do Hospital Jurandir Manfredini, os desafios da atenção psicossocial na efetivação do cuidado no território tornam-se imprescindíveis. Para o enfrentamento dessas questões, faz-se necessário ampliação de um cuidado cada vez mais longitudinal, que o atendimento à crise possa se dar incessantemente no território, com o fortalecimento das ações de manejo da crise no CAPS, matriciamento das unidades de atenção primária e de urgência e emergência, e o desenvolvimento de redes de cuidado, através de articulações intra e intersetoriais.

Uma é a da intersectorialidade, conforme foi apontado na IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. A Reforma tem que se abrir decisivamente para os outros campos das políticas públicas, como assistência social, educação, trabalho e renda, cultura, habitação, justiça. A outra fronteira para a consolidação da Reforma é justamente a do fortalecimento das ações solidárias e produtoras de autonomia, desenvolvidas por usuários e familiares, em cooperação com os profissionais e a sociedade em geral.

Nesta proposta técnica, o conhecimento, mapeamento, diagnóstico e constante re-letitura dos territórios onde se efetiva a RAPS deve ser ações constantes, de modo a mobilizarem cada vez mais recursos e parcerias para criação de PTS que dialoguem e ampliem os territórios de vida e circulação dos usuários. Essa proposta visa fortalecer a RAPS nos territórios da CAP 3.1 e 1.0.

A parceria a ser celebrada visa assegurar a prestação de serviços assistenciais em caráter contínuo e eficiente, objetivando o aumento da capacidade de atendimento e a redução da espera para realização de atendimentos e consultas, promovendo desta forma, maior qualidade no atendimento ao usuário.

Trata-se de serviços essenciais para a Saúde Pública do Município que vem estruturando sua rede de atenção à saúde em todos os níveis, através de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas que buscam garantir a integralidade da atenção por meio de sistemas de apoio logístico, técnico e de gestão. Para seu adequado funcionamento técnico e administrativo são necessárias ações de logística e abastecimento específicos, gerenciamento de pessoas, faturamento, informações sobre saúde concernentes ao atendimento do público em geral e fomento de ações inovadoras e modernizações tecnológicas.

A Gestão Municipal está comprometida com a garantia da implementação das Políticas Públicas de Saúde e está empenhada em oferecer acesso equânime ao conjunto de ações e serviços de saúde. Nesse sentido, a organização da Rede de Atenção à Saúde é de suma importância na reestruturação do Sistema de Saúde tanto no que se refere a sua organização, quanto à qualidade prestada à população. Com estas ações, a Secretaria Municipal de Saúde desempenha seu papel de protagonista no fazer saúde, que compreendam as mudanças em curso e reorientem o sistema de saúde para que a

organização se torne uma importante potência de transformação e de inovação no modo de fazer o gerenciamento dos serviços.

3. OBJETO

O objeto do plano de trabalho é o **GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE**, por meio de **PARCERIA**, que assegure assistência universal e gratuita à população, única e exclusivamente para o Sistema Único de Saúde – SUS, dos equipamentos que compõem a **REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE** no âmbito das APs 1.0 e 3.1, do Município do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro.

O presente Plano de Trabalho visa contemplar as necessidades essenciais para o efetivo acolhimento, atendimento e assistência aos pacientes das APS 1.0 e 3.1 do município do Rio de Janeiro, no âmbito dos equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial, incluindo adaptações da estrutura, sistemas de informação e programação visual das Unidades.

O objeto deste edital envolve os recursos humanos necessários ao atendimento e assistência aos pacientes com transtorno mentais e/ou decorrentes de álcool e outras drogas e todas as **atividades de apoio** para a operação e o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Acolhimento Adulto (UAA) e Centro de Convivência e Cultura (CECCO), sejam essas: a adequação da estrutura das unidades; a adequada identificação dos funcionários com crachás; a aquisição de insumos médico-hospitalares; a aquisição de materiais de escritório; a aquisição de materiais de oficina.

O objeto também prevê a contratação de **serviços** necessários às atividades assistenciais conforme o perfil de cada serviço, como por exemplo: alimentação, cartão alimentação/refeição; coleta resíduo infectante; controle de vetores; concessionárias de água e energia elétrica; gases medicinais; lavanderia; limpeza; link de dados; locação de computadores; locação de imóvel; locação de impressoras; manutenção predial; monitoramento por câmeras; controladores de acesso; recarga/aquisição de extintor; telefonia fixa; telefonia móvel;

Também são previstos recursos necessários para o **trabalho territorial** dos dispositivos de Saúde Mental: RioCard para uso de profissionais e usuários no acompanhamento territorial; locação de viatura com motorista e combustível para cada serviço, destinado ao transporte de profissionais e pacientes na realização de ações de acolhimento à crise no território, visitas domiciliares, ações de matriciamento e visitas institucionais;

São contemplados também como objeto do presente Termo de Colaboração, para as **Equipes Multiprofissionais de Saúde Mental** recursos humanos e demais recursos de



apoio necessários, sejam estes: RioCard para deslocamento/transporte de profissionais e pacientes visando o trabalho a ser feito no território; a locação de computadores e o suporte de internet através de link de dados adequados para as Equipes Multiprofissionais de Saúde Mental (EMSM).

Em relação à **Equipe de Reabilitação Psicossocial** vinculada ao CAPS III Ernesto Nazareth, prevê-se a contratação de recursos humanos, assim como, recursos para circulação (RioCard para deslocamento/transporte) para os profissionais, acompanhados dos usuários, com destino às Unidades de Reabilitação Social (URS), bem como a contratação do serviço de veículo com motorista e combustível para potencializar as ações territoriais e articulações intersetoriais.

4. ABRANGÊNCIA

A OSC Viva Rio irá realizar os serviços para os quais está sendo celebrado este Termo de Colaboração, de acordo com território e população apontados nas Áreas Programáticas 1.0 e 3.1 do Município do Rio de Janeiro.

A parceria objeto deste Plano de Trabalho abrange a contratação de recursos humanos para CAPS, UAA, CECCO, EMSM e Equipe de Reabilitação Psicossocial, bem como a contratação de serviços, a aquisição de material permanente e insumos, a adequação da estrutura e a programação visual das unidades, e demais recursos necessários para assegurar a assistência.

As unidades previstas neste termo de colaboração são:

- ✓ CAPSad III Miriam Makeba - AP 3.1
- ✓ CAPS III Fernando Diniz - AP 3.1
- ✓ CAPS III Ernesto Nazareth - AP 3.1
- ✓ CAPSi II Ilha do Governador - AP 3.1
- ✓ CAPSi II Visconde de Sabugosa - AP 3.1
- ✓ UAA Metamorfose Ambulante - AP 3.1
- ✓ Equipe de Reabilitação Psicossocial - AP 3.1 vinculada ao CAPS III Ernesto Nazareth (Previsão de Implantação no mês 01 do Termo de Colaboração)
- ✓ EMSM - Alemão - AP 3.1 (Previsão de Implantação no mês 02 do Termo de Colaboração)
- ✓ EMSM - Maré - AP 3.1 (Previsão de Implantação no mês 04 do Termo de Colaboração)
- ✓ EMSM - Ilha do Governador - AP 3.1 (Previsão de Implantação no mês 08 do Termo de Colaboração)
- ✓ EMSM - Centro - AP 1.0 (Previsão de Implantação no mês 06 do Termo de Colaboração)
- ✓ CAPSAD III - AP 1.0 (Previsão de Implantação no mês 13 do Termo de Colaboração)
- ✓ CAPS III - AP 1.0 (Previsão de Implantação no mês 14 do Termo de Colaboração)
- ✓ Centro de Convivência e Cultura Nereu Lopes - AP 3.1 (Previsão de Implantação no mês 02 do Termo de Colaboração).

Unidade	Tipo	Funcionamento	Número de Leitos
CAPSad III Miriam Makeba - AP 3.1	CAPSad III	24h nos 7 dias da semana	10
CAPS III Fernando Diniz - AP 3.1	CAPS III	24h nos 7 dias da semana	10
CAPS III Ernesto Nazareth - AP 3.1	CAPS III	24h nos 7 dias da semana	10
CAPSI II Ilha do Governador - AP 3.1	CAPSI II	2 a 6a de 8:00 às 17:00h	-
CAPSI II Visconde de Sabugosa - AP 3.1	CAPSI II	2 a 6a de 8:00 às 17:00h	-
UAA Metamorfose Ambulante - AP 3.1	UAA	24h nos 7 dias da semana	15
EMSM - Ilha do Governador - AP 3.1 (a implantar)	EMSM	2 a 6a de 8:00 às 17:00h	-
EMSM - Alemão - AP 3.1 (a implantar)	EMSM	2 a 6a de 8:00 às 17:00h	-
EMSM - Maré - AP 3.1 (a implantar)	EMSM	2 a 6a de 8:00 às 17:00h	-
Equipe Reabilitação Psicossocial - AP 3.1	ERP	2 a 6a de 8:00 às 17:00h	-
CECCO - Ilha do Governador (a implantar)	CECCO	2 a 6a de 8:00 às 17:00h*	-
EMSM - Centro - AP 1.0 (a implantar)	EMSM	2 a 6a de 8:00 às 17:00h	-
CAPSad III (a implantar) - AP 1.0	CAPSad III	24h nos 7 dias da semana	10
CAPS III (a implantar) - AP 1.0	CAPS III	24h nos 7 dias da semana	10

* O CECCO pode eventualmente realizar atividades no período noturno ou nos fins de semana, com agendamento prévio que permita a organização da escala de recursos humanos

Quadro 1: Unidades Termo De Colaboração

Fonte: Edital.

CRONOGRAMA SAÚDE MENTAL UNIDADES TERMO DE COLABORAÇÃO RAPS 01/2023 - AP 3.1 e 1.0													
UNIDADE	ÁREA	MÊS 01	MÊS 02	MÊS 03	MÊS 04	MÊS 05	MÊS 06	MÊS 07	MÊS 08	MÊS 09	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
CAPSAD III MIRIAM MAKEBA	3.1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
CAPS III FERNANDO DINIZ	3.1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
CAPS III ERNESTO NAZARETH	3.1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
CAPSI II ILHA DO GOVERNADOR	3.1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
CAPSI II VISCONDE DE SABUGOSA	3.1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
UAA METAMORFOSE	3.1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
EQUIPE DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL VINCULADO AO CAPS ERNESTO NAZARETH	3.1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE MENTAL ALEMÃO (A IMPLANTAR)	3.1		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
CECCO MIRIAM MAKEBA	3.1		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE MENTAL MARÉ	3.1			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE MENTAL ILHA DO GOVERNADOR	3.1							X	X	X	X	X	X
EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE MENTAL CENTRO	1.0					X	X	X	X	X	X	X	X

Quadro 2: Cronograma De Implantação Unidades Raps Ano 01

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

UNIDADE	ÁREA	MÊS 13	MÊS 14	MÊS 15	MÊS 16	MÊS 17	MÊS 18	MÊS 19	MÊS 20	MÊS 21	MÊS 22	MÊS 23	MÊS 24
CAPS II MIRIAM MAKEBA	3.1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
CAPS II FERNANDO DINIZ	3.1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
CAPS II ERNESTO NAZARETH	3.1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
CAPS II ILHA DO GOVERNADOR	3.1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
CAPS II VISCONDE DE SABUGOSA	3.1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
UAE METAMOTORE	3.1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
EQUIPE DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL VINCULADO AO CAPS ERNESTO NAZARETH	3.1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE MENTAL ALEMÃO (A IMPLANTAR)	3.1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
CECCO NEREU LOPES	3.1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE MENTAL MARÉ	3.1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE MENTAL ILHA DO GOVERNADOR	3.1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE MENTAL CENTRO	1.0	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
CAPS III (A IMPLANTAR)	1.0	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
CAPS II (A IMPLANTAR)	1.0	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Quadro 3: cronograma de implantação unidades raps ano 02

Fonte: OSC Viva Rio.

4.1. Informações sobre o território de abrangência da Rede de Atenção Psicossocial

O município do Rio de Janeiro com área territorial de 1.182 km² é dividido em 160 bairros, agrupados em 33 regiões administrativas e nove subprefeituras. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) a população estimada é de 6.661.359 habitantes para o ano de 2020. A região oeste concentra grande parte dos bairros mais populosos do município, tendo um alto crescimento populacional, mas não um desenvolvimento similar, causando indevidas aglomerações e segregações.

O atual Plano Diretor do Município de 2011 instituiu 16 Regiões de Planejamento que são uma divisão espacial entre as 5 grandes Áreas de Planejamento e as 33 Regiões Administrativas. O IDS das 16 Regiões de Planejamento (2010) da Cidade variou entre 0,71 e 0,51. Duas RP com IDS 2010 abaixo de 0,57 são Guaratiba e Santa Cruz com os menores índices; Nove RP com IDS 2010 entre 0,57 e 0,60 mostram quase toda a Zona Norte, as RP de Bangu (crescimento de 7%) e Campo Grande (maior crescimento de todos – 14%), Jacarepaguá e a região do Centro. A destacar, a notável melhoria de Campo Grande (14%) e de Bangu (7%), em relação ao ano de 2000; As cinco melhores estão a Zona Sul, Tijuca, Barra da Tijuca, Ilha do Governador e Méier. Considerando o IDS por bairros em 2010, os menores e maiores valores alcançados pelos 160 bairros ficaram respectivamente entre 0,45 e 0,80, tendo a maioria dos bairros se concentrado entre 0,60 e 0,70. Apenas um bairro (Lagoa) ficou no patamar superior (0,80) e dois - Vargem Grande (0,45) e Grumari (0,31) - se posicionaram nos cinco piores índices. Praticamente todos se situam do valor médio (0,50) para cima. Dos vinte bairros de melhor IDS (entre 0,68 e 0,80), apenas quatro não estão nas Regiões de Planejamento da Zona Sul e Tijuca. São eles: Joá e Barra da Tijuca,

na RP da Barra da Tijuca; Jardim Guanabara na RP da Ilha do Governador e Campo dos Afonsos na RP de Bangu. Estes quatro bairros diferem significativamente dos demais bairros que compõem suas Regiões de Planejamento. Por outro lado, os 20 piores bairros, localizados predominantemente nas porções oeste e nordeste da cidade, o IDS variou de 0,31 a 0,55 e são eles: Maré, Jacarepaguá, Gericinó, Cidade Universitária, Paciência, Mangueira, Costa Barros, Jacarezinho, Vigário Geral, Barros Filho, Complexo do Alemão, Santa Cruz, Acari, Rocinha, Alto da Boa Vista, Sepetiba, Manguinhos, Itanhangá, Vargem Pequena, Camorim, Barra de Guaratiba, Guaratiba, Vargem Grande e Grumari, em ordem decrescente.

Estudos Cariocas (2010) mostraram que um quinto da população das favelas vivia em comunidades consideradas urbanizadas. A população nas favelas, de modo geral, acompanha a distribuição da população total por Área de Planejamento. O número de habitantes da Zona Norte é maioria, tanto na cidade como um todo, quanto nas favelas, sendo que o percentual dessas últimas superou o relativo à população geral de 45% para 38%; As proporções de população instalada nas favelas da Baixada de Jacarepaguá (AP 4) e na Área Central (AP1) também são maiores do que as da população geral (16% contra 14% e 7% contra 5%); Situação oposta ocorre na Zona Sul (AP2) e na Zona Oeste (AP4) em que o peso da população geral é maior do que o da população nas favelas.

O município do Rio de Janeiro é dividido em dez áreas programáticas de saúde (AP). As Áreas Programáticas contempladas neste Termo de Colaboração são as descritas a seguir com suas respectivas regiões administrativas: AP 1.0 (Zona Portuária, Centro, Rio Comprido, São Cristóvão, Paqueta e Santa Teresa) e AP 3.1 (Ramos, Penha, Vigário Geral, Ilha do Governador, Complexo do Alemão e Maré).

Tabela 3: População Residente e Estimada - Áreas de Planejamento e Regiões Administrativas

ÁREAS DE PLANEJAMENTO E REGIÕES ADMINISTRATIVAS	POPULAÇÃO RESIDENTE		POPULAÇÃO ESTIMADA					AP *
	2000	2010	2013	2014	2015	2016	2020	
ÁREA DE PLANEJAMENTO 1	268 280	297 976	307 368	309 358	311 265	313 102	319 863	
I PORTUÁRIA	39 973	48 664	51 413	51 995	52 553	53 091	55 070	10
II CENTRO	39 135	41 142	41 777	41 911	42 040	42 164	42 621	10
III RIO COMPRIDO	73 661	78 975	80 656	81 012	81 353	81 682	82 892	10
VII SÃO CRISTÓVÃO	70 945	84 908	89 324	90 260	91 157	92 020	95 199	10
XXI PAQUETA	3 421	3 361	3 342	3 338	3 334	3 330	3 317	10
XXIII SANTA TERESA	41 145	40 926	40 857	40 842	40 828	40 814	40 765	10
ÁREA DE PLANEJAMENTO 2	997 478	1 009 170	1 012 868	1 013 651	1 014 402	1 015 125	1 017 787	
IV BOTAFOGO	238 895	239 729	239 993	240 049	240 102	240 154	240 344	21
V COPACABANA	161 178	161 191	161 195	161 196	161 197	161 198	161 201	21
VI LAGOA	174 062	167 774	165 785	165 364	164 960	164 571	163 139	21



XXVII ROCINHA	56 338	69 356	73 473	74 346	75 182	75 987	78 951	21
VIII TIJUCA	180 992	181 810	182 069	182 124	182 176	182 227	182 413	22
IX VILA ISABEL	186 013	189 310	190 353	190 574	190 785	190 989	191 740	22
ÁREA DE PLANEJAMENTO 3	2 353 590	2 398 572	2 412 799	2 415 813	2 418 702	2 421 484	2 431 726	
X RAMOS	150 403	153 177	154 054	154 240	154 418	154 590	155 222	31
XI PENHA	183 194	185 716	186 514	186 683	186 845	187 001	187 575	31
XXXI VIGÁRIO GERAL	135 311	136 171	136 443	136 501	136 556	136 609	136 805	31
XX ILHA DO GOVERNADOR	211 469	212 574	212 923	212 998	213 069	213 137	213 388	31
XXIX COMPLEXO DO ALEMÃO (9)	65 026	69 143	70 445	70 721	70 985	71 240	72 177	31
XXX MARÉ	113 807	129 770	134 819	135 888	136 914	137 901	141 535	31
XII INHAÚMA	130 635	134 349	135 524	135 772	136 011	136 241	137 086	32
XIII MÉIER	398 486	397 782	397 559	397 512	397 467	397 423	397 263	32
XXVIII JACAREZINHO	36 459	37 839	38 275	38 368	38 457	38 542	38 856	32
XIV IRAJÁ	202 967	202 952	202 947	202 946	202 945	202 944	202 941	33
XV MADUREIRA	374 157	371 968	371 276	371 129	370 988	370 853	370 355	33
XXII ANCHIETA	154 608	158 318	159 491	159 740	159 978	160 208	161 052	33
XXV PAVUNA	197 068	208 813	212 528	213 315	214 069	214 795	217 470	33
ÁREA DE PLANEJAMENTO 4	682 051	909 955	982 035	997 306	1 011 946	1 026 039	1 077 930	
XVI JACAREPAGUÁ	469 682	572 617	605 173	612 070	618 682	625 047	648 484	40
XXIV BARRA DA TIJUCA	174 353	300 823	340 822	349 296	357 420	365 241	394 037	40
XXXIV CIDADE DE DEUS	38 016	36 515	36 040	35 940	35 843	35 750	35 409	40
ÁREA DE PLANEJAMENTO 5	1 556 505	1 704 773	1 751 666	1 761 601	1 771 125	1 780 294	1 814 053	
XVII BANGU	420 503	428 035	430 417	430 922	431 406	431 871	433 586	51
XXXIII REALENGO	239 146	243 006	244 227	244 485	244 733	244 972	245 851	51
XVIII CAMPO GRANDE	484 362	542 084	560 340	564 208	567 916	571 485	584 628	52
XXVI GUARATIBA	101 205	123 114	130 043	131 511	132 919	134 273	139 262	52
XIX SANTA CRUZ	311 289	368 534	386 639	390 475	394 152	397 692	410 726	53

Fonte dos dados brutos: IBGE, Censo Demográfico de 2000 e 2010.

Elaboração: Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos da Prefeitura do Rio de Janeiro – IPP.

OBS: * Dados da AP não constantes na tabela original, inseridos pela SSM.

4.2 Prevalência dos transtornos mentais na população geral

Os transtornos mentais e por uso de álcool e outras drogas interferem, de maneira substancial, na habilidade das crianças para aprender e dos adultos para funcionar na família, no trabalho e na sociedade como um todo. Algumas condições são prioritárias como a depressão, as psicoses, os transtornos bipolares, os transtornos do desenvolvimento e comportamentais em crianças e adolescentes, os transtornos por uso de álcool, os transtornos por uso de drogas, a autoagressão e o suicídio, e outras queixas emocionais significativas ou sem explicação médica, porque podem resultar em elevada morbidade, mortalidade ou incapacidade, representam altos custos econômicos e estão associadas à violação de direitos humanos.

Dados do Ministério da Saúde apontam que 3% da população geral brasileira sofre

com transtornos mentais (TM) graves e persistentes, 6% apresentam transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas e 12% necessitam de algum atendimento, seja ele contínuo ou eventual. O índice de utilização dos serviços de saúde ainda é baixo, está em torno de 13%. Considerando a população do município (IBGE 2010), estima-se que 195.823 (3%) pessoas são acometidas por TM severos e persistentes e outras 587.470 (9%), por transtornos menos graves (Tabela 4).

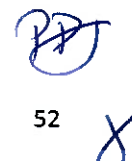
De acordo com a OMS (2003), a prevalência mundial dos distúrbios do desenvolvimento e dos transtornos mentais e comportamentais na infância e adolescência é de 10% a 20%, sendo o suicídio a terceira causa de morte entre os adolescentes. Ainda assim, o diagnóstico de transtornos mentais em crianças e adolescentes tem sido um grande desafio na prática clínica, dada a heterogeneidade dos quadros clínicos e as peculiaridades diagnósticas, bem como a influência significativa do meio familiar e comunitário que pode ocasionar manifestações clínicas reativas ao contexto, facilmente reduzidas à diagnósticos individualizantes.

Dados do INPAD (2012) sobre o uso de álcool no Brasil, mostraram que 22% dos entrevistados declararam ter experimentado com menos de 15 anos. A constatação da maior precocidade na experimentação é aferível de maneira semelhante entre homens e mulheres. Para além da experimentação, observa-se o crescimento na precocidade do consumo regular de bebidas alcoólicas. Declararam ter iniciado o consumo regular de bebidas até os 15 anos 14% na população adulta. Entre homens a proporção de indivíduos que bebeu em binge¹ cresceu 12 pontos percentuais (54% em 2006 para 66% em 2012) e entre as mulheres o crescimento foi de 14 pontos percentuais (passando de 34% para 48% em 2012).

Pesquisa da Fiocruz (2013) sobre o perfil dos usuários da droga no Brasil apontou que cerca de 370 mil brasileiros de todas as idades usaram regularmente o crack e similares (pasta base, merla e óxi) nas principais capitais do País. Esse número corresponde a 0,8% da população das capitais do país e a 35% dos consumidores de drogas ilícitas nessas cidades. Além disso, 14% do total são crianças e adolescentes, o que equivale a mais de 50 mil usuários. Por "uso regular", foi considerado um consumo de pelo menos 25 dias nos seis meses anteriores ao estudo, de acordo com definição da Organização Pan-americana de Saúde (Opas). Os usuários de crack no Brasil são principalmente adultos jovens, com idade média de 30 anos, homens (78,7%), não brancos (80%) o que inclui pretos, pardos e indígenas, por exemplo - e solteiros (60,6%).

A pesquisa também aponta uma expressiva proporção de usuários em situação de rua, com aproximadamente 40% deles nessa condição. Nas capitais o percentual é mais

¹ Beber em binge é considerado beber 5 doses ou mais para homens e 4 doses ou mais, para mulheres.



elevado e chega a 47,3%, enquanto nos demais municípios do país 20% dos usuários regulares de crack relataram essa condição.

Cerca de 10% das mulheres usuárias relataram estar grávidas no momento da entrevista. Além disso, mais da metade das usuárias de crack já haviam engravidado ao menos uma vez desde que iniciaram o uso da droga. Em relação ao tempo médio de uso, ele se estende nas capitais por aproximadamente 91 meses (cerca de oito anos), enquanto nos demais municípios esse tempo foi de 59 meses (5 anos). Mais da metade dos usuários têm padrão de consumo diário. Quando consideradas as diferenças entre os gêneros, nota-se que os homens usam crack por tempo mais prolongado, em média por 83,9 meses, enquanto as mulheres fazem uso por aproximadamente 72,8 meses. Aproximadamente metade dos usuários de crack e/ou similares já foi presa ao menos uma vez, sendo que 41,6% foram detidos no último ano. Entre os motivos da detenção, destacam-se o uso ou posse de drogas (13,9%); assalto ou roubo (9,2%); furto, fraude ou invasão de domicílio (8,5%) e tráfico ou produção de drogas (5,5%).

O estudo ainda mostra que 78,9% dos usuários em uso abusivo de álcool e outras drogas desejam se tratar. No entanto, é baixo o acesso deles aos serviços disponíveis, como postos e centros de saúde, procurados por apenas 20% dos usuários nos 30 dias anteriores à pesquisa; unidades que fornecem alimentação gratuita (17,5%) ou instituições que fazem acolhimento, a exemplo de abrigos, casas de passagem e os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), buscados por 12,6% dos usuários. O Centro de Atenção Psicossocial para atendimento a usuários de álcool, crack e outras drogas (CAPSad) foi o mais acessado, ainda que por apenas 6,3% dos usuários. Esse fato reforça a necessidade de ampliação e fortalecimento desses equipamentos no âmbito da rede de saúde, assim como da ponte entre as cenas de uso e os serviços.

Tabela 4: Estimativa da População acometida por Transtornos Mentais no Município do Rio de Janeiro

RAPS	Área Planejamento de	Estimativa populacional 2020	Transtornos mentais severos persistentes e	Transtornos menos graves
Centro-Sul	AP 1.0	319,863	9,596	28,788
	AP 2.1	643,635	19,309	57,927
	AP 2.2	374,153	11,225	33,674
Subtotal - Centro-Sul		1,337,651	40,130	120,389
Zona Norte	AP 3.1	906,702	27,201	81,603
	AP 3.2	573,206	17,196	51,589
	AP 3.3	951,818	28,555	85,664
Subtotal - Zona Norte		2,431,726	72,952	218,855
Zona Oeste	AP 4.0	1,077,930	32,338	97,014



	AP 5.1	679,437	20,383	61,149
	AP 5.2	723,889	21,717	65,150
	AP 5.3	410,726	12,322	36,965
Subtotal - Zona Oeste		2,891,982	86,759	260,278
Total do Município		6,661,359	199,841	599,522

Fonte: População / IPP - Estimativa 2020.

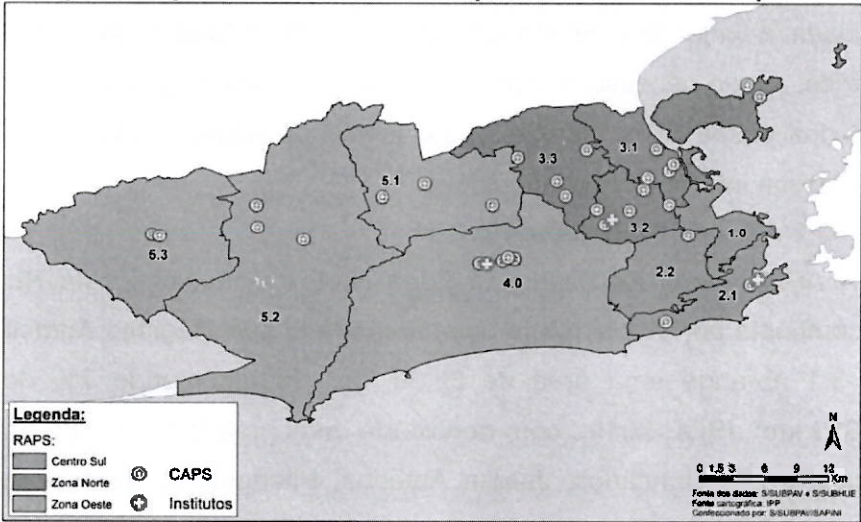
Parâmetros: MS/Coordenação Geral de Saúde Mental - Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Estimativa 2015. SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA O VÍNCULO E O DIÁLOGO NECESSÁRIOS.

4.3 Os CAPS na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Considerada a gestão pela Superintendência de Saúde Mental, o município do Rio de Janeiro está dividido em três RAPS definidos por regiões: Norte, Oeste e Centro-Sul. Cada uma destas RAPS possui uma coordenação que planeja, coordena, institui referências técnicas e avalia o cuidado prestado pelos serviços de saúde nas Áreas de Planejamento (AP) das suas respectivas regiões, visando garantir a lógica da atenção psicossocial e a integralidade do cuidado para os usuários que apresentem sofrimento mental. (Mapa 1)

- Rede de Atenção Psicossocial Centro-Sul (RAPS Centro-Sul), que abrange as Áreas de Planejamento 1.0, 2.1 e 2.2.
- Rede de Atenção Psicossocial Zona Norte (RAPS Zona Norte), que abrange as Áreas de Planejamento 3.1, 3.2 e 3.3.
- Rede de Atenção Psicossocial Zona Oeste (RAPS Zona Oeste), que abrange as Áreas de Planejamento 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3.

Mapa 1: Mapa dos CAPS do município do Rio de Janeiro por AP



O presente Termo de Colaboração contempla as Áreas Programáticas 1.0 e 3.1, articulando parcialmente RAPS Centro-Sul e RAPS Zona Norte.

4.3.1 Área de Planejamento 1.0

A AP 1.0 é formada por 15 bairros e 6 Regiões Administrativas abrangendo 2,8% do território (34,39 km²) e população de 297.976 habitantes segundo dados do Censo IBGE de

2010. A rede de atenção à saúde da AP 1.0 conta com 77 equipes de Saúde da Família distribuídas em 16 unidades básicas de saúde. A atenção primária ainda possui 08 equipes do Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF) e 02 de Consultório na Rua. Conta ainda com uma Unidade Integrada de Saúde, CMS Manoel Arthur Villaboim, com funcionamento 24h, em Paquetá.

Há um ambulatório de psiquiatria para atendimento de adultos no Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro e um ambulatório para atendimento de adultos, jovens e crianças na Policlínica Antônio Ribeiro Netto (a unidade também oferece atendimentos infanto-juvenis em Saúde Mental). Constam também dois ambulatórios de Saúde Mental nos Centros Municipais de Saúde Ernesto Zeferino Tibau e Marcolino Candau.

A AP 1.0 não possui CAPS em sua área de abrangência e o cuidado de atenção psicossocial para os casos de transtorno mental severo e persistente em crianças e adolescentes é articulado pelo CAPSi Mauricio de Sousa, que fica na AP 2.1. O CAPS Carlos Augusto Magal, localizado na AP 3.1, é a referência para a região de Benfica. O Hospital Psiquiátrico Estadual (CPRJ) concentra a maior parte dos atendimentos ambulatoriais em saúde mental da área. Para a emergência psiquiátrica de adultos, crianças e adolescentes é referenciada preferencialmente ao CPRJ.

Na área está localizado o Hospital Municipal Souza Aguiar e que possui pré-hospitalar fixo, o CER Centro, para urgências e emergências clínicas. Apesar dos avanços na articulação da Rede de Atenção Psicossocial para garantir a potência do cuidado em saúde mental no território, a atenção em Saúde Mental na AP 1.0 encontra-se ainda referenciada a unidades de atenção primária, ambulatórios de saúde mental e hospital psiquiátrico, sendo necessária a ampliação de dispositivos que sustentam a intensividade do cuidado dos casos mais complexos na lógica da atenção psicossocial (NASF e CAPS), evitando assim internações psiquiátricas.

4.3.2 Área de Planejamento 3.1

A AP 3.1 está localizada na Zona Norte do município, na Região da Leopoldina, sendo composta por 28 bairros, e compreendendo seis Regiões Administrativas. O território da AP 3.1 abrange uma área de 85,36 km², representando 7% do território municipal (1.200,329 km², IBGE 2019), com densidade demográfica de 10.386 hab/km² (IBGE, 2010). Seus bairros são Bancários, Jardim América, Pitangueiras, Bonsucesso, Jardim Carioca, Portuguesa, Brás de Pina, Jardim Guanabara, Praia da Bandeira, Cacuia, Manguinhos, Ramos, Cidade Universitária, Maré, Ribeira, Cocotá, Moneró, Tauá, Complexo do Alemão, Olaria, Vigário Geral, Cordovil, Parada de Lucas, Zumbi, Freguesia (Ilha), Penha, Galeão e Penha Circular.

Sinteticamente, se a AP 3.1 fosse um município, seus dados demográficos a colocariam em um patamar socioeconômico inferior ao do Rio de Janeiro, principalmente



pela proporção de habitantes vivendo em aglomerados subnormais, alta densidade demográfica, baixa escolaridade e menor expectativa de vida.

Enquanto, ao analisar o Índice de Desenvolvimento Social (IDS – 0,518), que contempla as dimensões saneamento básico, serviço de coleta de lixo, banheiro por moradores, analfabetismo e renda média, foi possível perceber que esta área é uma das mais desfavorecidas da cidade (IBGE, 2010). A longevidade da área é heterogênea, variando de 80,47 anos para o bairro Jardim Guanabara e 64,79 anos para o Complexo do Alemão.

A AP 3.1 se constitui em uma região de grande vulnerabilidade econômica, social e ambiental. Apresenta carência de serviços públicos, se constituindo como o quinto pior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH – 0,726), que abrange esperança de vida ao nascer, taxa de alfabetização de adultos, taxa bruta de frequência escolar e renda per capita. Ao separar por bairros, identifica-se o Jardim Guanabara como maior IDH (0,963), ocupando o 3º lugar em comparação ao município do Rio de Janeiro e o Complexo do Alemão ocupa o 126º lugar do município com 0,711 (IBGE, 2020).

Além dos Centros de Atenção Psicossociais, o território da AP 3.1 possui 32 Unidades de Atenção Primária (UAP), sendo 18 Clínicas da Família (CF) e 14 Centros Municipais de Saúde (CMS), 02 Policlínicas, 03 Unidades de Pronto Atendimento (UPA) municipais, 02 UPA estaduais, 02 Hospitais Municipais, 01 Hospital Estadual, 02 Hospitais Federais, 01 Hospital Universitário e 01 Instituto de Especialidade.

De acordo com os dados disponíveis no Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, a cobertura de ESF da população da AP 3.1 se deve à presença de 182 equipes de Saúde da Família (eSF), 12 equipes de Atenção Básica (eAB), 61 equipes de Saúde Bucal (eSB), e 07 equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), que corresponde a 76% de cobertura dos residentes da AP 3.1 (DATASUS, 2020).

A RAPS Zona Norte abrange as três Áreas Programáticas: AP 3.1 (886.551 hab), 3.2 (569.970 hab) e 3.3 (942.638 hab), reunidas na Área de Planejamento 3, que possui 80 bairros, correspondentes a 16,6% do território municipal (203,47 km²) e população residente de 2.399.159 habitantes. Tendo como referência a população de 2010, de acordo com dados do IBGE, a cobertura pela Estratégia de Saúde da Família é de 86% na AP 3.1.

Na AP 3.1 existem 32 unidades de atenção primária com 221 equipes de saúde da família, com suporte matricial ofertado por oito equipes NASF. Há no território também uma equipe de Consultório na Rua.

A área conta com dois ambulatórios de psiquiatria e saúde mental para atendimento de adultos, jovens e crianças no CMS Maria Cristina Roma Paugartten e na Policlínica José Paranhos Fontenelle. Há também oferta de vagas para atendimento infanto-juvenil em Saúde Mental no Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira.

Quatro UPAs (três estaduais e uma municipal) atendem as demandas de urgência clínica. As emergências em saúde mental têm como referência o Instituto Philippe Pinel. A área também conta com o Hospital Municipal Evandro Freire, que possui enfermaria com 15 leitos para cuidado em saúde mental.

O território conta com sete serviços estratégicos da atenção psicossocial, sendo dois CAPS II (Ernesto Nazareth e Carlos Augusto da Silva - Magal), dois CAPS III (João Ferreira Silva Filho e Fernando Diniz), dois CAPSis (Visconde de Sabugosa e Ilha) e o CAPSad III Miriam Makeba, que possui também sob sua gestão uma Unidade de Acolhimento Adulto (UAA) com 15 vagas para receber usuários.

5. PRODUTO

Em decorrência da execução do objeto, espera-se, como resultado do aumento da cobertura de 0,64 para 0,69 por 100 mil habitantes pelos CAPS (Tabelas 1 e 2, anteriormente apresentadas), que as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e/ou com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas possam ter o acesso ampliado à Atenção Psicossocial e ao cuidado qualificado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção à crise de base comunitária e o suporte necessário às ações de desinstitucionalização, com a inserção em Serviço Residencial Terapêutico ou retorno familiar dos usuários longamente internados nos Institutos Psiquiátricos Municipais.

Espera-se também a ampliação do acompanhamento compartilhado dos usuários entre os CAPS e a atenção primária em saúde de usuários em sofrimento mental, especialmente em relação às doenças e agravos prioritários e/ou mais prevalentes: Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Tuberculose, Tuberculose Multi-Resistente e Infecções Sexualmente Transmissíveis, visando à prevenção secundária e terciária, com diminuição da morbimortalidade e aumento dos índices de cura, quando for o caso, bem como o planejamento familiar e o acompanhamento integral de pré-natal durante a gravidez.

Com a implantação das EMSM, espera-se a ampliação da oferta de cuidado em saúde mental à população do município através tanto do apoio e qualificação às equipes de ESF para elaboração de respostas conjuntas e mais efetivas ao sofrimento psíquico agudo, quanto pelo atendimento à demanda que requer cuidado no nível de atenção secundária em saúde mental. As EMSM também devem auxiliar na organização de fluxos de atenção psicossocial relacionados à abordagem orientada às violências domésticas, raciais, de gênero, bem como às violências institucionais.

Pretende-se também a utilização da estratégia de acolhimento remoto, instrumento potente para qualificação da gestão do cuidado a partir do redesenho do trabalho desenvolvido nas unidades ambulatoriais. Como produto, espera-se através do compartilhamento de informações e de processos de trabalho entre as ESF, as EMSM e os



CAPS, uma redução do número de solicitações em fila do SISREG, através da diminuição de solicitações que não teriam necessidade de cuidado em outros níveis de atenção e da ampliação de oferta em atenção secundária, de forma a equalizar a demanda de solicitações no SISREG e a oferta de atendimento, com a respectiva diminuição do tempo em fila.

Espera-se que com a implantação das Equipes de Reabilitação Psicossocial seja ampliado o escopo de ações de reabilitação segundo a diretriz da intersetorialidade visando o acompanhamento de usuários em acolhimento institucional junto às Unidades de Reinserção Social do município.

Ademais, planeja-se que o Centro de Convivência e Cultura, na Rede de Atenção Psicossocial desse território, fomente a reabilitação psicossocial e a promoção da autonomia e cidadania, além de orientar a noção de cuidado e promoção dos direitos dos usuários. Ao trabalhar em articulação intersetorial, visa promover saúde e diminuir vulnerabilidades, agregando integralidade no cuidado e pressupõe a discussão das ações e envolvimento das diversas partes do processo como a implicação das famílias e os recursos do território, assim como do próprio usuário.

A Superintendência de Saúde Mental – área técnica da Secretaria Municipal de Saúde, vinculada a Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência, responsável pelo acompanhamento e execução do presente Plano de Trabalho fará a coordenação de todas as ações gerenciais e assistenciais à população a ser atendida nas Unidades da Rede de Atenção Psicossocial.

6. ATIVIDADES

A presente proposta técnica considera que o fortalecimento da articulação entre saúde e assistência social; e o desafio da implantação das EMSM podem promover inovações na RAPS se tiverem como mote a integração à atenção primária à saúde e o fortalecimento das ações no território. Nesse sentido, uma escuta aberta e atenta por parte das equipes para as lógicas de funcionamento do território e dos sofrimentos dos usuários, considerando uma lógica efetivamente psicossocial, considerando os diferentes determinantes do processo saúde doença e a clínica ampliada faz-se fundamental.

O fortalecimento do controle social, através do incremento das assembleias de usuários em todos os serviços da RAPS e a implantação do colegiado gestor, podem funcionar como um fomento a uma maior participação e envolvimento dos usuários na própria lógica de construção da gestão e funcionamento dos serviços, além da estratégia de suporte de pares.



A OSC Viva Rio considera que as equipes dos serviços devem ser compostas de maneira efetivamente multiprofissional e diferenciada, de modo a abranger categorias para além das profissões da saúde *stricto senso*, como as de profissional das artes, musicoterapia e terapia ocupacional, criando novos olhares que possam ter a arte e a criatividade como um dos desafios da RAPS também.

A Diversidade em suas pluralidades sociais, de gênero, raça e de corpo também será um conceito transversal a ser estimulado para que as equipes possam se debruçar junto com a assessoria técnica da supervisão clínico institucional e da SSM.

A organização da RAPS é de suma importância na reestruturação do Sistema de Saúde tanto no que se refere a sua organização, quanto à qualidade prestada à população. Na resposta brasileira para a saúde mental comunitária e territorial, os CAPS são fundamentais. Em suas funções constam o atendimento clínico e o manejo das situações de crise.

O objeto desta proposta envolve os recursos humanos necessários ao atendimento e assistência aos pacientes com transtorno mentais e/ou decorrentes de álcool e outras drogas e todas as atividades de apoio para a operação e o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Acolhimento Adulto (UAA) e Centro de Convivência e Cultura (CECCO), previstos no presente edital, e detalhados no gráfico acima, conforme cronograma de implantação.

Para tal, a OSC VIVA RIO propõe a recomposição e reorganização do modelo assistencial e de gestão, a continuidade do abastecimento regular de insumos e, a manutenção dos equipamentos e infraestrutura e demais atividades de apoio para a realização das atividades assistenciais e administrativas no gerenciamento e fortalecimento da RAPS nesses territórios.

Acresce-se ainda a adoção de uma política de gestão de pessoas, ações de educação permanente, a implementação do prontuário eletrônico com adesão aos Sistemas de Informação do SUS e a implantação de indicadores de produção e qualidade para monitoramento, avaliação e tomada de decisão. A OSC Viva Rio reafirma seu compromisso ético e sustentável incluindo em suas atividades a adoção de práticas administrativas eficientes, incluindo o Programa de Ética e Integridade e Transparência e Prestação de Contas (*accountability*).



DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES**RAPS e a lógica da Atenção Psicossocial**

Em 2011, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) como uma das redes prioritárias para compor as regiões de saúde nos estados e municípios. Em 2017, essa rede foi alterada por meio da Portaria n.º 3.588/2017 incluindo novos serviços, bem como orientando alterações na vocação inicial dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), visando ampliar o alcance e a efetividade das ações da rede.

A lógica da atenção psicossocial está em processo de consolidação no País com a ampliação da Raps em todo o território nacional. Os processos de avaliação estão sendo aperfeiçoados e estão sendo realizados os ajustes necessários com vistas a superar os desafios inerentes a todo processo de implementação de política pública, sejam eles em função da alteração de perfil do público-alvo e suas necessidades, dos dados epidemiológicos, da disponibilidade orçamentária e financeira, entre outras; incluindo eventos inesperados como uma Emergência em Saúde Pública a exemplo da pandemia da covid-19, que impactou as condições de saúde no Brasil e no Mundo. (BRASIL, 2022)

A Rede de Atenção Psicossocial (Raps) foi instituída por meio da Portaria de Consolidação n.º 3, de 28 de setembro de 2017 (PRT de origem n.º 3.088/2011, alterada pela PRT n.º 3.508/2011), e se constitui como rede prioritária para constituição das regiões de saúde nos estados e no Distrito Federal, como determina o Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Trata-se de um conjunto de diferentes serviços e ações disponíveis nos territórios que, articulados, formam uma rede plural e integrada. Estes devem ser capazes de dar resposta às demandas e às necessidades, desde as mais simples às mais complexas e graves, apresentadas pelas pessoas com transtornos mentais e/ou com problemas em decorrência do uso de álcool e outras drogas, bem como a seus familiares.

A Raps é composta por seis eixos de serviços. São eles:

- I. Atenção Primária em Saúde.
- II. Atenção Especializada.
- III. Atenção às Urgências e Emergências.
- IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório.
- V. Atenção Hospitalar.
- VI. Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação.

Cada componente da rede é integrado por diferentes serviços e ações, e todos eles são igualmente importantes e complementares, devendo ser incentivados, ampliados e fortalecidos.

- ✓ O Componente da atenção primária é constituído pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS); Equipes de Saúde da Família (eSF) e Equipes de Consultório na Rua (eCR);
- ✓ Componente da atenção especializada é constituído pelos I) Centros de Atenção Psicossocial e pelas II) Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializadas em Saúde Mental – Emaes.



Configuram-se ações de saúde mental e de atenção psicossocial, que tenham como lógica as direções de trabalho propostas na RAPS e realizadas no âmbito dos diferentes pontos da rede. A OSC Viva Rio possui ampla experiência na gestão de serviços nos diferentes componentes da RAPS desde a Atenção Primária até a Atenção Especializada, além da Atenção Primária prisional, conforme comprovado nos **Anexos II, e nos itens 01, 02 e 08 da presente proposta.**

Conforme previsto no edital EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO No 001/2023 da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE:

"Para finalidade de avaliação deste critério, a organização da sociedade civil deverá apresentar dados técnicos da execução das tarefas e a metodologia empregada para organizar suas atividades assistenciais e técnicas e a infraestrutura de apoio, declarando os equipamentos e programas (inclusive os recursos de informática), assim como o suporte técnico/operacional disponível na organização da sociedade civil para, eventualmente, apoiar a equipe que executará as atividades de acordo com a Estrutura da Rede de Saúde do Município, de forma a garantir que a unidade e as equipes de saúde alcancem as metas de produção e de qualidade." (página 132 do edital)

Número de unidades públicas geridas com ações voltadas à Atenção Psicossocial

A Atenção Psicossocial é regulamentada pela Portaria de 3088/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial, ara pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A RAPS conforme explicitado em seu artigo primeiro, tem como a finalidade a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

São diretrizes fundamentais da RAPS :

- ✓ o respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; a promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- ✓ combate a estigmas e preconceitos;
- ✓ **a garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;**
- ✓ a atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- ✓ **a diversificação das estratégias de cuidado;**
- ✓ **o desenvolvimento de atividades no território**, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- ✓ **o desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;**
- ✓ **a ênfase em serviços de base territorial e comunitária**, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- ✓ a organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- ✓ a promoção de estratégias de educação permanente;

- ✓ o desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

A Rede de Atenção Psicossocial é composta da seguinte maneira:

- ✓ Unidade Básica de Saúde
- ✓ Equipe de atenção básica para populações específicas: Equipe de Consultório na Rua;
- ✓ Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório
- ✓ Centros de Convivência;
- ✓ Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;
- ✓ Atenção de urgência e emergência;
- ✓ Atenção residencial de caráter transitório.
- ✓ Atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:
- ✓ Enfermaria especializada em Hospital Geral;
- ✓ Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;
- ✓ Estratégias de desinstitucionalização:
- ✓ Reabilitação psicossocial.

A Atenção Psicossocial demanda diversificação nas estratégias de cuidado; a garantia do acesso aos serviços, ofertando cuidado integral, multiprofissional e interdisciplinar; ênfase em serviços comunitários e de base territorial, além do desenvolvimento de ações de redução de danos e do cuidado a pessoas com transtorno mentais e necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é uma rede de saúde temática, que envolve o cuidado, visando assegurar às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades



decorrentes do uso de drogas, o acesso a um atendimento integral e humanizado, com foco no acolhimento, acompanhamento contínuo e vinculação à rede (NÓBREGA; SILVA; SENA, 2016).

Segundo Desviat (2018), ao romper com a lógica do isolamento desses sujeitos em sofrimento, a RAPS se aproxima desses mesmos sujeitos dentro de um território, levando em conta toda a singularidade do contexto e do sujeito. Essa lógica considera que a comunidade é parte integrante do processo de atenção à saúde mental.

Desta forma, a RAPS atua desde a Atenção Primária a Atenção Especializada, por meio de ações de promoção e prevenção no campo da Saúde Mental, realizadas na Unidade Básica de Saúde, no Núcleo Ampliado de Saúde da Família, no Consultório de Rua e nos Centros de Convivência e Cultura, nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), considerando as populações específicas, como o CAPS Infantil e o CAPS álcool e drogas, e a Atenção Residencial de Caráter Transitório.

É importante notar, a partir de Amarante e Nunes (2018), que esses serviços são inéditos ao oferecerem cuidado intensivo à usuários com quadros psiquiátricos graves sem envolver hospitalização ou até mesmo um modelo ambulatorial frágil, que se limita a realização de consultas e à renovação de receitas ou ofertas de estratégias de cuidado pouco articuladas com os demais componentes da rede.

A RAPS também é composta pela Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência, considerando as internações em leitos inseridos em Hospitais Gerais

As ações de Saúde mental e de Atenção psicossocial desenvolvem-se assim em diferentes pontos da rede, sendo fundamental:

- ✓ a articulação entre os serviços; a lógica do cuidado humanizado e territorial;
- ✓ as ações de promoção e prevenção no campo da saúde mental;
- ✓ o apoio matricial visando manter um cuidado longitudinal e uma rede cada vez mais articulada;
- ✓ a atenção às urgências e emergências nos Hospitais Gerais.

Uma rede potente traz dinamismo às ações de atenção psicossocial, tendo o CAPS, em suas diferente modalidades, como um grande organizador de toda a rede.

A consolidação da atenção psicossocial dentro do território, demanda uma rede cada vez mais articulada e potente, que envolva os diferentes componente da RAPS. Por conta de sua vasta experiência em gestão e de sua capilaridade em diferentes territórios, a OSC Viva Rio pode atuar de forma efetiva na construção de uma cuidado em saúde mental cada vez mais articulado e em rede.

Neste sentido, o apoio matricial é uma estratégia fundamental, com discussões de casos e do processo de trabalho, atendimento compartilhados, ações intersetoriais no território, que contribuam no processo de cogestão e coresponsabilização e no agenciamento do projeto terapêutico singular.



Dentre as ações de saúde mental desenvolvidas e realizadas nessas unidades, destacamos alguns procedimentos como :

- ✓ matriciamento de equipes de atenção básica, que consiste no apoio presencial sistemático às equipes de atenção básica que oferece suporte técnico à condução do cuidado em saúde mental, através de discussões de casos e do processo de trabalho, atendimento compartilhado, ações intersetoriais no território, e contribua no processo de co-gestão e coresponsabilização no agenciamento do projeto terapêutico singular;
- ✓ o atendimento em oficina terapêutica I e II
- ✓ as ações de redução de danos
- ✓ as ações voltadas a pessoas com problemas com álcool, tabaco e outras drogas
- ✓ os atendimentos em hospital geral

Um outro ponto importante da atenção psicossocial são as estratégias de desinstitucionalização. Essas ações envolvem romper com a lógica asilar e promover um cuidado em liberdade no território de vida e circulação dos usuários. Nesse sentido, os CAPS devem promover ações desinstitucionalização ligadas a Serviços Residenciais Terapêuticos, Unidades de Reinserção Social e de Acolhimento Institucional, bem como Unidades Prisionais.

As Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental tipo I, II, e III, também integram este componente da Raps e se diferenciam em seu porte considerando a composição e a carga horária das equipes, constituídas por médico(a) psiquiatra, psicólogo(a) e assistente social. Essas equipes não exigem construção ou abertura de novos serviços, podendo ser cadastradas em Hospitais Gerais, Clínicas e Ambulatórios (preexistentes ou novos; com múltiplas especialidades e exclusivamente para saúde mental). A organização do espaço físico deve considerar a oferta de cuidado individual e grupal, devendo estar articuladas a outros pontos da Raps e preferencialmente com vagas reguladas.

No que diz respeito às ações desenvolvidas pelas Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental deve-se buscar diferenciar suas práticas de outros serviços que compõem a Raps, a fim de evitar a sobreposição de função/atividades. Cabe especialmente às Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental atender às pessoas com transtornos mentais mais prevalentes e de gravidade moderada, tais como: os transtornos de ansiedade, os transtornos de humor e uso abusivo de substâncias, por exemplo, referenciadas pela atenção básica e pelos Caps.

Para a atuação das EMSM, a serem implementadas a partir do presente termo de colaboração, a OSC Viva Rio, considera importante ter como primeira linha de ação o mapeamento das demandas junto ao matriciamento, ao CAPS e as unidades de atenção primária, para um posterior desenho de organização de fluxos ou linhas de cuidado, que poderá se dar por ciclos de vida, ou de acordo com a gravidade das situações, e também a partir da clínica ampliada e da organização de cada território.



Os CAPS e atenção à crise no território

Estudos internacionais consideram que não existe evidência de que um sistema de saúde mental possa prescindir de leitos para atenção à crise. Entretanto, essa necessidade deve ser equacionada por vagas em hospitais gerais ou em serviços comunitários. A quantidade de leitos em hospital geral necessária é altamente condicionada pela quantidade de outros serviços existentes no território e depende das características sociais, econômicas e culturais de cada local.

O Município do Rio de Janeiro promoveu uma extensiva redução de leitos psiquiátricos nos últimos vinte anos, com a abertura de leitos de acolhimento noturno nos CAPS (CAPS modalidade III) (Fagundes et al, 2016)

A oferta de exames clínicos no CAPS, a sala de cuidados em cada dispositivo CAPS e a ampliação das discussões que atentem para que as equipes possam ter o cuidado com os agravos em saúde, para além do cuidado em saúde mental *stricto sensu*, como parte do dia a dia do trabalho, visam fortalecer esse olhar integral e longitudinal.

A estruturação das RAPS pressupõe tanto o processo de integração da saúde em nível territorial, quanto o de integração e alinhamento da estrutura logística e de governança da SMS/RJ, com a estrutura logística e de governança da OS Viva Rio, reconhecendo o território como o espaço político para a pactuação e exercício da gestão compartilhada.

Neste sentido, a OSC Viva Rio se propõe a atuar no fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial, através de um planejamento participativo e de co-gestão com os coordenadores dos serviços, nas atividades de apoio e gerenciamento institucional. A proposta é uma gestão próxima ao serviços:

- ✓ Com reuniões periódicas de planejamento, pactuação, avaliação e monitoramento;
- ✓ Organização de plano de trabalho junto aos gestores de cada unidade, da estrutura, ambiência, equipe, e organização das unidades (incluindo adequações de estrutura física e farmácia);
- ✓ Alinhamento dos fluxos e processos de trabalho dentro da unidade, a partir da orientação da SSM, como reuniões com temáticas definidas e de apoio à gestão;
- ✓ Apoio as ações relacionadas ao RH, com participação dos gestores das unidades, no planejamento e criação de ações de formação das equipes e de capacitação em serviço.
- ✓ Apoio às ações de mapeamento/criação de cronograma de visitas e parcerias institucionais;
- ✓ Acompanhamento dos dados e indicadores assistenciais, com discussão sistemática e regular com a gestão da unidade sobre os dados e a qualidade da informação;
- ✓ Criação de cronograma junto às unidades para criação das Comissões de Prontuário; Comissão de investigação de óbito e Comissão de Ética;

- ✓ Apoio à realização de ações de capacitação interna e externa nas unidades, com realização de rodas de conversa e seminários, a serem programados em parceria com a SSM, e os centros de estudo dos institutos;

Atividades e ações a serem desenvolvidas pelos serviços da RAPS

Espera-se das equipes dos CAPS, do CECCOs e das EMSM, sendo que cada serviço tem um mandato específico, já descrito acima, em relação ao cuidado psicossocial que realizem as seguintes atividades:

- ✓ Ações de acolhimento;
- ✓ Atendimentos individuais e grupais;
- ✓ Oficinas terapêuticas;
- ✓ Atenção às situações de crise;
- ✓ Acompanhamento institucional;
- ✓ Atualização do Projeto Terapêutico Singular (PTS);
- ✓ Atendimento aos familiares;

Acompanhamento de usuários com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas;

- ✓ Trabalho territorial: Todos os profissionais da equipe técnica do CAPS, das EMSM e do Centro de Convivência deverão realizar atividades fora do espaço físico das unidades de saúde, atuando no território e promovendo articulações com os dispositivos comunitários tanto formais quanto informais. A OSC Viva Rio, além de promover os recursos já listados para o transporte, deve também prover crachás de identificação para todos os trabalhadores destes dispositivos;
- ✓ Desinstitucionalização: Todos os profissionais da equipe técnica deverão participar do acompanhamento dos moradores de Serviço Residencial Terapêutico (SRT) ou em processo de Desinstitucionalização referidos ao CAPS, e articular o cuidado com a equipe de atenção primária de referência daquele território para acompanhamento regular de saúde, considerando os efeitos da longa institucionalização. Nas ações de desinstitucionalização também se inserem aquelas para promoção de autonomia e construção de rede de cuidados comunitários para os pacientes institucionalizados em abrigos, prisões, hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, ou unidades de ressocialização para adolescentes.



- ✓ Compartilhamento de cuidado com a Atenção Primária de Saúde.
- ✓ Encaminhamento a exames e especialistas: em caso de necessidade de encaminhamento do paciente a serviço especializado, a equipe do CAPS deve acompanhar o processo de marcação e agendamento no SISREG/SER junto à atenção primária, bem como as ações necessárias para que o usuário possa comparecer a consulta/exame, trabalhando para que o usuário compreenda suas necessidades de saúde e assim contribuindo para reduzir o número de solicitações equivocadas e os índices de absenteísmo.
- ✓ Participação nos Fóruns de Saúde Mental e Supervisão de Território: os trabalhadores dos CAPS, EMSM e Centro de Convivência deverão ter representantes presentes em todos os Fóruns de Saúde Mental e Supervisões de Território.
- ✓ Trabalho Intersetorial
- ✓ Supervisão Clínico-Institucional: o supervisor deve realizar supervisão clínico institucional da equipe do CAPS semanalmente e supervisão da equipe do serviço
- ✓ Colegiado de Gestão: o diretor/gerente se compromete a formar um Colegiado de Gestão, com participação comunitária, que tenha agenda mensal de reuniões para prestar contas do funcionamento da unidade e ouvir suas avaliações;
- ✓ Ouvidoria: recomenda-se a divulgação do telefone 1746 para contribuir com o funcionamento da unidade, emitindo opiniões, elogios, críticas ou sugestões de melhoria.
- ✓ Estratégias de suporte de pares: ações de cuidado a usuários e familiares, desempenhadas por outros usuários e familiares, capacitados para tal e contratados formalmente para essa finalidade. Entre as estratégias, a mais desenvolvida é o dispositivo de grupo de ajuda e suporte mútuos. Outras ações devem ser desenvolvidas de modo a ampliar o exercício dessa modalidade de trabalho que tem a própria vivência de usuário ou familiar como ferramenta diferencial de cuidado.
- ✓ Ações de Promoção de Saúde Mental: ações de promoção da saúde no território em parceria com a Atenção Primária e outros dispositivos formais e informais, intra e intersetoriais.

Além disso, os Centros de Atenção Psicossocial devem oferecer:

- ✓ Teste rápido para detecção de HIV, sífilis e Hepatites Virais;
- ✓ Coleta de Sangue, conforme fluxo pactuado com a CAP;



Trabalho no território: rede, matriciamento e compartilhamento do cuidado

Para o apoio efetivo à essas ações, e ao resultado, conforme previsto no termo de colaboração, do aumento da cobertura de 0,64 para 0,68 por 100 mil habitantes pelos CAPS (Tabelas 1 e 2, anteriormente apresentadas). Pretende-se que as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e/ou com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas possam ter o acesso ampliado à Atenção Psicossocial e ao cuidado qualificado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção à crise de base comunitária e o suporte necessário às ações de desinstitucionalização.

Nesse sentido, torna-se fundamental a lógica do trabalho ser efetivamente territorial e de matriciamento, com a ampliação do acompanhamento compartilhado dos usuários entre os CAPS e a atenção primária em saúde. Deve se ter em conta, nesse sentido, que os usuários de saúde mental, além de demandarem cuidado oriundos do sofrimento psíquico com que convivem, precisam ter cuidado longitudinais e integrais à sua saúde física e psíquica.

As equipes dos dispositivos de saúde mental da presente proposta técnica: CAPS III, CAPSad II e III; CAPSI II e III, CECCOS, EMSM devem também estar atentas aos cuidados clínicos que cada usuário precise, especialmente em relação às doenças e agravos prioritários e/ou mais prevalentes: Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Tuberculose, Tuberculose Multi-Resistente e Infecções Sexualmente Transmissíveis, e o acompanhamento integral de pré-natal durante a gravidez.

A OSC Viva Rio irá apoiar as unidades nesse sentido, visando que possam ter recursos para o trabalho territorial como RioCard para uso de profissionais e usuários no acompanhamento territorial e locação de viatura com motorista e combustível para cada serviço, destinado ao transporte de profissionais e pacientes na realização de ações de acolhimento à crise no território, visitas domiciliares, ações de matriciamento e visitas institucionais.

Além disso, a OSC Viva Rio dará suporte institucional às unidades nas ações para que tenham uma sala de cuidados clínicos bem estruturada, conforme previsto nas portarias sobre os espaços no CAPS e UAA, do Ministério da Saúde, de 2013 e 2015, e descrita abaixo:

Espaços de trabalho da equipe técnica, com, bancada para preparo de medicação, pia, armários para armazenamento de medicamentos e mesa com computador. É interessante que a porta seja do tipo guichê, possibilitando assim maior interação entre os profissionais que estão na sala e os usuários e familiares. É desejável que seja próximo aos quartos. (Manual ambientes CAPS/UAA 2013)

Conforme previsto no plano de trabalho, para que um cuidado em saúde mental territorial possa se dar de maneira efetiva, longitudinal e integral, o matriciamento das equipes tanto de Atenção Primária, como de Urgência e Emergência, é ferramenta fundamental de trabalho.



Os CAPS e as EMSM deverão manter agenda regular de matriciamento de equipe de atenção primária, conforme planejamento elaborado em conjunto pela S/SUBHUE/SSM e a S/SUBPAV/CAP.

O matriciamento da atenção primária pelos CAPS e pelas EMSM deverá ter as seguintes características:

- ✓ Ser presencial e ter frequência regular, com periodicidade mínima de 1 vez por mês;
- ✓ A elaboração de Projeto Terapêutico Singular que contenha: diagnóstico situacional considerando o suporte familiar, a rede comunitária e a rede de serviços local; definição de relações/habilidades que serão objeto de intervenção; as ações propostas conforme o compartilhamento de responsabilidades; prazo para avaliação dos efeitos das ações propostas;
- ✓ Contemplar pessoas nos diferentes ciclos de vida: crianças, adolescentes, adultos e idosos;
- ✓ Manter atualizados os registros das ações de matriciamento das equipes de atenção primária nos sistemas de informação vigentes.

O matriciamento das equipes dos pontos de atenção de urgência e emergência: os CAPS deverão manter presença regular nos serviços de urgência e emergência em saúde mental que são referência para seu território e demais serviços de urgência sempre que houver um usuário que seja de sua referência territorial, conforme as seguintes diretrizes:

- ✓ Contato/resposta em até 12h para os casos do território de responsabilidade do CAPS;
- ✓ Agilidade e prontidão para discussão dos casos e construção de rede apoio territorial, com a presença na unidade sempre que necessário;
- ✓ Compartilhamento dos cuidados dos usuários de sua responsabilidade territorial com a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) para atenção à crise para 100% dos usuários avaliados, privilegiando os recursos comunitários de forma a evitar internações;
- ✓ As EMSM devem manter permanente interlocução com as emergências em saúde mental, especialmente quando um usuário acompanhado pela equipe estiver ou precise de atendimento na emergência;

A OSC Viva Rio na sua proposta técnica se propõe a acompanhar como as equipes estarão organizando essas agendas, bem como prever os insumos necessários à realização dessas ações, como descrito acima. Além disso, deve realizar avaliação mensal junto a gestão das unidades e das equipes qualidade da informação do registro desse dado nos sistemas de informação.



Articulação Intra e Intersetoriais

A complexidade do trabalho na RAPS necessita da construção de redes intersetoriais, como uma de suas estratégias fundamentais. A articulação dos diferentes dispositivos da RAPS com outros pontos de atenção à saúde e outros setores como educação, justiça, assistência social, direitos humanos e outros, assim como recursos comunitários presentes no território deve ser uma das linhas de ação prioritárias.

A OSC Viva Rio deverá apoiar as unidades para que possam mapear as articulações necessárias a serem feitas, e estimular as equipes a atuarem nesse sentido. Esse é um dos valores fundamentais da instituição; por ser uma organização que também trabalha com projetos em diversos setores, este pode ser um amplo facilitador e dinamizador para as equipes atuarem nesse sentido.

A participação dos trabalhadores destes dispositivos nos Fóruns de Saúde Mental, Supervisão de Território, e demais reuniões que compõe a construção das articulações e pactuações da RAPS são de fundamental importância e deverão ser estimuladas, com presença representantes dos serviços do presente termo em todos os Fóruns de Saúde Mental e Supervisões de Território.

A convivência como dispositivo: Centro de Convivência e Cultura

Outro aposta dessa proposta técnica para a RAPS que visa ampliar os recursos para lidar com os desafios atuais refere-se a criação e a vivência em arte, cultura e trabalho como eixos importantes do trabalho Psicossocial. O CECCO deve atuar como um grande catalisador desses processos, mas este deve ser um conceito transversal a todos os serviços. A ampliação de parcerias territoriais, institucionais e inter-setoriais torna-se fundamental nesse empreitada. O Viva Rio por ser uma instituição com atuações em diferentes setores, tem a inovação como um valor fundamental, alinha-se assim à esse desafio.

O trabalho, conforme previsto no Artigo 6 da Constituição Federal (1988), é um direito que já não vinha sendo acessado por grande parte da população antes mesmo da pandemia. Porém, com a crise que surge ao longo do ano de 2020, foi possível observar como o desemprego afetou profundamente a vida de inúmeras famílias ao redor do mundo, gerando assim, um aumento significativo da pobreza.

Conforme referido pela OMS, as políticas nacionais de saúde mental devem estar preocupadas tanto com os transtornos mentais quanto com questões mais amplas que promovam a saúde mental. A promoção da saúde mental deve ser incorporada às políticas e programas governamentais e não governamentais. Além do setor saúde, é essencial envolver os setores de educação, trabalho, justiça, transporte, meio ambiente, habitação e bem-estar. (WHO, 2018)

A arte e a criatividade são grandes aliados no processo de bem-estar e saúde mental. No Brasil, dois psiquiatras se destacam por suas contribuições teóricas do uso da arte no tratamento da saúde mental. São eles: Osório César (1923) e Nise da Silveira (1946).



De acordo Weinreb (2003): As idéias de Osório César e Nise da Silveira sensibilizaram para um outro olhar, um olhar para uma outra direção, a da inclusão, assim ressignificando conceitos sobre arte e loucura. Osinski e Oliveira (2019) reforçam o pensamento de que a arte possibilita conhecer experiências vividas por outros indivíduos ou culturas, o que contribuiria para a sua compreensão. Por isso é de extrema importância pensar a educação dos sentidos e das sensibilidades, mobilizando os diversos domínios da arte como vetores de atualização ou produção de formas de estar e ser no mundo (OSINSKI; OLIVEIRA, 2019, p.09).

A arte, o trabalho e a criação como possibilidades de expansão dos trabalhos das equipes da atenção psicossocial com outros atores intra e inter setoriais o território é um das direções técnica da presente proposta de trabalho, e deve ser concretizada a partir da efetivação de ações como a contratação e profissionais de categorias multiprofissionais e plurais, conforme previsto no plano de trabalho do presente edital; e o estímulo às equipes para que tracem cartografias e panoramas constantes do território, desenhando e redesenhando parcerias e articulações com diferentes setores da educação, do trabalho, do lazer, da arte e da cultura.

A convivência como um dispositivo. O CECCOS deve ser um serviço que busque estabelecer possibilidades de cuidado e criação de novas redes e laços sociais.

Os CECCOS visam promover convivência, resgate da cidadania, inclusão, circulação pela cidade, ampliação de repertório cultural e tantos outros aspectos que devem ter o paradigma da RAPS de um cuidado em liberdade, do caso a caso, dentro de uma lógica territorial, de circulação pela cidade e articulações intersetoriais, no campo da arte e da cultura, do trabalho; do lazer, do esporte, dentre outros.

Circulantes pela cidade, reinventando a relação com a rua, acrescentando caminhos, distanciamo-nos de atalhos e ganhando parceiros institucionais que ajudem a sustentar as práticas baseadas nos preceitos da RAPS.

A Cultura e o Trabalho são os pilares que podem ancorar o trabalho dessas equipes, funcionando também como ferramentas (re) atualizadas a cada encontro e a cada pedido. Pela Arte, em suas diversas manifestações, introduzimos interlocutores e comuns, mas de extrair o que o coletivo traz de potência e suporte para atitudes e escolhas que são feitas individualmente.

A OSC Viva Rio, propõe como possíveis eixos de trabalho para centro de convivência inclusão pelo trabalho; arte e cultura; cuidado/auto cuidado;

- ✓ Trânsito, itinerância e articulação pela cidade
- ✓ Tipo de parcerias que buscamos (construção) - agenciamento e referência - intra e inter setoriais;
- ✓ Oficinas a partir do que surge dos usuários
- ✓ Dinâmica das oficinas



✓ PTS do grupo, das oficinas e do próprio serviço;

O CECCOS deve estar articulado com toda a rede de serviços RAPS e também promover a articulação inter setorial, a partir do que trazem também os usuários e o próprio território, nesse sentido, deve se articular com os outros dispositivos da 3.1, e das adjacências, visando promover saúde de maneira ampliada. Deve fomentar a reabilitação psicossocial e a promoção da autonomia e cidadania, além de orientar a noção de cuidado e promoção dos direitos dos usuários.

As Equipes de Reabilitação Psicossocial (acesso e parcerias inter-setoriais)

A Equipe de Reabilitação Psicossocial funciona como uma forma de ampliar o acesso e ações de reabilitação em atenção à saúde mental, para usuários em acolhimento institucional junto às Unidades de Reinserção Social do município.

Em relação à Equipe de Reabilitação Psicossocial vinculada ao CAPS III Ernesto Nazareth, prevê-se a contratação de recursos humanos, assim como, recursos para circulação (RioCard para deslocamento/transporte) para os profissionais, acompanhados dos usuários, com destino às Unidades de Reabilitação Social (URS), bem como a contratação do serviço de veículo com motorista e combustível para potencializar as ações territoriais e articulações intersetoriais.

A OSC Viva Rio possui a gestão de dois TEAIS na 3.1, o que facilita o acesso ao tratamento e articulação com as unidades de atenção primária que se fizerem necessários.

As Equipes Multiprofissionais de Saúde Mental

As EMSM deve funcionar ligadas aos CAPS de seu território e aos outros serviços da rede de atenção, em especial os dispositivos da Atenção primária. Devem mapear os principais problemas, agravos e demandas em saúde mental do seu território; para elaboração de respostas conjuntas e mais efetivas ao sofrimento psíquico agudo, quanto pelo atendimento à demanda que requer cuidado no nível de atenção secundária em saúde mental.

As EMSM também devem auxiliar na organização de fluxos de atenção psicossocial relacionados à abordagem orientada às violências domésticas, raciais, de gênero, bem como às violências institucionais.

A presente proposta técnica prevê a implantação de quatro dessas equipes, que devem trazer dinamismo e propor inovações à RAPS, e suas inter-articulações. As quatro serão implementadas no primeiro ano do termo, a primeira no Alemão, na AP .31, no segundo mês do termo de colaboração; a segunda na Maré, também na A.P. 3.1, no quarto mês; a terceira



no Centro, na A.P. 1.0, no sexto mês, e a quarta na A.P. 3.1., na ilha no oitavo mês do termo de colaboração.

Entre suas atividades, além do acolhimento presencial, que se dará em estrutura física do CAPS ou de um dispositivo da RAPS parceiro, como uma unidade de Atenção Primária, por exemplo, também devem prestar acolhimento remoto. Para isso, além de terem que ter recursos para o deslocamento pelo territorial deve ter acesso a insumos para que essa comunicação se dê da maneira mais adequada, como link de acesso a Internet de alta velocidade; recursos de tecnologia, como computador com câmera e microfone, e celulares com pacote de dados compatível.

Espera-se através do compartilhamento de informações e de processos de trabalho entre as ESF, as EMSM e os CAPS, uma redução do número de solicitações em fila do SISREG, através da diminuição de solicitações que não teriam necessidade de cuidado em outros níveis de atenção. Além da ampliação de oferta em atenção secundária, de forma a equalizar a demanda de solicitações no SISREG e a oferta de atendimento, com a respectiva diminuição do tempo em fila. A presente proposta técnica prevê uma redução da fila de 20% no primeiro ano do termo, com reavaliação para o segundo ano do termo de colaboração.

Dentre as atividades a serem desenvolvidas pelas EMSM estão:

- ✓ Grupo de acolhimento
- ✓ Grupo de Gestão Autônoma de Medicação (GAM)
- ✓ Atendimento individual em saúde mental e psiquiatria,
- ✓ Acompanhamento das famílias,
- ✓ Acompanhamento domiciliar,
- ✓ Procedimentos de enfermagem,
- ✓ Matriciamento da atenção primária em saúde (conforme pactuação com a Coordenação de Atenção Primária local),
- ✓ Práticas de promoção de saúde e de acolhimento em saúde mental à distância (online ou por telefone).

Redução de danos e a clínica AD

No âmbito da atenção aos usuários de álcool e outras drogas, vinculadas à todos os serviços da RAPS, mas tendo no CAPS AD um papel protagonista, a Redução de Danos (RD) se constitui como uma política de saúde pública que tem como objetivo minimizar as consequências

negativas do consumo, garantindo a liberdade de escolha do sujeito e seu papel de protagonista do cuidado.

A RD é uma diretriz de trabalho que se coloca como alternativa às estratégias de cuidado baseadas exclusivamente na lógica da abstinência. Tendo em vista a diversidade de relações que os sujeitos estabelecem com as drogas, a RD aponta para a necessidade da ampliação das ofertas em saúde para esta população.

A OSC Viva Rio possui experiência e expertise com relação à implementação de ações de redução de danos, inclusive estratégias ligadas à capacitação e articulação de ações de RD junto às unidades de atenção primária, tendo formado diversos profissionais da Atenção Primária em RD, nos anos de 2013, 2014, 2015 e 2016.

Atualmente, a atenção à saúde dos usuários de substâncias psicoativas é norteadada pelo decreto n.º 11.343, de 2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), e pela Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas, que dispõem sobre medidas para prevenção, atenção e reinserção social de usuários de álcool e outras drogas.

A Redução de Danos é apontada por vários estudos como um princípio crucial para a efetivação dos direitos dos usuários de drogas, tendo em vista que ela permite que um novo olhar seja lançado sobre esse sujeito, mostrando-se como uma oferta concreta de acolhimento e cuidado que rompe com a marginalização desses usuários. Entretanto, na efetivação de suas práticas, em especial em um cenário político de pouco investimento em ações de saúde mental por parte do Ministério da Saúde, nos últimos anos, a RD como diretriz de trabalho vem enfrentando dificuldades.

Nesse sentido, a OSC Viva Rio se propõe a retomar os projetos de formação em redução de danos para os profissionais da Atenção Psicossocial e Atenção Primária, a partir de novas e criativas roupagens, a serem estruturadas em parceria com a SSM, a partir da aplicação de recursos também da variável 01.

A Clínica da infância e adolescência

Uma política de saúde mental infantojuvenil deve considerar como diretrizes (BRASIL, 2005):

- ✓ A criança e o adolescente são sujeitos e, como tal, são responsáveis por sua demanda e seu sintoma. São sujeitos de direitos e detentores de lugares autênticos de fala. "cada caso é um caso". A noção de sujeito implica também a de singularidade, ou



seja, não é possível pensar em tratamentos e abordagens terapêuticas de forma homogênea e prescritiva;

- ✓ Acolhimento universal: significa que as portas dos serviços devem estar abertas a todos aqueles que chegam com alguma necessidade de saúde e de saúde mental.
- ✓ Cuidado Compartilhado: Muitas vezes, é preciso fazer um trabalho conjunto entre os serviços para o melhor atendimento do caso, considerando tanto as necessidades de saúde em geral, como as necessidades de saúde mental;
- ✓ Construção permanente da rede e da intersetorialidade: a partir da noção de clínica ampliada e da complexidade das intervenções em saúde mental, álcool e outras drogas, é fundamental a construção cotidiana de uma rede de profissionais, ações e serviços para a garantia do acesso de crianças, adolescentes e jovens aos cuidados nesta área.
- ✓ Trabalho no território: trata-se de um conceito que extrapola os sentidos meramente geográficos ou regionais, mas tem relação com as redes de relações e afetos e com as redes sociais daquele que é cuidado, que inclui a família, os vizinhos, a escola, a praça, o clube, os lugares de lazer etc. "O território é o lugar psicossocial do sujeito; é onde a vida acontece" (BRASIL, 2005, p. 13).
- ✓ Avaliação das demandas e construção compartilhada das necessidades de saúde mental: as demandas que chegam aos serviços de saúde mental (vindas do sujeito, da família, da escola e dos serviços da rede de saúde ou da rede intersetorial) devem ser discutidas e elaboradas em conjunto pelas equipes, pelos familiares e pelos usuários. No imaginário social há muitas demandas direcionadas à saúde mental, mas nem sempre elas ajudarão a construir intervenções potentes, porque não correspondem às necessidades reais dos usuários.

No momento atual, pós-pandemia, o isolamento social trouxe muitas questões de sofrimento para muitas crianças e adolescentes, que precisaram ficar afastadas do convívio social. (UNICEF, 2021). Nesse sentido, cabe também as equipes da RAPS e em especial do CAPSi construir ações intersetoriais potentes que possam criar novas estratégias de cuidado nessa área. A OSC Viva Rio, buscará estimular essas reflexões e debates a partir de rodas de conversa e um seminário temático sobre o tema.

Os serviços de saúde mental infanto-juvenil, dentro da perspectiva que hoje rege as políticas de saúde mental, devem assumir uma função social que extrapola o fazer meramente técnico do tratar, o que inclui ações como acolher, escutar, cuidar, possibilitar ações emancipatórias, enfrentar estigmas e determinismos e melhorar a qualidade de vida das



peçoas, tendo-as como seres integrais com direito à plena participação e inclusão em sua comunidade, partindo de uma rede de cuidados que leve em conta as singularidades de cada um e as construções que cada sujeito faz a partir de suas condições. (Brasil, 2014)

Clínica ampliada

A Reforma Psiquiátrica brasileira provocou alterações significativas na assistência em saúde mental no país, implementando uma rede substitutiva de serviços de atenção ao sujeito com sofrimento psíquico e ao uso prejudicial de álcool e outras drogas. Para a efetivação deste modo de fazer a atenção em saúde mental no território são necessárias ações que promovam cidadania, inclusão social e autonomia aos sujeitos. Neste sentido, a Clínica Ampliada é uma prioridade, pois implica uma prática que enxerga o sujeito em sua complexidade e entende que todos os profissionais de saúde, de forma integrada, realizam o cuidado em saúde mental.

A política nacional de saúde mental e de humanização do SUS, adotadas pelo Ministério da Saúde, colocam a clínica ampliada como uma diretriz para o cuidado na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) propondo diversos recursos a serem utilizados pelos profissionais na atenção em saúde, tais como privilegiar a atenção ao sujeito em seu território, o compartilhamento das ações terapêuticas e os recursos do técnico de referência (TR) e do projeto terapêutico singular (PTS).

Nesse sentido, a OSC Viva Rio aposta numa construção conjunta das equipes de trazer outros profissionais de outros campos do saber, como profissionais das artes, sociólogos, antropólogos, musicoterapeutas para potencializar ações inovadoras em saúde mental, que criem novas respostas menos medicalizadoras e que considerem a potência da arte e cultura como possibilidade de outras construções terapêuticas.

Gestão Participativa

Para a gestão das unidades de atenção psicossocial da presente proposta, a OSC Viva Rio irá atuar de forma participativa, colaborativa e próxima à gestão das unidades, atuando através de reuniões sistemáticas para planejamento das ações de gestão, qualificação da informação e apoio institucional. Cada unidade deverá construir um plano de trabalho específico para o período de um ano, que contenha também a qualificação de aspectos gerenciais e administrativos, além da qualificação assistencial. Esse plano será revistado nas reuniões sistemáticas podendo ser readequado, de acordo com o alcance das diretrizes e metas e também dos indicadores assistenciais pactuados.



GESTÃO PARTICIPATIVA	
REUNIÕES SISTEMÁTICAS DE PACTUAÇÃO	A OSC VIVA RIO se propõe a realizar reuniões periódicas e sistemáticas, com pauta apre definidas para acompanhamento do processo de trabalho das unidades.
criação de plano de trabalho gerencial por unidade.	Organização de um plano de trabalho gerencial para cada unidade de forma a qualificar o cuidado, a assistência e o processo de trabalho das unidades de saúde mental.
EDUCAÇÃO PERMANETE	Através de metodologia ativa e escuta ativa junto aos diretores das unidades a OSC VIVA RIO se propõe a realizar ações de educação permanente e fóruns de discussão com temáticas específicas, de forma a ampliar a qualificação assistencial da RAPS.
MONITORAMENTO DOS INDICADORES	Através do acompanhamento mensal dos indicadores se relatórios, a OSC VIVA RIO se propõe a realizar reuniões sistemática sobre a qualificação da informação, e qualificar também as comissões de prontuário das unidades, de forma a serem instrumentos potentes de gestão.
QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACEUTICA	Com vistas a qualificar a assistência farmacêutica na atenção psicossocial, de forma a pensar ações de clínica ampliada e desmedicalizantes, a OSC Viva Rio se propõe a qualificar a assistência farmacêutica dos CAPS, com ações de desmedicalização e uso responsável de medicação, alinhada à prática de cuidado em rede e outras ações, como oficinas terapêuticas e práticas expressivas.
AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA COMISSÕES	Criação de cronograma junto às unidades para criação das Comissões de Prontuário, Comissão de investigação de óbito e Comissão de Ética.
PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL	Com vasta expertise, a OSC Viva Rio se propõe a estabelecer calendário para implantação dos Colegiados Gestores, em todas as unidades do presente termo.

Figura 10: Metodologia Gestão Participativa Osc Viva Rio

Atenção à crise

Atenção à crise em saúde mental é o nome dado a um conjunto de práticas de cuidado desenvolvidas no âmbito do modelo comunitário de atenção e se desenvolve junto a usuários em situações consideradas agudas e graves. O avanço na implementação dos CAPS III na cidade do Rio de Janeiro vem contribuindo para a desinstitucionalização e um cuidado e atenção à crise cada vez mais centrado na lógica do território. A Atenção à crise envolve diferentes ações como:



- ✓ É necessário que a atenção às situações de crise seja feita dentro de uma rede de cuidados territorial, comunitária e intersetorial, que leve em consideração as necessidades dos usuários
- ✓ O compartilhamento dos cuidados dos usuários de sua responsabilidade territorial com a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) para atenção à crise para 100% dos usuários avaliados, privilegiando os recursos comunitários de forma a evitar internações;

A OSC VIVA RIO, dentro da sua metodologia de gestão participativa, irá acompanhar com maior atenção o Indicador 5 , referente aos CAPS, do presente termo:

- Indicador 05 - Redução das internações psiquiátricas .

Como este indicador, visa o estímulo à redução das internações psiquiátricas e a manutenção de ações para a Atenção à Crise no território. A OSC Viva Rio se propõe a fazer análise desse indicador mensais junto com os Diretores dos CAPs do presente termo, e discussões de caso e outras possibilidade de atenção à crise, como ações no território pactuadas com outros serviços; estabelecimento de maior vínculo entre os equipamentos da Atenção Primária e da Atenção especializada, através do aumento das ações de matriciamento, e do incremento com as EMSM, e estratégias inovadoras ligadas à ações culturais e de arte e cultura, com o apoio do CECCO.

Projeto para aplicação dos recurso da Variável 1

Com proposta inicial para aplicação dos recursos da variável 01, a OSC Viva Rio entende a capacitação dos profissionais e o estímulo à ações de formação, que possam apoiar e ampliar reflexões dos profissionais de saúde mental sobre suas práticas cotidianas.

Nesse sentido, propõe:

- ✓ Formação introdutório sobre conceitos fundamentais da RAPS e do SUS, sendo obrigatória para os profissionais que iniciarem nos serviços, nos primeiros 3 meses;
- ✓ Fomento à formação em serviço - rodas de conversa mensais, a serem transmitidas on line, com temas definidos previamente em conjunto com as unidades, participação de profissionais de outras áreas que não a saúde mental *stricto sensu*, que possam ampliar a reflexão sobre as temáticas de saúde mental e da rede intersetorial;
- ✓ Projeto de comunicação/ formação (enfermeira viva rio) - o que são os caps? clínica psicossocial atual e seus desafios (projeto de videos com CECCO e TV Pínel)



- ✓ Seminário sobre saúde mental pós pandemia na cidade do Rio de Janeiro - incluir discussões sobre saúde mental na infância, racismo, diversidade, clínica AD, e principais desafios e perspectivas da intersectorialidade e do cuidado longitudinal em saúde mental;
- ✓ Criação de projeto de arte, cultura e comunicação junto ao CECCOS e as equipes, que ajudem a pensar e potencializar formas de comunicar de maneira simples para o público leigo o que é atenção psicossocial;

AÇÕES VOLTADAS À QUALIDADE, ATRAVÉS DE COMISSÕES, SERVIÇOS, PROTOCOLOS CLÍNICOS E OUTROS

Comissões de Revisão de Prontuário

As EMSM, CAPS e UAA deverão funcionar com o Prontuário Carioca de Saúde Mental(prontuário eletrônico), numeração do prontuário pelo número do CPF do paciente ou CNS, emissão de relatórios gerenciais mensais.

A Comissão de Revisão de Prontuários pode ser definida como de um conjunto de padrões apropriados para garantir a qualidade da assistência aos pacientes, assim como a segurança da informação. O preenchimento do prontuário de forma completa e exata com dados assertivos que não apresente erros ou inconsistências, devidamente ordenados, colabora não só para certificar a correta assistência ao paciente, mas também como o repasse de recursos financeiros mediante procedimentos comprovados, além de ser um documento jurídico importante para a instituição e o paciente.

A Comissão de Revisão de Prontuário (CRP) é um órgão coligado a cada CAPS, de natureza consultiva, deliberativa, normativa, educativa e independente, que tem por objetivo analisar e acompanhar os prontuários, a qualidade e o registro das informação, e o pertinente manejo clínico .

O principal objetivo do prontuário é facilitar a assistência ao paciente, constituindo-se em um meio de comunicação entre a equipe multidisciplinar da saúde e em um recurso indispensável para assegurar a continuidade do atendimento. O prontuário é uma fonte de dados e conhecimentos além de ser um suporte para a área administrativa do hospital, em seus aspectos financeiros e legais. Seus registros são cada vez mais, documentos essenciais para a elucidação de questões jurídicas e éticas cada vez mais frequentes, envolvendo pacientes, serviços de saúde e seus profissionais. É de vital importância garantir através da comissão de revisão de prontuários a qualidade documental, de modo que demonstre com exatidão, a assistência prestada ao usuário.



A OSC Viva Rio estará instituindo a comissão de revisão de prontuários no primeiro mês de gestão, identificando profissionais com perfil para a composição da comissão.

Objetivo

A Comissão está apta a revisar o prontuário do paciente, identificar as não conformidades e regularizá-las, comunicar os responsáveis pelos registros, para garantir a qualidade das informações do paciente durante sua estadia e atendimento na unidade.

Legislação

A Comissão de Revisão de Prontuários atende às seguintes legislações:

- ✓ Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.638/2002 - Estabelece a criação das Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica
- ✓ Resolução CFM nº 1.639/2002 - Art. 4º - Estabelece o prazo mínimo de 20 (vinte) anos, a partir do último registro, para a preservação dos prontuários médicos em suporte de papel. Art. 6º - Autoriza, no caso de digitalização dos prontuários, a eliminação do suporte de papel dos mesmos, desde que a forma de armazenamento dos documentos digitalizados obedeça à norma específica de digitalização contida no anexo desta resolução e após análise obrigatória da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos da unidade médico-hospitalar geradora do arquivo.
- ✓ Resolução CFM nº 1.821/2007 - Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e ao uso de sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde.
- ✓ Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012.

Composição

A composição mínima da comissão deverá ser de 06 (seis) membros, sendo um presidente, um vice-presidente, um secretário e três conselheiros, com composição máxima de 10 (dez) membros. Os membros da CRP deverão ser preferencialmente das áreas assistenciais e devem ter entre seus representantes os Responsáveis Técnicos das unidades. Dentre os representantes da comissão.

Atribuições

Comissão

- ✓ Realizar a análise da qualidade das informações contidas nos prontuários da unidade;



- ✓ Análise e revisão do preenchimento e ordenamento dos formulários e impressos que compõe o prontuário, como relatórios de alta e óbito, evoluções da equipe multiprofissional, prescrições médicas; transferências entre outras unidades, diagnóstico e a terapêutica utilizada,
- ✓ Realizar o diagnóstico situacional da qualidade dos prontuários;

Revisão do PTS dos prontuários analisados e dos indicadores clínicos pactuados na variável, como:

Presidente da Comissão

- a) Convocar e presidir as reuniões;
- b) Representar a comissão junto à Diretoria da instituição ou indicar seu representante;
- c) Subscriver todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;
- d) Fazer cumprir a normatização e todas as atribuições instituídas ou que decorram de suas funções ou prerrogativas;
- f) Participar das decisões da comissão, além do seu voto, com voto de decisorio.

Vice-presidente

Assumir as atividades do Presidente em sua ausência.

Secretário da Comissão

- a) Organizar a pauta das reuniões;
- b) Receber e protocolar as demandas pertinentes a CRP;
- c) Lavrar a ata das sessões/reuniões;
- d) Convocar os membros da comissão para as reuniões;
- e) Organizar e manter o arquivo da comissão;
- f) Preparar a correspondência;
- g) Solicitar ao setor responsável pelo de Atendimento ao Cliente os prontuários que serão avaliados pela CRP.

A importância da organização e conservação do prontuário

- ✓ Integridade dos documentos;
- ✓ Legibilidade nas informações;



- ✓ Avaliação dos PTS e qualidade no registro da informações
- ✓ Colaboração em pesquisas científicas, a busca de informações sobre a terapêutica do paciente;
- ✓ Facilidade no processo de faturamento dos procedimento e verificação junto ao TABNET, se os dados estão sendo exportados de maneira adequada;

Funcionamento

Os membros da comissão não serão remunerados. Deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais de acordo com suas lotações por período a ser definido pela Coordenação dos serviços. O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovado conforme definição da Direção Geral.

A coordenação deverá fornecer a sala de reunião com condições adequadas para o desenvolvimento das atividades da comissão.

As reuniões deverão ocorrer trimestralmente e em caráter extraordinário no caso de eventual convocação da Direção ou presidente da comissão, para tratativas de assuntos emergenciais.

A reunião da comissão será iniciada pelo Presidente ou Vice, com a presença mínima de 50% dos membros.

Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão poderão realizar a reunião mantendo um quórum mínimo de 50% dos membros.

Avaliação do Prontuário

A Comissão deverá realizar a avaliação de 10% dos prontuários baseando-se no número de saídas do setor no mês anterior. Considerando a importância dos protocolos assistenciais e das linhas de cuidado do Hospital, a CRP deverá focar atenção na saída de pacientes incluídos nestes.

COMISSÃO REVISÃO DE PRONTUÁRIO do CAPS - cada CAPS deverá em conjunto com os RTs médico, de enfermagem e de farmácia se houver, montar sua CRP, com cronograma de reuniões trimestrais, e deve na primeira reunião da Comissão definir seu regimento interno.

Segue modelo para discussão posterior.

**REGIMENTO INTERNO****Comissão de Revisão de Prontuários (CRP)****II. FINALIDADE:**

Instituir a Comissão de Revisão de Prontuários em cumprimento a resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.638/2002, que define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, determinadas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

A Comissão de Revisão de Prontuários (CRP) é um órgão de assessoria diretamente vinculado à Coordenação Geral dos CAPS. Os serviços prestados pela CRP não serão remunerados, sendo considerado de relevante interesse público.

III. COMPOSIÇÃO:

A composição mínima da comissão deverá ser de 4 (quatro) membros médicos, 1 (um) membro do Serviço de Arquivo Médico (SAME) e 1 (um) membro enfermeiro, que serão nomeados pelo Diretor de cada CAPS.

A comissão definirá os cargos de vice-presidente e de secretário. Os membros não terão dedicação exclusiva para exercerem atividades na comissão.

IV. MANDATO:

O mandato da comissão será de 24 (vinte e quatro) meses, a contar da nomeação da comissão, podendo ser renovado por decisão da Direção Geral

V. LOCAL:

A Direção Geral disponibilizará local adequado para o funcionamento efetivo da sede da Comissão, após análise estrutural.

VI. FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO:

A Comissão de Revisão de Prontuários reunir-se-á trimestralmente, em dias úteis, conforme cronograma preestabelecido e extraordinariamente quando convocada pelo presidente. Além das reuniões ordinárias, poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Direção Geral, Direção Técnica, pelo Presidente ou Vice-Presidente da comissão. As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo dos pontos abordados e decisões tomadas.

A ausência de um membro em 3 (três) reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda 6 (seis) reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 (doze) meses acarretará sua exclusão automática da participação da CRP.



Na ausência do presidente ou de seu Vice, os membros da comissão, definidos pela maioria presente, poderão realizar a reunião.

As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo preestabelecido, não superior a 15 (quinze) dias. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais habilitados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

Todos os membros deverão guardar sigilo ético no que se refere aos assuntos abordados pela CRP.

As informações e os indicadores operacionais deverão ser enviados para a Direção Geral, bem como para a Direção Técnica, cuja periodicidade será trimestral para as informações concernentes ao prontuário e semestral para os indicadores operacionais.

A rotina das reuniões da Comissão:

- ✓ Verificação de presença e existência de quórum;
- ✓ Votação e assinatura de ata da reunião anterior;
- ✓ Inclusão e/ou exclusão de itens da pauta da reunião;
- ✓ Informes da Presidência e do Núcleo de Comissões Hospitalares, quando for o caso;
- ✓ Apresentação, discussão e votação de matérias constantes em pauta;
- ✓ Organização da pauta da próxima reunião;
- ✓ Encerramento da reunião.

VII. ATRIBUIÇÕES:

São atribuições da Comissão de Revisão de Prontuário:

1 - Registrar em formulário próprio a avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente:

a) Identificação do paciente em todos os campos; anamnese, exames, PTS, histórico do paciente e rede de apoio familiar; exames complementares, e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas,, tratamento efetuado e outros documentos pertinentes ao atendimento;



II - Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Unidade com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas.

III - Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.

IV - Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

V - Coletar e processar os dados, proceder à análise estatística, divulgá-los e avaliá-los a cada trimestre.

São atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

- a) Convocar e presidir as reuniões;
- b) Indicar seu vice-presidente;
- c) Representar a comissão junto à Direção Geral da Instituição, ou indicar seu representante;
- d) Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta; e
- e) Fazer cumprir o regimento.

Nas decisões da comissão, havendo empate, sem prejuízo de seu voto, o Presidente exercerá o voto de qualidade.

Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente, que assumirá as atividades deste.

São atribuições e competências da secretária da Comissão:

- a) Organizar a ordem do dia;
- b) Receber e protocolar os processos e expedientes;
- c) Lavrar a ata das sessões/reuniões;
- d) Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;
- e) Organizar e manter o arquivo da comissão;
- f) Preparar a correspondência;
- g) Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço; e

VIII. DISPOSIÇÕES GERAIS:



Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CRP, em conjunto com o Direção Técnica e submetidos à Direção Geral a quem competirá a decisão.

Este regimento deverá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

O Regimento entrará em vigor após aprovação.

	Executivo	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6
Reunir com Diretores das unidades e RTS já instituídas para sensibilização sobre o tema	Coordenação Técnica do termo de colaboração junto aos diretores das unidades	x					
Identificar as profissionais para a composição dos Conselhos	Coordenação Técnica do termo de colaboração junto aos diretores das unidades	x					
Realizar reunião para direções e profissionais que irão compor as unidades para apresentação do Regimento interno e criação do cronograma de reuniões	Coordenação Técnica do termo de colaboração		x				
Elaborar regimento interno junto à direção	Coordenação Técnica do termo de colaboração junto aos diretores das unidades		x				
Realizar reunião em que cada unidade apresente seu regimento interno e cronograma de reuniões	Coordenação Técnica do termo de colaboração junto aos diretores das unidades		x				
Realizar reuniões trimestrais com apresentação de atos	Membros do Conselho			x			x
Realizar exposições mensais	Coordenação Técnica do termo de colaboração			x	x	x	x
Realizar discussões técnicas a partir dos dados levantados nos territórios junto à DTA	Coordenação Técnica do termo de colaboração				x		x

Quadro 6: Cronograma De Implantação

Comissão de Análise de Óbito

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º A Comissão de Análise de Óbito será instituída na unidade no início da gestão da OSC Viva Rio, em cumprimento a determinação da Resolução Interministerial MEC/MS nº 2.400 de 2 de outubro de 2007, que torna obrigatória a criação da Comissão de Avaliação de Óbitos nas instituições de saúde, da Portaria MS/GM nº 1405, de 29 de junho de 2006, que instituiu a rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimentos da Causa Mortis e da Resolução CFM nº 2.171/2017 que regulamenta e normatiza as Comissões de Análise de Óbito.

CAPÍTULO II

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 2º A Comissão de Análise de Óbito é obrigatória em todas as unidades RAPS, hospitalares e UPA.





Art. 3º Compete à Comissão de Análise de Óbito a avaliação de todos os óbitos da faixa etária a partir de 1 ano de idade ocorridos na unidade, devendo, quando necessário, analisar laudos de necropsias realizados no Serviço de Verificação de Óbitos ou no Instituto Médico Legal.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 4º A Comissão de Análise de Óbito deverá ser composta por no mínimo 3 (três) membros, sendo médico, enfermeiro e outro profissional da área de saúde.

§ 1º Caso a Comissão seja formada por mais de 3 (três) membros, pode haver no máximo 2(dois) enfermeiros e 3 (três) médicos.

§ 2º Outros profissionais de saúde, além de médicos e enfermeiros, poderão compor a Comissão de Análise de Óbito, sendo 1 (um) representante por profissão.

§ 3º O coordenador da Comissão de Análise de Óbito será obrigatoriamente médico.

Art. 5º Os membros componentes da Comissão de Análise de Óbito serão indicados pela Direção Técnica da instituição.

CAPÍTULO IV

DO MANDATO

Art. 6º A duração do mandato da Comissão de Análise de Óbito será de no máximo 24 (vinte e quatro) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido.

Parágrafo único. Ao término do mandato, a diretoria técnica poderá renovar a Comissão em parte ou na totalidade de seus membros.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 7º A Comissão de Análise de Óbito se reunirá trimestralmente, caso haja óbito a ser analisado, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário.

Art. 8º A análise da conduta do médico assistente ao paciente falecido deverá ser feita obrigatoriamente por médico componente da Comissão de Análise de Óbito, sendo vedada a análise da conduta médica por outro profissional não médico membro da Comissão.

Art. 9º Não compete ao médico membro da Comissão de Análise de Óbito, ao analisar a conduta do médico que assistiu ao paciente, emitir juízo de valor em relação à imperícia, ou negligência, pois esta competência é exclusiva dos Conselhos de Medicina.



Parágrafo único. O médico membro da Comissão de Análise de Óbito, ao analisar a conduta do médico que assistiu o paciente, deve se limitar a elaborar relatório conclusivo de forma circunstancial, exclusivamente dos fatos analisados.

Art. 10 Os óbitos analisados pela Comissão de Análise de Óbito que necessitem esclarecimentos em relação as condutas médicas adotadas, devem ser encaminhados ao diretor técnico da instituição para análise e este, se necessário, encaminhará os casos para a Comissão de Ética Médica da instituição, que deverá observar as disposições da Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.152/2016 e, na ausência desta, ao Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. Quando necessários esclarecimentos de condutas adotadas por outros profissionais de saúde que atenderam o paciente, o caso deve ser encaminhado aos Conselhos Profissionais dos profissionais envolvidos.

Art. 11 É vedado a utilização do termo morte evitável para os casos de óbitos que necessitem de esclarecimentos em relação às condutas adotadas pelos profissionais que atenderam o paciente.

Parágrafo único. Estes casos devem ser classificados como óbito a esclarecer.

Art. 12 Os membros da Comissão de Análise de Óbito estão obrigados a manter a privacidade, a confidencialidade e o sigilo das informações contidas no prontuário em análise.

Art. 13 A Comissão de Análise de Óbito emitirá anualmente relatório detalhado sobre o perfil epidemiológico dos óbitos ocorridos na instituição, que deverá ser entregue ao diretor técnico para as providências necessárias.

Parágrafo único. É responsabilidade do diretor técnico a implantação, na instituição, das medidas corretivas necessárias para a melhora no percentual de óbitos, com base no relatório anual da Comissão de Análise de Óbito, devendo comunicar o fato ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 14 Este Regimento Interno entra em vigor na data de sua aprovação e publicação, revogadas as disposições em contrário



	Executar	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6
Reunião com Diretores das unidades e RTs já instituídas para sensibilização sobre o tema	Gerência técnica do termo de colaboração junto aos diretores das unidades	x					
Identificar as profissões para a composição das Comissões	Gerência técnica do termo junto aos diretores das unidades	x					
Realizar reuniões trimestrais com elaboração de ata	Membros da Comissão			x			x
Realizar capacitações mensalmente	Gerência técnica do termo de colaboração			x	x	x	x
Realizar discussões técnicas a partir dos temas levantados nas comissões junto à GSA	Gerência técnica do termo de colaboração				x		x

Quadro 7: Cronograma De Implantação Da Comissão De Análise De Óbito

Comissão de Ética em Enfermagem

Considerações Iniciais

A Ética como ciência prática preocupa-se com a conduta humana, seja numa determinada sociedade ou no âmbito teórico. Grande parte dos problemas éticos e sociais são consequências das escolhas e trajetórias das sociedades históricas. A responsabilidade ético-profissional de Enfermagem é determinada pela legislação e normas que regulamentam o exercício profissional da categoria e pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. As normativas preveem a existência de Comissão de Ética de Enfermagem (CEEn) em todas as instituições de saúde que possuam em seus quadros 20 ou mais trabalhadores de Enfermagem nas instituições. Diante do compromisso profissional que Enfermeiros (as) e Técnicos de Enfermagem têm com a promoção, tratamento e recuperação da saúde de pessoas, famílias e comunidades, as questões éticas devem ser claras e permear todo o processo de trabalho e assistência dos profissionais de Enfermagem. As informações contidas neste material estão direcionadas à implantação de CEEn nas instituições de forma a proporcionar a ampliação das discussões sobre o tema nos locais de trabalho. E, desta forma, instrumentalizar os profissionais para a prevenção de denúncias e problemas de cunho ético no âmbito das relações de trabalho entre profissionais, desses com os usuários dos serviços de saúde e ainda entre profissionais de outras áreas.

A criação da Comissão de Ética de Enfermagem é imprescindível para apuração de questões éticas pertinentes à categoria, considerando melhor encaminhamento e condução das sindicâncias sobre problemas profissionais de Enfermagem. A implantação da CEEN possibilitará melhores condições de analisar a qualidade da assistência prestada e as condições de trabalho oferecidas.

A Viva Rio estará instituindo a CEEN no primeiro mês de gestão, através da identificação de profissionais capazes de adicionar e multiplicar os conceitos éticos da profissão de forma a

agregar à comissão valores de qualificação e melhoria da conduta profissional com consequente reflexo da assistência prestada ao usuário.

I - Responsável Técnico

O (a) Responsável Técnico (o) da Instituição deverá:

- Encaminhar ao Coren/RJ o nome de três profissionais de enfermagem na proporção de 02 enfermeiros e 01 técnico ou auxiliar de enfermagem, que irão compor a comissão eleitoral, a fim de que possa ser realizada a checagem no cadastro de inscritos e posterior emissão de portaria dos membros designados.
- Convocar reunião de sensibilização com a participação da coordenação da Comissão de Ética do Coren/RJ com objetivo de conscientização dos profissionais de enfermagem da importância de uma comissão de ética de enfermagem na Instituição de Saúde e porque devem de participar.

II - Comissão Eleitoral da constituição

A comissão eleitoral deverá ser composta por até 03 profissionais de enfermagem, sendo Presidente, Secretário e Vogal, que terão a atribuição de formulação e operacionalização do processo eleitoral;

Das Atribuições:

- Compete à comissão eleitoral receber e efetuar as inscrições dos candidatos à comissão de ética institucional, em atendimento ao art.8º § 2º da Decisão 1821/12.
- Encaminhar ao COREN/RJ, em até 45 (quarenta e cinco) dias, os nomes dos candidatos inscritos para avaliação e validação das inscrições, sendo imprescindível que todos os candidatos possuam inscrição definitiva no COREN/RJ e estejam em dia com as suas obrigações financeiras junto ao Conselho;
- Ao término do período inscricional, a Comissão Eleitoral fixará, em até 07 (sete) dias, quadro com os nomes dos candidatos dos Quadros I, II e III, oficializando ao Coren/RJ, a fim de que sejam confeccionadas as cédulas eleitorais;
- A comissão eleitoral providenciará a realização de uma reunião com os profissionais inscritos e a Coordenação da Comissão de Ética do COREN/RJ, a fim de que estes possam ter a plena compreensão de sua função na comissão de ética e realizar a divulgação de suas candidaturas na instituição.

As eleições ocorrerão 15 (quinze) dias após a fixação na instituição do quadro de candidatos inscritos, em turno único, e será realizada em três dias.



Cabe à Comissão Eleitoral Providenciar:

- a) viabilização junto à instituição de local para o escrutínio e a garantia da guarda e sigilo das urnas eleitorais;
- b) organizar a relação dos profissionais inscritos por categoria, para afixação no recinto destinado aos eleitores e nas cabines indevassáveis;
- c) junto à Gerência de Enfermagem a listagem dos profissionais de enfermagem eleitores, que servirá como comprovante de votação. Caberá ao Coren/RJ fornecer todo material utilizado durante o processo de votação, conforme descrito abaixo, e que devem ser devolvidos ao final da votação.
- a) Ata específica de abertura do processo eleitoral, que será lavrada no início da votação por um conselheiro do Coren/RJ, juntamente com a RT e a Comissão Eleitoral;
- b) Urnas para recebimento dos votos;
- c) Cédulas oficiais para o Quadro I e para os Quadros II e III; d) Caneta, lápis, papel e lacre numerado.

Nota:

Valerá como comprovante de votação a assinatura do eleitor na listagem fornecida pela Gerência de Enfermagem. Se a Comissão Eleitoral entender que há necessidade de acompanhamento técnico, deverá formalizar pedido ao Coren/RJ.

Encerrada a votação, a comissão eleitoral deverá atender ao § 9º do artigo 8º da Decisão Coren/RJ nº 1821/12, procedendo à contagem de votos, em atendimento à lisura e à transparência do processo eleitoral, sendo garantida a presença dos profissionais interessados no processo. Encerrado o processo eleitoral, a Comissão Eleitoral elaborará uma Ata que será assinada por todos os componentes da comissão eleitoral e encaminhará cópia ao Coren/RJ; O resultado deverá ser oficializado ao Coren/RJ que, junto à direção da instituição e à responsável técnica, agendarão a data e o local da posse da comissão de ética eleita.

III- Composição da Comissão de Ética Condição do quadro funcional da instituição

Quando a instituição tiver no quadro de pessoal somente Enfermeiros (as) e Técnicos (as) de Enfermagem.

Membros Efetivos: 1 Enfermeiro (a) e 2 Técnicos (as) de Enfermagem

Membros Suplentes: 1 Enfermeiro (a) e 2 Técnicos (as) de Enfermagem

IV- Dos critérios para integrar a CEE:

I – Manter vínculo empregatício efetivo junto à instituição de saúde;



II - Possuir situação regular junto ao Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição em todas as categorias que esteja inscrito;

III - Não possuir condenação transitada em julgado em processo administrativo e/ou ético nos últimos 5 (cinco) anos;

IV - Não possuir anotações de penalidades na instituição nos últimos cinco anos;

V- Das inscrições:

As Inscrições serão realizadas no período proposto pelo cronograma, na antiga sala da ouvidoria, no horário de 08:00 às 14:00 horas.

- Poderão se inscrever Enfermeiros, Técnicos de enfermagem, que atendam os critérios para integrar a CEE;
- Recebidas as inscrições, a Comissão Eleitoral analisará o preenchimento dos requisitos necessários e fará a divulgação da lista de nomes dos candidatos e respectivas classes.

Documentos que deverão ser apresentados no ato da inscrição dos candidatos:

I - Cópia da Carteira Profissional do COREN-RJ, dentro do prazo de validade;

II - Certidão negativa emitida pelo COREN-RJ, dentro do prazo de validade, que pode ser retirada online;

VI- Processo Eleitoral

Quadro I - Enfermeiros

Quadro II e III - Técnicos de Enfermagem

ENFERMEIROS votarão no QUADRO I e TÉCNICOS

Votarão no QUADRO II e III

VII- Resultado das Eleições

O quantitativo dos votos válidos ou não deverão ser encaminhados ao Coren/RJ após apuração das urnas, juntamente com o relatório do processo eleitoral, com registro de todas as ocorrências e assinado por todos os membros da Comissão Eleitoral.

- Publicação do Edital nº 1: Decisão homologando o resultado do processo eleitoral, onde constarão os nomes dos membros efetivos e suplentes componentes da Comissão de Ética de Enfermagem Institucional.

VIII - Da posse da comissão eleita De acordo com o artigo 8º da Decisão COREN-RJ nº 1821/12.



IX – Do Regimento Interno da Comissão de Ética

O regimento interno da comissão de ética será elaborado pela primeira Comissão de Ética de Enfermagem Institucional eleita, com base na sugestão abaixo:

Finalidade Apontar a finalidade da implantação da comissão local, com ênfase à delegação de representatividade, de acordo com o artigo 1º da Resolução COFEN nº 172/94 e Decisão COREN/RJ nº1821/12.

Objeto do trabalho

Poderá estar embutido na finalidade, com ênfase à discussão do exercício da profissão e inserção da equipe de enfermagem local.

c) Descrição das atividades

- Na divulgação da legislação do exercício da profissão.
- Frente às demandas de denúncias, de acordo com a Resolução COFEN nº 370/10, que normatiza o Código de Processo Ético dos Profissionais de Enfermagem, no capítulo I – da Admissibilidade da Denúncia.

Funcionamento da comissão

Apontamentos do funcionamento das atividades da comissão e cronograma de reunião dos membros ao longo do ano, possibilidade de convocação de reuniões extraordinárias, fluxo administrativo, criação de impressos, etc.

e) Atribuição dos membros da comissão

Com apontamentos da criação, das funções do presidente, do secretário e do vogal substitutos, e respectivas atribuições nas plenárias e nos trabalhos de investigação de denúncias éticas.

f) Processo eleitoral. De acordo com a Decisão Coren/RJ nº 1821/12. VII – Compromisso do (a) Responsável Técnico (a) O Coren/RJ fomenta a criação das Comissões de Ética Institucionais e, para tanto, é necessário que haja o compromisso firmado pelo (a) Responsável Técnico (a) junto à Direção Geral, no sentido de garantir as condições de funcionamento da comissão, como a viabilização de um espaço físico dentro da instituição onde os membros da Comissão de Ética de Enfermagem possam desenvolver seus trabalhos com segurança, devido ao caráter sigiloso dos procedimentos, e flexibilização do horário a fim de que os membros possam, efetivamente, realizar as atividades inerentes às demandas apresentadas à comissão.



Procedimentos da Comissão de Ética de Enfermagem em Caso de Denúncia na Instituição

A denúncia surge de um fato ocorrido na Instituição, podendo envolver profissionais, pacientes, familiares ou acompanhantes. Os fatos caracterizam-se pela natureza, infrações éticas e disciplinares. Assim compostas por ocorrências ou fatos de natureza ética, de natureza administrativa e ainda de natureza administrativo-ética. Os membros da CEEEn podem apurar fatos somente de natureza ético profissional na instituição em que exercem suas atividades. Os fatos de acordo com a natureza sofrem a aplicação das penalidades constantes no Código de Ética do Profissional de Enfermagem, sem que haja prejuízos na aplicabilidade dos demais dispositivos legais. Para tanto, diferem-se os fatos de acordo com a Resolução Cofen nº311/2007.

	Evento	Setor 1	Setor 2	Setor 3	Setor 4	Setor 5	Setor 6
Reunir com Diretores das unidades e SES já instituídos para sensibilização sobre o tema	Coordenação Técnica do Serviço de Colaboração junto aos diretores das unidades	x					
Identificar os profissionais para a composição das Comissões	Coordenação Técnica do Serviço de Colaboração junto aos diretores das unidades	x					
Realizar reuniões trimestrais com elaboração de ata	Assessoria de Planejamento		x				x
Realizar capacitações permanentes	Coordenação Técnica do Serviço de Colaboração		x		x	x	x
Realizar discussões técnicas a partir das temáticas levantadas nas reuniões junto à SES	Coordenação Técnica do Serviço de Colaboração			x			x

Quadro 8: Cronograma De Implantação Da Comissão De Ética De Enfermagem

Colegiado Gestor

A participação popular é uma importante estratégia de democratização da saúde prevista nas leis 8080/90 e 8142/90 que regulamentam o Sistema Único de Saúde, tendo a sociedade como sujeito ativo no processo decisório de políticas públicas por meio dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde.

O Conselho Municipal de Saúde é um órgão permanente e possui caráter deliberativo, ele é formado por membros do governo, profissionais de saúde e usuários. Temáticas essenciais como o orçamento destinado à saúde, a política de recursos humanos, a relação com o setor privado, as epidemias, o saneamento básico, as estratégias de vigilância à saúde e muitos outros aspectos figuram as discussões deste órgão.

No âmbito local das unidades de saúde, a participação popular deve ser incentivada principalmente nos Colegiados Gestores. Entre as diretrizes propostas pela PNH, a gestão participativa de transversalidade da atenção básica em saúde incentiva a implantação de Colegiados Gestores Locais (CGL) na RAPS como dispositivo de humanização, para os serviços

PD

deliberados como democrático a fim de ampliar o grau de comunicação entre a comunidade e a unidade de saúde mental, qualificando a produção do cuidado ofertado no serviço de saúde. Fundamentado nos princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde, a OS VIVA RIO se preocupa com a: universalidade, equidade, integralidade e resolutividade, e reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção da saúde.

O CGL é um espaço democrático, de acolhimento coletivo, onde se discutem os procedimentos administrativos e assistenciais, com foco na elaboração de propostas e definição de prioridades a partir das realidades locais.

Propõe-se que todas as unidades, CAPS E CECCOS, construam seus colegiados gestores locais e que se desenvolva, já na primeira reunião com a participação da comunidade, um cronograma anual de reuniões mensais. Tal cronograma, que deverá considerar o melhor dia e horário para a participação da comunidade, será afixado no quadro de avisos. Além disso, em conjunto com a Educação Permanente, propõe-se uma agenda de oficinas de sensibilização dos profissionais sobre a importância do CGL.

Assim como as reuniões dos Conselhos de Saúde, as reuniões do CGL devem contar com a participação de usuários, profissionais de saúde e gestores, no entanto, não há necessidade de garantir a paridade dos participantes, para que as reuniões ocorram.

Os CGL devem ser compostos por:

Usuários – as reuniões devem incluir o maior número possível, evitando restringir-se apenas a lideranças comunitárias;

Profissionais de Saúde – todas as equipes devem ser representadas nas reuniões por pelo menos um membro e sempre que possível, deve-se garantir a participação de ao menos um profissional por categoria da unidade;

Gestores – O diretor/gerente da unidade deve participar de todas as reuniões do colegiado, tendo papel moderador, garantindo o espaço de fala tanto dos usuários, quanto dos profissionais de saúde. Na ausência do diretor/gerente, o mesmo deve ser representado por um dos responsáveis técnicos da unidade;

Integrantes eventuais – considerando uma visão holística da produção do cuidado, que ultrapassa os muros das unidades, outros atores locais podem ser convidados a participarem das reuniões do CGL, com vistas a contribuir nas discussões de temas que lhes sejam comuns.

Além do acolhimento, deve haver o compromisso de dar encaminhamento às demandas podendo ser desenvolvidos e monitorados indicadores de performance (resolubilidade) das ouvidorias dos usuários, nas reuniões do CGL.



A OS VIVA RIO, ao longo dos dez anos de experiência de cogestão das unidades de APS no município do Rio de Janeiro, acumulou grande experiência nos processos de incentivo à participação popular. Em 2012, a Coordenadoria Geral de Atenção Primária (CAP) 2.1 da SMS do Rio de Janeiro, elegeu o CMS Rodolpho Perissé do Vidigal (Zona Sul) como modelo de experiência exitosa de CGL. Os resultados foram inspiradores e provaram que os profissionais, em consonância com a comunidade, a partir de interações e trocas de conhecimentos e saberes, alcançaram resultados positivos na qualificação da assistência e ampliação do acolhimento.

Neste sentido, a OS VIVA RIO se compromete em capacitar e instrumentalizar os gestores locais de cada unidade de saúde MENTAL a implantar de forma coletiva e garantir a regularidade mensal do Colegiado Gestor, com participação de representação das categorias profissionais e usuários, com ampla divulgação na área de abrangência da unidade, mantendo o objetivo principal de estímulo à gestão participativa. Além disso, compromete-se a incentivar a representatividade de profissionais de saúde e usuários nos Conselhos Municipais de Saúde.

Resultados esperados:

- Aperfeiçoamento dos processos de trabalho;
- Construção de indicadores de monitoramento de saúde;
- Melhora na comunicação entre a comunidade e a unidade e entre os setores da unidade;
- Redução de queixas à Ouvidoria;
- Integração dos Funcionários;
- Gestão de Comunicação;
- Gestão de Qualidade Eficiente;
- Gestão de Resposta ("feedback") in.

As atividades a serem desempenhadas nos equipamentos que compõem a REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL correspondem ao gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, garantida a assistência universal e gratuita à população, seguindo as orientações técnicas determinadas pela Superintendência de Saúde Mental do Município.

Os serviços de saúde/equipes previstas para essa parceria são:

Unidade	Tipo	Funcionamento	Número de Leitos
CAPSad III Miriam Makeba - AP 3.1	CAPSad III	24h nos 7 dias da semana	10
CAPS III Fernando Diniz - AP 3.1	CAPS III	24h nos 7 dias da semana	10
CAPS III Ernesto Nazareth - AP 3.1	CAPS III	24h nos 7 dias da semana	10
CAPSi II Ilha do Governador - AP 3.1	CAPSi II	2 a 6a de 8:00 às 17:00h	-
CAPSi II Visconde de Sabugosa - AP 3.1	CAPSi II	2 a 6a de 8:00 às 17:00h	-
UAA Metamorfose Ambulante - AP 3.1	UAA	24h nos 7 dias da semana	15

EMSM - Ilha do Governador - AP 3.1 (a implantar)	EMSM	2 a 6a de 8:00 às 17:00h	-
EMSM - Alemão - AP 3.1 (a implantar)	EMSM	2 a 6a de 8:00 às 17:00h	-
EMSM - Maré - AP 3.1 (a implantar)	EMSM	2 a 6a de 8:00 às 17:00h	-
Equipe Reabilitação Psicossocial - AP 3.1	ERP	2 a 6a de 8:00 às 17:00h	-
CECCO - Ilha do Governador (a implantar)	CECCO	2 a 6a de 8:00 às 17:00h*	-
EMSM - Centro - AP 1.0 (a implantar)	EMSM	2 a 6a de 8:00 às 17:00h	-
CAPSad III (a implantar) - AP 1.0	CAPSad III	24h nos 7 dias da semana	10
CAPS III (a implantar) - AP 1.0	CAPS III	24h nos 7 dias da semana	10

* O CECCO pode eventualmente realizar atividades no período noturno ou nos fins de semana, com agendamento prévio que permita a organização da escala de recursos humanos

Os Recursos Humanos necessários ao funcionamento de cada unidade equipe, encontram-se na seção 9 – custos, e os tipos de serviços imprescindíveis às unidades podem ser encontrados na seção 3 – objeto.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços essenciais na estruturação da RAPS e são regulados pelas diretrizes e características que constam nas Portarias MS/GM No. 336, de 19 de fevereiro de 2002, No. 3.088, de 23 de dezembro de 2011; e No 854, de 22 de agosto de 2012. As diferentes tipologias de CAPS são definidas de acordo com características como: densidade populacional do território, horário de funcionamento e população atendida:

- CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local. Funcionamento de segunda a sexta de 8h às 17h, podendo ainda ter um terceiro turno, para atendimento estendido até as 21h e aos sábados de acordo com as necessidades do território., visando diminuir as barreiras de acesso;
- CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local. Proporcionam serviços de atenção contínua, funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica em leitos de acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental.

CAPSad III: oferta atenção integral e contínua a adultos, crianças e adolescentes com necessidade de cuidados relacionados ao uso prejudicial de álcool, crack e outras drogas. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; ofertando retaguarda clínica em leitos de acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental.

- CAPSi II: atende crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto 49 Processo no 09/007.336/2021 da Criança e do Adolescente, com transtornos mentais severos e persistentes e/ou com necessidade de cuidados decorrentes do uso prejudicial de crack, álcool e outras drogas. Funcionamento de segunda a sexta de 8h

às 17h, podendo ainda ter seu horário estendido até as 21h e aos sábados de acordo com as necessidades do território.

- CAPSi III: oferta atenção integral e contínua a crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com transtornos mentais graves e persistentes e/ou com necessidade de cuidados decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço com leitos de acolhimento noturno para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica em leitos de acolhimento noturno a crianças e adolescentes de outros serviços de saúde mental.

Os CAPS são estratégicos para a atenção e manejo à crise no território e devem funcionar em rede de articulação, apoio e matriciamento com outros serviços da RAPS, como os Serviços de Moradia de caráter transitório (SRTs e UAAs); os Centros de Convivência e Cultura; as equipes de apoio como as equipes multiprofissionais de saúde mental; as equipes de reabilitação psicossocial; bem como as unidades de Atenção Primária, Centros Municipais de Saúde, Clínicas da Família, equipe de Consultórios na Rua, NASF; e os serviços de urgência a emergência, como CER, UPAs, e Hospitais e Clínicas e Serviços Especializados.

Um serviço essencial à garantia da longitudinalidade do cuidado para pessoas com transtornos mentais severos e persistentes e/ou necessidades decorrentes do uso abusivo de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar é a Unidade de Acolhimento Adulto (UAA).

A (UAA) é um dos pontos da Rede de Atenção Psicossocial e apresenta as seguintes características: funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana; caráter residencial transitório, tendo como objetivo oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com transtornos mentais severos e persistentes e/ou necessidades decorrentes do uso abusivo de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo.

Os usuários da UAA serão acolhidos conforme definido pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de referência, que será responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular de cada usuário, priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde, considerando a hierarquização do cuidado e prevendo tempo de permanência, que deve ser sempre o mínimo necessário e não deve ultrapassar os 180 dias.

Os Centros de Convivência são dispositivos integrantes da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde com atuação intersetorial, nos quais são oferecidos espaços de sociabilidade, produção, articulação com trabalho e geração de renda; e intervenção na cultura e na cidade. São estratégicos para a inclusão social, por meio da construção de espaços de



convívio e sustentação das diferenças, ampliação dos laços sociais e circulação dos usuários em variados espaços da cidade. Os Centros de Convivência tem como um dos objetivos promover a autonomia, liberdade das pessoas, combater os estigmas e preconceitos, sendo um dispositivo estratégico para ampliação das possibilidades e territórios de vida e circulação dos usuários da saúde mental, como espaço de arte, lazer, esporte, cultura, educação e trabalho e geração de renda, visando promover a integração e inclusão social.

As Equipes Multiprofissionais de Saúde Mental estão referidas no presente edital à portaria Nº 3.588, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2017 e a NOTA TÉCNICA Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, que descrevem suas atribuições:

- ✓ A Equipe parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), constituindo estratégia para atenção integral à pessoa com transtornos mentais moderados;
- ✓ As Equipes têm por objetivo prestar atenção multiprofissional em saúde mental, respondendo à necessidade de atendimento especializado identificado pela atenção básica, integrando-se aos demais serviços das redes de atenção à saúde, amparada nos comandos da Lei 10.216 de 2001;

Compete às equipes:

- I - ampliar o acesso à assistência em saúde mental para pessoas de todas as faixas etárias com transtornos mentais mais prevalentes, como transtornos de humor, dependência química e transtornos de ansiedade;
- II - prestar assistência multiprofissional às pessoas com transtornos mentais moderados, encaminhados pela Atenção Básica;
- III - constituir preferencialmente referência regional para assistência ambulatorial especializada em saúde mental;
- IV - trabalhar de maneira integrada com outros pontos de atenção das redes do SUS; e
- V - estabelecer articulação com demais serviços do SUS e com o Sistema Único de Assistência Social, de forma a garantir direitos de cidadania, cuidado transdisciplinar e ação intersetorial.

Presta-se a "ampliar o acesso à assistência em saúde mental para pessoas de todas as faixas etárias com transtornos mentais mais prevalentes, mas de gravidade moderada, como transtornos de humor, dependência química e transtornos de ansiedade", atendendo necessidades de complexidade intermediária entre a Atenção Básica e os CAPS.

Nesse sentido, conforme previsto no presente edital, as Equipes Multiprofissionais de Saúde Mental (EMSM) estarão vinculadas aos CAPS de seus territórios e poderão realizar atendimentos nas unidades de saúde do território de abrangência. As EMSM devem ofertar



cuidado de média complexidade e o acompanhamento dos usuários pelo território, realizações ações de mediação das relações com a comunidade, bem como oferecer acolhimento online.

A RAPS tem como direção fundamental de trabalho a articulação entre os diversos pontos de atenção e o cuidado longitudinal do usuário. Ações de caráter intersetorial, que dialoguem com outros setores e que ampliar o acesso às políticas de saúde mental fazem parte do escopo de trabalho da rede. Um dos setores de fundamental importância nesse cuidado é a articulação com a assistência social, uma vez que boa parte dos usuários da saúde mental encontra-se em situações de extrema vulnerabilidade, agravadas ainda mais pelo isolamento social e a recente pandemia de covid-19.

A Equipe de Reabilitação Psicossocial funciona vinculada a um CAPS e tem o intuito de ampliar o acesso à saúde e ao cuidado em saúde mental de usuários que se encontram em abrigos ou unidades de triagem da Assistência Social do município do Rio de Janeiro. Essa Equipe irá desenvolver ações intersetoriais e acompanhamento de usuários em acolhimento institucional cotidianamente junto às Unidades de Reinserção Social do município do Rio de Janeiro.

O avanço da reforma psiquiátrica e o progressivo fechamento dos leitos em hospitais, psiquiátricos, tendo como marco recente o encerramento das atividades no IMAS Juliano Moreira, com o fechamento total dos leitos do Hospital Jurandir Manfredini, os desafios da atenção psicossocial na efetivação do cuidado no território tornam-se imprescindíveis. Para o enfrentamento dessas questões, faz-se necessário ampliação de um cuidado cada vez mais longitudinal, que o atendimento à crise possa se dar incessantemente no território, com o fortalecimento das ações de manejo da crise no CAPS, matriciamento da unidades de atenção primária e de urgência e emergência, e o desenvolvimento de redes de cuidado, através de articulações intra e intersetoriais.

Uma é a da intersetorialidade, conforme foi apontado na IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. A Reforma tem que se abrir decisivamente para os outros campos das políticas públicas, como assistência social, educação, trabalho e renda, cultura, habitação, justiça. A outra fronteira para a consolidação da Reforma é justamente a do fortalecimento das ações solidárias e produtoras de autonomia, desenvolvidas por usuários e familiares, em cooperação com os profissionais e a sociedade em geral.

Nesta proposta técnica, o conhecimento, mapeamento, diagnóstico e constante re-letitura dos territórios onde se efetiva a RAPS deve ser ações constantes, de modo a mobilizarem cada vez mais recursos e parcerias para criação de PTS que dialoguem e ampliem os territórios de vida e circulação dos usuários. Essa proposta visa fortalecer a RAPS nos territórios da CAP 3.1 e 1.0.

6.1. Organização das Ações Assistenciais

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), constituídos por equipes multiprofissionais que atuam sob a ótica interdisciplinar, destacam-se dentre os serviços oriundos da reforma psiquiátrica no Brasil como estratégicos para Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), devendo cumprir, segundo a lógica do território: articulação com os demais pontos de atenção das Redes de Saúde e dispositivos intersetoriais; programa de cuidados contínuos, o que se entende como longitudinalidade de cuidados; funcionar como serviço de portas abertas ao território, não se restringindo ao agendamento prévio de

consultas; atender à crise ou ao sofrimento agudo (podendo ser disponibilizados, excepcionalmente, horários em turnos estendidos ou ainda aos sábados como política de redução de barreiras de acesso no caso dos CAPS II); acompanhar os casos de violência autoprovocada com risco de suicídio; realizar matriciamento das equipes da atenção primária e dos pontos de urgência e emergência e serviços hospitalares; desenvolver ações para promover a desinstitucionalização de pacientes longamente internados em hospitais psiquiátricos; considerar o princípio da equidade e se integrar plenamente à rede local de saúde, investindo na integração de sua clientela aos dispositivos culturais e de educação/trabalho/geração de renda e suporte de pares,.

Os CAPS assim como as Unidades de Acolhimento e os Centros de Convivência trabalham a partir do paradigma da Atenção Psicossocial, que busca a ampliação das relações significativas nos diversos contextos de vida dos usuários (família, comunidade, etc.), do repertório de habilidades (autocuidado, expressivas, laborativas, etc.) e da circulação pelos vários espaços da cidade. Busca-se assim substituir a lógica asilar/manicomial, trabalhando na superação do estigma relacionado ao adoecimento mental.

O trabalho de articulação em Rede deverá ser fomentado pela interlocução com as equipes de Atenção Primária, os NASF, dispositivos intersetoriais e as estratégias comunitárias visando a integralidade do cuidado e a redução das vulnerabilidades. No Município do Rio de Janeiro, o Apoio Matricial, as supervisões de território (a partir dos sistemas locais de saúde) e os Fóruns de Saúde Mental e de Rede de Saúde são os espaços instituídos de construção do cuidado integral para todos os componentes da RAPS e parceiros intersetoriais.

Embora, nos últimos cinco anos, como consequência do fechamento dos hospitais psiquiátricos conveniados ao SUS no município e do trabalho finalizado de retirada dos munícipes que estavam internados em hospitais psiquiátricos fora do município, o número de pacientes institucionalizados tenha diminuído consideravelmente, o município do Rio de Janeiro ainda possui pessoas internadas em leitos psiquiátricos de longa permanência.

Para essa clientela uma das opções de saída do hospital psiquiátrico são os Serviços Residenciais Terapêuticos, que são vinculados aos Centros de Atenção Psicossocial de cada área programática do Município do Rio de Janeiro. Tal vinculação permite a gestão local e territorial das Residências Terapêuticas (RT), a inserção dos moradores no CAPS do território onde construíram a sua história de vida com vistas a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). Há ainda as possibilidades, no que tange ao morar, o retorno familiar e as moradias assistidas, que também devem estar articuladas às equipes de cada CAPS.

As Equipe Multiprofissionais em Saúde Mental Ambulatorial – EMSM - são regidas

pela portaria 3.588 de 21 de dezembro de 2017, sendo um dispositivo da rede de atenção psicossocial para oferta de atendimento de média complexidade, portanto especializado, a pessoas em sofrimento psíquico. Atende situações que não necessitam do suporte complexo e intensivo de um CAPS e que necessitam de cuidados para além daquele oferecido pela ESF, devendo ter seu funcionamento nos dias úteis das 8:00h às 17:00h, podendo ser disponibilizados horários em turnos estendidos ou ainda aos sábados como política de redução de barreiras de acesso. Visando garantir a ampliação do acesso também pode ser oferecido acolhimento inicial online.

O trabalho desenvolvido pela EMSM visa à articulação do cuidado aos usuários em redes próximas ao seu local de moradia, facilitando o acesso às redes comunitárias para apoio e cuidado, conforme a lógica da atenção psicossocial. Deve oferecer uma gama de atividades assistenciais, entre elas: grupo de acolhimento, grupo de Gestão Autônoma de Medicação (GAM), atendimento individual em saúde mental e psiquiatria, acompanhamento das famílias, acompanhamento domiciliar, procedimentos de enfermagem, matriciamento da atenção primária em saúde (conforme pactuação com a Coordenação de Atenção Primária local), práticas de promoção de saúde e de acolhimento em saúde mental à distância (online ou por telefone).

É necessário que a EMSM tenha uma reunião de equipe semanal, com duração de até 2 horas e meia, e que conte com a participação de todos os membros da equipe de modo a viabilizar a discussão do processo de trabalho e dos casos clínicos. Cada profissional é responsável pela construção do projeto terapêutico singular, junto com os usuários a ele referidos, compartilhando sempre o caso com a Atenção Primária em Saúde, ordenadora do cuidado. Além disso, os projetos terapêuticos singulares devem ser construídos e acompanhados, tanto quanto possível, intra e intersetorialmente. As equipes deverão disponibilizar carga horária para atendimento dos procedimentos "Consulta em Psiquiatria", "Consulta em Psiquiatria Infanto-Juvenil" e "Consulta em Saúde Mental" (realizada por qualquer profissional de nível superior não médico), "Consulta em Saúde Mental Infanto-Juvenil" no SISREG seguindo a configuração de agenda padrão orientada pela Superintendência de Saúde Mental e de acordo com a seguinte proporcionalidade: nos três primeiros meses de implantação, deverá ser ofertado uma consulta de reserva para duas consultas de retorno, e, nos meses consecutivos, a proporcionalidade seguirá o padrão pactuado para a atenção especializada em saúde mental no município.

O trabalho realizado pela Equipe de Reabilitação Psicossocial, através do reforço da equipe de trabalhadores do CAPS III Ernesto Nazareth, terá como foco a realização de ações intersetoriais e acompanhamento de usuários em acolhimento institucional cotidianamente junto às Unidades de Reinserção Social.



- Ações de acolhimento: Espera-se das equipes dos CAPS e das EMSM a organização de atividades de porta de entrada, como acolhimento individual e de grupos de recepção, de modo a sustentar espaço para acolher, avaliar e depurar as demandas de atendimento. É indispensável que estes sejam realizados com escuta sensível e a partir de um diagnóstico clínico-situacional e da avaliação de risco psicossocial.
- Atendimentos individuais e grupais: os atendimentos individuais não devem ocorrer em detrimento das atividades grupais. Há de se constituir o diálogo interdisciplinar entre as equipes visando o desenvolvimento da atenção ampliada em saúde, a construção conjunta de projetos terapêuticos singulares, a discussão coletiva de processos de trabalho, o aumento das atividades intersetoriais, territoriais e a maior articulação com a rede de saúde.
- Oficinas terapêuticas: são estratégias de cuidado, interação e socialização realizadas pelos CAPS, pelas EMSM e pelos Centros de Convivência. Abrangem ações que visam à reabilitação psicossocial pela inserção dos usuários no espaço social por meio de atividades que promovem o protagonismo do usuário, a expressão de sentimentos e vivências, o desenvolvimento de habilidades, a autonomia e o exercício da cidadania.
- Matriciamento das equipes de Atenção Primária: Os CAPS e as EMSM deverão manter agenda regular de matriciamento de equipe de atenção primária, conforme planejamento elaborado em conjunto pela S/SUBHUE/SSM e a S/SUBPAV/CAP. O matriciamento da atenção primária pelos CAPS e pelas EMSM deverá ter as seguintes características:
 - a. ser presencial e ter frequência regular, com periodicidade mínima de 1 vez por mês;
 - b. a elaboração de Projeto Terapêutico Singular que contenha: diagnóstico situacional considerando o suporte familiar, a rede comunitária e a rede de serviços local; definição de relações/habilidades que serão objeto de intervenção; as ações propostas conforme o compartilhamento de responsabilidades; prazo para avaliação dos efeitos das ações propostas;
 - c. contemplar pessoas nos diferentes ciclos de vida: crianças, adolescentes, adultos e idosos;
 - d. manter atualizados os registros das ações de matriciamento das equipes de atenção primária nos sistemas de informação vigentes.

- Matriciamento das equipes dos pontos de atenção de urgência e emergência: os CAPS deverão manter presença regular nos serviços de urgência e emergência em saúde mental que são referência para seu território e demais serviços de urgência sempre que houver um usuário que seja de sua referência territorial, conforme as seguintes diretrizes;
 - a. contato/resposta em até 12h para os casos do território de responsabilidade do CAPS;
 - b. agilidade e prontidão para discussão dos casos e construção de rede apoio territorial, com a presença na unidade sempre que necessário;
 - c. compartilhamento dos cuidados dos usuários de sua responsabilidade territorial com a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) para atenção à crise para 100% dos usuários avaliados, privilegiando os recursos comunitários de forma a evitar internações;
 - d. as EMSM devem manter permanente interlocução com as emergências em saúde mental, especialmente quando um usuário acompanhado pela equipe estiver ou precise de atendimento na emergência;
- Acompanhamento domiciliar: a periodicidade para visitas domiciliares dos profissionais da Atenção Psicossocial deverá estar baseada em estratificação de risco, com a seguinte **periodicidade mínima**, observando que, **conforme a gravidade irá variar a intensidade do cuidado:**
 - a. Pessoas em acompanhamento com alta vulnerabilidade – 1 visita por mês;
 - b. Pessoas com história de lesões autoprovocadas ou tentativas de suicídio – 1 visita por semana durante os primeiros 90 dias após o evento, caso o paciente não mantenha frequência regular ao acompanhamento;
 - c. Pessoas com história de transtornos graves e persistentes agudizados (segundo avaliação de estratificação de risco) e portadores de outros transtornos crônicos graves descompensados – semanal;
 - d. Pessoas com história de transtornos graves e persistentes egressas de internações de longa permanência e moradores de serviços residenciais terapêuticos ou outros dispositivos de moradia com transtornos crônicos graves – semanal, caso o paciente não mantenha frequência regular ao acompanhamento;
- Atenção às situações de crise: É considerada crise a situação em que há um sofrimento mental intenso ou alterações de comportamento, com ruptura ou esgarçamento dos laços com a rede de cuidados e que causem risco aos pacientes

e/ou seus cuidadores. A atenção às crises em saúde mental é compreendida como um processo complexo que envolve não apenas o apaziguamento de sintomas agudos, mas fundamentalmente a articulação com outros pontos de atenção da rede de saúde para a construção de condições efetivas para um cuidado comunitário e qualificado para todos. Essa articulação é imprescindível para a atenção às crises e seu manejo, respeitando o direito de todos os pacientes ao tratamento do sofrimento mental pelos meios menos invasivos possíveis. Dessa forma, permite incluir elementos do território de vida dos usuários, facilitando o manejo das tensões que levaram à crise, evitando um olhar apenas biomédico e medicalizante.

- Acompanhamento institucional: Os profissionais de referência para usuários internados deverão realizar visitas institucionais aos pacientes internados em hospitais sejam eles Hospitais Gerais, Maternidades ou Hospitais Psiquiátricos, com periodicidade mínima de 1 vez por semana, fato que deve constar no projeto terapêutico singular de cada usuário e manter interlocução constante com o hospital, visando a articulação do cuidado comunitário para viabilização da alta o mais breve possível;
- Atualização do Projeto Terapêutico Singular (PTS): todos os usuários acompanhados pelos serviços e equipes de saúde mental deverão ter seu PTS discutidos e definido de forma coletiva, tendo como orientação a avaliação da situação clínica, as condições de sua rede familiar e social, as habilidades e competências que devem ser desenvolvidas, o seu grau de autonomia e capacidade relacional, o estímulo ao protagonismo, suas fragilidades e a existência de patologias crônicas associadas. O PTS deverá ser revisto e discutido pelo menos três vezes ao ano ou sempre que necessário, e anexado ao prontuário do usuário;
- Atendimento aos familiares: A atenção aos cuidadores diretos - na maior parte das vezes a família - e as relações entre pacientes e aqueles que convivem com eles é parte indissociável do cuidado. Acolher as famílias/cuidadores sem julgamento de valor, encarando-os como co-responsáveis pelo tratamento, é essencial para o entendimento da situação e a proposição de estratégias de cuidado. Trabalhar com as famílias/cuidadores, auxilia na avaliação quanto aos riscos e as possibilidades de cuidado no território, bem como na compreensão de padrões de adoecimento, as comorbidades clínicas e a história familiar. Incorporar a família no tratamento abre maiores possibilidade de intervenção e construção de uma rede de laços significativos para o usuário em sofrimento. Portanto os CAPS e deverão atender/

regularmente os familiares dos usuários com cadastro ativo, considerando os seguintes critérios mínimos:

- a. Usuários adultos com alta vulnerabilidade – 1 atendimento por mês;
 - b. Usuários adultos com história de lesões autoprovocadas ou tentativas de suicídio – 1 atendimento por semana durante os primeiros 90 dias após o evento
 - c. Usuários adultos com história de transtornos graves e persistentes agudizados (segundo avaliação de estratificação de risco) e portadores de outros transtornos crônicos graves descompensados – semanal;
 - d. Usuários adultos com história de transtornos graves e persistentes egressas de internações de longa permanência que tiveram retorno familiar – 1 atendimento por mês;
 - e. Usuários crianças ou adolescentes com alta vulnerabilidade/risco - 1 atendimento por semana
 - f. As EMSM devem buscar incluir os familiares no cuidado dos usuários acompanhados sempre que possível
- Crianças e Adolescentes: todos os casos, seja para avaliação ou acompanhamento, deverão levar em conta a rede na qual a criança/adolescente está inserida e transita, considerando sua interação com a família, rede social, escola, abrigos e atores jurídicos envolvidos.
 - Acompanhamento de usuários com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas: o acompanhamento dos casos deverá se pautar pelo livre acesso à unidade de referência, trabalhando na perspectiva da redução de danos e da promoção de saúde, sendo vedada a punição ou recusa de atendimento para usuários que não estejam abstinentes.
 - Acompanhamento de população em situação de rua e em acolhimento institucional: as equipes da Atenção Psicossocial deverão acompanhar as pessoas que vivem em situação de rua ou que estejam nas unidades de acolhimento institucional e que necessitem de cuidados em saúde mental. O trabalho deve ser integrado às equipes de Atenção Primária, equipes de Consultório na Rua e dos CREAS, desenvolvendo ações articuladas que estimulem a construção de uma rede de proteção social à pessoa, a busca de alternativas de moradia, de trabalho e renda e de integração aos dispositivos da educação, da cultura e da vida na cidade.
 - Trabalho territorial: Todos os profissionais da equipe técnica do CAPS, das EMSM e do Centro de Convivência deverão realizar atividades fora do espaço físico das

unidades de saúde, atuando no território e promovendo articulações com os dispositivos comunitários tanto formais quanto informais. Os profissionais devem se revezar nestas atividades, que devem ser assistenciais e de promoção de saúde. Particularmente, os Centros de Convivência devem realizar periodicamente ações de circulação pela cidade, incluindo a participação em atividades culturais, com o objetivo de fazer com que usuários possam reconhecer e se apropriar do território da cidade, estimulando a convivência na comunidade.

- Desinstitucionalização: Todos os profissionais da equipe técnica deverão participar do acompanhamento dos moradores de Serviço Residencial Terapêutico (SRT) ou em processo de Desinstitucionalização referidos ao CAPS, e articular o cuidado com a equipe de atenção primária de referência daquele território para acompanhamento regular de saúde, considerando os efeitos da longa institucionalização. Nas ações de desinstitucionalização também se inserem aquelas para promoção de autonomia e construção de rede de cuidados comunitários para os pacientes institucionalizados em abrigos, prisões, hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, ou unidades de ressocialização para adolescentes.
- Compartilhamento de cuidado com a Atenção Primária de Saúde: todos os usuários, conforme sua condição de cronicidade, deverão ter suas consultas agendadas junto à equipe de saúde da família, quando necessário com a mediação da equipe da Atenção Psicossocial. A equipe de Atenção Psicossocial deverá monitorar o acompanhamento do usuário na Atenção Primária compartilhando as estratégias de cuidado.
- Exames: os Centros de Atenção Psicossocial devem oferecer:
 - a. Teste rápido para detecção de HIV, Sífilis e Hepatites Virais.
 - b. Coleta de Sangue, conforme fluxo pactuado com a CAP.
- Encaminhamento a exames e especialistas: em caso de necessidade de encaminhamento do paciente a serviço especializado, a equipe do CAPS deve acompanhar o processo de marcação e agendamento no SISREG/SER junto à atenção primária, bem como as ações necessárias para que o usuário possa comparecer a consulta/exame, trabalhando para que o usuário compreenda suas necessidades de saúde e assim contribuindo para reduzir o número de solicitações equivocadas e os índices de absenteísmo.
- Participação nos Fóruns de Saúde Mental e Supervisão de Território: os trabalhadores dos CAPS, EMSM e Centro de Convivência deverão ter

representantes presentes em todos os Fóruns de Saúde Mental e Supervisões de Território.

- Trabalho Intersetorial: a construção das redes intersetoriais, constitui-se em estratégia para promover a articulação dos CAPS, EMSM e Centro de Convivência com outros pontos de atenção da rede de saúde, educação, justiça, assistência social, direitos humanos e outros, assim como recursos comunitários presentes no território. Assim, todos são responsáveis pela garantia do acesso, da equidade e da integralidade. Trata de uma estratégia que busca superar a fragmentação das diversas políticas e das diferentes áreas em que são executadas. O desafio é a articulação dos diversos setores na busca por soluções de problemas no cotidiano e na perspectiva do cuidado, de inserir os usuários no território em que vivem e na possibilidade de uma construção coletiva dos projetos terapêuticos individuais.
- Supervisão Clínico-Institucional: o supervisor deve realizar supervisão clínico institucional da equipe do CAPS semanalmente e supervisão da equipe do serviço residencial vinculado ao CAPS, para educação permanente e discussão dos processos de trabalho. Deve realizar também supervisão de território em atenção psicossocial, conforme pactuação com a CAP.
- Colegiado de Gestão: o diretor/gerente se compromete a formar um Colegiado de Gestão, com participação comunitária, que tenha agenda mensal de reuniões para prestar contas do funcionamento da unidade e ouvir suas avaliações;
- Ouvidoria: recomenda-se a divulgação do telefone 1746 para contribuir com o funcionamento da unidade, emitindo opiniões, elogios, críticas ou sugestões de melhoria.
- Estratégias de suporte de pares: ações de cuidado a usuários e familiares, desempenhadas por outros usuários e familiares, capacitados para tal e contratados formalmente para essa finalidade. Entre as estratégias, a mais desenvolvida é o dispositivo de grupo de ajuda e suporte mútuos. Outras ações devem ser desenvolvidas de modo a ampliar o exercício dessa modalidade de trabalho que tem a própria vivência de usuário ou familiar como ferramenta diferencial de cuidado.
- Ações de Promoção de Saúde Mental: ações de promoção da saúde no território em parceria com a Atenção Primária e outros dispositivos formais e informais, intra e intersetoriais.

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



Educação Permanente

A Educação Permanente é um processo contínuo de aperfeiçoamento e atualização profissional, processo este que será implementado na REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, com o objetivo de atender as demandas técnico-assistenciais de acordo com o perfil e as características das unidades, promovendo a qualidade da assistência através de um processo contínuo de aprendizado interpessoal.

Todo o processo de ensino aprendizagem será voltado para as ações e atividades direcionadas as especialidades, será, inicialmente, desdobrado em etapas de complexidade crescente, priorizando uma abordagem técnica e eficiente, fundamentada em objetivos centrados na fase de planejamento e análise da atuação do profissional de saúde em situações-problema do seu contexto real de trabalho (processo de problematização), impactando diretamente na redução das taxas de morbidade, mortalidade evitável e qualificação à vida. Tal propósito também respeita os indicadores de qualidade, pontuados também pela pactuação gestora.

Estão previstas ações pedagógicas variadas (teórico/práticas e digitais), visando à recertificação regular/protocolar e, ao final do período proposto (mínimo contratual proposto e recertificação a cada 12 meses (ou por demanda contingencial)); pretendemos manter o formato educacional regular.

Escopo do Planejamento**Objetivos centrais:**

- ✓ Possibilitar a atualização em condutas específicas de cada contexto de trabalho (nível técnico e de graduação em saúde).
- ✓ Recertificação regular dos profissionais envolvidos, através de avaliação de aprendizado ou por demanda contingencial.
- ✓ Identificar profissionais multiplicadores, de acordo com as competências e perfil vocacionais.

Público alvo:

Obrigatório/compulsório: todos os profissionais de saúde da REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, colaboradores da assistência direta e indireta.

Aspectos Relevantes:

- ✓ Contexto Interno: melhor capacitação técnica em diferentes graus de complexidade inerentes ao trabalho; atualização de acordo com protocolos institucionais; sinalização das dificuldades percebidas ao longo de toda a prática profissional diária; maior segurança no desempenho de suas funções e tomada de decisões; capacidade de trabalhar em equipe e evolução de integração profissional.



- ✓ Contexto Externo: atendimento à população de acordo com protocolos técnico-assistenciais, em todos os níveis.

Produtos finais:

- ✓ Produção científica própria em forma de manuais de apoio pedagógico, adaptado à nossa realidade contextual.
- ✓ Identificação de multiplicadores e preparo dos mesmos para a prática pedagógica no modelo de educação permanente, de forma descentralizada, contudo, obedecendo diretrizes centrais de planejamento.
- ✓ Identificação de indicadores de desempenho em educação, qualitativos e quantitativos.
- ✓ Produtos adicionais:
- ✓ Condutas e protocolos reavaliados permanentemente e através do processo de educação permanente.
- ✓ Contribuir para a Comissão Interna de Qualidade e melhoria contínua.

Assistência Farmacêutica Unidades de Atenção Psicossocial

A Assistência Farmacêutica é o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (Resolução Nº. 338, de 06 de maio de 2004, do Conselho Nacional de Saúde).

Objetivo

A Assistência Farmacêutica (AF) tem por objetivos: assegurar o acesso da população à farmacoterapia de qualidade, contribuir para o uso racional de medicamentos, oferecer serviços farmacêuticos aos usuários e à comunidade. Constitui componente essencial nos serviços e programas de saúde e precisa ser realizada plenamente em toda a rede assistencial, para contribuir de maneira efetiva e eficiente para transformar o investimento em medicamentos em incremento de saúde e qualidade de vida da população.

Na equipe de saúde o saber específico de cada profissional completa o do outro e suas ações podem ser potencializadas, diante da complementaridade das ações, de forma que um único profissional não o faria melhor

Organização dos serviços da assistência farmacêutica nas unidades de atenção psicossocial:

A OSS VIVA RIO entende que a organização é a base fundamental da sustentabilidade de qualquer serviço, atividade ou sistema de produção de trabalho. Estará diretamente relacionada com a funcionalidade dos serviços, tendo por objetivo o gerenciamento eficiente e eficaz.

Dessa forma, um serviço organizado gerará resolubilidade, otimizará tempo e recursos, além de refletir positivamente na credibilidade da instituição, setor/serviço, sistema de saúde e usuário, favorecendo a todos os envolvidos no processo.

Para organizar os serviços partir-se-á, inicialmente, do planejamento para conhecer a realidade e a funcionalidade, identificar problemas, processos de trabalho, demandas, fluxos de informações, sistemas de informação, mecanismos de controle e avaliação, atividades desenvolvidas, formas de execução, canais de articulação, comunicação e informação, objetivando adequar os recursos, visando melhor eficiência na gestão e no atendimento às demandas requeridas.

Aspectos a serem considerados

Para a organização do serviço deverão ser observados alguns pressupostos básicos. Dentre eles destacam-se:

- ✓ Estrutura organizacional que permita um bom desempenho em relação às funções básicas;
- ✓ Capacidade de interagir, de forma permanente, para a busca da adequação da estrutura e processos, diante das circunstâncias;
- ✓ Gestão orientada para resultados, de forma planejada e com objetivos criteriosamente construídos.

Vantagem de um serviço organizado

Um serviço estruturado e organizado viabilizará bons e mensuráveis resultados, como:

- ✓ Regularidade no abastecimento e a disponibilidade dos produtos no momento requerido, em quantidade e qualidade;
- ✓ Melhoria do acesso;
- ✓ Credibilidade no serviço de saúde e na OSS parceira;
- ✓ Diminuição das perdas, desperdícios e a má utilização dos recursos;
- ✓ Registro dos processos de trabalho;
- ✓ Base de dados de suporte e apoio à gestão;
- ✓ Cumprimento de normas e procedimentos;
- ✓ Acompanhamento, avaliação e intervenção eficiente;
- ✓ Garantia da qualidade dos serviços e do atendimento ao usuário.



Procedimentos Básicos para uma Serviço Organizado

- ✓ Conhecer a estrutura organizacional, os níveis de hierarquia, as competências, as atribuições as normas, os procedimentos e as formas de controle e avaliação;
 - ✓ Identificar responsabilidades, ou seja, quem faz o quê, como, quando e com qual periodicidade;
 - ✓ Conhecer os processos de trabalho, forma de execução, fluxo de informações e demandas, interfaces, atividades desenvolvidas, em desenvolvimento, necessidades ou não de intervenção, de mudanças de funções, de práticas e/ou de pessoas;
 - ✓ Identificar os recursos humanos, número de pessoal, perfil profissional, compatibilidade com a função, nível de satisfação do pessoal, demandas e relações no trabalho;
 - ✓ Realizar oficina de trabalho com a equipe que será envolvida neste processo para discutir, ouvir sugestões, avaliar necessidades de redefinição de processos de trabalhos e repensar atribuições, de acordo com habilidades e perfis profissionais identificados;
 - ✓ Elaborar Plano de Trabalho, com definição clara de objetivos, metas, prazo de execução, responsáveis, incluindo a sensibilização e motivação da equipe;
 - ✓ Elaborar cronograma de atividades, forma de acompanhamento e avaliação dos resultados;
 - ✓ Definir parâmetros e/ou instrumentos de controle e avaliação de resultados;
 - ✓ Estabelecer indicadores de desempenho para o serviço e para a equipe;
 - ✓ Desenvolver Sistema de Informação eficiente e eficaz, para o gerenciamento das ações;
 - ✓ Implantar sistema de qualidade que possibilite a melhoria dos serviços;
 - ✓ Elaborar manual de normas e procedimentos operacionais para harmonizar procedimentos e condutas
- 

Requisitos necessários:

- ✓ Estrutura organizacional;
- ✓ Estrutura física;
- ✓ Estrutura administrativa;

- ✓ Equipamentos e materiais;
- ✓ Recursos humanos;
- ✓ Recursos de informação;
- ✓ Recursos financeiros;
- ✓ Normalização e regulamentação;
- ✓ Apoio político do Gestor Municipal e da equipe.

Estrutura organizacional

A assistência Farmacêutica, enquanto parte integrante da Política de Saúde, deverá fazer parte da estrutura organizacional formal da Parceira, neste caso da OSS VIVA RIO, com definições claras das competências e dos níveis hierárquicos.

Estrutura física e instalações

A OSS VIVA RIO propõe a reestruturação de espaço físico hoje insuficiente, que seja compatível com o grau de complexidade das funções, para o pleno desenvolvimento das atividades da Assistência Farmacêutica. A distribuição dos espaços físicos será bem planejada, considerando-se todos os aspectos técnicos pertinentes. A estrutura física terá boa localização, fácil acesso com áreas bem definidas e sinalizadas, condições ambientais apropriadas, além de cumprir todos os requisitos afeitos à higienização e a limpeza.

O dimensionamento da área não seguirá, de antemão, nenhum padrão pré-estabelecido. A necessidade e o dimensionamento do espaço físico dependerão do volume das atividades, demandas, modalidade da aquisição, número de equipamentos, de mobiliários, de pessoas, entre outros aspectos. Além disso, será preciso pensar em expansão futura, para novas ações e atividades.

Estrutura administrativa

Um serviço organizado exigirá uma estrutura administrativa eficiente que possibilitará a elaboração de relatórios gerenciais, a manutenção de um sistema de informação eficiente (possibilitando uma gestão adequada da informação), a distribuição de tarefas de acordo com o perfil técnico e a estruturação de manuais e normas de procedimentos, nos quais constem todas as atividades, forma de execução, instrumentos gerenciais, padronização de formulários, normas administrativas, com a explicitação de toda funcionalidade do serviço.



Manual de normas e procedimentos

Para contemplar a organização do serviço, a OSS VIVA RIO estabelecerá um conjunto de normas e procedimentos e assegurará seu fiel cumprimento. Ressalta-se que, para executarem bem suas tarefas, as pessoas precisam de direcionamento, a fim de que se sintam seguras e não tomem atitudes individualizadas para cada situação.

O conjunto de normas e procedimentos deverá ser elaborado de forma clara e objetiva, para todas as atividades e serviços: seleção, programação, aquisição, armazenamento, recepção de medicamentos, controle, distribuição, dispensação, prescrição, entre outros. As normas deverão também abordar aspectos referentes às questões administrativas, disciplinares, horários, conduta e vestuário, entre outros aspectos.

Elaboração de Manuais

A OSS VIVA RIO exorta que os Manuais são documentos práticos que servirão de orientação para a execução de todas as etapas dos processos de trabalho, de acordo com os critérios estabelecidos e responsabilidades atribuídas.

Estrutura dos Manuais

Um manual deverá ser prático, didático, objetivo, de fácil acesso e compreensão.

Aplicabilidade do Manual de Normas e Procedimentos

Para que um manual tenha aplicabilidade, algumas estratégias deverão ser desenvolvidas:

- ✓ Sensibilização da equipe: a OSS VIVA RIO mostrará a importância e as vantagens da utilização do Manual, sensibilizando as Equipes para que assumam compromisso para a sua adoção e utilização;
- ✓ Credibilidade: a OSS VIVA RIO garantirá aos profissionais que o processo será acompanhado e avaliado sistematicamente;
- ✓ Acompanhamento e avaliação: a OSS VIVA RIO designará um responsável, para acompanhar e avaliar o processo, além de, periodicamente, promover eventos para avaliação das ações e atualização do manual;



- ✓ Treinamento: a OSS VIVA RIO treinará as Equipes, objetivando o esclarecimento de dúvidas e também fará os ajustes necessários ou estabelecerá prazos para a atualização do Manual, quando necessário;
- ✓ Instrumentos gerenciais/formulários: a OSS VIVA RIO entende que são modelos de documentos que deverão ser periodicamente atualizados, de acordo com o prazo estabelecido para revisão e deverão constar como anexos no Manual de Normas e Procedimentos.

Normas

Serão regras que a OSS VIVA RIO estabelecerá com a finalidade de disciplinar os procedimentos, ordenar os serviços, harmonizar condutas no trabalho, o modo de execução das tarefas, forma de acompanhamento e controle das ações.

Equipamentos e materiais

A OSS VIVA RIO disporá de equipamentos e materiais, em quantidade e qualidade apropriadas e condições adequadas de funcionamento, incluindo:

- ✓ Sistema de manutenção preventiva e corretiva;
- ✓ Cadastro dos equipamentos, com o número do patrimônio;
- ✓ Cronograma de manutenção e limpeza;
- ✓ Registro de datas de manutenção, em especial os extintores.

Recursos humanos da assistência farmacêutica

"Todos os serviços devem ser disponibilizados em todo horário de funcionamento da unidade, incluindo vacinas, curativos, dispensação de medicamentos e consultas; não devendo a unidade fechar para almoço"

A **Lei 13.021/2014**, regulariza os serviços de farmácia e define como obrigatoriedade que a dispensação de medicamentos só pode ser feita na presença do farmacêutico, sendo essa atividade exclusiva e privativa do profissional de farmácia.

Art. 5º No âmbito da assistência farmacêutica, as farmácias de qualquer natureza requerem, obrigatoriamente, para seu funcionamento, a responsabilidade e a assistência técnica de farmacêutico habilitado na forma da lei.



Art. 6º Para o funcionamento das farmácias de qualquer natureza, exigem-se a autorização e o licenciamento da autoridade competente, além das seguintes condições:

I - ter a presença de farmacêutico durante todo o horário de funcionamento;

O não cumprimento das exigências, descritas na lei são passíveis de multas, a não emissão das certidões de regularidade técnica e assim como sanções no código de ética do profissional farmacêutico que venha ser admitido e se apresente de forma facultativa a legislação.

Dessa forma, a fim atender a exigência do Edital 015/202, se faz necessário a presença de um farmacêutico por unidade que venha que reste o serviço de dispensação de medicamentos. Totalizando 24 profissionais.

Nesse dimensionamento a presença do técnico ou auxiliar de farmácia se faz desnecessária.

A OSS VIVA RIO identificará necessidades, definirá perfis profissionais (competências e habilidades), capacitará os responsáveis e acompanhará e avaliará suas ações, cotidianamente. Implementará, também, programas de desempenho individual e de Equipe, bem como programa de educação permanente, de acordo com as necessidades pessoais e dos serviços. Além disso, utilizará estratégias fundamentais: reuniões sistemáticas semanais com a Equipe para não acumular problemas e socializará as informações; promoverá reuniões técnicas, seminários temáticos para atualização dos técnicos e a implantação de programas de qualidade para melhoria contínua em todos os processos de trabalho relacionados à Assistência Farmacêutica.

Um programa de qualificação profissional deve estar centrado na integralidade das ações e no trabalho em equipe, visando ao aumento da capacidade resolutiva das equipes, a fim de torná-las capazes de elaborar estratégias para o enfrentamento de problemas.

Equipamentos e materiais

A OSS VIVA RIO disporá de equipamentos e materiais, em quantidade e qualidade apropriadas e condições adequadas de funcionamento, incluindo:

- ✓ Sistema de manutenção preventiva e corretiva;
- ✓ Cadastro dos equipamentos, com o número do patrimônio;
- ✓ Cronograma de manutenção e limpeza;
- ✓ Registro de datas de manutenção, em especial os extintores.

Procedimentos**Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas**

A OSS VIVA RIO, em consonância com as recomendações do Ministério da Saúde, propõe a estruturação de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, com os seguintes objetivos:

- (I) Estabelecer claramente os critérios para o diagnóstico de cada doença;
- (II) Estabelecer o tratamento preconizado, com os medicamentos disponíveis e nas respectivas doses corretas;
- (III) Estabelecer os mecanismos de controle, o acompanhamento e a verificação dos resultados; e
- (IV) Racionalizar a prescrição e o fornecimento dos medicamentos.

Estruturação e Montagem dos Protocolos e das Diretrizes Terapêuticas

A OSS VIVA RIO, para a estruturação e montagem dos protocolos e das diretrizes, basear-se-á nas recomendações do Ministério da Saúde. Dentre elas, destacam-se:

1. Introdução: corresponderá à conceituação da situação clínica a ser tratada, com uma revisão de sua definição, epidemiologia, diagnóstico, potenciais complicações e morbi-mortalidade associada à doença, além dos benefícios esperados com o tratamento;
2. Classificação CID 10: classificação, segundo a CID 10, da situação clínica;
3. Diagnóstico: apresentará os critérios para os diagnósticos da situação clínica, subdivididos em diagnóstico clínico e laboratorial, quando necessário;
4. Critérios de inclusão: corresponderão aos critérios que serão preenchidos pelos usuários para serem incluídos nos protocolos de tratamentos. Poderão ser apenas clínicos e/ou incluírem exames laboratoriais;
5. Critérios de exclusão: corresponderão aos critérios que contra-indicam a participação dos usuários nos protocolos de tratamentos. Em geral são contra-indicações relacionadas aos medicamentos ou às situações clínicas peculiares;
6. Casos especiais: corresponderão a situações a respeito do tratamento ou da doença em que a relação risco-benefício deverá ser cuidadosamente avaliada pelo médico prescritor e nas quais um comitê de especialistas poderá ou não ser consultado para a decisão final;



7. Comitê Técnico/Centro de Referência: estará presente em alguns protocolos, nos quais se julga necessária a avaliação dos usuários em um Centro de Referência, por motivos de subjetividade de diagnóstico ou de complexidade do tratamento;

8. Tratamento: será a indicação das opções de tratamento e discussão das evidências que as embasam. Apresentar-se-á dividido em subitens: (i) fármacos; (ii) esquema de administração; (iii) tempo de tratamento e critérios de interrupção; e (iv) benefícios esperados.

Educação Permanente em Saúde

A inserção do tema AF no processo de educação permanente dos profissionais das equipes de SF, é fundamental para qualificação da AF na Atenção Psicossocial à Saúde.

É necessário que as equipes conheçam as diretrizes e protocolos clínicos reconhecidos e desenvolvam habilidades para orientar os usuários sobre os procedimentos necessários para acessar os medicamentos, recursos e serviços de AF especializada no SUS e realizar a vigilância do uso dos medicamentos nos territórios.

Para tanto, é fundamental que a educação permanente em AF seja uma prática institucionalizada, articulada e integrada às necessidades e especificidades de cada equipe, e que promova a transformação das práticas de forma contínua. Essa iniciativa pressupõe aproximação com as equipes para definição de prioridades e temas a serem trabalhados para instituir a utilização racional de medicamentos e a AF no processo de trabalho das equipes de SF.

Planejamento das ações de Assistência Farmacêutica

Desenvolver ações de inserção da AF no cotidiano que atendam às necessidades de saúde da população. Para tanto, precisa conhecer a história e o processo de trabalho das equipes, a estrutura do serviço de saúde e da AF no município e nas unidades, o perfil demográfico e as condições de vida e saúde da população do território de abrangência.

É fundamental também que o farmacêutico compreenda o entendimento das ações e o significado da AF para os profissionais de saúde e forneça os conhecimentos necessários para transmitir a sua dimensão integral para, em conjunto com a equipe multiprofissional, buscar identificar os problemas, hierarquizá-los, estabelecer prioridades, definir as estratégias e ações para intervenção e os obstáculos a serem superados, a fim de atingir a situação ideal.

Definidas as ações, é necessário distribuir as funções, as responsabilidades, a ordem de execução e construir uma agenda para as atividades estabelecidas. É necessário, ainda, estabelecer critérios de acompanhamento e avaliação para identificar de forma

continuada se os objetivos e metas estão sendo atingidos e, posteriormente, avaliar os resultados por meio de indicadores preestabelecidos.

A partir de tais objetivos, pode-se delinear um detalhamento para as ações da assistência farmacêutica nos termos também previstos na Portaria de criação dos mesmos. As ações não devem ser interpretadas, entretanto, como específicas do profissional farmacêutico, mas sim como resultado da interação com todos os profissionais na sua interface com a área estratégica.

Gestão da assistência farmacêutica

Na nossa proposta o farmacêutico deve interagir com o nível central de gestão da AF e com a coordenação das Unidades de Saúde, propondo a normatização dos procedimentos relacionados à AF, a fim de obter melhores resultados no acesso, na racionalização dos recursos e no uso dos medicamentos.

Participação Social

Na perspectiva da integralidade das ações e serviços de saúde, a AF permeia toda a rede de serviços do SUS. Nesse sentido, é fundamental que esse tema seja pauta de discussão constante nas esferas do controle social para ampliar sua concepção, em busca da construção do seu real significado, de sua inserção na atenção à saúde e da promoção do uso racional dos medicamentos.

Em 2003, a 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica teve por tema central "Acesso, Qualidade e Humanização da Assistência Farmacêutica com Controle Social", sendo de extrema importância a continuidade dessas discussões em âmbito local, sobretudo nas instâncias dos Conselhos de Saúde locais e municipais e também em outros espaços de articulação comunitária.

O farmacêutico deve ter como uma de suas atividades precípuas a atuação junto aos conselhos de saúde, suprindo os membros desses conselhos com informações que contribuam para o efetivo controle social do financiamento da assistência farmacêutica, do acesso e do uso racional dos medicamentos.

Práticas Integrativas e Complementares

O profissional farmacêutico deve contribuir no planejamento, monitoramento, avaliação e orientação sobre a prática da fitoterapia/plantas medicinais e da homeopatia, por meio de ações junto às equipes de SF e à população, mediante práticas da educação permanente, por exemplo.

Para a implementação de tais Práticas Integrativas e Complementares (PIC)



na Estratégia de Saúde da Família, os profissionais necessitam conhecer as práticas existentes no território, respeitando o saber popular; compreender o processo saúde-doença, na perspectiva da homeopatia; conhecer a cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos; assim como toda a cadeia de medicamentos homeopáticos e fitoterápicos: produção, controle, armazenamento, distribuição e atenção, o que irá garantir qualidade, segurança e eficácia desses medicamentos. A regulamentação desses produtos e a capacitação/qualificação relativas às PIC merecem especial atenção.

A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (Brasil, 2006d) deve ser implementada em conformidade com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC (ver capítulo específico no Caderno), ou seja, deve garantir à população o acesso seguro e uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos de forma complementar nas unidades de saúde, utilizando um ou mais dos produtos: planta medicinal in natura, planta medicinal seca (droga vegetal), fitoterápico manipulado e fitoterápico industrializado. Sendo importante a orientação e o acompanhamento do farmacêutico

- ✓ Acompanhamento farmacoterapêutico e orientação farmacêutica
- ✓ Protocolos, linhas de cuidado e projetos terapêuticos singular
- ✓ Visita domiciliar na assistência farmacêutica

Sistema de informação da assistência farmacêutica

A OSS VIVA RIO adverte que será imprescindível dispor de um Sistema de Informação eficiente, com uma base referencial de informação e comunicação integrada. O Sistema deverá superar o fornecimento de dados meramente quantitativos e se orientar no eixo da gestão da informação, produção, qualificação, aporte gerencial e comunicação eficiente das informações de interesse à gestão. Deverá possibilitar, em qualquer tempo, a sistematização de registros e controle das informações geradas, emissão de relatórios gerenciais, estudos estatísticos, análises comparativas, desempenho das ações e da equipe, gestão dos estoques, consumo e gastos efetuados, entre outras informações relevantes sobre a Assistência Farmacêutica.

- a) Informação: processo que permitirá que a organização se informe sobre si própria e o ambiente sobre ela. Não se limitará, apenas, a dados coletados;
- b) Sistema de informação: consistirá num conjunto de pessoas, estrutura, tecnologia da informação (hardware e software), procedimentos e métodos que deverão permitir à OSS dispor, em tempo desejado, das informações de que necessita;



c) Gestão da informação: consistirá no tratamento da informação - gestão da qualidade, do conteúdo e do uso da informação, englobando dados, equipamentos, redes e suporte tecnológico.

A OSS VIVA RIO ressalta que para a gestão da informação e alcance dos objetivos pretendidos pressupõe-se uma reorganização gerencial, apontando para uma nova ordem de prática organizacional, a fim de possibilitar normas gerenciais, procedimentos, registros das atividades, fluxos operacionais bem estabelecidos e ordenados e responsabilidades definidas para um direcionamento de informações qualificadas. Será necessário um processo de construção coletiva, com a colaboração de todos da equipe, para o cuidado e transmissão de dados administrativos e informações, em prazos estabelecidos. Por isso, será imperativo que todo o serviço disponha de um responsável técnico para gerir as informações, sistematizar, acompanhar, avaliar, identificar problemas, demandas, entraves existentes, elaborar relatórios gerenciais e dar os devidos encaminhamentos para o bom andamento do serviço.

Sem informação e sem organização não haverá gerenciamento. Consequentemente, será difícil desenvolver estratégias, implementar ações, intervenções ou ocorrer melhoria de serviço, com satisfação da equipe e usuários.

A OSS VIVA RIO exorta que para a implantação de um Sistema Informatizado que atenda às necessidades do serviço, alguns requisitos básicos serão necessários:

- ✓ Serviço organizado;
- ✓ Elaboração e padronização de instrumentos gerenciais;
- ✓ Definição dos tipos de informações e relatórios que serão gerados;
- ✓ Elaboração de um Projeto de Informatização;
- ✓ Definição de um responsável para gerenciar e acompanhar o processo de implantação;
- ✓ Teste e avaliação.

Ressalta-se que, sem estes requisitos mínimos atendidos, nenhum Sistema Informatizado irá funcionar adequadamente. Será preciso definir o que se pretende. A necessidade e a complexidade dos serviços serão fatores determinantes para a funcionalidade de um sistema. Deverá, também, comportar a possibilidade de integração com outros serviços e sistemas. Será prioritário informatizar as prescrições e detectar erros de prescrição.

Documentação e arquivo



Na Assistência Farmacêutica, o cuidado com a documentação, em especial a Fiscal, deverá ser cotidianamente observado. Toda a documentação deverá ser arquivada e ficar facilmente disponível para as auditorias dos Órgãos de Controle Interno e Externo. A prestação de contas será obrigatória, em qualquer tempo, para todos os que lidam com recursos públicos.

Os demais documentos afeitos à Assistência Farmacêutica deverão ser padronizados e identificados. Todos os documentos, formulários e instrumentos gerenciais que serão utilizados no serviço deverão conter: cabeçalho com o nível de hierarquização organizacional pertinente, o nome da OSS Parceira e as informações referentes ao número do telefone, fax, bem como o endereço eletrônico.

Monitoramento e avaliação

Será imprescindível desenvolver e implantar práticas avaliativas para fortalecer o processo de gestão, acompanhamento das ações e da evolução do trabalho. Será necessário construir instrumentos, mecanismos de controle e avaliação e indicadores de gestão, apontando para a melhoria contínua dos processos de trabalho.

Procedimentos para regularização da farmácia junto aos órgãos de fiscalização

A instalação de uma farmácia em um determinado local ou área requer autorização de órgãos responsáveis pela fiscalização. Os procedimentos necessários para obtenção dessas licenças estão indicados a seguir. No entanto, há um arcabouço legal oriundo de leis federais e resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) no que se refere aos requisitos técnicos e sanitários que abrangem o funcionamento de um estabelecimento de dispensação de medicamentos, podendo existir pequenas variações nas exigências relativas às instalações e condições de funcionamento da farmácia de um município para outro, geradas em face de diferentes normas municipais ou estaduais (BRASIL, 2009).

- ✓ Licença de Autoridade Sanitária Local – Alvará Sanitário A instalação de uma farmácia implica na observância da legislação sanitária específica para os estabelecimentos de dispensação de medicamentos – RDC 44/2009 (BRASIL, 2009). O Alvará Sanitário deve ser requerido junto ao Serviço de Vigilância Sanitária Municipal (VISA), pelo responsável técnico do estabelecimento farmacêutico. Nos casos em que esse serviço não se encontra municipalizado a licença deve ser solicitada ao órgão estadual. Esse documento deve ser fixado em local visível aos usuários da farmácia. É importante ressaltar que, a Lei 6.437/77, em seu Artigo 10, Parágrafo Único, versa que independe de licença para funcionamento os estabelecimentos integrantes da Administração



Pública ou por ela instituídos, porém deve ser sujeitos às exigências pertinentes às instalações, aos equipamentos e à aparelhagem adequados e à assistência e responsabilidade técnicas.

- ✓ Regularidade Técnica É necessário que a Unidade (Clínica da Família, CAPS ou UPA) tenha o seu Responsável Técnico Farmacêutico devidamente regularizado junto ao Conselho Regional de Farmácia. Neste sentido, deverá ser requisitada também a Certidão de Regularidade Técnica. A entrega das documentações necessárias deve ser providenciada e apresentada pelo profissional responsável técnico estipulado pela OS.
- ✓ Licença do Corpo de Bombeiros A utilização de um determinado imóvel ou área para instalação de uma farmácia requer o cumprimento de normas de segurança contra incêndios e pânico. Para tanto, faz-se necessária a elaboração do Manual de Prevenção e Combate a Incêndio e a expedição de licença pelo Corpo de Bombeiros, a qual deve ser solicitada na unidade da Corporação mais próxima do local em que funcionará. Maiores detalhes podem ser obtidos junto ao Corpo de Bombeiros local.
- ✓ Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) As atividades de assistência farmacêutica devem ser registradas nos Sistemas de Informação preconizados pelo SUS. A base para operacionalizar essa demanda, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, é uma importante ferramenta para o monitoramento e avaliação, imprescindível a um gerenciamento eficaz e eficiente. Nesse cadastro estão disponíveis informações sobre a infraestrutura, atendimento prestado pelo serviço e recursos humanos, o que propicia ao gestor o conhecimento da realidade da rede assistencial existente e suas potencialidades, visando auxiliar no planejamento em saúde, em todos os níveis de governo. Essas informações também favorecem o controle social, uma vez que os dados são públicos e podem ser acessados na página eletrônica <http://cnes.datasus.gov.br> (BRASIL, 2009).

Qualidade dos serviços

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

A avaliação não é uma prática comum em serviços, principalmente os públicos. Há sempre uma preocupação centrada nos gastos e volume dos recursos financeiros, sem a



preocupação de que a qualidade será fundamental para racionalizar recursos de todas as ordens e dar credibilidade à gerência e a gestão. A melhoria da qualidade da gestão implica ações de caráter estrutural que inclui investimentos em estrutura, qualificação de recursos humanos, adoção de instrumentos modernos de gerência que possibilitem racionalidade, reordenamento dos processos de trabalho, métodos e técnicas.

A qualidade dos serviços dependerá da sua organização, da forma como os serviços e/ou atividades estarão estruturados e serão executados. Será um processo resultante da efetividade, eficiência e eficácia da gestão e da organização do serviço. A qualidade e a eficiência de um serviço de Assistência Farmacêutica estarão condicionadas à estrutura, aos processos de trabalho e aos resultados alcançados.

Estratégias para otimizar o uso racional de medicamentos

A OSS VIVA RIO observará os conceitos da Farmacoepidemiologia e Farmacovigilância e os estudos de utilização (prescrição, dispensação, educação em saúde) e, também, pautar-se-á na Farmacoeconomia que significará a análise econômica no campo da Assistência Farmacêutica.

Formulário terapêutico

O Formulário será um documento que resumirá as informações científicas sobre os medicamentos selecionados, visando subsidiar os profissionais das Equipes SF na prescrição e dispensação dos medicamentos da Relação de Medicamentos Essenciais. Será um instrumento complementar à Relação de Medicamentos Essenciais, contendo todas as informações farmacológicas sobre cada medicamento da relação.

Sua estrutura e formato deverão favorecer a consulta, de forma prática e objetiva. Deverá conter todos os medicamentos identificados por grupo terapêutico, informações farmacêuticas, propriedades farmacológicas e terapêuticas. Deverá conter, ainda, normas e procedimentos para prescrição, dispensação e uso racional.

As Informações que estarão contidas no Formulário Terapêutico dividir-se-ão em:

- ✓ Informações terapêuticas e farmacológicas: manifestações gerais das doenças, descrição do medicamento, características farmacológicas do medicamento, indicação, contra-indicação, precauções, posologia, via de administração, duração do tratamento, interações e efeitos adversos;
- ✓ Informações farmacêuticas: nome genérico, grupo terapêutico, forma farmacêutica, concentração, apresentação, recomendações gerais quanto à prescrição, dispensação e cuidados com os medicamentos.



Conteúdo Mínimo do Formulário Terapêutico**a) Apresentação do documento:**

- ✓ Título;
- ✓ Nomes dos membros da Comissão e/ou equipe responsável pela elaboração;
- ✓ Sumário;
- ✓ Relação de todos os medicamentos selecionados por ordem alfabética e por grupo terapêutico.

b) Informações farmacêuticas:

- ✓ Grupo farmacológico/terapêutico;
- ✓ Nome do produto por denominação genérica;
- ✓ Forma farmacêutica;
- ✓ Concentração;
- ✓ Condições de conservação;
- ✓ Validade;
- ✓ Excipientes.
- ✓ Descrição do produto;
- ✓ Categoria.

c) Informações farmacológicas:

- ✓ Mecanismo de ação;
- ✓ Efeitos farmacológicos.

d) Informações clínicas:

- ✓ Indicação com critério de diagnóstico;
- ✓ Contra-indicação;
- ✓ Posologia (dose máxima e mínima para adultos e crianças);
- ✓ Intervalo de dose;
- ✓ Via de administração;
- ✓ Duração do tratamento;
- ✓ Precaução e advertências em relação a gestantes, idosos, lactentes, entre outras condições.

e) Efeitos adversos/incompatibilidades:

- ✓ Efeitos adversos;
- ✓ Precauções;
- ✓ Interações;
- ✓ Incompatibilidades.

Protocolos terapêuticos

A OSS VIVA RIO, considerando as diversidades das condutas clínicas e a complexidade das tecnologias e que as indicações – para a maioria dos medicamentos – não seguem padrões de uniformidade, elaborará Protocolos para a harmonização das condutas terapêuticas, em conformidade com a medicina baseada nas melhores evidências.

Os protocolos deverão ser elaborados a partir da Relação de Medicamentos Essenciais e do Formulário Terapêutico. Deverão ser acompanhados e avaliados sistematicamente e, para sua elaboração, a OSS VIVA RIO deverá valer-se das Equipe SF, com a finalidade de favorecer neste movimento elaborativo, o processo de educação continuada e a troca de informações. Os Protocolos deverão ser elaborados de forma participativa, com especialistas de cada clínica médica, lotados na Unidade de Especialidades, além da contribuição das sociedades médicas que deverá ser sistematicamente buscada.

Os protocolos deverão contemplar os procedimentos e as condutas cientificamente recomendadas, incluindo as não medicamentosas, buscando definir e harmonizar, especialmente, as indicações, posologias e a duração de tratamento. O ideal é que as informações sobre os medicamentos selecionados estejam anexadas à Relação de Medicamentos, em um único documento.

Recomendações gerais

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

Processo informativo referente ao tratamento, acompanhamento e avaliação farmacoterapêutica da prescrição

O motivo da existência de um Serviço Farmacêutico será sempre o usuário do Sistema de Saúde. Para a execução do serviço será preciso conhecimentos, habilidades, técnicas de comunicação e metodologia para elaboração de programas.

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

A OSS VIVA RIO exorta que a orientação baseia-se num processo de informação e educação, fundamental para o êxito da terapêutica indicada. Informar é dotar o indivíduo de conhecimentos a respeito do medicamento a ser utilizado. Educar é motivar e induzir mudanças para a prática de estilos de vida saudáveis, conscientizando o usuário da responsabilidade pela sua saúde.

A informação deverá ser prestada de forma clara, simples, compreensiva, em função das necessidades de cada indivíduo, do nível socioeconômico e cultural e do tipo de medicamento prescrito.

Objetivos

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

Elementos importantes da orientação ao usuário

- ✓ Ênfase no cumprimento da dosagem;
- ✓ Influência dos alimentos nos medicamentos;
- ✓ Interação com outros medicamentos;
- ✓ Reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação dos produtos;
- ✓ Condições de conservação dos produtos.

Aspectos a serem considerados na informação ao usuário

- ✓ **PORQUÊ DA UTILIZAÇÃO:** assegurar o direito do cidadão de conhecer a razão do uso do medicamento para que ele possa comprometer-se com o tratamento;
- ✓ **MODO DE USAR:** orientar a forma adequada de como fazer uso de cada medicamento; se com água, leite, suco, ou alimentos, antes, durante ou após as refeições;
- ✓ **VIA DE ADMINISTRAÇÃO:** conscientizar o usuário sobre o uso da via de administração correta;
- ✓ **HORÁRIOS DA ADMINISTRAÇÃO:** informar ao usuário a importância do cumprimento dos horários estabelecidos;
- ✓ **QUANTIDADE DE MEDICAMENTOS/DURAÇÃO DO TRATAMENTO:** este é um dos aspectos mais importantes, sobre o qual se deverá ser dada ênfase na orientação.



Deve-se informar as possíveis consequências do não cumprimento do tratamento ou suspensão do mesmo;

- ✓ REAÇÕES ADVERSAS: informar a possibilidade de eventuais ocorrências de efeitos indesejáveis e qual a conduta a ser adotada;
- ✓ INTOXICAÇÕES: alertar sobre reações provocadas pela ingestão de grandes quantidades de medicamentos ou sobredosagens, pelo acúmulo deles no organismo;
- ✓ INTOLERÂNCIAS: orientar sobre ocorrências de reações alérgicas que podem ser desenvolvidas ao se tomar determinado tipo de medicamento, informando a conduta adequada;
- ✓ INTERAÇÕES: explicar as possíveis interações com alimentos, outros medicamentos e álcool.

Informações complementares

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

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

Atribuições dos profissionais de saúde

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

a) Prescritores:

O prescritor é o agente indutor responsável pela mudança de hábito dos consumidores de medicamentos e grande influenciador na demanda de consumo de medicamentos.

b) Papel dos dispensadores (Farmacêuticos e/ou Técnicos):

- ✓ Promover, por meio da melhor informação possível, melhores resultados na adesão ao tratamento pelo usuário;
- ✓ Garantir medicamentos seguros, propiciando condições para o desenvolvimento da farmacovigilância e estudos de utilização de medicamentos;
- ✓ Manter-se informado em termos técnicos, éticos e legais para uma prática eficiente;
- ✓ Manter registros de medicamentos nos Prontuários para promover ações preventivas de identificação de possíveis interações, reações adversas, por meio de análises do perfil dos medicamentos utilizados.



c) Responsabilidades do Farmacêutico:

- ✓ Analisar a prescrição médica;
- ✓ Identificar as necessidades do usuário, em relação ao uso dos medicamentos e prover as informações necessárias;
- ✓ Manter-se atualizado para uma adequada prestação de serviços de qualidade;
- ✓ Conhecer, interpretar e estabelecer condições para o cumprimento da legislação pertinente;
- ✓ Manter atualizados os registros referentes à dispensação;
- ✓ Coletar e registrar ocorrências de reações adversas e efeitos colaterais relativos ao uso de medicamento, informando a autoridade sanitária local;
- ✓ Orientar o usuário sobre os cuidados e guarda dos medicamentos, especialmente os termolábeis e aqueles sob controle especial (psicotrópicos e entorpecentes);
- ✓ Acompanhar e avaliar as tarefas do pessoal de apoio (Técnicos e Auxiliares).

Principais causas de não adesão ao tratamento

Dentre os mais importantes destacam-se: (i) os efeitos não esperados; (ii) medo da farmacodependência; (iii) não confiança no médico; (iv) não confiança no medicamento; (v) não consciência da gravidade da enfermidade; (vi) uso demasiado de medicamentos; (vii) conselhos equivocados para o abandono do tratamento; e (viii) informações inadequadas.

Aconselhamento

A OSS VIVA RIO entende que aconselhamento é um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no usuário. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando ao resgate dos recursos internos do usuário para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação.

O aconselhamento pauta-se em uma relação de confiança entre profissional e usuário, por meio de uma atitude de escuta e de uma comunicação clara e objetiva.

a) Objetivos:

- ✓ Apoiar emocionalmente o usuário;
- ✓ Auxiliar a lidar com o problema de saúde;
- ✓ Prover informações sobre as doenças;
- ✓ Desenvolver a capacidade individual para reconhecer e tomar decisões sobre sua saúde, perceber os riscos e adotar práticas mais seguras.

Monitoramento

Monitoramento será o processo sistemático de registro e armazenamento das informações que consistirá no acompanhamento para verificação da evolução físico-financeira de determinado programa ou projeto, além de sua coerência com as políticas públicas.

Um sistema de monitoramento deverá ser capaz de identificar informações relevantes, precisas, sintéticas, que alimentarão o processo de avaliação, por meio de condições favoráveis, instrumentos técnicos e informacionais, para se estabelecer a obrigatoriedade de se registrar o processamento de informações relevantes.

O monitoramento será um mecanismo gerencial de acompanhamento e controle de ações planejadas, com base em indicadores. Permitirá a socialização de informações sobre resultados alcançados, além de medir quantitativa e qualitativamente os ganhos e o alcance social das ações. O Monitoramento acompanhará as decisões, os procedimentos, a participação dos funcionários e a adesão da população aos programas.

Avaliação será um processo sistemático de análise de resultados de uma política, programa ou projeto, a partir da utilização de critérios definidos que visam determinar relevância, qualidade, utilidade ou efetividade, gerando recomendações para sua correção ou melhoria. Não há avaliação sem monitoramento. Envolverá todas as atividades relacionadas às fases de um programa: concepção, monitoramento da sua implementação e verificação de sua efetividade e eficiência. A avaliação identificará processos e resultados, quantificará e qualificará dados de desempenho, comparará, analisará, informará e, por fim, proporá. Comparará níveis atuais de desempenho com parâmetros ou indicadores de qualidade estabelecidos e apresentará recomendações e ações corretivas que serão executadas em determinado período de tempo para a melhoria de desempenho.

a) Tipologias da avaliação:

Da Estrutura: refere-se à adequação das instalações físicas, equipamentos, recursos humanos e insumos.

Do Processo: avaliação das atividades e serviços, técnicas utilizadas, tempo, nível de informações, serviços prestados, entre outros.

Dos Resultados (eficácia): visa avaliar até que ponto estão sendo alcançados os resultados previstos.

Do Impacto: avaliação quando se leva em conta o conjunto da população (usuários do sistema) e as mudanças ocorridas, ou não, na melhoria de serviços de saúde.

b) Objetivos:

- ✓ Adequar os objetivos, a fim de se estabelecer medidas interventivas;



- ✓ Saber se o que foi realizado e/ou como estão sendo obtidos os resultados e seus impactos;
- ✓ Verificar se os objetivos e as metas estão sendo cumpridos, de acordo com as expectativas;
- ✓ Efetuar análises comparativas de desempenho, em diferentes períodos no tempo;
- ✓ Melhorar métodos de controle;
- ✓ Estabelecer o grau de efetividade/eficácia e eficiência/rendimento de um programa, projeto ou serviço;
- ✓ Identificar pontos fortes e fracos;
- ✓ Facilitar o processo de tomada de decisões para melhorar e/ou modificar o programa ou projeto;
- ✓ Permitir visibilidade do desempenho da equipe num contexto amplo, compreendendo as consequências da sua atuação.

c) Indicadores:

O conjunto de indicadores, na Assistência Farmacêutica, é o parâmetro que mede a diferença entre a situação desejada e a situação atual. Permitirá quantificar um processo/atividade. Os indicadores fornecerão referência para a coleta de dados e evidências para os propósitos da avaliação. Serão utilizados para acompanhar e avaliar o cumprimento de metas.

O indicador estará associado ao objetivo, possibilitando mensuração dos resultados alcançados e é geralmente representado como uma relação ou taxa entre variáveis associadas, sobre as quais se pretende atuar. No gerenciamento dos indicadores será importante a formação de uma base de dados (série histórica) que permita efetuar análises através do tempo, bem como se as ações empreendidas estão surtindo o resultado esperado.

d) Índices:

Representarão o padrão de medida ou unidade de medida dos indicadores, permitindo uniformidade e o estabelecimento de metas e acompanhamento.

e) Procedimentos:

- ✓ Elaborar critérios, indicadores de qualidade e instrumentos para avaliar a eficiência dos serviços;
- ✓ Implementar ações corretivas e de melhoria da qualidade nos serviços, cujos resultados e/ou recomendações da avaliação apontem para esta necessidade;
- ✓ Divulgar as intervenções implementadas para a melhoria da qualidade nos serviços, via boletins, site, informações e instrumentos de avaliação.

f) Avaliação do desempenho:



A avaliação do desempenho deverá considerar os seguintes aspectos: (i) sistemas de coleta e informação de resultados eficientes; (ii) conjunto de índices adequados; (iii) análise estatística dos resultados; e (iv) ações corretivas.

O desafio realmente importante será transformar dados em informações que possibilitem a tomada de decisões, por meio de escolha adequada de indicadores e da análise sistemática dos resultados. Para isso, deverão ser seguidos alguns pré-requisitos básicos: (i) escolher um conjunto de dados representativos, interpretáveis, oportunos e confiáveis da realidade que se pretende representar; (ii) ter definidos e seguir procedimentos padronizados para o levantamento dos dados; (iii) dispor de um sistema robusto de apropriação e tratamento dos dados; (iv) possuir uma base de dados segura e de fácil acesso; (v) dispor de ferramentas que facilitem a análise dos dados; e (vi) dispor de pessoal capacitado e com experiência no processo sob análise.

g) Requisitos básicos para a escolha dos indicadores:

Clareza: facilidade para entender e calcular;

Utilidade: refletir a importante dimensão de desempenho;

Mensurabilidade: definido em termos quantitativos ou qualitativos;

Confiabilidade: permitir avaliação através do tempo e entre diferentes observadores;

Validade: realizar uma medida verdadeira do que se quer medir.

h) Sugestão de alguns indicadores:

Seleção

- ✓ Percentual de redução no número de especialidades farmacêuticas, após implantação da Relação de Medicamentos Essenciais;
- ✓ Percentual de redução dos custos por tratamento;
- ✓ Percentual dos profissionais que prescrevem pela Relação de Medicamentos Essenciais;
- ✓ Percentual de prescrição pela Relação de Medicamentos Essenciais. PROGRAMAÇÃO
- ✓ Percentual de itens de medicamentos programados x medicamentos adquiridos (em quantidade e recursos financeiros);
- ✓ Percentual de itens programados x atendidos;
- ✓ Percentual de demanda atendida e não atendida;
- ✓ Percentual de medicamentos programados e não utilizados por superestimação.

Aquisição

- ✓ Desempenho de fornecedores (acompanhamento de dados: pontualidade da entrega, qualidade do produto, preço, segurança, embalagem, entre outros);



- ✓ Recursos gastos com aquisição de medicamentos e por modalidade de compra;
- ✓ Demonstrativo físico-financeiro de aquisição por determinado período de tempo;
- ✓ Tempo médio gasto no processo de compra por modalidade de licitação, desde a emissão do pedido até o recebimento do medicamento;
- ✓ Quantidades solicitadas x quantidades adquiridas;
- ✓ Número de itens solicitados x adquiridos;
- ✓ Recursos públicos gastos per capita e por grupos de medicamentos;
- ✓ Valores gastos por modalidade de compra;
- ✓ Análise comparativa entre os preços de mercado estimados para a compra x preços ofertados na compra;
- ✓ Análises comparativas de preços das aquisições por produto e/ou grupos farmacêuticos ou especialidades/clínicas médicas;
- ✓ Análises comparativas de preços de medicamentos por laboratório para mensurar os aumentos ao longo do tempo, praticados pelos laboratórios.

i) Avaliação de fornecedores:

- ✓ Número de ocorrências/não conformidades apresentadas pelo fornecedor em relação as entregas (registrar em instrumento específico todas as ocorrências, bem como no respectivo cadastro do fornecedor);
- ✓ Número de reclamações recebidas do produto;
- ✓ Quantidades contratadas x quantidades entregues;
- ✓ Cumprimento dos prazos de entrega contratados;
- ✓ Percentual e/ou número de unidades atendidas mês/ano;
- ✓ Tempo médio gasto na reposição dos medicamentos;
- ✓ Porcentual de Unidades de Saúde atendidas, de acordo com o cronograma de distribuição;
- ✓ Percentual de demanda atendida e não atendida;
- ✓ Percentual de itens solicitados x itens atendidos;
- ✓ Percentual do gasto mensal com medicamentos para atender à Atenção Psicossocial em Saúde e por unidade de serviço.

j) Armazenamento

- ✓ Percentual de medicamentos vencidos;
- ✓ Percentual de perdas de medicamentos decorrentes de armazenamento inadequado;
- ✓ Número de inventários realizados/ano;
- ✓ Percentual de erros na entrega de medicamentos;
- ✓ Percentual de medicamentos sem rotatividade/ano.

k) Avaliação dos estoques



- ✓ Custo total dos estoques: avaliar periodicamente quanto a instituição está investindo, em relação ao que foi programado e adquirido;
- ✓ Rotatividade dos estoques: relação entre consumo e estoque médio, em determinado período de tempo;
- ✓ Percentual de dias com falta de medicamentos: número de dias de medicamentos em falta x 100, dividido pelo número de Unidades ou medicamentos demandados;
- ✓ Percentual de consumo: valor de cada medicamento x 100, dividido pelo valor total do consumo de todos os medicamentos, em determinado período de tempo.

l) Distribuição

- ✓ Percentual e/ou número de unidades atendidas mês/ano;
- ✓ Tempo médio gasto na reposição dos medicamentos;
- ✓ Percentual de Unidades de Saúde atendidas de acordo com o cronograma de distribuição;
- ✓ Percentual de itens atendidos x solicitados;
- ✓ O gasto mensal com medicamentos para atender a Atenção Psicossocial em Saúde;
- ✓ Percentual da população atendida (avaliação de cobertura).

m) Dispensação

- ✓ Número de prescrições dia/mês;
- ✓ Percentual de prescrições atendidas e não atendidas;
- ✓ Número de prescrições por: especialidade médica, sexo e faixa etária;
- ✓ Medicamentos mais prescritos;
- ✓ Percentual de prescrições em desacordo com as normas estabelecidas;
- ✓ Número de itens de medicamentos atendidos por prescrição;
- ✓ Número de usuários atendidos ou percentuais de cobertura;
- ✓ Número de notificações de reações adversas;
- ✓ Normas e procedimentos para o processo de dispensação;
- ✓ Número de receitas dispensadas/dia;
- ✓ Percentual de medicamentos não dispensados por falta de medicamentos;
- ✓ Medicamentos prescritos fora da padronização;
- ✓ Número de atividades de educação ao usuário ambulatorial/mês;
- ✓ Número de receitas atendidas;
- ✓ Avaliação de ações/programas educativos por resultados (aumento do cumprimento de tratamento, melhoria dos resultados clínicos).

n) Prescrições

- ✓ Número de prescrições atendidas e não atendidas;

- ✓ Índice de prescrição em relação ao número de consultas;
- ✓ Índice de prescrições injustificáveis;
- ✓ Variação do custo médio por tratamento;
- ✓ Variação do custo médio por prescrição;
- ✓ Variação do custo médio dos grupos farmacológicos de maior impacto/peso nos custos hospitalares com medicamentos;
- ✓ Índice de cobertura de medicamentos.

o) Qualidade do serviço

- ✓ Número de unidades abastecidas sem atraso x 100, dividido pelo total de unidades;
- ✓ Índice da qualidade da entrega: itens entregues, divididos por itens recebidos x 100;
- ✓ Reclamações: reclamações resolvidas, divididas pelo total de reclamações no período x 100;
- ✓ Nível de satisfação: número de reclamações, dividido pelo total da clientela no período;
- ✓ Tempo de espera para receber o medicamento: soma do tempo da espera após o pedido, dividido pelo total da clientela;
- ✓ Índice de consumo por cliente = quantidade consumida, dividida pelo total clientes no período.

Saúde do Trabalhador - Serviço Especializado em Engenharia de Segurança do Trabalho e em Medicina do Trabalho (SESMT)

A **Equipe de Segurança do Trabalho e Medicina Trabalho** atua no conjunto de medidas que são adotadas visando minimizar os acidentes de trabalho, doenças ocupacionais, bem como proteger a integridade e a capacidade de trabalho do funcionário.

O Escopo do trabalho é a prevenção de acidentes e doenças ocupacionais através do desenvolvimento de ações que objetivam mitigar, atenuar ou controlar os riscos ocupacionais aos trabalhadores. A identificação dos riscos será realizada no início das atividades através da Análise Preliminar de Risco, em que medidas de controle à exposição deverão ser incluídas.

Entre as medidas de proteção ao trabalhador, encontra-se a obrigatoriedade do uso de Equipamento de Proteção. O equipamento de proteção é um dispositivo utilizado com intuito de proporcionar proteção individual ou coletiva (EPI ou EPC) para o profissional, destinado a eliminar ou atenuar os riscos à segurança e/ou saúde do funcionário.



[illegible]

Figura 24: Modelo De Ficha De Entrega De Epl

Fonte: OS Viva Rio.

A Equipe de Segurança do Trabalho treina e supervisiona os profissionais no uso adequado destes equipamentos realizando visitas periódicas às unidades a fim de acompanhar e orientar as atividades fundamentais para a prevenção de acidentes.

Todos os profissionais da assistência que atuam diretamente ou que possam ter contato com paciente com suspeita ou confirmados com o novo coronavírus (SARS-CoV-2) deverão se proteger visto que a forma de transmissão do vírus ocorre por meio de gotículas respiratórias ou contato. Isso inclui qualquer pessoa que tenha contato próximo – considerado o distanciamento social menor que 1 metro – com alguém que tenha sintomas respiratórios, como por exemplo: espirros, tosse, entre outros sintomas característicos.

O fornecimento de EPI para atuar na prevenção de doença ocupacional por causas respiratórias, principalmente pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), será determinado em conformidade com a **NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020**, que está transcrita abaixo.

4/2020

CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS E ACOMPANHANTES	✓ Usar máscara cirúrgica; ✓ Usar lenços de papel (tosse, espirros, secreção nasal); ✓ Higiene das mãos frequente com água e sabonete líquido OU preparação alcoólica a 70%.
PROFISSIONAIS DE SAÚDE	✓ Higiene das mãos com água e sabonete líquido ou preparação alcoólica a 70%; ✓ Óculos de proteção ou protetor facial; ✓ Máscara cirúrgica; ✓ Avental; ✓ Luvas de procedimento; ✓ Gorro para procedimentos que geram aerossóis. Observação: os profissionais de saúde deverão utilizar máscaras N95, FFP2, ou equivalente, ao realizar procedimentos geradores de aerossóis como por exemplo, intubação ou aspiração traqueal, ventilação mecânica invasiva e não invasiva, ressuscitação cardiopulmonar, ventilação manual antes da intubação, coletas de amostras nasotraqueais.
PROFISSIONAIS DE APOIO, CASO PARTICIPEM DA ASSISTÊNCIA DIRETA AO	✓ Higiene das mãos com água e sabonete líquido ou preparação alcoólica a 70%; ✓ Óculos de proteção ou protetor facial; ✓ Máscara cirúrgica;

CASO SUSPEITO OU CONFIRMADO	✓ Avental; ✓ Luvas de procedimento.
------------------------------------	--

Quadro 9: Recomendação De Medidas A Serem Implementadas Para Prevenção E Controle Da Disseminação Do Novo Coronavírus (Sars-Cov-2) Durante O Atendimento Pré-Hospitalar Móvel De Urgência

Fonte: GVIMS/GGTES/ANVISA, 2020.

Observação 1: Todas essas medidas são baseadas no conhecimento atual sobre os casos de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) e podem ser alteradas conforme novas informações sobre o vírus forem disponibilizadas.

Observação 2: O uso de máscaras é uma das medidas de prevenção para limitar a propagação de doenças respiratórias, incluindo o novo coronavírus (SARS-CoV-2).

PGR, PCMSO E PPP

Os documentos fundamentais para operacionalização das atividades relacionadas a Equipe de Segurança do Trabalho são:

- ✓ Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR) é um documento fundamental para a equipe de Segurança do Trabalho, que apresenta um conjunto de ações coordenadas de prevenção que prezam pela preservação da saúde e integridade dos funcionários por meio da manutenção das condições e ambiente de trabalho seguros e saudáveis.
- ✓ Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) que monitora o risco ocupacional através de ações que buscam prevenir e diagnosticar precocemente possíveis danos à saúde.
- ✓ Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP) entregue a todos os colaboradores no momento de sua saída da empresa ou para solicitação de aposentadoria.

Acidente de trabalho

Em caso de acidente típico, isto é, aquelas situações que ocorrem dentro do estabelecimento da empresa ou a serviço dela, ou em caso de acidente de trajeto, considerado o acidente que acontece no deslocamento da casa para trabalho ou vice-versa, a OS Viva Rio possui fluxograma das etapas que devem ser seguidas pelo acidentado, gestor local, segurança do Trabalho e Medicina Ocupacional.

Caso o acidente ocorra com **material biológico ou perfurocortante** a empresa possui um folder com a orientação dos procedimentos que devem ser seguidos.

Além da Equipe de Segurança do Trabalho, a OS Viva Rio possui uma **Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)** muito atuante e participativa na prevenção dos acidentes de trabalho, promoção de saúde e bem-estar dos seus empregados. A CIPA apoia a Equipe de Segurança e Medicina Ocupacional na garantia dos requisitos das Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho. A equipe de Segurança do Trabalho fiscaliza o cumprimento do Código de Segurança contra Incêndio e Pânico, o COSCIP, do Estado do Rio de Janeiro.

Visando a prevenção e a promoção da saúde, a área de **Medicina Ocupacional (MO)** está voltada para a integridade física e mental do profissional, respeitando tanto as regras e as necessidades da organização quanto a legislação vigente.

Dentre suas atribuições, a MO é responsável por:

- ✓ Controle de vacinação dos profissionais nas unidades de saúde;
- ✓ Fomento de programas preventivos para diabetes, hipertensão, obesidade, acidente de trabalho e **controle de estresse;**



- ✓ Solicitação de **exames médicos ocupacionais** obrigatórios no ato da admissão, periódicos, mudança de função, retorno ao trabalho pós afastamento ou demissão.

Equipe de Medicina do Ocupacional utiliza como base o PCMSO (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional). Esse documento é preparado para cada uma das unidades administradas pela OS Viva Rio.

Capacitação e Campanhas

A OS Viva Rio promove diversas campanhas ao longo do ano, com enfoque em:

- a) Prevenção e promoção da segurança ocupacional;
- b) Prevenção e promoção da saúde;
- c) Incentivo à atividade física e ao lazer;
- d) Combate ao estresse;
- e) Semana Interna de Prevenção de Acidente de Trabalho (SIPAT).

A formação de Brigada de Incêndio Voluntária (BVI) ocorrerá através da capacitação de profissionais por turno para atuarem como combatentes de incêndio. No que refere a formação de Brigadistas de Incêndio Voluntário socorrista, esta, será composta por profissionais da assistência e mais Brigadistas Voluntários Evacuadores. Estes profissionais serão formados através de treinamento, em um mesmo turno, ministrados pela equipe do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) da OSS Viva Rio. Esta capacitação será atualizada anualmente e os exercícios simulados serão realizados com periodicidade anual.

O treinamento de BVI Socorrista e BVI Evacuador serão realizados pelos três técnicos de Segurança do Trabalho do contrato com o apoio do SESMT corporativo da OSS Viva Rio.

Política de Segurança e Saúde Ocupacional

A OSS Viva Rio possui política voltada para preservação da saúde e, por consequência, da vida de seus profissionais como pode ser visualizado em sua Política de Segurança e Saúde Ocupacional, que está em seu endereço eletrônico:

http://www.vivario.org.br/wordpress/wp-content/uploads/2019/08/Pol%C3%ADtica-de-Seguran%C3%A7a-e-Sa%C3%BAde-Ocupacional_2.pdf

O SESMT do projeto deverá ser implementado e funcionará em consonância com a Política de Segurança e Saúde Ocupacional da OS Viva Rio.

ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE APOIO**Tecnologia da Informação**

Os serviços de tecnologia da informação estão a cada dia ganhando mais importância no mundo corporativo e com o advento da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) – Lei 13.709 de 14 de agosto de 2018, as organizações sociais de saúde também passaram a ter que se preocupar mais com a coleta, armazenamento e disponibilidade dos dados de pacientes e prontuários médicos.

Importância de integrar tecnologia e segurança da informação

A abordagem que integra um plano de segurança da informação as operações de tecnologia do dia-a-dia, busca minimizar possíveis ataques, como o sequestro, quebra de confidencialidade e integridade das informações confidenciais de uma unidade de saúde. A tecnologia evoluiu muito nos últimos anos e, a partir disso, fez-se mais presente a ameaça de invasões e perda de dados e informações.

A área de Tecnologia da Informação deverá prover a infraestrutura básica de recursos computacionais, suporte técnico e gestão da segurança da informação para os serviços da RAPS constantes na presente proposta, atendendo aos padrões e níveis de serviços estabelecidos.

Segurança da informação

- ✓ Monitoramento sistemático: monitorar a integridade da rede, desempenho dos servidores e serviços de conectividade de forma centralizada do centro de operações de rede;
- ✓ Cópia de segurança (Backup): realizar diariamente de forma automática cópias de segurança dos bancos de dados dos sistemas de saúde. As cópias de segurança serão hospedadas localmente e replicadas externamente mediante a disponibilidade de conectividade;
- ✓ Relatórios de risco: fazer periodicamente relatórios de risco levantando a defasagem dos equipamentos de tecnologia e apresentando propostas de redução destes riscos;



- ✓ Mecanismos de proteção (antivírus): implantar e manter atualizados sistemas de antivírus ou antimalwares concebidos para prevenir, detectar e eliminar vírus de computador e outros tipos de softwares nocivos;
- ✓ Controle e Gestão de Ativos de TI (computadores, servidores e impressoras) através de sistema especialista.
- ✓ Disseminar política de segurança da informação através treinamento e campanhas de conscientização.
- ✓ Fazer gestão de incidentes monitorando possíveis não conformidades a política de segurança da informação.
- ✓ Realizar periodicamente análise de vulnerabilidade nos servidores e serviços.

Conectividade

- ✓ Conectividade interna: proporcionar conectividade aos serviços localmente hospedados na unidade como sistemas de saúde e outros possíveis sistemas computacionais;
- ✓ Disponibilizar Link de contingência para minimizar impactos na Operação das unidades;

Telefonia

- ✓ Atender necessidades de comunicação móvel conforme critérios determinados pela Gestão de Saúde da Viva Rio.
- ✓ Manter as linhas de telefone fixo da unidade em pleno funcionamento.

Suporte

- ✓ Manter o parque de equipamentos de TI (computadores, servidores e impressoras) atendendo de forma satisfatória as demandas operacionais da unidade;
- ✓ Suporte: prestar suporte de hardware e software aos computadores e servidores da unidade, através de ferramenta de abertura e acompanhamento de chamados em sistema Help-Desk;
- ✓ Avaliação contínua de melhorias no suporte através de análise das informações e indicadores gerados pelo sistema HelpDesk.



Manutenção Predial e de Refrigeração

A manutenção predial e de refrigeração visa executar um conjunto de atividades para garantir a plena capacidade e condições de funcionamento contínuo, seguro e confiável dos ambientes, preservando as características e desempenhos, mantendo o estado de uso ou de operação, bem como na recuperação deste estado, e ainda manter o patrimônio das unidades. Essas atividades são classificadas como: preventivas, preditivas e corretivas.

A manutenção predial e de refrigeração, preventiva e preditiva, tem como objetivo prevenir situações que possam impactar negativamente na dinâmica das unidades de saúde independente de seu nível de complexidade. São realizadas a partir de um checklist de atividades planejadas que compõem uma base histórica do equipamento, ambiente ou elemento da edificação, que está sendo mantido.

A manutenção corretiva, predial e de refrigeração, tem como objetivo a recuperação do patrimônio ou ambiente que sofreu qualquer avaria, ou ainda, que necessite passar por adequações onde resultem em melhorias que facilitem a dinâmica do estabelecimento de saúde.

a. Manutenção Predial, Preventiva e Preditiva

Entende-se por atividades de manutenção predial, de refrigeração e climatização, preventivas e preditivas, ações que visam garantir o acompanhamento e fiscalização na execução do Programa de Manutenção Preventiva, para a verificação de possível necessidade de substituição de qualquer material, método e/ou colaborador, cuja atuação considere prejudicial. A fiscalização constante nos locais da realização dos serviços com o intuito de mantermos a eficiência e credibilidade dos serviços executados no Programa de Manutenção Preventiva.

Sendo dispostos a seguir, em grupos de ações, assim estabelecidos em função de sua natureza de operação:

- Sistemas elétricos: Monitorar o funcionamento de todo o sistema composto por Grupo geradores, Subestação, Quadros de Força, Quadros de distribuição, Quadro de iluminação e tomadas, SPDA e aterramento. Além disso, realizar a manutenção de todo o sistema em conformidade com boas práticas e em atenção as principais NBR's listadas abaixo.
 - ✓ ABNT NBR 5410 - Instalações elétricas de baixa tensão;
 - ✓ ABNT NBR 5419 - Proteção de estruturas contra descargas atmosféricas;
 - ✓ ABNT NBR 13534 - Instalações elétricas em estabelecimentos assistenciais de Saúde - Requisitos para segurança.
- Sistemas hidráulicos, pluviais e esgoto: Monitorar o funcionamento de todos os pontos de água, sistemas de bombas d'água, vasos, chuveiros, lavatórios, esgotamentos,



cisternas e reservatórios de água. Realizar a manutenção dos sistemas em conformidade com boas práticas e, em atenção às principais NBR's pertinentes à temática, sendo estas listadas a seguir:

- ✓ ABNT NBR 5626 – Sistemas prediais de água fria e água quente – Projeto, execução, operação e manutenção.
- ✓ ABNT NBR 10844 – Instalações prediais de águas pluviais;
- ✓ ABNT NBR 8160 – Sistemas prediais de esgoto sanitário.

- Sistemas mecânicos e áreas técnicas: Monitorar o funcionamento de todos os equipamentos mecânicos que compõe a edificação como bombas hidráulicas. Além disso, realizar rotinas de inspeção e verificação de casas de máquinas e áreas técnicas.
- Sistemas de refrigeração e climatização: Adequar a unidade ao que determina a legislação federal em relação ao Plano de Manutenção Operação e Controle (PMOC) e resolução da Anvisa que dispõe diretrizes acerca da Qualidade do Ar Interior (QAI). Além disso, realizar a manutenção de todo o sistema em conformidade com boas práticas e em atenção às principais NBR's.
- ✓ ABNT NBR 7256 – Tratamento de ar em estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS) – Requisitos para projeto e execução das instalações.
- ✓ ABNT NBR 6401 – Instalações centrais de ar-condicionado para conforto – Parâmetros básicos de projeto.
- ✓ ABNT NBR 14679 – Sistemas de condicionamento de ar e ventilação – Execução dos serviços de higienização.
- ✓ ABNT NBR 13971 – Sistemas de refrigeração, condicionamento de ar, ventilação e aquecimento – Manutenção programada.
- ✓ RE 09 Anvisa – Dispõe sobre padrões referenciais de qualidade do ar interior (QAI), em ambientes climatizados de uso público e coletivo;
- ✓ Portaria 3.523/98 Anvisa - Dispõe sobre conjunto de medidas que visam minimizar o risco potencial a saúde de ocupantes, em face da permanência prolongada em ambientes climatizados;
- ✓ Lei Federal 13.589 de 04/01/2018 - Dispõe sobre a manutenção de instalações e equipamentos de sistemas de climatização de ambientes.

b. Manutenção Predial, de Refrigeração e Climatização Corretiva

No tocante à manutenção corretiva, entende-se ser aquela que é realizada após a ocorrência de dano em qualquer equipamento e/ou instalação, com vistas a restaurar sua plena capacidade operacional.

O Viva Rio pratica, no programa de manutenção corretiva, atendimento constante às unidades de saúde em que opera, considerando as boas práticas realizadas em experiências anteriores, na gestão de unidades com diferentes níveis de complexidade assistencial e estruturas físicas.

Além das normas e legislações supracitadas, são pertinentes à execução do Programa de Manutenção Preventiva, Preditiva e Corretiva, as recomendações, orientações e normas executivas de ensaios, e de construção, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), tais como: NBR 5674 – Manutenção de edificações – Requisitos para o sistema de gestão de manutenção, NBR 14037 – Diretrizes para elaboração de manuais de uso, operação e manutenção das edificações – Requisitos para elaboração e apresentação dos conteúdos e as Normas de Segurança do Trabalho (NR's), relativas aos serviços pertinentes a execução do Programa de Manutenção Predial e de Refrigeração. Além de seguir orientações de Manuais de Diretrizes da SMS, EMOP e Fabricantes.

b. Princípios de Gestão da Gerência de Manutenção e Obras

Os princípios que norteiam o núcleo de manutenção do Viva Rio são pautados no conceito de sustentabilidade ambiental na aquisição de bens, contratação de serviços ou obras, no uso racional de recursos e equipamentos prevenindo o desperdício de insumos, bem como a geração excessiva de resíduos. Os materiais básicos empregados deverão atender à melhor relação entre custos e benefícios, considerando-se os impactos ambientais positivos e negativos.

Para garantir que sejam atendidos, a gerência define estratégias para operacionalização dos serviços.

c. Estratégias da Gerência de Manutenção Para Operacionalização dos Serviços

Para garantir o atendimento com base nos princípios de sustentabilidade, desenvolvimento e segurança, a equipe de manutenção do Viva Rio, tem como estratégia, o uso continuado de tecnologias e ferramentas de qualidade em análise de indicadores, de eficácia e de eficiência.

Utiliza-se o sistema organizador de chamados, intitulado "Help Desk". Este sistema funciona com níveis de responsabilização, onde integram-se a unidade de saúde (demandante) e a área operacional (equipe de manutenção), tendo o demandante a responsabilidade pela finalização do chamado e atesto do serviço realizado, com possibilidade de avaliação da qualidade, por meio de pesquisa de satisfação. As informações inseridas no Help Desk são



compiladas por um programa de *Business Intelligence* (BI) que permite a análise de produtividade da operação.

d. Metas de atendimento da Gerência de Manutenção

A área de manutenção predial definirá indicadores de atendimento para o hospital, com vistas ao alcance da satisfação com o atendimento. Assim, mensalmente serão monitorados os percentuais de cordialidade da equipe operacional e da velocidade no atendimento, através da referida pesquisa de satisfação de atendimento as ordens de serviço.

O preenchimento da pesquisa possui um conceito claro e direto, para que a avaliação dos demandantes esteja sempre em concordância com o nível de serviço.

O atendimento das manutenções corretivas terá sua velocidade avaliada em três níveis, estando relacionado ao encerramento, de acordo com tempo de resposta.

Usando o mesmo conceito de nível de serviço, a equipe de apoio monitora mensalmente a quantidade de demandas que foram concluídas dentro do prazo estabelecido pelos padrões operacionais. Esses prazos são informados no sistema e acompanhados, em tempo real, por gestores e pela unidade demandante. O Viva Rio buscará através dos processos de melhoria contínua alcançar resultados ótimos de acordo com a referência de mercado neste indicador.

Serviços de Apoio e Insumos

O objeto também prevê a contratação de serviços necessários às atividades assistenciais conforme o perfil de cada serviço, como por exemplo: alimentação, cartão alimentação/refeição; coleta resíduo infectante; controle de vetores; concessionárias de água e energia elétrica; gases medicinais; lavanderia; limpeza; link de dados; locação de computadores; locação de imóvel; locação de impressoras; manutenção predial; monitoramento por câmeras; controladores de acesso; recarga/aquisição de extintor; telefonia fixa; telefonia móvel. Conforme presente edital, a unidade CAPS ad II Mané prevê apenas os seguintes serviços: link de dados, riocard institucional para VDs, Telefonia móvel e crachás de identificação. O IM Pínel prevê apenas fortalecimento de RH.

Coleta de Resíduos

Os Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) são classificados em função de suas características e consequentes riscos que podem acarretar ao meio ambiente e à saúde. De acordo com a RDC 306/2004 e Resolução CONAMA Nº 358/2005, os RSS são classificados em cinco grupos: A, B, C, D e E, conforme resumido abaixo:



Grupo A - engloba os componentes com possível presença de agentes biológicos que, por suas características de maior virulência ou concentração, podem apresentar risco de infecção. Exemplos: placas e lâminas de laboratório, carcaças, peças anatômicas (membros), tecidos, bolsas transfusionais contendo sangue, dentre outras.

Grupo B - contém substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade. Ex: medicamentos apreendidos, reagentes de laboratório, resíduos contendo metais pesados, dentre outros.

Grupo C - quaisquer materiais resultantes de atividades humanas que contenham radionuclídeos em quantidades superiores aos limites de eliminação especificados nas normas da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN), como, por exemplo, serviços de medicina nuclear e radioterapia etc.

Grupo D - não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares. Ex: sobras de alimentos e do preparo de alimentos, resíduos das áreas administrativas etc.

Grupo E - materiais perfurocortantes ou escarificantes, tais como lâminas de barbear, agulhas, ampolas de vidro, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, lancetas, espátulas e outros similares.

A OS Viva Rio irá contratar empresa especializada na prestação de serviço de coleta, transporte, tratamento e disposição final dos resíduos gerados nas unidades previstas neste Edital.

O quantitativo de coletas semanais será definido a partir da análise de série histórica e volume de resíduos produzidos. O transporte dos resíduos pela empresa especializada atenderá a legislação em vigor, com o devido preenchimento do manifesto por profissional da unidade.

Os resíduos transportados deverão receber tratamento e acondicionamento adequados, de acordo com a legislação ambiental e de saúde vigente, sendo que o método utilizado será responsabilidade da contratada.

A coleta e o transporte deverão ser efetuados por veículo com as adaptações necessárias, atendendo por completo às normas vigentes, com a identificação da carga transportada, motorista e um ajudante, capacitados e portando EPIs (equipamento de proteção individual) pertinente à função.

O destino final dos resíduos será de total responsabilidade da empresa, contratada, sendo que esta deverá apresentar os documentos ambientais pertinentes ao gerenciamento de resíduos, bem como a comprovação de destino final por parte da unidade onde a contratada



fizer o descarte. A contratada deverá apresentar, em 15 dias cópias da Licença de Operações (LO), Cadastro Técnico Federal (CTF), Credenciamento da COMLURB, Alvará Municipal, contrato ou documento que comprove onde o resíduo será destinado com validade não inferior ao tempo de duração dos serviços prestados, comprovação de capacitação do motorista e do ajudante e relação de EPIs utilizados no processo, para arquivo nas unidades onde o serviço será prestado

A contratada deverá também fornecer recipientes, sacos plásticos e similares para coleta, padronizado, com rodas e seguindo as normas de cores da legislação vigente.

Alimentação

Prestação de serviços por contratação de empresa especializada em Serviços de Alimentação e Nutrição, compreendendo atividades operacionais e técnico administrativas nas áreas de produção e distribuição de refeições, para funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). A contratação do serviço de fornecimento de alimentação hospitalar e nutrição tem como premissa fornecer uma alimentação segura e com adequado valor nutricional.

Deve possuir o Certificado de Vistoria da Vigilância Sanitária. O transporte das refeições, durante a entrega até o consumo, deve ocorrer em condições de tempo e temperatura que não comprometam sua qualidade higiênico-sanitária. O monitoramento da temperatura do alimento preparado deve ser feito durante o processo, sendo primordial cumprir os horários das refeições estabelecidos pelo Contratante

O cardápio deverá ser elaborado por profissionais nutricionistas, que assegurem a qualidade, quantidade, harmonia e adequação, a fim de oferecer uma alimentação completa, equilibrada e de acordo com as necessidades nutricionais de pacientes e acompanhantes e será aprovado previamente pela Contratante. Está ainda previsto no dimensionamento de RH a contratação de uma profissional nutricionista para atuar em todas as unidades do referido termo como nutricionista RT.

A contratada deverá apresentar Ficha Técnica de preparação do cardápio, o Manual de Boas Práticas juntamente com os Procedimentos Operacionais Padronizados (POP) da empresa.

Lavanderia

O processamento da roupa com qualidade é fundamental para o bom funcionamento do serviço de saúde e deve ser efetuado de forma com que a roupa e todas as etapas do seu processamento não representem veículo de contaminação, eventos adversos ou qualquer outro dano aos usuários, trabalhadores e ambiente. A prestação de serviço especializado no processamento do enxoval nos serviços de saúde deve seguir todas as etapas, desde sua



utilização até seu retorno em condições ideais de reuso, sob situações higiênicas sanitárias adequadas, de acordo com as normas que regulamentam a prestação destes serviços.

Para tanto, a OSC Viva Rio irá contratar empresa para a prestação desses serviços, com fornecimento de todos os insumos necessários, sob situações higiênico-sanitárias adequadas de acordo com as normas que regulamentam a prestação desses serviços.

Nos procedimentos de higienização e desinfecção de roupas, os produtos saneantes domissanitários utilizados, deverão ser regulamentados pela Lei Federal nº 6.360 de 23 de setembro de 1976, pela Portaria nº. 15 de 23 de agosto de 1988, pela Resolução RDC/ANVISA nº. 184, de 22 de outubro de 2001 e pela Resolução RDC Nº. 14, de 28 de fevereiro de 2007 e suas atualizações.

A OSC Viva Rio pretende alcançar os objetivos na construção de uma prática que vise à melhoria contínua da qualidade, sem fragmentação, possibilitando um melhor atendimento ao usuário, conferindo boas condições de trabalho para a equipe e minimizando a exposição aos agentes de risco inerentes às atividades executadas, através do processamento de roupas de forma correta.

Gestão Integrada de Tecnologia e Segurança da Informação

Os serviços de tecnologia da informação estão a cada dia ganhando mais importância no mundo corporativo e com o advento da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) – Lei 13.709 de 14 de agosto de 2018, as organizações sociais de saúde também passaram a ter que se preocupar mais com a coleta, armazenamento e disponibilidade dos dados de pacientes e prontuários médicos.

A abordagem que integra um plano de segurança da informação as operações de tecnologia do dia-a-dia, busca minimizar possíveis ataques, como o sequestro, quebra de confidencialidade e integridade das informações confidenciais de uma unidade de saúde. A tecnologia evoluiu muito nos últimos anos e, a partir disso, fez-se mais presente a ameaça de invasões e perda de dados e informações.

Gestão Integrada de Estoques e Operação Logística Integrada

A OS Viva Rio irá contratar empresa especializada em **Gestão Integrada de Estoques e Operação Logística Integrada** para prestação de serviços de controle, movimentação, gestão de estoques, apoio à gestão de compra dos produtos e bens, bem como construir e



manter todos os elementos necessários à integrações de sistemas de controle e gestão de estoques com os sistemas indicados pela Contratante

Gases Medicinais

A OS Viva Rio contratará empresa especializada na prestação de serviço de fornecimento de oxigênio, em conformidade com a RDC 50/2002. A mesma prestará serviços de reposição de cilindros de oxigênio medicinal, manutenção dos equipamentos e acessórios inclusa no fornecimento de acordo com as especificações técnicas. O serviço será prestado mensalmente, conforme quantitativo médio e especificações contidas no quadro abaixo:

Limpeza (será primarizada)

A prestação do serviço de limpeza e a desinfecção de superfícies são ações que promovem a sensação de bem-estar, segurança e conforto dos pacientes, profissionais e familiares nos serviços de saúde, colaborando também para o controle das infecções relacionadas à assistência à saúde, por garantir um ambiente com superfícies limpas, com redução do número de microrganismos, e apropriadas para a realização das atividades desenvolvidas nesses serviços.

O ambiente é apontado como importante reservatório de microrganismos nos serviços de saúde, especialmente os multirresistentes, e a presença de matéria orgânica favorece a proliferação de microrganismos e o aparecimento de insetos, roedores e outros, que podem veicular microrganismos nos serviços de saúde. Sendo assim o aparecimento de infecções nos ambientes de assistência à saúde pode estar diretamente relacionado ao uso de técnicas incorretas de limpeza e desinfecção de superfícies e manejo inadequado dos resíduos em serviços de saúde.

Os produtos de limpeza utilizados devem possuir garantia de qualidade e fichas de informação de segurança de produtos químicos (FISQP) e os equipamentos durabilidade conforme padrão atual do mercado. Os auxiliares de serviços gerais devem ser treinados dentro das normas de higienização e desinfecção da Anvisa além de possuírem todos os EPIS (equipamento individual de segurança) necessários à sua segurança e manutenção de saúde.

A OS Viva Rio irá gerir o serviço de higienização das unidades, com a contratação direta de auxiliares de serviços gerais e compra de insumos e equipamentos. Cabe frisar que o Viva Rio possui experiência na primarização deste serviço, uma vez que atuou desta forma nos contratos de gestão das APs 2.1, 3.1, e AP 3.3.

A contratação de empresa especializada para aplicação de produtos e de técnicas eficientes de controle referentes aos serviços de dedetização, desratização e descupinização se dará em função dos serviços serem de natureza continuada, necessários para a preservação do



patrimônio, propiciando as condições de higiene adequadas, prevenindo e/ou combatendo doenças e acidentes, sendo de extrema necessidade para o bom funcionamento das unidades atendidas. Por serem serviços complementares, têm a necessidade de se inter-relacionar para melhor execução, gerenciamento e fiscalização dos contratos, possibilitando obter condições mais vantajosas para a administração das unidades de saúde. A empresa contratada deverá apresentar comprovante de registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA ou em órgão estadual competente, que comprove a autorização para execução dos serviços propostos. Os produtos utilizados pela Contratada também deverão possuir certificação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.

Controladores de Acesso/Portaria

A prestação deste serviço tem como base fundamental o CUIDADO, identificação e orientação, das pessoas que conviverão na Unidade de Saúde.

O Serviço de Vigilância e Controle de Acesso tem como premissa garantir a segurança e a melhoria no atendimento dos acessos com vistas ao aperfeiçoamento do controle do fluxo de pessoas nas dependências da unidade hospitalar.

O exercício da função de vigilante desarmado ou controlador de acesso, executada prioritariamente em postos fixos, estará direcionada para recepcionar às pessoas, identificá-las e orientá-las para seus destinos desejados. Por conceito atua prioritariamente nos acessos de entrada e saída das unidades de saúde. Sua prioridade em localização estratégica não impede a eventual mobilidade. Sendo assim, este profissional terá a capacidade de orientar as pessoas que estiverem circulando, informando-as das restrições de circulação e as reencaminhando para os locais desejados, principalmente evitando que circulem por ambientes que lhes possam trazer qualquer tipo de risco. Uma atividade importante desse colaborador é a de zelar pela ordem e respeito entre os usuários e ocupantes das unidades, e identificando qualquer situação que sugira contravenção ainda que apenas eminente, fica responsável por contatar os órgãos públicos adequados da área de segurança.

Em função dos conceitos institucionais a favor do Desarmamento, a OSC Viva Rio não opera com profissionais de vigilância armada.

Transporte

Também são previstos recursos necessários para o trabalho territorial dos dispositivos de Saúde Mental: RioCard para uso de profissionais e usuários no acompanhamento territorial; locação de viatura com motorista e combustível para cada serviço, destinado ao transporte de



profissionais e pacientes na realização de ações de acolhimento à crise no território, visitas domiciliares, ações de matriciamento e visitas institucionais.

A OSC Viva Rio irá garantir os recursos necessários para o transporte adequado dos profissionais e usuários no acompanhamento territorial, conforme previsto acima.

Tabela 6: Cronograma De Implantação Dos Serviços De Terceiros

N do contrato / Material de Consumo	Tipo de contrato	Objeto do Contrato	Início dos Serviços	Término dos Serviços
XXX/2023	Serviço	Coleta de resíduos	mês 1	mês 24
XXX/2023	Serviço	Manutenção e recarga de cilindros de O2	mês 1	mês 24
XXX/2023	Serviço	Manutenção de equipamentos (engenharia Clínica)	mês 1	mês 24
XXX/2023	Serviço	Telefonia móvel e fixa	mês 1	mês 24
XXX/2023	Serviço	Internet banda larga	mês 1	mês 24
XXX/2023	Serviço	Alimentação	mês 1	mês 24
XXX/2023	Serviço	Logística integrada- Gestão de suprimentos e operação logística	mês 1	mês 24
XXX/2023	Serviço	Locação de Ponto Biométrico	mês 1	mês 24
XXX/2023	Serviço	Manutenção de extintores	mês 1	mês 24
XXX/2023	Consumo	Materiais hospitalares	mês 1	mês 24
XXX/2023	Consumo	Materiais de consumo e expediente	mês 1	mês 24
XXX/2023	Consumo	Materiais de higienização	mês 1	mês 24
XXX/2023	Consumo	Materiais de informática	mês 1	mês 24
XXX/2023	Consumo	Lavanderia	mês 1	mês 24
XXX/2023	Serviço/Consumo	Outras despesas gerais administrativas	mês 1	mês 24
14	Apresentação do cronograma de implantação das diferentes atividades assistenciais (tarefa, data de início, data de termino e área responsável)			

6.2. DAS OBRIGAÇÕES ADMINISTRATIVAS

No âmbito da presente parceria, a Organização da Sociedade Civil parceira

responsabilizar-se-á, integralmente, por:

- Administrar e operar as atividades a serem desenvolvidas, segundo as previsões deste Plano de Trabalho, dentro das diretrizes definidas pela Secretaria Municipal de Saúde SMS/RJ, com atendimento a todos os usuários SUS, de forma gratuita, no estabelecimento de saúde cujo uso lhe foi permitido, vedado prestação de serviço à entidade de saúde suplementar.
- Encargos de natureza trabalhista e previdenciária, referente aos recursos humanos utilizados na execução do objeto deste Plano de Trabalho, decorrendo do ajuizamento de eventuais demandas judiciais, bem como, por todos os ônus tributários e extraordinários que incidam sobre o presente instrumento, ressalvados aqueles de natureza compulsória, lançados automaticamente pela rede bancária arrecadadora.
- Indenização de dano decorrente de ação ou omissão voluntária, ou negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes, nessa qualidade, causarem a paciente, ao órgão do SUS e a terceiros a estes vinculados, bem como, aos bens públicos móveis e imóveis objetos de cessão de uso, assegurando-se o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis.
- Administrar os bens móveis e imóveis cujo uso lhe for cedido, em conformidade com o disposto nos respectivos termos de cessão de uso, até sua restituição ao Poder Público.
- Gestão de insumos consumíveis e retornáveis, material permanente e estrutura física da unidade, sendo responsável pela reposição ou manutenção no caso de dano por mau uso, perda ou extravio.
- Ao final da Parceria, restituir a Secretaria Municipal de Saúde todos os bens móveis e imóveis que lhe foram destinados ou adquiridos pela Secretaria Municipal de Saúde - SMS em virtude da presente parceria em boas condições de uso, ressalvados os casos de obsolescência e desgaste natural.
- Garantir em exercício nas Unidades quadro de recursos humanos qualificados e compatíveis ao porte da Unidade e Serviços previstos, conforme estabelecido nas normas ministeriais atinentes à espécie.
- Garantir a disponibilidade de um profissional de nível superior com experiência em saúde mental como responsável técnico pelo termo de colaboração.
- Dar continuidade, implantar e melhorar continuamente os protocolos clínicos e administrativos em todos os departamentos visando a otimização da gestão orientada pela Organização da Sociedade Civil.
- Pelo processo de administração do objeto da parceria, envolvendo contratação e gestão do pessoal necessário à operação da Unidade e Serviço;

- Utilizar a logomarca da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro/Secretaria Municipal de Saúde e do SUS, em todos os documentos emitidos no âmbito desta parceria.
- Não utilizar e nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação, exceto se aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde.
- Manter sempre atualizado o prontuário clínico multiprofissional dos pacientes e o arquivo médico, pelos prazos previstos em lei.
- Manter o padrão de qualidade de atendimento dentro das exigências contratuais, que serão baseadas nas diretrizes constantes desta parceria e as características de atividade assistenciais, do presente Plano de Trabalho.
- Disponibilizar relatórios gerenciais com as informações solicitadas na periodicidade constante no presente Plano Trabalho aos técnicos da Secretaria Municipal de Saúde – RJ; utilizando, quando couber, modelos disponibilizados pela Organização da Sociedade Civil.
- Submeter à Secretaria Municipal de Saúde – RJ, quaisquer projetos que envolvam alterações no layout das unidades.
- Utilizar uniforme e crachás padronizados pela Secretaria Municipal de Saúde – RJ para todos os funcionários.
- Os bens deverão ser recebidos por um preposto designado pela organização parceira e serem devidamente inventariados quando da assinatura do Termo de Colaboração, mediante assinatura de Termo de Cessão de Uso, e de forma idêntica deverão ser devolvidos na oportunidade do seu encerramento, por qualquer motivo, inclusive aqueles incorporados posteriormente no transcorrer do contrato.
- Gerenciar de forma responsável, obedecendo as melhores práticas assistenciais e de logística, todos os insumos consumíveis e retornáveis, material permanente e estrutura física da unidade, sendo responsável pela reposição ou manutenção no caso de dano por mau uso, perda ou extravio.

7. FORMA DE APRESENTAÇÃO

Visando o acompanhamento e avaliação do Plano de Trabalho e o cumprimento das atividades estabelecidas no instrumento de parceria, a entidade parceira deverá alimentar as informações relacionadas aos indicadores e prestação de contas financeiras no sistema de monitoramento das parcerias – Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais (<https://osinfo.prefeitura.rio/>), instrumento institucional de acompanhamento, avaliação e controle dos Contratos de Gestão, Convênios e Termos de Colaboração firmados entre a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e as Instituições Parceiras, bem como deverá apresentar a produção na forma definida pelo Gestor(a) ou Comissão Gestora da Parceria e pela Comissão de Monitoramento e Avaliação – CMA.

De forma a exercer o gerenciamento de unidades e programas de saúde, conforme Decreto Municipal nº 37.079/13 a entidade parceira deverá, impreterivelmente, até o 10º dia útil do mês subsequente, conforme manual para envio de arquivos disponibilizado no Menu Principal, no link, Documentos, do Painei de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais, encaminhar as informações solicitadas.

Os repasses previstos no Termo de Colaboração em referência serão estabelecidos de acordo com a meta executada e a apresentação da prestação de contas, no prazo previsto acima, conforme previsto no Termo e dentre outras documentações, os seguintes relatórios:

7.1. Relatório de Execução do Objeto, que conterà:

- a) a demonstração do alcance das metas referentes ao período de que trata a prestação de contas;
- b) a descrição das ações desenvolvidas para o cumprimento do objeto;
- c) os documentos de comprovação do cumprimento do objeto, como lista de presença, fotos, vídeos, entre outros;
- d) os documentos de comprovação do cumprimento da contrapartida, quando houver;
- e) os dados físico-financeiro;
- f) os documentos de comprovação de despesas relativas à implementação dos serviços oferecidos mensalmente pela entidade parceira.

7.2. O relatório de que trata o item anterior deverá, ainda, fornecer elementos para avaliação:

- a) dos impactos econômicos ou sociais das ações desenvolvidas;
- b) do grau de satisfação do público-alvo, que poderá ser indicado por meio de pesquisa de satisfação, declaração de entidade pública ou privada local e declaração do conselho de política pública setorial, entre outros; e
- c) da possibilidade de sustentabilidade das ações após a conclusão do objeto.

7.2.1. As informações supramencionadas deverão ser fornecidas por meio da apresentação de documentos e por outros meios previstos neste plano de trabalho.

7.2.2. A organização da sociedade civil deverá apresentar justificativa na hipótese de não cumprimento do alcance das metas.

7.3. Relatório de Execução Financeira deverá contemplar:

- a) o exame da conformidade das despesas, realizado pela verificação das despesas previstas e das despesas efetivamente realizadas, por item ou agrupamento de itens, conforme previsto no plano de trabalho, observados os termos do Decreto Municipal nº 42696/2016; e
- b) a verificação da conciliação bancária, por meio da aferição da correlação entre as despesas constantes na relação de pagamentos e os débitos efetuados na conta corrente específica da parceria.

7.4. A prestação de contas final da parceria deverá ser apresentada: no prazo de até 45 (quarenta e cinco) dias a partir do término da vigência da parceria, inclusive com a comprovação de recolhimento ao Tesouro Municipal de eventuais saldos financeiros.

7.5. Nas parcerias com vigência superior a 1 (um) ano: o Município realizará, sempre que possível, pesquisa de satisfação com os beneficiários do plano de trabalho e utilizará os resultados como subsídio na avaliação da parceria celebrada e do cumprimento dos objetivos pactuados, bem como na reorientação e no ajuste das metas e atividades definidas.

7.6. A entidade parceira deverá, ainda, manter em dia todas as informações: referentes aos registros de AIH – Autorização de Internação Hospitalar e do SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais e outros registros oficiais, que a Secretaria Municipal de Saúde assim determinar, em especial, as exigidas no Termo de Colaboração e seus anexos.

7.7. A Secretaria Municipal de Saúde poderá, para permitir um melhor acompanhamento da produção e efetiva fiscalização, solicitar: acesso ao sistema informatizado utilizado pela entidade parceira no âmbito das Unidades e serviços objeto do instrumento de parceria. Este acesso poderá ser através de senha para acesso ao sistema, ou, por meio de um software integrador.

7.8. A Secretaria Municipal de Saúde procederá à análise mensal: dos dados enviados pela entidade parceira para que sejam atestados os serviços vinculados aos repasses de recursos, conforme previsto no Termo de Colaboração e em seus anexos.

7.9. Trimestralmente a Secretaria Municipal de Saúde procederá: à análise do quantitativo de atividades assistenciais realizadas pela entidade parceira, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades

estabelecidas neste Plano de Trabalho, conforme previsto no Termo de Colaboração e seus anexos. Desta análise, poderá resultar uma repactuação das quantidades assistenciais estabelecidas no instrumento de parceria e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, efetivada através de Termo Aditivo ao instrumento de parceria em referência.

7.9.1. Esta análise periódica não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos Aditivos em relação às cláusulas que quantificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pela entidade parceira e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, caso a Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ, a seu critério, entender que condições e/ou ocorrências excepcionais incidem de forma muito intensa sobre as atividades das Unidades e serviços objeto desta parceria, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.

7.10. No primeiro relatório de atividade deverão vir especificados: os bens permanentes adquiridos e aqueles recebidos em doação, ou, por outras formas, com as respectivas notas fiscais e o local de uso dos mesmos dentro das Unidades. Consideram-se materiais permanentes aqueles que, em razão de seu uso corrente, não perde a sua identidade física, e/ou apresentam durabilidade superior a 2 (dois) anos.

7.11. Todos os contratos de serviços firmados pela entidade parceira com prestadores de serviços devem: ser enviados à Secretaria Municipal de Saúde, assim que os serviços forem iniciados, devidamente datados e assinados por ambas as partes, com a descrição de todos os serviços a serem prestados bem como com todas as cláusulas contratuais de acordo com as normas legais vigentes no país.

7.12. As Unidades deverão ser dotadas de: controle de frequência, por meio de ponto eletrônico, cujo relatório deve ser apresentado a Secretaria Municipal Saúde/RJ sempre que solicitado e deve ser o espelho fiel do que se informa no relatório da Comissão de Monitoramento e Avaliação - CMA e no painel de gestão.

7.13. As Unidades deverão funcionar com prontuário eletrônico e ter a documentação arquivada e organizada em local apropriado a guarda de documentação médica.

7.14. Esta parceria tem por objetivo, qualificar a assistência na linha de cuidado dos serviços e ações de saúde objeto deste Plano de Trabalho, efetivar o uso de tecnologias integradas à saúde e dar celeridade aos processos ligados a esta linha assistencial.

7.15. Ao final de 24 (vinte e quatro) meses de acompanhamento, a Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ, juntamente com a entidade parceira, 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.

7.16. Mesmo após o cumprimento de todas as metas elencadas no Quadro de Indicadores e Metas, caso haja alguma queda na qualidade do atendimento em função de ação ou omissão imputável à administração da entidade parceira, a Comissão de Monitoramento e Avaliação - CMA, baseada em relatório fundamentado enviado pela Subsecretaria responsável pelo objeto desta parceria, por meio do Gestor(a) ou Comissão Gestora da Parceria, poderá descontar até 50% (cinquenta por cento) do valor da parte variável.

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

7.18. A cada período de 3 (três) meses (trimestral), será realizada por parte da Comissão de Monitoramento e Avaliação - CMA a avaliação e pontuação dos indicadores e metas que condicionam o valor de pagamento da variável de 5% do valor do contrato, conforme previsto em cronograma de desembolso, assim divididas:

7.19. O desempenho da instituição parceira na consecução dos serviços de saúde será acompanhado a partir dos critérios estabelecidos acima e por meio dos indicadores que devem refletir a devida organização institucional, as boas práticas clínicas, a devida atenção ao usuário e a devida articulação entre os níveis assistenciais.

7.20. Por meio da aplicação dos indicadores busca-e avaliar de forma objetiva a performance das Organizações da Sociedade Civil (OSC), bem como aperfeiçoar o monitoramento proposto, de acordo com as recomendações das diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde – SUS.

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

7.22. A qualquer momento a CMA e a SMS/RJ poderão solicitar a memória de cálculo que levou a gerar os indicadores e a realizar auditoria para validar os resultados apresentados.

7.23. As EMSM, CAPS e UAA deverão funcionar com o Prontuário Carioca de Saúde Mental (prontuário eletrônico), numeração do prontuário pelo número do CPF do paciente ou CNS, emissão de relatórios gerenciais mensais.

7.24 Produção mínima esperada de procedimentos:

A avaliação da produção mínima das unidades 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.

A Programação Física e Orçamentária (FPO) das unidades (CAPS) deve ser realizada com base na sua capacidade física e de recursos humanos, associadas às habilitações e serviços registrados no CNES. Deve ser atualizada sempre que houver necessidade, sem periodicidade definida. A confecção de uma nova, ou sua respectiva atualização, deve ser feita através da FPO magnética e o arquivo gerado deve ser enviado para ao setor responsável na SMS, pelos canais disponibilizados pelo mesmo dentro dos prazos estabelecidos. É responsabilidade da Entidade Parceira manter atualizada a Programação Física e Orçamentária da unidade, bem como enviar o arquivo gerado pelo FPO Magnético ao setor responsável da SMS.

7.24.1. Quantidade mínima de procedimentos a serem apresentados mensalmente por unidade

• CAPSi II

AÇÃO	DESCRIÇÃO	FONTE	Nº DE AÇÕES REGISTRADOS (MENSALMENTE)
ATENDIMENTO INDIVIDUAL	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS A (03.01.08.020-8) REGISTRADOS NA RAAS	TABNET/ PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	100
ATENDIMENTO DE FAMILIAR OU DA REDE DE APOIO	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS A (03.01.08.022-4) REGISTRADOS NA RAAS	TABNET/ PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	Nº de pacientes com cadastro ativo x 0,9
ATIVIDADE COLETIVA	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS (03.01.08.027-5, 03.01.08.028-3, 03.01.08.021-6) REGISTRADOS NA RAAS E/OU BPA	TABNET/ PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	40
ACOLHIMENTO DE 1ª VEZ	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS (03.01.08.023-2) REGISTRADOS NO BPA-I	TABNET/ PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	20

ATIVIDADE DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO	AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DIRECIONADAS A USUÁRIOS INSTITUCIONALIZADOS (UNIDADES DE REABILITAÇÃO SOCIAL, UNIDADES DO DEGASE)	RELATÓRIO DESCRITIVO DA UNIDADE	Nº DE PACIENTES EM ABRIGO OU UNIDADE DO DEGASE X 4
ATIVIDADE TERRITORIAL OU ARTICULAÇÃO DE REDE	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS (PROCEDIMENTOS 03.01.08.035-6, 03.01.08.029-1, 03.01.08.025-9, 03.01.08.031-3) REGISTRADOS NA RAAS E/OU BPA	TABNET/ PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	40
ATENDIMENTO DOMICILIAR	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS (03.01.08.024-0) REGISTRADOS NA RAAS	TABNET/ PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	30
MATRICIAMENTO DE EQUIPES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS (03.01.08.030-5) REGISTRADOS NO BPA	TABNET/ PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	16
MATRICIAMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS (03.01.08.039-9) REGISTRADOS NO BPA	TABNET/ PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	10

• CAPS III

AÇÃO	DESCRIÇÃO	FONTE	Nº DE AÇÕES REGISTRADOS (MENSALMENTE)
ATENDIMENTO INDIVIDUAL	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS A (03.01.08.020-8 OU 03.01.08.022-4) REGISTRADOS NA RAAS	TABNET/ PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	200
ATENDIMENTO DE FAMILIAR OU DA REDE DE APOIO	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS A (03.01.08.022-4) REGISTRADOS NA RAAS	TABNET/ PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	Nº de pacientes com cadastro ativo x 0,6
ATIVIDADE COLETIVA	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS (03.01.08.027-5, 03.01.08.028-3, 03.01.08.021-6) REGISTRADOS NA RAAS E/OU BPA-C	TABNET/ PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	60
ACOLHIMENTO DE 1ª VEZ	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS (03.01.08.023-2) REGISTRADOS NO BPA-I	TABNET/ PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	30
ACOLHIMENTO NOTURNO	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS (03.01.08.002-0) REGISTRADOS NA RAAS	TABNET/ PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	Nº de leitos x 30/2
ATIVIDADE DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO	AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DIRECIONADAS A USUÁRIOS INSTITUCIONALIZADOS EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS (USUÁRIOS EM LONGA PERMANÊNCIA – MAIS DE 6 MESES), SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS, UNIDADES DE REABILITAÇÃO SOCIAL, UNIDADES DO DESIPE	RELATÓRIO DESCRITIVO DA UNIDADE	Nº DE MORADORES DE SRT + Nº DE PACIENTES DE LONGA PERMANÊNCIA + Nº DE PACIENTES EM ABRIGOS + Nº DE PACIENTES EM UNIDADES DO DESIPE X 4

ATIVIDADE TERRITORIAL OU ARTICULAÇÃO DE REDE	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS (PROCEDIMENTOS 03.01.08.035-6, 03.01.08.029-1, 03.01.08.025-9, 03.01.08.031-3) REGISTRADOS NA RAAS E/OU BPA-C	TABNET/ PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	80
ATENDIMENTO DOMICILIAR	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS (03.01.08.024-0) REGISTRADOS NA RAAS	TABNET/ PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	20
MATRICIAMENTO DE EQUIPES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS (03.01.08.030-5) REGISTRADOS NO BPA-C	TABNET/ PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	32
MATRICIAMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS (03.01.08.039-9) REGISTRADOS NO BPA-C	TABNET/ PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	26

• CAPSad III

AÇÃO	DESCRIÇÃO	FONTE	Nº DE AÇÕES REGISTRADOS (MENSALMENTE)
ATENDIMENTO INDIVIDUAL	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS A (03.01.08.020-8 OU 03.01.08.022-4) REGISTRADOS NA RAAS	TABNET/ PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	200
ATENDIMENTO DE FAMILIAR OU DA REDE DE APOIO	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS A (03.01.08.022-4) REGISTRADOS NA RAAS	TABNET/ PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	Nº de pacientes x 0,4
ATIVIDADE COLETIVA	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS (03.01.08.027-5, 03.01.08.028-3, 03.01.08.021-6) REGISTRADOS NA RAAS E/OU BPA-C	TABNET/ PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	60
ACOLHIMENTO DE 1ª VEZ	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS (03.01.08.023-2) REGISTRADOS NO BPA-I	TABNET/ PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	30
ACOLHIMENTO NOTURNO	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS (03.01.08.002-0) REGISTRADOS NA RAAS	TABNET/ PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	Nº de leitos x 30/2
ATIVIDADE DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO	AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DIRECIONADAS A USUÁRIOS INSTITUCIONALIZADOS (UNIDADES DE REABILITAÇÃO SOCIAL, UNIDADES DO DESIPE)	RELATÓRIO DESCRITIVO DA UNIDADE	Nº DE PACIENTES EM ABRIGO OU UNIDADE DO DESIPE X 4
ATIVIDADE TERRITORIAL OU ARTICULAÇÃO NA REDE	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS (PROCEDIMENTOS 03.01.08.035-6, 03.01.08.029-1, 03.01.08.025-9, 03.01.08.031-3) REGISTRADOS NA RAAS E/OU BPA-C	TABNET/ PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	80
ATENDIMENTO DOMICILIAR	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS (03.01.08.024-0) REGISTRADOS NA RAAS	TABNET/ PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	20
MATRICIAMENTO DE EQUIPES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS (03.01.08.030-5) REGISTRADOS NO BPA-C	TABNET/ PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	32
MATRICIAMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS (03.01.08.039-9) REGISTRADOS NO BPA-C	TABNET/ PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	26

• EMSM

AÇÃO	DESCRIÇÃO	FONTE	Nº DE AÇÕES REGISTRADOS (MENSALMENTE)
ATENDIMENTO INDIVIDUAL	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS A (03.01.01.004-8 e 03.01.01.007-2) APRESENTADOS NO BPA-I	TABNET/ PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	200
ATENDIMENTO DE FAMILIAR OU DA REDE DE APOIO	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS A (03.01.08.022-4) APRESENTADOS NA RAAS	TABNET/ PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	60
ATIVIDADE COLETIVA/ ATENDIMENTO EM GRUPO	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS APRESENTADOS NA RAAS (03.01.08.027-5, 03.01.08.028-3, 03.01.08.021-6) E/OU BPA-C (03.01.04.003-6)	TABNET/ PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	40
ATIVIDADE TERRITORIAL OU ARTICULAÇÃO NA REDE	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS (PROCEDIMENTOS 03.01.08.035-6, 03.01.08.029-1, 03.01.08.025-9, 03.01.08.031-3) APRESENTADOS NA RAAS E/OU BPA-C	TABNET/ PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	40
MATRICIAMENTO DE EQUIPES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS (03.01.08.030-5) APRESENTADOS NO BPA-C	TABNET/ PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	40

• CENTRO DE CONVIVÊNCIA

AÇÃO	DESCRIÇÃO	FONTE	Nº DE AÇÕES REGISTRADOS (MENSALMENTE)
REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES COLETIVAS	NÚMERO ABSOLUTO DE ATIVIDADES COLETIVAS REGISTRADAS	PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	50
PROMOÇÃO DE ATIVIDADES TERRITORIAIS	NÚMERO ABSOLUTO DE AÇÕES TERRITORIAIS REALIZADAS	RELATÓRIO/ PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	20
AÇÕES DE ARTICULAÇÃO DE REDE	NÚMERO ABSOLUTO DE AÇÕES DE ARTICULAÇÃO DE REDE	PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	10

7.24.2 Responsabilidades durante e após processamento de produção

O processo de avaliação da produção, durante e após a realização do faturamento, deverá ser acompanhado pela entidade parceira.

Durante o processo de faturamento, ou seja, quando os arquivos gerados pelos sistemas RAAS, BPA-C ou BPA-I estão sendo processados pela CGCA, a Organização Social deverá acompanhar os relatórios de glosas durante o processamento da produção emitidos na página da CGCA (<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/surca>) na área do SIA.

Após o processamento do faturamento, a Organização Social deverá acompanhar os relatórios de glosas após o processamento da produção emitidos na página da CGCA

(<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/surca>) na área do SIA. De posse deste relatório, deverá verificar os motivos das glosas que possam ter ocorrido nas unidades e realizar imediatamente os ajustes necessários para que a mesma não volte a ocorrer em processamentos de produção futuros.

A Organização Social também deverá fazer acompanhamento, após o processamento da produção e liberação da base de dados para consulta, dos procedimentos aprovados e dos procedimentos não aprovados para cada CAPS, emitindo os seguintes relatórios:

- Relatório do percentual de aprovação total de procedimentos, por CAPS
- Relatório do percentual de aprovação por cada procedimento, por CAPS.

Para emissão destes relatórios deverá ser consultado o TABNET MUNICIPAL através do link <http://www0.rio.rj.gov.br/tabnet/>.

7.25 Qualificação do Registro Clínico

A qualificação do registro clínico se dará pela Implantação e manutenção de Comissão de Prontuários nas unidades.

A Coordenação Técnica da unidade constituirá formalmente a Comissão de Revisão de Prontuário, proporcionando toda a infraestrutura necessária à sua operacionalização. A Comissão, órgão de assessoria da Coordenação da unidade é a responsável pela análise dos itens que deverão constar obrigatoriamente no registro do atendimento/acompanhamento: dados de identificação do paciente, evolução, projeto terapêutico singular, ações terapêuticas, assinatura e carimbo do profissional.

A Comissão se reunirá ordinariamente, a cada 90 dias, para avaliação e emissão de relatório e, extraordinariamente, para intervir em demanda inerente às atividades da Comissão. As reuniões da Comissão serão registradas em Ata contendo data e hora, nome e assinatura dos membros presentes, pauta e avaliações/decisões tomadas.

7.26. Desenvolvimento de atividades de Educação Permanente

A contratada deverá oferecer treinamentos operacionais e técnicos, para todos os trabalhadores das unidades da Rede de Atenção Psicossocial, de acordo com as demandas da S/SUBHUE/SSM.

7.27. Tecnologia da Informação

A contratada deverá participar da implantação e manutenção dos sistemas de informação adotados pela SMS, incluindo RAAS – Registro Ambulatorial de Ações em Saúde; BPA – Boletim de Produção Ambulatorial – e o Prontuário Carioca de Saúde Mental para utilização institucional, bem como participar da geração de arquivos ou informações em *webservice* para utilização nos Sistemas de Informação oficiais que a SMS solicitar;

Toda a unidade de saúde sob gestão da contratada deve ter todos os postos de

trabalho informatizados, com conectividade e Prontuário Eletrônico em funcionamento. A contratada deverá prover as unidades sob sua gestão: suporte em tecnologia da informação (TI), treinamento às equipes para sua utilização.

A contratada deve garantir o funcionamento do prontuário eletrônico nas unidades de saúde sob gestão durante todo o horário de funcionamento das unidades. Para tanto deve-se garantir medidas que possibilitem manter o prontuário em pleno funcionamento, como redundância de conectividade e servidores locais e deve oferecer suporte de TI a todas as unidades sob sua gestão. A resposta aos chamados de suporte que devem ser atendidos em até 24 horas;

Todos os impressos oficiais e padronizados pela S/SUBHUE/SSM devem ser preferencialmente preenchidos e impressos a partir do prontuário eletrônico, salvo impossibilidade de adequação do sistema;

A contratada deve disponibilizar serviços, infraestrutura e treinamento de Tecnologia da Informação (TI) para desenvolvimento das atividades da rede de atenção psicossocial do município, no que tange aos registros de dados de atendimento dos serviços e prontuário dos pacientes.

Caracteriza-se como disponibilização de infraestrutura:

- Implantação e manutenção da rede de computadores
- Disponibilização de conectividade com a Internet em link de no mínimo 20 MBps
- Disponibilização e manutenção de servidores de rede, aplicação e banco de dados
- Disponibilização de equipamentos de informática para unidades de saúde

Caracteriza-se como disponibilização de treinamento:

- Capacitação das equipes dos centros de atenção psicossocial para utilização dos Prontuário Carioca de Saúde Mental.
- Capacitação das equipes dos centros de atenção psicossocial para utilização dos sistemas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde/DATASUS.

7.27.1 SCNES – Sistema 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. A contratada deverá manter todos os módulos do CNES atualizados mensalmente junto a Coordenadoria Geral de Controle e Avaliação Contratualização e Auditoria (CGCA) da SMS, pelos canais disponibilizados pela mesma dentro dos prazos estabelecidos. A manutenção do CNES atualizado é ação prioritária, pois é um dos sistemas que interfere diretamente no resultado da aprovação do faturamento apresentado pelas das

unidades.

Os dados deverão ser atualizados conforme orientação das DICAs locais.

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

Constitui responsabilidade da Contratada o acompanhamento das atualizações das fichas cadastrais dos profissionais de saúde bem como dos dados de atualização dos estabelecimentos de saúde sob sua gestão. Caberá a SUBHUE/SMS, determinar as demais atribuições em relação a este sistema de informação, podendo ficar sob responsabilidade da Contratada a inclusão, bem como a atualização de todos os profissionais no SCNES.

7.27.2 SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais

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.

Todas as ações de saúde realizadas pelos profissionais das unidades deverão ser registradas para que estes dados possam ser incorporados à base de dados nacional do SIA/SUS.

O registro de ações dos Centros de Atenção Psicossocial bem como dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e Unidade de Acolhimento Adulto vinculados são realizados através dos seguintes sistemas disponibilizados pelo DATASUS:

- Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde – RAAS Psicossocial;
- Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado – BPA-C;
- Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado – BPA-I;

A utilização de cada sistema dependerá dos procedimentos a serem registrados e suas respectivas características, definidas no Sistema de Gerenciamento da tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses do SUS (SIGTAP-SUS). O SIGTAP está disponível na WEB e deverá ser periodicamente consultado para operação dos demais sistemas do SUS que são utilizados para cruzamento de dados para aprovação de faturamento das unidades. A Contratada deverá acompanhar a divulgação das Notas Técnicas emitidas pela Coordenação Geral de Sistemas de Informação do Ministério da Saúde através do link <ftp://ftp2.datasus.gov.br/pub/sistemas/tup/downloads/notastecnicas/>, verificando alterações que possam influenciar no registro dos procedimentos realizados pelos CAPS.

A Contratada deverá realizar, mensalmente, o preenchimento destes sistemas, e enviar os arquivos gerados às DICAS de cada AP respeitando os fluxos estabelecidos por

cada uma e a partir dos canais disponibilizados pela mesma dentro dos prazos estabelecidos.

A Superintendência de Saúde Mental disponibilizará manual de procedimentos a serem registrados (faturados) pelos CAPS HABILITADOS e pelos CAPS que ainda não foram efetivamente HABILITADOS junto ao Ministério da Saúde.

O preenchimento adequado da RAAS - Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde estabelecido pela Portaria MS/SAS Nº 276, de 30 de março de 2012 e Portaria MS/SAS Nº 854 de 22 de agosto de 2012 é condição indispensável para o acompanhamento do desempenho das unidades de Atenção Psicossocial, mesmo para os serviços não habilitados.

O registro de produção deve representar fidedignamente as ações realizadas pelos dispositivos. A produção aprovada deverá ser de no mínimo 85% da produção apresentada em cada competência.

7.27.3 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 Superintendência de Vigilância em Saúde –S/SUBPAV/SVS.

7.27.4 SIGMA – Sistema de Informações Gerenciais de Materiais

O Sistema de Informações Gerenciais de Materiais (SIGMA), sistema desenvolvido e mantido pelo IplanRio, tem como objetivo o controle de todos os bens adquiridos e estocados nas Unidades Armazenadoras de Materiais no Município de Rio de Janeiro tais como materiais de consumo e medicamentos. No SIGMA também são realizadas a manutenção do cadastro de materiais e serviços e a manutenção do cadastro de empresas,

fundações privadas e associações. O sistema é composto pelos seguintes módulos: Catálogo de Materiais e Serviços, Cadastro de Empresas, Cadastro de Fundações Privadas e Associações, Cadastro de Amostras, Gestão de Estoques, Tabelas e Segurança.

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

7.27.5 SISREG – Sistema de Nacional de Regulação

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

7.27.6 Outros Sistemas de Informação em Saúde

Outros sistemas que venham a ser implantados pelo DATASUS e ou Sistemas já existentes que venham a ser solicitados pela SMS deverão ser preenchidos pela entidade parceira que fará apoio à gestão das unidades, obrigatoriamente farão parte deste contrato e, conseqüentemente, deverá ser utilizado pela entidade parceira. As regras e definições das obrigações da entidade parceira para utilização de novos sistemas implantados serão inseridas neste contrato/processo como adendo.

7.28. A cada período de 3 (três) meses (trimestral), será realizada por parte da Comissão de Monitoramento e Avaliação - CMA a avaliação e pontuação dos indicadores e metas que condicionam o valor de pagamento da variável de 5% do valor do contrato, conforme previsto em cronograma de desembolso.

7.29. O desempenho da instituição parceira na consecução dos serviços de saúde será acompanhado a partir dos critérios estabelecidos acima e por meio dos indicadores que devem refletir a devida organização institucional, as boas práticas clínicas, a devida atenção ao usuário e a devida articulação entre os níveis assistenciais.

7.30. Por meio da aplicação dos indicadores busca-se avaliar de forma objetiva a performance das Organizações da Sociedade Civil (OSC), bem como aperfeiçoar o monitoramento proposto, de acordo com as recomendações das diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde – SUS.

7.31. A qualquer momento a CMA e a SMS/RJ poderão solicitar a memória de cálculo que levou a gerar os indicadores e a realizar auditoria para validar os resultados apresentados.

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

- **Parte Variável 01 – incentivo institucional à gestão.**

- **Parte Variável 02 - incentivo Institucional à unidade de saúde.**
- **Parte Variável 03 - incentivo à equipe.**

No primeiro ano de gestão, para fins de pagamento da variável, os indicadores e metas somente serão avaliados a partir do primeiro trimestre.

PARTE VARIÁVEL 01 – Incentivo institucional à gestão.

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

O Município solicitará à ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL - OSC a apresentação de relatórios contendo dados e informações relativas aos resultados assistenciais e qualidade dos serviços prestados, conforme Quadro I de Indicadores de Acompanhamento e Avaliação a seguir.

A ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL para fazer jus aos recursos orçamentários da parte variável 01, com periodicidade trimestral, que corresponde a até **2,0%** do valor total conforme cronograma de desembolso deverá apresentar um relatório contendo os indicadores pré-estabelecidos pela SMS/RJ. O valor está condicionado ao percentual cumprido do conjunto de metas estabelecidas para o respectivo trimestre, e para tal a OSC deverá apresentar um PLANO DE APLICAÇÃO dos recursos, a ser submetido à Secretaria Municipal de Saúde para validação. Caberá a Comissão de Monitoramento e Avaliação – COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO aprovar o Plano de Aplicação da variável, garantindo assim a destinação orçamentária para o valor em questão.

A avaliação do cumprimento do conjunto de metas estabelecidas será realizada trimestralmente pela COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO, que é parte integrante da SMS/RJ. Esta se reunirá periodicamente e analisará os documentos entregues pela entidade parceira, já mencionados anteriormente.

Quadro de indicadores da PARTE VARIÁVEL 01 – Incentivo Institucional à Gestão da RAPS

INDICADOR	AÇÃO	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	FONTE	PERIODICIDADE DA AVALIAÇÃO	META	OBSERVAÇÃO
1	Melhoria na qualidade dos serviços prestados	Proporção de gestores que consideraram de boa qualidade os serviços prestados	(N) Nº de serviços prestados adequadamente e avaliados com boa qualidade pelo gestor no período de análise x 100	Declaração do Gestor	Trimestral	≥ 95%	O gestor da unidade deve atestar tal ação com data, junto à documentação comprobatória dos indicadores
			(D) Nº total de serviços previstos para a unidade				



2	Redução da rotatividade dos profissionais nas equipes	Rotatividade dos profissionais nas equipes dos dispositivos de saúde mental	(N) (Nº de profissionais admitidos + Nº de profissionais substituídos) / 2	CNES	Trimestral	≤15%	Consideram-se os profissionais da equipe do serviço diretamente vinculados a este termo de colaboração.
			x 100				Para substituições consideram-se demissões, transferências, substituições por licenças.
			(D) Nº total de profissionais ativos no período				
3	Garantir a informatização das unidades	Proporção de unidades informatizadas	(N) Número de postos de trabalho informatizados na unidade x 100	Declaração do Gestor	Trimestral	≥ 80	O gestor da unidade deve atestar tal ação com data, junto à documentação comprobatória dos indicadores
			(D) Número de postos de trabalho previstos conforme a estrutura da unidade				
4	Assegurar o abastecimento regular das unidades	Proporção de unidades com declaração que estão regularmente abastecidas pelo gestor	(N) Nº de unidades com declaração de abastecimento adequado pelo gestor x 100	Declaração do Gestor	Trimestral	≥ 95%	O gestor da unidade deve atestar tal ação com data, junto à documentação comprobatória dos indicadores
			(D) Nº de unidades do termo de colaboração				
5	Realizar o treinamento dos profissionais admitidos	Proporção de profissionais que tiveram capacitação realizada no primeiro trimestre após sua contratação	(N) Nº de profissionais que tiveram capacitação realizada no primeiro trimestre de sua contratação x 100	Lista de Presença nos treinamentos	Trimestral	≥ 95%	A OSC deverá enviar a comprovação da participação dos profissionais no treinamento como documentação comprobatória dos indicadores
			(D) Total de profissionais contratados no período				
6	Manutenção de comissões de prontuários	Proporção de Unidades de Saúde Mental com comissões de prontuário mantidas	(N) Nº de unidades com comissões de prontuário em atividade mensal x 100	Prontuário Eletrônico	Trimestral (A partir do 4º mês do início do termo de colaboração ou do funcionamento da unidade, em caso de unidades implantadas)	≥ 95%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade se existe comissão de prontuário, a periodicidade das reuniões e a ata das reuniões. Mínimo de reuniões para ser considerada ativa é de 1 reunião mensal.
			(D) Nº de unidades do termo de colaboração				

7	Acompanhamento do cadastramento e atualização no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)	Proporção de profissionais de saúde cadastrados	(N) Nº de profissionais cadastrados no prontuário com correspondência ao SCNES x 100	Prontuário Eletrônico e Arquivo de exportação do CNES	Trimestral	≥ 95%	Este indicador visa medir a percentagem de profissionais que estão atuando nas equipes de saúde mental e devidamente atualizados no SCNES. Para o numerador deve-se considerar correspondência na base local do CNES. Mensalmente, a OSC deve atualizar toda a base do SCNES enviada ao DATASUS (N).
			(D) Total de profissionais em atividade na unidade				
8	Monitoramento da produção ambulatorial nos sistemas de registro oficial do DATASUS (BPA e RAAS)	Proporção de aprovação da produção	(N) Nº de produção aprovada no TABNET X 100	TABNET	Trimestral	≥ 90%	O indicador visa medir a percentagem de produção aprovada diante de toda a produção apresentada pela unidade ao Sistema de Informação Ambulatorial do Município.
			(D) Nº de produção apresentada no TABNET				

Estes indicadores deverão ser disponibilizados através de um painel em um Sistema de Informação online pela entidade parceira a S/SUBHUE/SSM.

Para a apuração do quantitativo de equipe, considera-se o último dia da competência referente aos indicadores analisados pela CMA.

Caso a entidade parceira cumpra a totalidade das metas a parte variável 01 deverá ser considerada na rubrica “Apoio a gestão do RAPS – OSC” devendo a OSC apresentar à SSM plano de aplicação deste valor.

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

(I) O cumprimento de 80 a 100% das metas implica em destinação do total de 2% dos recursos orçamentários pré-definidos à entidade parceira, desde que 100% das equipes sejam iguais ou superiores a equipe mínima prevista em portaria do Ministério da Saúde. No caso de qualquer das equipes estarem com quantitativo inferior ao da equipe mínima, mesmo tendo 100% dos indicadores alcançados fará jus somente a 1%. O 1% restante deverá ser executado mediante plano de aplicação elaborado pela Superintendência de Saúde Mental, alocado na rubrica “adaptação de unidades da RAPS”.

(II) O cumprimento de 60 a 79% das metas implica em destinação do total de 1% dos recursos orçamentários pré-definidos à entidade parceira, desde que 100% das equipes sejam iguais, ou, superior, a equipe mínima prevista em portaria do Ministério da Saúde. No caso de qualquer das equipes estarem com quantitativo inferior ao da equipe mínima,



mesmo tendo 100% dos indicadores alcançados fará jus somente a 0,5%. O 1,5% restante deverá ser executado mediante plano de aplicação elaborado pela Superintendência de Saúde Mental, alocado na rubrica "adaptação de unidades da RAPS".

(III) O cumprimento de menos de 60% das metas implica em destinação do total do recurso (2%), mediante plano de aplicação elaborado pela Superintendência de Saúde Mental, alocado na rubrica "adaptação de unidades da RAPS".

No decorrer do Termo de Colaboração, caso algum Sistema de Informação oficial do Ministério da Saúde ou da SMS – Rio de Janeiro venha a ser alterado, o mesmo deverá acontecer em relação às "Fontes" descritas para cada indicador, tendo a OSC que proceder a mudança no mês seguinte a esta alteração.

PARTE VARIÁVEL 02 – Incentivo institucional à unidade de saúde.

A avaliação do desempenho assistencial da unidade de saúde está representada por indicadores que constituem o grupo para a VARIÁVEL 02, conforme quadro abaixo.

O Município solicitará à Organização da Sociedade Civil - OSC parceira a apresentação de relatórios contendo dados e informações relativas aos resultados assistenciais e qualidade dos serviços prestados.

A Organização da Sociedade Civil - OSC parceira para fazer jus aos recursos orçamentários da parte variável 02, com periodicidade trimestral, que corresponde a **até 1,0%** do valor total conforme cronograma de desembolso, deverá apresentar um relatório contendo os indicadores pré-estabelecidos pela SMS/RJ. O valor está condicionado ao percentual cumprido do conjunto de metas estabelecidas para o respectivo trimestre, e para tal a UNIDADE DE SAÚDE deverá apresentar um PLANO DE APLICAÇÃO dos recursos, a ser submetido à Secretaria Municipal de Saúde para validação. Caberá a Comissão de Monitoramento e Avaliação – CMA aprovar o Plano de Aplicação da variável, garantindo assim a destinação orçamentária para o valor em questão.

O percentual do repasse será calculado conforme o atingimento das metas, considerando a apuração dos indicadores tendo pesos iguais dentro de cada tipologia de unidade. Os recursos deverão ser aplicados em melhorias para a própria unidade de saúde mental.

O cumprimento de metas específicas relacionadas a cada unidade de saúde mental destinará um valor trimestral pré-estabelecido, a ser aplicado na própria unidade de saúde mental. O valor para o primeiro ano de contrato é de R\$15.000/trimestre para CAPS III, R\$8.400/trimestre para CAPS II, e R\$4500/trimestre para UAA e R\$3.000/trimestre para

EMSM.

Para o segundo ano do contrato os valores serão: R\$16.500/trimestre para CAPS III, R\$9.000/trimestre para CAPS II, e R\$5100/trimestre para UAA e R\$3.300/trimestre para EMSM

A não apresentação das metas estabelecidas para o trimestre ou não cumprimento das metas acordadas acarretará na sua destinação à rubrica "adaptação de unidades de saúde mental", devendo ser executado mediante plano de aplicação elaborado pela Superintendência de Saúde Mental.

A matriz de metas a ser utilizada na contratualização da parte variável 02 é agrupada segundo as tipologias contempladas.

Indicadores para a PARTE VARIÁVEL 02

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 da Parte Variável 02.

• CAPS

INDICADOR	AÇÃO	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	FONTE	PERIODICIDADE DA AVALIAÇÃO	META	OBSERVAÇÃO
1	Incentivo ao aumento de atividades coletivas e territoriais	Proporção de atendimentos individuais registrados no RAAS	(N) Nº de procedimentos atendimento individual (03.01.08.020-8) apresentado na RAAS x 100	TABNET	Trimestral	≤ 20%	O indicador visa estimular o aumento de atividades coletivas e territoriais nos centros de atenção psicossocial.
			(D) Total de procedimentos apresentados pela unidade no SIA				
2	Qualificação do campo Raça/Cor no prontuário eletrônico	Proporção de usuários com preenchimento do dado sobre Raça/Cor	(N) Nº de usuários com cadastro ativo com o campo Raça/Cor preenchido x 100	Prontuário Eletrônico	Trimestral	≥ 95%	O indicador visa enfatizar a importância da identificação da raça/cor dos usuários tendo em vista os campos obrigatórios para o

			(D) Nº de usuários com cadastro ativo no CAPS neste período				faturamento das ações realizadas, como também fomentar o importante debate acerca das questões raciais e seus atravessamentos em relação à saúde dos usuários.
3	Estímulo ao aumento das ações referentes à rede familiar e de apoio dos usuários acompanhados	Proporção de atendimento às famílias e/ou rede de apoio	(N) Nº de procedimentos (03.01.08.022-4) apresentado na RAAS x 100 (D) Nº de usuários com cadastro ativo no CAPS neste período	TABNET e Prontuário Eletrônico	Trimestral	≥ 50%	Considera-se que as atividades de acompanhamento de rede de apoio e/ou familiares sejam registrada através deste procedimento e que haja um incentivo para este trabalho entre a equipe.
4	Fomento às atividades direcionadas aos usuários institucionalizados	Proporção de ações de reabilitação psicossocial voltadas aos usuários institucionalizados	(N) Nº de usuários institucionalizados com ao menos 1 ação por mês registrada em Prontuário Eletrônico x 100 (D) Total de usuários institucionalizados acompanhados pela unidade	Prontuário Eletrônico	Trimestral	≥ 90%	Considera-se usuários institucionalizados, aqueles internados em instituições totais como hospitais, acolhidos em URS, internados no DEGASE ou presos em unidades do DESIPE.
5	Redução das internações psiquiátricas	Proporção de internações psiquiátricas	(N) Nº de usuários com cadastro ativo que tiveram internação psiquiátrica x 100 (D) Nº de usuários com cadastro ativo no CAPS	Prontuário Eletrônico	Trimestral	≤ 0,5%	Com este indicador, visa-se o estímulo à redução das internações psiquiátricas e a manutenção de ações para a Atenção à Crise no território.
6	Ampliação do apoio matricial à atenção primária em saúde	Proporção de ações de matriciamento à Atenção Primária em Saúde	(N) Nº de unidades de atenção primária com ações de matriciamento registradas x 100 (D) Total de unidades de atenção primária cujo matriciamento foi definido como responsabilidade do CAPS pela gestão local	Prontuário Eletrônico	Trimestral	≥ 60%	No Prontuário Eletrônico deve constar uma ficha técnica da unidade de saúde mental com as unidades de atenção primária cujo matriciamento foi definido como responsabilidade do CAPS pela gestão local.
7	Melhoria no registro de acompanhamento do usuário no Prontuário Eletrônico	Proporção de usuários em status de busca ativa por ausência de novas evoluções no Prontuário Eletrônico	(N) Nº de usuários com status de busca ativa por ausência de novas evoluções no Prontuário Eletrônico x 100 (D) Nº de usuários com cadastro ativo no CAPS no período	Prontuário Eletrônico	Trimestral	≥ 10%	São considerados usuários com status em busca ativa pelo Prontuário Eletrônico aqueles que não tiveram nenhuma nova evolução nos últimos 30 dias.

• EMSM

INDICADOR	AÇÃO	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	FONTE	PERIODICIDADE DA AVALIAÇÃO	META
1	ATENDIMENTO INDIVIDUAL	NÚMERO ABSOLUTO DE ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS APRESENTADOS NO BPA-I	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS A (03.01.01.004-8 e 03.01.01.007-2) APRESENTADOS NO BPA-I	TABNET / PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	MENSAL	200
2	ATENDIMENTO DE FAMILIAR OU DA REDE DE APOIO	TAXA DE ATENDIMENTO ÀS FAMÍLIAS E/OU REDE DE APOIO	(N) NÚMERO DE PROCEDIMENTOS A (03.01.08.022-4) APRESENTADOS NA RAAS _____ x 100 (D) NÚMERO DE USUÁRIOS COM CADASTRO ATIVO PELA EMSM NESTE PERÍODO	TABNET / PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	MENSAL	20%
3	ATIVIDADE COLETIVA/ ATENDIMENTO DE GRUPO	NÚMERO ABSOLUTO DE ATIVIDADES COLETIVAS REGISTRADAS NO RAAS E/OU BPA-C	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS APRESENTADOS NA RAAS (03.01.08.027-5, 03.01.08.028-3, 03.01.08.021-6) E/OU BPA-C (03.01.04.003-6)	TABNET / PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	MENSAL	50
4	ATIVIDADE TERRITORIAL OU ARTICULAÇÃO DE REDE	NÚMERO ABSOLUTO DE AÇÕES TERRITORIAIS E/OU DE ARTICULAÇÃO DE REDE	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS (PROCEDIMENTOS 03.01.08.035-6, 03.01.08.029-1, 03.01.08.025-9, 03.01.08.031-3) APRESENTADOS NA RAAS E/OU BPA	TABNET / PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	MENSAL	50

5	APOIO MATRICIAL À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE	NÚMERO ABSOLUTO DE PROCEDIMENTOS DE MATRICIAMENTO DE EQUIPES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS (03.01.08.030-5) APRESENTADOS NO BPA	TABNET / PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	MENSAL	40
6	REDUÇÃO DAS INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS	TAXA DE INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS	(N)	PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	MENSAL	< 1%
			NÚMERO DE USUÁRIOS COM CADASTRO ATIVO QUE TIVERAM INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA X 100			
			(D)			
			NÚMERO DE USUÁRIOS COM CADASTRO ATIVO NA EMSM NO PERÍODO			

• UAA

INDICADOR	AÇÃO	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	FONTE	PERIODICIDADE DA AVALIAÇÃO	META
1	TAXA DE OCUPAÇÃO	TAXA DE OCUPAÇÃO DOS LEITOS DE ACOLHIMENTO	(N)	PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	TRIMESTRAL	85%
			NÚMERO DE PROCEDIMENTOS (03.01.08.002-0) APRESENTADOS NA RAAS			
			_____ x 100			
			(D)			
2	TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA	TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA	NÚMERO DE LEITOS	PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	SEMESTRAL	Máx. 120 dias
			(N)			
			SOMA DOS DIAS DE INTERNAÇÃO DE CADA USUÁRIO NO PERÍODO			

			(D)			
			NÚMERO DE USUÁRIOS ACOLHIDOS NESTE PERÍODO			

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 OSC depende da pactuação a ser efetuada entre a unidade e a SSM 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 para o ano – será apenas considerado o número de meses completos de atividade.

No primeiro ano do termo de colaboração a SMS definirá as metas, que servirão, junto com a série histórica dos indicadores por equipe, para a pactuação que deverá ser feita entre a SSM e cada equipe. Esta pactuação deverá ser realizada por escrito, equipe a equipe.

MONITORAMENTO DOS INDICADORES (PARTE VARIÁVEL 02)

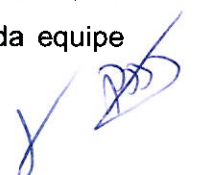
O monitoramento dos indicadores deverá ser feito trimestralmente, sendo referendada pelo diretor/gerente da unidade. As OSC devem enviar trimestralmente mapas de acompanhamento a CMA e a unidade. Os indicadores deverão ser apurados por tipo de unidade, mantendo pesos iguais.

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

A unidade de saúde deverá colaborar com todo o trabalho relacionado à realização de auditorias e ações de acompanhamento que venham a ser determinadas pela SMS ou pelo Ministério da Saúde. As unidades que tenham direito ao Incentivo Institucional (parte variável 02) deverão elaborar um Plano para a Aplicação do Incentivo, sendo submetido a SSM para validação.

Caberá à CMA 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 SSM, esta deverá negociar com a unidade de saúde, dentro dos prazos previstos, as alterações necessárias no referido plano.

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



PARTE VARIÁVEL 03 – Incentivo à Equipe

A definição das metas, a partir do 2º ano de contrato com as OSC depende da pactuação a ser efetuada entre a unidade e a SSM e deverá levar em consideração o comportamento dos indicadores na própria unidade. A avaliação do desempenho dos profissionais será realizada por indicadores que medem a satisfação do usuário, que compõem o grupo para a PARTE VARIÁVEL 03, conforme quadros abaixo.

A Organização da Sociedade Civil - OSC parceira para fazer jus aos recursos orçamentários da parte variável 03, com periodicidade trimestral, que corresponde a **até 2,0%** do valor total conforme cronograma de desembolso, deverá apresentar um relatório contendo os indicadores pré-estabelecidos pela SMS/RJ.

O recurso pago trimestralmente, auferido conforme os quadros seguintes, deverá ser distribuído pela equipe técnica dos serviços e da unidade conforme PLANO DE APLICAÇÃO dos recursos, a ser submetido à Secretaria Municipal de Saúde para validação.

Caberá a CMA aprovar o Plano de Aplicação da Parte Variável, garantindo assim a destinação orçamentária para o valor em questão.

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 500 UCs, o que corresponde a 6,66 % da soma do salário dos três meses avaliados. A quantidade de UCs a ser repassada está condicionada ao cumprimento de indicadores específicos relacionados a cada unidade de saúde mental

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, implica em garantir um cuidado em rede, buscando atender a integralidade das necessidades de saúde de usuários com condições ou agravos específicos, que requerem uma intensificação do acompanhamento compartilhado entre unidades de Atenção Psicossocial e unidades de Atenção Primária em Saúde e serviços de outros setores.

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

A remuneração por desempenho será calculada pelas Unidades Contábeis (UC) alcançadas pela unidade. Uma unidade terá como teto o alcance de 500 unidades contábeis

no trimestre (sem limite mínimo a ser alcançado). Todos os profissionais da equipe 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, conforme a tabela abaixo.

Nº de UC no trimestre	Percentagem trimestral	Correspondência ao salário base
500 UC	6,66% da soma do salário dos três meses avaliados	20 % de um salário base
entre 400 e 499 UC	5,0% da soma do salário dos três meses avaliados	15 % de um salário base
entre 300 e 399 UC	3,33% da soma do salário dos três meses avaliados	10 % de um salário base

CONTRATUALIZAÇÃO DOS INCENTIVOS FINANCEIROS COM OS PROFISSIONAIS – PARTE VARIÁVEL 03

Considerando a necessidade de integralidade do cuidado para populações com condições ou agravos específicos, definimos um conjunto de ações de acompanhamento a serem remuneradas como parte variável dos vencimentos a ser pago trimestralmente pela OSC aos profissionais de saúde das equipes de saúde de CAPS, EMSM e UAA.

A compensação prevista está associada ao acompanhamento dos usuários pela equipes segundo as orientações técnicas da Superintendência de Saúde Mental – S/SUBHUE/SSM, nos termos apresentados no quadro a seguir:

Indicadores da PARTE VARIÁVEL 03

CAPS, CAPSad e UAA

Grupo de Ações 01

Descrição: Acompanhamento integral de gestantes

Com esse indicador, espera-se qualificar o cuidado de saúde reprodutiva de usuárias (os) do sexo feminino (o que inclui mulheres cisgênero, homens transgênero, usuários intersexuais ou usuários com gênero não-binário) em idade reprodutiva.

A. Pessoas em período gestacional [se já usuária(o) do CAPS quando engravidou]; → **SE**

(A.1 OU A.2) E A.3 = UC 10

A.1. ter efetuado a primeira consulta de pré-natal na atenção primária antes das 12



semanas de gestação;

A.2. ter realizado pelo menos 6 consultas de pré-natal médicas e/ou de enfermagem na atenção primária até à 38ª semana - [0; 39[semanas – de gravidez;

A.3 Não ter sido contabilizado no trimestre anterior.

Grupo de Ações 02

Descrição: Identificação e acompanhamento integral de usuários com as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) mais prevalentes na população

Com esse indicador espera-se qualificar o cuidado integral dos usuários(as) com as doenças crônicas não-transmissíveis mais prevalentes na população, visando reduzir a morbimortalidade relacionada a elas.

A. Usuários cadastrados na Unidade

B. Ter o diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) → SE A E B.1 E B.2 = UC 100

B.1 Usuários com registro de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) atribuído pela Atenção Primária;

B.2 Percentual de usuários ativos com o diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em acordo com a faixa de prevalência do agravo na população adulta do município, ou seja, correspondendo à prevalência mínima de 27%²;

C. Ter o diagnóstico de Diabetes Mellitus (DM) → SE A E C.1 E C.2 = UC 100

C.1 Usuários com registro de Diabetes Mellitus (DM) atribuído pela Atenção Primária;

C.2 Percentual de usuários ativos com o diagnóstico de Diabetes Mellitus (DM) em acordo com a faixa de prevalência do agravo na população adulta do município, ou seja, correspondendo à prevalência mínima de 8%³;

Grupo de Ações 03

Descrição: Acompanhamento integral de usuários com Doenças Transmissíveis;

Com esse indicador espera-se garantir o cuidado integral de usuários(as) com doenças transmissíveis com alto grau de estigmatização, e que estão relacionadas à vulnerabilidade social.

A. Usuários cadastrados na Unidade

B. Ter o diagnóstico de Tuberculose (TB) → SE A E B.1 E B.2 E B.3 = UC 5

B.1 Ter registro do número do SINAN no prontuário para o usuário acompanhado;

B.2 Ter registro da data de desfecho da ficha de SINAN;

² Prevalência mínima de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) no município do Rio de Janeiro em 2021 segundo Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), componente do sistema de Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) do Ministério da Saúde

³ Prevalência mínima de Diabetes Mellitus (DM) no município do Rio de Janeiro em 2021 segundo Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), componente do sistema de Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) do Ministério da Saúde.

B.3 Não ter sido contabilizado no trimestre anterior

Grupo de Ações 04

Descrição: Acompanhamento integral de uma pessoa com lesão autoprovocada com qualificativo de tentativa de suicídio

A. Usuários cadastrados na Unidade → SE A E A.1 E A.2 E A.3 E A.4 E A.5 = UC 40

A.1. Ter registro do número do SINAN no prontuário para o usuário acompanhado;

A.2 Realizar ao menos uma ação de atenção psicossocial ao usuário em até 48h após a data de notificação no SINAN;

A.3 Realizar ao menos uma ação de atenção psicossocial junto à família do usuário em até 48h após a data de notificação no SINAN;

A.4. Realizar ao menos 13 ações de atenção psicossocial ao usuário em até 3 meses após a notificação no SINAN;

A.5. Registrar ao menos uma ação de matriciamento da atenção primária em até 15 dias após a notificação do SINAN;

B. Usuários não cadastrados na Unidade → SE B E B.1 E B.2 E B.3 = UC 50

B.1 realizar ao menos uma ação de atenção psicossocial ao usuário até 72h após a data de notificação no SINAN;

B.2 Realizar ao menos uma ação de atenção psicossocial junto à família do usuário em até 72h após a data de notificação no SINAN;

B.3. Registrar ao menos uma ação de matriciamento da atenção primária em até 15 dias após a notificação do SINAN;

Grupo de Ações 05

Descrição: Acompanhamento integral de usuários em situação de rua → SE A.1 E A.2 = UC

5

A.1 Registro de ao menos 1 ação de articulação intersetorial em até 30 dias após o acolhimento na unidade;

A.2. Registro de consulta na Atenção Primária para este usuário em até 90 dias antes ou depois do acolhimento na unidade.

Grupo de Ações 06

Descrição: Acompanhamento integral dos usuários em uso de psicotrópicos

A. Usuários cadastrados na Unidade em uso de Valproato de Sódio → SE A E A.1 = UC 1

A.1. Grupo de 10 usuários com registro de prescrição regular de Valproato de Sódio e registro do resultado de exame de dosagem de enzimas hepáticas realizado nos últimos 06 meses;

B. Usuários cadastrados na Unidade em uso de Carbonato de Lítio → SE B E B.1 = UC 1

B.1. Usuários com registro de prescrição regular de Carbonato de Lítio e registro do resultado de exame de dosagem de lítio realizado a cada mês nos últimos 03 meses;

C. Usuários cadastrados na Unidade em uso de Olanzapina → SE C E C.1 = UC 1

C.1. Usuários com registro de prescrição regular de Olanzapina e registro do resultado de exame de lipidograma realizado nos últimos 06 meses;

D. Usuários cadastrados na Unidade em uso de Clozapina → SE D E D.1 = UC 1

D.1. Usuário em introdução de Clozapina que realizou hemograma semanal nas primeiras 12 semanas de prescrição;

Para CAPSi

Grupo de Ações 01

Descrição: Acompanhamento integral da saúde reprodutiva

Com esse indicador, espera-se qualificar o cuidado de saúde reprodutiva de usuárias(os) do sexo feminino (o que inclui mulheres cisgênero, homens transgênero, usuários intersexuais ou usuários com gênero não-binário) em idade reprodutiva.

A. Usuárias do Sexo Feminino em período gestacional [se já usuária(o) do CAPS quando engravidou]; → SE (A.1 OU A.2) E A.3 = UC 20

A.1. ter efetuado a primeira consulta de pré-natal na atenção primária antes das 12 semanas de gestação;

A.2. ter realizado pelo menos 6 consultas de pré-natal médicas e/ou de enfermagem na atenção primária até à 38ª semana - [0; 39[semanas – de gravidez;

A.3 Não ter sido contabilizado no trimestre anterior.

Grupo de Ações 02

Descrição: acompanhamento do calendário de vacinação

Com esse indicador, busca-se incentivar a imunização de crianças e adolescentes conforme calendário vacinal estipulado pelo Ministério da Saúde;

A. Usuários cadastrados na Unidade

B. Usuários com vacinação em dia → SE A E B.1 E B.2 = UC 120

B.1 Usuários imunizados com vacinas conforme a idade recomendada no calendário vacinal;

B.2 Percentual mínimo de 85% de usuários com vacinas conforme a idade recomendada no

calendário vacinal;

Grupo de Ações 03

Descrição: Inserção em escola

Com esses indicadores, busca-se estimular que toda criança e adolescente estejam frequentando a escola, visando garantir socialização, aprendizado e rede de apoio.

A. Usuário cadastrados na Unidade em idade escolar

B. Inserção em escola → SE A E B.1 E B.2 = UC 120

B.1 Usuários com registro de matrícula em escola;

B.2 Percentual mínimo de 80% usuários ativos do CAPSi com matrícula em escola;

Grupo de Ações 04

Descrição: Acompanhamento integral de uma pessoa com lesão autoprovocada com qualificativo de tentativa de suicídio, violência sexual ou violência doméstica.

A. Usuários cadastrados na Unidade → SE A E A.1 E A.2 E A.3 E A.4 E A.5 = UC 40

A.1. Ter registro do número do SINAN no prontuário para o usuário acompanhado;

A.2 Realizar ao menos uma ação de atenção psicossocial ao usuário até 48h após a data de notificação no SINAN;

A.3 Realizar ao menos uma ação de atenção psicossocial junto à família, ou guardião legal, do usuário em até 48h após a data de notificação no SINAN;

A.4. Realizar ao menos 13 ações de atenção psicossocial ao usuário em até 3 meses após a notificação no SINAN;

A.5. Registrar ao menos uma ação de matriciamento da atenção primária em até 15 dias após a notificação do SINAN;

B. Usuários não cadastrados na Unidade → SE B E B.1 E B.2 E B.3 = UC 50

B.1 realizar ao menos uma ação de atenção psicossocial ao usuário até 72h após a data de notificação no SINAN;

B.2 Realizar ao menos uma ação de atenção psicossocial junto à família, ou guardião legal, do usuário em até 72h após a data de notificação no SINAN;

B.3. Registrar ao menos uma ação de matriciamento da atenção primária em até 15 dias após a notificação do SINAN;

Grupo de Ações 05

Acompanhamento integral de usuários em situação de rua ou em acolhimentos institucionais

(URS ou unidade do DEGASE) → SE A.1 E A.2 E A.3 = UC 50

A.1 Usuário cadastrado no CAPSi



A.2 Registro de ao menos 1 ação de articulação intersetorial em até 7 dias do acolhimento institucional ou do cadastro no CAPSi.

A.3. Para usuários em situação de rua realiza ao menos uma ação de matriciamento da atenção primária em até 15 dias depois do cadastro no CAPSi.

Grupo de Ações 06

Descrição: Acompanhamento integral dos usuários em uso de psicotrópicos

A. Usuários cadastrados na Unidade em uso de Valproato de Sódio → SE A.1 = UC 1

A.1. Usuários com registro de prescrição regular de Valproato de Sódio e registro do resultado de exame de dosagem de enzimas hepáticas realizado nos últimos 06 meses;

B. Usuários cadastrados na Unidade em uso de Carbonato de Lítio → SE B.1 = UC 1

B.1. Usuários com registro de prescrição regular de Carbonato de Lítio e registro do resultado de exame de dosagem de lítio realizado a cada mês nos últimos 03 meses;

C. Usuários cadastrados na Unidade em uso de Olanzapina → SE C.1 = UC 1

C.1. Usuários com registro de prescrição regular de Olanzapina e registro do resultado de exame de lipidograma realizado nos últimos 06 meses;

D. Usuários cadastrados na Unidade em uso de Clozapina → SE D.1 = UC 1

D.1. Usuários em introdução de Clozapina que realizou hemograma semanal nas primeiras 12 semanas de prescrição;

Para EMSM

Grupo de Ações 01

Descrição: Acompanhamento integral de gestantes

Com esse indicador, espera-se qualificar o cuidado de saúde reprodutiva de usuárias (os) do sexo feminino (o que inclui mulhere cisgênero, homens transgênero, usuários intersexuais ou usuários com gênero não-binário) em idade reprodutiva.

A. Pessoas em período gestacional: → SE A.1 E A.2 = UC 20

A.1. ter efetuado a primeira consulta de pré-natal na atenção primária antes das 12 semanas de gestação;

A.3 Não ter sido contabilizado no trimestre anterior.

Grupo de Ações 02

Descrição: Identificação e acompanhamento integral de usuários com as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) mais prevalentes na população

Com esse indicador espera-se qualificar o cuidado integral dos usuários(as) com as

doenças crônicas não-transmissíveis mais prevalentes na população, visando reduzir a morbimortalidade relacionada a elas.

A. Usuários cadastrados na Unidade

B. Ter o diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) → SE A E B.1 E B.2 = UC 130

B.1 Usuários com registro de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) atribuído pela Atenção Primária;

B.2 Percentual de usuários ativos com o diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em acordo com a faixa de prevalência do agravo na população adulta do município, ou seja, correspondendo à prevalência mínima de 27%;

C. Ter o diagnóstico de Diabetes Mellitus (DM) → SE A E C.1 E C.2 = UC 130

C.1 Usuários com registro de Diabetes Mellitus (DM) atribuído pela Atenção Primária;

C.2 Percentual de usuários ativos com o diagnóstico de Diabetes Mellitus (DM) em acordo com a faixa de prevalência do agravo na população adulta do município, ou seja, correspondendo à prevalência mínima de 8%;

Grupo de Ações 04

Descrição: Acompanhamento integral dos usuários em uso de psicotrópicos

A. Usuários cadastrados na Unidade em uso de Valproato de Sódio → SE A.1 = UC 1

A.1. Grupo de 2 usuários com registro de prescrição regular de Valproato de Sódio e registro do resultado de exame de dosagem de enzimas hepáticas realizado nos últimos 06 meses;

B. Usuários cadastrados na Unidade em uso de Carbonato de Lítio → SE B.1 = UC 1

B.1. Usuários com registro de prescrição regular de Carbonato de Lítio e registro do resultado de exame de dosagem de lítio realizado nos últimos 03 meses;

8. PRAZOS

Tão logo o contrato seja firmado a CONTRATADA deverá garantir o funcionamento das unidades existentes desde o primeiro dia de contrato, tendo até 30 (trinta) dias úteis para o início pleno de todas as atividades constantes do objeto do presente projeto.

As Unidades de saúde objeto desta parceria, vão funcionar como já descrito neste Plano de Trabalho.

Os relatórios previstos no item 7 deste Plano de Trabalho, devem ser apresentados até o 10º (décimo) dia útil do mês subsequente a prestação do serviço, conforme previsto na legislação aplicável.



O período de vigência da presente parceria será de 24 (vinte e quatro) meses, iniciados a partir da data de assinatura do instrumento contratual.

9. CUSTOS

A contratada deverá, para elaboração de sua proposta, se basear nas seguintes planilhas de recursos humanos, considerando a contratação por regime de CLT. Para os CAPS, a OSC deverá prever gratificação de responsabilidade técnica para um enfermeiro e um médico da unidade, bem como gratificação de preceptoría para um médico e um profissional de nível superior por unidade.

DIMENSIONAMENTO EQUIPE CAPS III - do 1º ao 12º mês (2 Equipes)

CATEGORIA	TURNO	CARGA HORÁRIA	QUANTIDADE
Diretor	Diurno	40	2
Coordenador Técnico	Diurno	40	2
Coordenador Administrativo	Diurno	40	2
Supervisor Clínico Institucional	Diurno	12	2
Médico	Diurno	20	4
Médico (Preceptor)	Diurno	20	2
Médico (Responsável Técnico)	Diurno	20	2
Enfermeiro Diarista (Responsável Técnico)	Diurno	40	2
Enfermeiro Plantonista - noturno	Noturno	40	8
Enfermeiro Plantonista - diurno	Diurno	40	6
Técnico de Enfermagem	Diurno	40	2
Técnico de Enfermagem Plantonista - noturno	Noturno	40	14
Técnico de Enfermagem Plantonista - diurno	Diurno	40	12
Técnico de Farmácia (Diarista)	Diurno	40	4
Profissional de Nível Superior	Diurno	30	18
Profissional de Nível Superior (Preceptor)	Diurno	30	2
Farmacêutico	Diurno	40	8
Profissional de Nível Fundamental	Diurno	40	4
Profissional de Nível Médio	Diurno	30	12
Assistente administrativo	Diurno	40	6
Copeiro	Diurno	36	4
Porteiro - noturno	Noturno	36	6
Porteiro - diurno	Diurno	36	6
Auxiliar de Serviços Gerais - diurno	Diurno	36	8
Auxiliar de Serviços Gerais - noturno	Noturno	36	4
Total			142

DIMENSIONAMENTO EQUIPE CAPS III - 13º mês (2 Equipes)

CATEGORIA	TURNO	CARGA HORÁRIA	QUANTIDADE
Diretor	Diurno	40	2
Coordenador Técnico	Diurno	40	2
Coordenador Administrativo	Diurno	40	2
Supervisor Clínico Institucional	Diurno	12	2
Médico	Diurno	20	4
Médico (Preceptor)	Diurno	20	2
Médico (Responsável Técnico)	Diurno	20	2
Enfermeiro Distrita (Responsável Técnico)	Diurno	40	2
Enfermeiro Plantonista - noturno	Noturno	40	8
Enfermeiro Plantonista - diurno	Diurno	40	6
Técnico de Enfermagem	Diurno	40	2
Técnico de Enfermagem Plantonista - noturno	Noturno	40	14
Técnico de Enfermagem Plantonista - diurno	Diurno	40	12
Técnico de Farmácia (Distrita)	Diurno	40	4
Profissional de Nível Superior	Diurno	30	18
Profissional de Nível Superior (Preceptor)	Diurno	30	2
Farmacêutico	Diurno	40	8
Profissional de Nível Fundamental	Diurno	40	4
Profissional de Nível Médio	Diurno	30	12
Assistente administrativo	Diurno	40	6
Copeiro	Diurno	36	4
Porteiro - noturno	Noturno	36	6
Porteiro - diurno	Diurno	36	6
Auxiliar de Serviços Gerais - diurno	Diurno	36	8
Auxiliar de Serviços Gerais - noturno	Noturno	36	4
Total			142





IMENSIONAMENTO EQUIPE CAPS III - do 14º ao 24º mês (3 Equipes)

CATEGORIA	TURNO	CARGA HORÁRIA	QUANTIDADE
Diretor	Diurno	40	3
Coordenador Técnico	Diurno	40	3
Coordenador Administrativo	Diurno	40	3
Supervisor Clínico Institucional	Diurno	12	3
Médico	Diurno	20	6
Médico (Preceptor)	Diurno	20	3
Médico (Responsável Técnico)	Diurno	20	3
Enfermeiro Diarista (Responsável Técnico)	Diurno	40	3
Enfermeiro Plantonista - noturno	Noturno	40	12
Enfermeiro Plantonista - diurno	Diurno	40	9
Técnico de Enfermagem	Diurno	40	3
Técnico de Enfermagem Plantonista - noturno	Noturno	40	21
Técnico de Enfermagem Plantonista - diurno	Diurno	40	18
Técnico de Farmácia (Diarista)	Diurno	40	12
Profissional de Nível Superior	Diurno	30	27
Profissional de Nível Superior (Preceptor)	Diurno	30	3
Farmacêutico	Diurno	40	12
Profissional de Nível Fundamental	Diurno	40	6
Profissional de Nível Médio	Diurno	30	18
Assistente administrativo	Diurno	40	9
Copista	Diurno	36	6
Porteiro - noturno	Noturno	36	9
Porteiro - diurno	Diurno	36	9
Auxiliar de Serviços Gerais - diurno	Diurno	36	12
Auxiliar de Serviços Gerais - noturno	Noturno	36	6
Total			219

DIMENSIONAMENTO EQUIPE CAPSad III - do 1º ao 12º mês (1 Equipe)

CATEGORIA	TURNO	CARGA HORÁRIA	QUANTIDADE
Diretor	Diurno	40	1
Coordenador Técnico	Diurno	40	1
Coordenador Administrativo	Diurno	40	1
Supervisor Clínico Institucional	Diurno	12	1
Médico	Diurno	20	2
Médico (Preceptor)	Diurno	20	1
Médico (Responsável Técnico)	Diurno	20	1
Enfermeiro Diarista (Responsável Técnico)	Diurno	40	1
Nutricionista Diarista (Responsável Técnico)	Diurno	40	1
Enfermeiro Plantonista - noturno	Noturno	40	4
Enfermeiro Plantonista - diurno	Diurno	40	3
Técnico de Enfermagem	Diurno	40	1
Técnico de Enfermagem Plantonista - noturno	Noturno	40	7
Técnico de Enfermagem Plantonista - diurno	Diurno	40	6
Técnico de Farmácia (Diarista)	Diurno	40	2
Profissional de Nível Superior	Diurno	30	9
Profissional de Nível Superior (Preceptor)	Diurno	30	1
Farmacêutico	Diurno	40	4
Profissional de Nível Fundamental	Diurno	40	2
Profissional de Nível Médio	Diurno	30	6
Assistente administrativo	Diurno	40	3
Técnico em Segurança do Trabalho	Diurno	40	2
Copeiro	Diurno	36	2
Porteiro - noturno	Noturno	36	3
Porteiro - diurno	Diurno	36	3
Auxiliar de Serviços Gerais - diurno	Diurno	36	4
Auxiliar de Serviços Gerais - noturno	Noturno	36	2
Total			74





DIMENSIONAMENTO EQUIPE CAPSad III - do 13º ao 24º mês (2 Equipes)

CATEGORIA	TURNO	CARGA HORÁRIA	QUANTIDADE
Diretor	Diurno	40	2
Coordenador Técnico	Diurno	40	2
Coordenador Administrativo	Diurno	40	2
Supervisor Clínico Institucional	Diurno	12	2
Médico	Diurno	20	4
Médico (Preceptor)	Diurno	20	2
Médico (Responsável Técnico)	Diurno	20	2
Enfermeiro Diarista (Responsável Técnico)	Diurno	40	2
Nutricionista Diarista (Responsável Técnico)	Diurno	40	1
Enfermeiro Plantonista - noturno	Noturno	40	8
Enfermeiro Plantonista - diurno	Diurno	40	6
Técnico de Enfermagem	Diurno	40	2
Técnico de Enfermagem Plantonista - noturno	Noturno	40	14
Técnico de Enfermagem Plantonista - diurno	Diurno	40	12
Técnico de Farmácia (Diarista)	Diurno	40	4
Profissional de Nível Superior	Diurno	30	18
Profissional de Nível Superior (Preceptor)	Diurno	30	2
Farmacêutico	Diurno	40	8
Profissional de Nível Fundamental	Diurno	40	4
Profissional de Nível Médio	Diurno	30	12
Assistente administrativo	Diurno	40	6
Técnico em Segurança do Trabalho	Diurno	40	2
Copeiro	Diurno	36	4
Porteiro - noturno	Noturno	36	6
Porteiro - diurno	Diurno	36	6
Auxiliar de Serviços Gerais - diurno	Diurno	36	8
Auxiliar de Serviços Gerais - noturno	Noturno	36	4
Total			145

DIMENSIONAMENTO EQUIPE CAPSi II- do 1º ao 12º mês (2 Equipes)

CATEGORIA	TURNO	CARGA HORÁRIA	QUANTIDADE
Diretor	Diurno	40	2
Coordenador Técnico	Diurno	40	2
Coordenador Administrativo	Diurno	40	2
Supervisor Clínico Institucional	Diurno	12	2
Médico	Diurno	20	1
Médico (Preceptor)	Diurno	20	1
Médico (Responsável Técnico)	Diurno	20	2
Enfermeiro Dorista (Responsável Técnico)	Diurno	40	2
Enfermeiro Dorista	Diurno	40	2
Técnico de Enfermagem Dorista	Diurno	40	6
Farmacêutico	Diurno	40	2
Técnico de farmácia	Diurno	40	2
Profissional de Nível Superior	Diurno	30	18
Profissional de Nível Superior(Preceptor)	Diurno	30	2
Profissional de Nível Fundamental	Diurno	40	4
Profissional de Nível Médio	Diurno	30	12
Assistente administrativo	Diurno	40	4
Copeiro	Diurno	36	4
Porteiro - noturno	Noturno	36	4
Porteiro - diurno	Diurno	36	4
Auxiliar de Serviços Gerais	Diurno	40	4
Total			82





DIMENSIONAMENTO EQUIPE CAPSI II- do 13º ao 24º mês (2 Equipes)

CATEGORIA	TURNO	CARGA HORÁRIA	QUANTIDADE
Diretor	Diurno	40	2
Coordenador Técnico	Diurno	40	2
Coordenador Administrativo	Diurno	40	2
Supervisor Clínico Institucional	Diurno	12	2
Médico	Diurno	20	1
Médico (Preceptor)	Diurno	20	1
Médico (Responsável Técnico)	Diurno	20	2
Enfermeiro Diarista (Responsável Técnico)	Diurno	40	2
Enfermeiro Diarista	Diurno	40	2
Técnico de Enfermagem Diarista	Diurno	40	6
Farmacêutico	Diurno	40	2
Técnico de farmácia	Diurno	40	2
Profissional de Nível Superior	Diurno	30	18
Profissional de Nível Superior(Preceptor)	Diurno	30	2
Profissional de Nível Fundamental	Diurno	40	4
Profissional de Nível Médio	Diurno	30	12
Assistente administrativo	Diurno	40	4
Copeiro	Diurno	36	4
Porteiro - noturno	Noturno	36	4
Porteiro - diurno	Diurno	36	4
Auxiliar de Serviços Gerais	Diurno	40	4
Total			82

DIMENSÃO EQUIPE UNIDADE DE ACOlhIMENTO ADULTO - UAA - do 1º ao 12º mês (1 Equipe)

CATEGORIA	TURNO	CARGA HORÁRIA	QUANTIDADE
Coordenador Técnico	Diurno	40	1
Enfermeiro	Diurno	30	1
Profissional de Nível Superior	Diurno	30	2
Profissional de Nível Médio Plantonista	Diurno	40	8
Profissional de Nível Médio Plantonista	Noturno	40	8
Profissional de Nível Fundamental Diarista	Diurno	40	2
Assistente administrativo	Diurno	40	1
Copeiro	Diurno	36	2
Porteiro - noturno	Noturno	36	2
Porteiro - diurno	Diurno	36	2
Auxiliar de Serviços Gerais - diurno	Diurno	36	2
Auxiliar de Serviços Gerais - noturno	Noturno	36	2
Cozinheiro	Diurno	36	2
Total			35





DIMENSIONAMENTO EQUIPE UNIDADE DE ACOLHIMENTO ADULTO - UAA - do 13º ao 24º mês (1 Equipe)

CATEGORIA	TURNO	CARGA HORÁRIA	QUANTIDADE
Coordenador Técnico	Diurno	40	1
Enfermeiro	Diurno	30	1
Profissional de Nível Superior	Diurno	30	2
Profissional de Nível Médio Plantonista	Diurno	40	8
Profissional de Nível Médio Plantonista	Noturno	40	8
Profissional de Nível Fundamental Diarista	Diurno	40	2
Assistente administrativo	Diurno	40	1
Copeiro	Diurno	36	2
Porteiro - noturno	Noturno	36	2
Porteiro - diurno	Diurno	36	2
Auxiliar de Serviços Gerais - diurno	Diurno	36	2
Auxiliar de Serviços Gerais - noturno	Noturno	36	2
Cozinheiro	Diurno	36	2
Total			35

Os profissionais plantonistas deverão preferencialmente fazer escalas em dias fixos e alternando entre plantões noturnos e diurnos, bem como participar da reunião de equipe semanal, respeitando o período de descanso (Exemplo: 2SD, 1 SN e reunião de equipe, ou 1SD, 2 SN e reunião de equipe).

** Os Cargos de Nível Superior, em CAPS, podem ser ocupados por profissionais das seguintes categorias da Saúde: Assistente Social, Educador Físico, Fonoaudiólogo, Farmacêutico, Nutricionista, Musicoterapeuta, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Profissional de arte/cultura, Profissional das Ciências Sociais, Fonoaudiólogo.

As equipes de atenção psicossocial são multiprofissionais e interdisciplinares. Dessa forma, as equipes podem ser compostas por diferentes categorias profissionais de nível superior ou de nível médio que serão definidas de acordo com a necessidade estabelecida pelo perfil da clientela atendida, garantidas as equipes mínimas previstas em portaria.

DIMENSIONAMENTO EQUIPE MULTIPROFISIONAL DE SAÚDE MENTAL - EMSM - do 2º ao 3º mês (1 Equipe)

CATEGORIA	TURNO	CARGA HORÁRIA	QUANTIDADE
Coordenador Técnico	Diurno	40	1
Supervisor Clínico Institucional	Diurno	12	1
Médico	Diurno	20	2
Psicólogo	Diurno	30	3
Assistente Social	Diurno	30	1
Profissional de Nível Superior	Diurno	30	2
Profissional de Nível Médio (Diarista)	Diurno	30	1
Profissional de Nível Fundamental (Diarista)	Diurno	30	1
Assistente administrativo	Diurno	40	1
Total			13

DIMENSIONAMENTO EQUIPE MULTIPROFISIONAL DE SAÚDE MENTAL - EMSM - do 4º ao 5º mês (2 Equipes)

CATEGORIA	TURNO	CARGA HORÁRIA	QUANTIDADE
Coordenador Técnico	Diurno	40	2
Supervisor Clínico Institucional	Diurno	12	2
Médico	Diurno	20	4
Psicólogo	Diurno	30	6
Assistente Social	Diurno	30	2
Profissional de Nível Superior	Diurno	30	4
Profissional de Nível Médio (Dianista)	Diurno	30	2
Profissional de Nível Fundamental (Dianista)	Diurno	30	2
Assistente administrativo	Diurno	40	2
Total			26

DIMENSIONAMENTO EQUIPE MULTIPROFISIONAL DE SAÚDE MENTAL - EMSM - do 6º ao 7º mês (3 Equipes)

CATEGORIA	TURNO	CARGA HORÁRIA	QUANTIDADE
Coordenador Técnico	Diurno	40	3
Supervisor Clínico Institucional	Diurno	12	3
Médico	Diurno	20	6
Psicólogo	Diurno	30	9
Assistente Social	Diurno	30	3
Profissional de Nível Superior	Diurno	30	6
Profissional de Nível Médio (Dianista)	Diurno	30	3
Profissional de Nível Fundamental (Dianista)	Diurno	30	3
Assistente administrativo	Diurno	40	3
Total			39

DIMENSIONAMENTO EQUIPE MULTIPROFISIONAL DE SAÚDE MENTAL - EMSM - do 8º ao 12º mês (4 Equipes)

CATEGORIA	TURNO	CARGA HORÁRIA	QUANTIDADE
Coordenador Técnico	Diurno	40	4
Supervisor Clínico Institucional	Diurno	12	4
Médico	Diurno	20	8
Psicólogo	Diurno	30	12
Assistente Social	Diurno	30	4
Profissional de Nível Superior	Diurno	30	8
Profissional de Nível Médio (Dianista)	Diurno	30	4
Profissional de Nível Fundamental (Dianista)	Diurno	30	4
Assistente administrativo	Diurno	40	4
Total			52

DIMENSIONAMENTO EQUIPE MULTIPROFISIONAL DE SAÚDE MENTAL - EMSM - do 13º ao 24º mês (4 Equipes)

CATEGORIA	TURNO	CARGA HORÁRIA	QUANTIDADE
Coordenador Técnico	Diurno	40	4
Supervisor Clínico Institucional	Diurno	12	4
Médico	Diurno	20	8
Psicólogo	Diurno	30	12
Assistente Social	Diurno	30	4
Profissional de Nível Superior	Diurno	30	8
Profissional de Nível Médio (Diarista)	Diurno	30	4
Profissional de Nível Fundamental (Diarista)	Diurno	30	4
Assistente administrativo	Diurno	40	4
Total			52

DIMENSIONAMENTO EQUIPE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL - do 1º ao 12º mês (1 Equipe)

CATEGORIA	TURNO	CARGA HORÁRIA	QUANTIDADE
Médico Clínico	Diurno	40	1
Médico Psiquiatra	Diurno	20	1
Enfermeiro diarista	Diurno	40	2
Técnico de enfermagem diarista	Diurno	40	2
Profissionais de Nível Superior*	Diurno	30	8
Profissionais de Nível Médio Diarista	Diurno	40	6
Total			20

DIMENSIONAMENTO EQUIPE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL - do 13º ao 24º mês (1 Equipe)

CATEGORIA	TURNO	CARGA HORÁRIA	QUANTIDADE
Médico Clínico	Diurno	40	1
Médico Psiquiatra	Diurno	20	1
Enfermeiro diarista	Diurno	40	2
Técnico de enfermagem diarista	Diurno	40	2
Profissionais de Nível Superior*	Diurno	30	8
Profissionais de Nível Médio Diarista	Diurno	40	6
Total			20





DIMENSIONAMENTO EQUIPE CENTRO DE CONVIVÊNCIA - do 2º ao 12º mês (1 Equipe)

CATEGORIA	TURNO	CARGA HORÁRIA	QUANTIDADE
Coordenador Técnico	Diurno	40	1
Assistente Administrativo	Diurno	40	1
Profissional de Nível Superior	Diurno	40	1
Profissional de Nível Superior	Diurno	40	3
Profissional de Nível Médio	Diurno	30	3
Profissional de Nível Fundamental	Diurno	30	2
Porteiro - noturno	Noturno	36	2
Porteiro - diurno	Diurno	36	2
Auxiliar de Serviços Gerais	Diurno	40	2
Total			17

DIMENSIONAMENTO EQUIPE CENTRO DE CONVIVÊNCIA - do 13º ao 24º mês (1 Equipe)

CATEGORIA	TURNO	CARGA HORÁRIA	QUANTIDADE
Coordenador Técnico	Diurno	40	1
Assistente Administrativo	Diurno	40	1
Profissional de Nível Superior	Diurno	40	1
Profissional de Nível Superior	Diurno	40	3
Profissional de Nível Médio	Diurno	30	3
Profissional de Nível Fundamental	Diurno	30	2
Porteiro - noturno	Noturno	36	2
Porteiro - diurno	Diurno	36	2
Auxiliar de Serviços Gerais	Diurno	40	2
Total			17

A entidade parceira deve prever em seu plano de trabalho as gratificações para preceptoria de profissionais médicos e multiprofissionais e gratificação por responsabilidade técnica junto aos conselhos de classe.

A entidade parceira deverá prever os valores dos serviços necessários ao funcionamento das unidades.

A entidade parceira deverá utilizar a rubrica prevista para investimentos na compra de material permanente, reposição de mobiliário e na realização de adequações do espaço físico das unidades conforme sua tipologia.

9.1 CRITÉRIOS PARA COMPOSIÇÃO DE HORÁRIO DAS EQUIPES DOS CAPS, UAA e CECCO

- A composição de horário das equipes deve ser pactuada com a chefia imediata (coordenador administrativo ou coordenador técnico da unidade);
- O critério para adaptação de horário deve seguir a necessidade do serviço;
- Todas as unidades de saúde devem permanecer abertas e funcionais durante o horário de almoço;
- O horário de atendimento da unidade e dos profissionais deve permanecer visível na recepção da unidade para todas as categorias profissionais;
- As equipes e unidades devem organizar seus horários de reunião, de forma a não desassistir a população nesses momentos. No caso da reunião de equipe, deve-se elaborar estratégias que possibilitem a avaliação e o manejo de casos onde não haja possibilidade de adiamento da assistência. Em caso de reunião mensal da unidade, pelo menos uma equipe deve permanecer acolhendo a população e orientando caso a caso.

Sempre que houver necessidade de fechamento da unidade, este deve ser pactuado com a Coordenação de Atenção Primária local.

9.2 CRITÉRIOS PARA COMPOSIÇÃO DE HORÁRIO DAS EQUIPES DAS EMSM

- A composição de horário das equipes deve ser pactuada com a chefia imediata (coordenador administrativo ou coordenador técnico da unidade);
- A carga horária deve ser cumprida pela equipe de forma que sempre haja mais de um profissional da equipe técnica em cada turno de atendimento;
- O critério para adaptação de horário deve seguir a necessidade do serviço;
- Todas as unidades de saúde devem permanecer abertas e funcionais durante o horário de almoço;
- O horário de atendimento da unidade e dos profissionais deve permanecer visível na recepção da unidade para todas as categorias profissionais;

- As equipes e unidades devem organizar seus horários de reunião, de forma a não desassistir a população nesses momentos. No caso da reunião de equipe, deve-se elaborar estratégias que possibilitem a avaliação e o manejo de casos onde não haja possibilidade de adiamento da assistência.

As EMSM deverão seguir a proporcionalidade de turnos para cada modalidade de ação em saúde, com base nas orientações de trabalho da Superintendência de Saúde Mental, se organizando para realizar os atendimentos descentralizados pelas unidades de saúde do território, conforme pactuação com a gestão local.

9.3 ESTRUTURA DAS UNIDADES DE SAÚDE

Toda unidade de CAPS deve ter a seguinte relação de ambientes:

1. RECEPÇÃO/ACOLHIMENTO
2. ADMINISTRAÇÃO
3. DIREÇÃO E COORDENAÇÃO TÉCNICA
4. SALA DE EQUIPE
5. SALA DE DESCANSO PROFISSIONAL
6. CONSULTÓRIO
7. SALA MULTIUSO
8. SALA DE CONVIVÊNCIA
9. FARMÁCIA
10. ALMOXARIFADO
11. COPA
12. DESPENSA
13. REFEITÓRIO
14. QUARTOS DE ACOLHIMENTO
15. DML
16. BANHEIRO USUÁRIO
17. BANHEIRO PROFISSIONAL
18. SALA DE CUIDADOS/OBSERVAÇÃO CLÍNICA

Toda UAA deve ter a seguinte relação de ambientes:

1. ACOLHIMENTO/RECEPÇÃO
2. SALA DA COORDENAÇÃO/ADMINISTRAÇÃO
3. CONSULTÓRIO

4. ALMOXARIFADO
5. SALA E ÁREA DE CONVIVÊNCIA
6. QUARTO COLETIVO
7. SALA DE ESTAR
8. SALA DE EQUIPE
9. SALA DE DESCANSO PROFISSIONAL
10. COZINHA/COPA
11. BANHEIROS
12. SALA MULTIUSO
13. LAVANDERIA
14. DML

Todo CECCO deve ter a seguinte relação de ambientes:

1. SALA DA COORDENAÇÃO/ADMINISTRAÇÃO
2. SALA DA EQUIPE
3. SALAS MULTIUSO
4. ALMOXARIFADO
5. COPA
6. DML
7. REFEITÓRIO
8. SALA E ÁREA DE CONVIVÊNCIA

Os consultórios e salas de atendimento devem apresentar identidade visual, com a identificação.

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

- Horário de funcionamento da Unidade;
- Relação nominal dos profissionais;
- Relação nominal de profissionais com suas respectivas cargas horárias de acordo com o contrato de trabalho;
- Data/hora/local de atividades coletivas e reuniões com a comunidade;
- Telefone, e-mail e site da Ouvidoria da CAP e da Prefeitura do Rio de Janeiro.

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

A manutenção inclui manutenção predial e de equipamentos, preventiva e corretiva;

A adaptação física das unidades deverá ter aprovação dos custos e do projeto básico pela S/SUBHUE/SSM;

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

9.4. Plano de aplicação de recursos financeiros

Os recursos transferidos pelo MUNICÍPIO à ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL serão mantidos por esta em conta especialmente aberta para a execução do presente Termo de Colaboração em instituição financeira oficial e os respectivos saldos serão obrigatoriamente aplicados.

O montante de recursos previstos e repassados a título de provisionamento deverá ser depositado em conta específica, preferencialmente em conta poupança, sendo vedada a utilização desses recursos para custear despesas que não sejam oriundas de processos rescisórios ou de provisionamentos obrigatórios.

Na formulação das Propostas Técnicas e Econômicas, as proponentes deverão computar todas as despesas e custos operacionais relacionados com os serviços a serem executados, especialmente os de natureza tributária (taxas e impostos), trabalhista, previdenciária e securitária (quadros de pessoal), bem como os gastos com o cumprimento das normas pertinentes à Saúde, Segurança e Medicina do Trabalho.

A ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL deve zelar pelo equilíbrio financeiro entre receita e despesa, de modo a evitar déficit orçamentário ou financeiro.

9.5. Execução orçamentária e prestação de contas

Para a execução orçamentária do Termo de Colaboração será seguido o seguinte procedimento:

O acompanhamento orçamentário/financeiro realizado pela Secretaria Municipal de Saúde será efetivado por consulta ao Painel de Gestão de Parcerias que gerará relatórios gerenciais para subsidiar a avaliação do Gestor (a) ou Comissão Gestora da Parceria e Comissão de Monitoramento e Avaliação (CMA) e o controle dos órgãos competentes.

A transferência de recursos orçamentários para a Organização da Sociedade Civil se dará em 8 (oito) parcelas, que serão liberadas conforme previsto no Termo de Colaboração e em estrita conformidade com os valores especificados no cronograma de desembolso anexo

ao Termo de Colaboração.

A partir da segunda parcela os repasses serão condicionados à apresentação da prestação de contas pela Organização da Sociedade Civil.

A partir da terceira parcela os repasses serão condicionados à aprovação da prestação de contas do penúltimo repasse efetuado.

A prestação de contas será apresentada mensalmente, conforme descrito abaixo:

- A primeira prestação de contas mensal será feita no 2º mês de vigência do Termo de Colaboração;
- A segunda prestação de contas mensal será feita no 3º mês de vigência do Termo de Colaboração;
- A terceira prestação de contas mensal será feita no 4º mês de vigência do Termo de Colaboração;
- A quarta prestação de contas mensal será feita no 5º mês de vigência do Termo de Colaboração;
- A quinta prestação de contas mensal será feita no 6º mês de vigência do Termo de Colaboração;
- A sexta prestação de contas mensal será feita no 7º mês de vigência do Termo de Colaboração;
- A sétima prestação de contas mensal será feita no 8º mês de vigência do Termo de Colaboração;
- A oitava prestação de contas mensal será feita no 9º mês de vigência do Termo de Colaboração;
- A nona prestação de contas mensal será feita no 10º mês de vigência do Termo de Colaboração;
- A décima prestação de contas mensal será feita no 11º mês de vigência do Termo de Colaboração;
- A décima primeira prestação de contas mensal será feita no 12º mês de vigência do Termo de Colaboração;
- A décima segunda prestação de contas mensal será feita no 13º mês de vigência do Termo de Colaboração;
- A décima terceira prestação de contas mensal será feita no 14º mês de vigência do Termo de Colaboração;
- A décima quarta prestação de contas mensal será feita no 15º mês de vigência do Termo de Colaboração;

- A décima quinta prestação de contas mensal será feita no 16º mês de vigência do Termo de Colaboração;
- A décima sexta prestação de contas mensal será feita no 17º mês de vigência do Termo de Colaboração;
- A décima sétima prestação de contas mensal será feita no 18º mês de vigência do Termo de Colaboração;
- A décima oitava prestação de contas mensal será feita no 19º mês de vigência do Termo de Colaboração;
- A décima nona prestação de contas mensal será feita no 20º mês de vigência do Termo de Colaboração;
- A vigésima prestação de contas mensal será feita no 21º mês de vigência do Termo de Colaboração;
- A vigésima primeira prestação de contas mensal será feita no 22º mês de vigência do Termo de Colaboração;
- A vigésima segunda prestação de contas mensal será feita no 23º mês de vigência do Termo de Colaboração;
- A vigésima terceira prestação de contas mensal será feita no 24º mês de vigência do Termo de Colaboração;
- A vigésima quarta prestação de contas mensal será feita no mês subsequente ao de sua execução.

9.6. Conforme previsto na Resolução CGM 1285 de 23 de fevereiro de 2017 e no Termo de Colaboração e em seus Anexos, a prestação de contas se dará:

A prestação de contas das despesas realizadas deverá ser apresentada até o 10º dia útil do mês subsequente ao da competência da execução da despesa, sendo a última entregue até 45 (quarenta e cinco) dias após o término da vigência da parceria, tendo por base a autuação do processo administrativo no protocolo do órgão ou entidade gestora da parceria.

A competência da execução financeira é sempre de 01 a 30 (ou 31) de cada mês.

A prestação de Contas mensal deverá ser disponibilizada no Painel de Gestão de Parcerias até o 10º dia útil de cada mês, junto com notas fiscais digitalizadas, contratos de prestação de serviços firmados com empresas terceirizadas escaneados e qualquer outro documento que se entenda pertinente, para fins de acompanhamento pela SMS e pela CMA.

No ato da prestação de contas, deverão ser disponibilizadas no Painel de Gestão das Parcerias as certidões negativas da instituição, bem como as Guias de Recolhimento de INSS



e FGTS dos valores relativos aos funcionários contratados em regime CLT para execução deste Termo de Colaboração, além do extrato bancário que comprove a existência do provisionamento de férias, décimo terceiro salário e rescisão dos funcionários.

9.7. Dos recursos recebidos

Os recursos recebidos, através da instituição bancária designada pelo Município do Rio de Janeiro, deverão ser integralmente transferidos para a conta corrente específica da parceria, isenta de tarifa bancária, exclusivamente aberta pela organização da sociedade civil para a movimentação dos repasses.

Os saldos dos recursos transferidos não utilizados serão aplicados na forma da regulamentação específica e a aplicação financeira deverá ser vinculada à conta movimento que não poderá ter limites de créditos concedidos pela instituição financeira.

Os rendimentos de aplicação serão obrigatoriamente computados a crédito do Termo de Colaboração ou fomento e aplicadas, exclusivamente, no objeto de sua finalidade, devendo constar de demonstrativo específico que integrará as prestações de contas da parceria.

O saldo da verba rescisória trabalhista não utilizado até o término de vigência do Termo de Colaboração ou fomento poderá ser transferido para a nova conta corrente do Termo de Colaboração ou fomento subsequente, desde que mantido o objeto, a entidade, e as ações, sem interrupção, da parceria. O extrato com a comprovação da transferência deverá integrar a prestação de contas final do termo que está se encerrando, e a prestação de contas inicial do novo termo, com a indicação dos rendimentos financeiros auferidos no período, se for o caso.

9.8. DESCRIÇÃO DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS NO CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

Os recursos orçamentários estão divididos em 03 (três) partes, sendo uma parte fixa e outra variável.

PARTE 1 – Recursos de apoio à gestão

PARTE 2 – Recursos de custeio

PARTE 3 – Recursos vinculados à Variável (Variável 01, 02 e 03)



9.8.1. RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS REFERENTES À PARTE 1 - APOIO À GESTÃO

Os recursos orçamentários destinados ao apoio à gestão correspondem a 5,5% (cinco e meio por cento) do valor destinado ao custeio da unidade e se divide entre apoio à gestão da Organização da Sociedade Civil (OSC) e apoio à gestão da Superintendência de Saúde Mental (SSM), sendo 4% (quatro por cento) para destinado à OSC e 1,5% (um por cento) destinado ao apoio à SSM.

Os recursos dessa rubrica devem ser destinados às despesas de gestão diretamente relacionadas ao objeto da parceria.

9.8.2. RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS REFERENTES À PARTE 2 – CUSTEIO

Os recursos orçamentários referentes à PARTE 2 correspondem ao montante necessário para custeio das ações e serviços de saúde, considerando o seu pleno funcionamento. Ou seja, considerando produção física coerente com a capacidade instalada dos serviços gerenciados pela Organização da Sociedade Civil (OSC).

Os recursos orçamentários referentes à PARTE 2 serão repassados em 8 (oito) parcelas, sendo que cada parcela corresponderá ao valor de três meses de custeio das unidades.

9.8.3. RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS EM FUNÇÃO DE RESULTADOS APRESENTADOS (PARTE VARIÁVEL)

O MUNICÍPIO solicitará à ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL a apresentação de relatórios contendo dados e informações relativas à produtividade e qualidade dos serviços prestados, conforme Quadro de Indicadores de Acompanhamento e Avaliação.

A ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL para fazer jus aos recursos orçamentários da parte variável deverá cumprir o conjunto de requisitos definidos no termo de colaboração e Anexos.

9.8.4. Recursos financeiros para adaptações das instalações das unidades

O repasse será realizado de acordo com o Cronograma de Desembolso.



9.8.5. Condições para destinação dos recursos financeiros no cronograma de desembolso e metas físicas

A primeira parcela do Termo de Colaboração, correspondente ao custeio dos três primeiros meses conforme Cronograma de Desembolso será creditada como 1º (primeiro) aporte de recursos financeiros, viabilizando o cumprimento do item que solicita abertura de conta corrente específica para movimentação e comprovação das despesas realizadas através de extrato bancário mensal.

A competência da execução financeira é sempre de 01 a 30(ou 31) de cada mês.

A aprovação dos relatórios de acompanhamento financeiro trimestral deverá ser assinada por pelo menos 3 (três) membros da Comissão Monitoramento e Avaliação – CMA, conforme previsto na RESOLUÇÃO SMS Nº 5065 DE 15 DE SETEMBRO DE 2021.

9.9. Dotação orçamentária

A execução do presente Termo de Colaboração onerará a dotação orçamentária do respectivo Plano de Trabalho da SMS-RJ objeto deste instrumento, **PT 1801.10.302.0426.2746, ND 335085** no ano subsequente no PT que o suceder, respeitando os valores do Cronograma de Desembolso Este valor inclui PARTE 1 – Apoio à Gestão – PARTE 2 – Custeio – e PARTE 3 – Performance - (1), (2) e (3).

Os limites máximos mensais em cada categoria de despesa são apontados no próprio Cronograma de Desembolso.

9.10. Despesas glosadas

Todas as despesas que não forem eventualmente reconhecidas pelo Gestor ou Comissão Gestora da Parceria e/ou CMA como pertinentes ao Termo de Colaboração, deverão ser ressarcidas à conta específica do mesmo com demonstração por meio de extrato bancário no prazo determinado.

9.11. Manutenção e apresentação dos documentos fiscais e contábeis

A ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL deverá manter em perfeita ordem todos os documentos fiscais e contábeis, especialmente os respectivos livros e os comprovantes de todas as despesas contraídas, devendo apresentá-los sempre que requerido pelos órgãos fiscalizadores competentes.

As informações fiscais e contábeis deverão ser encaminhadas através do Relatório de

Prestação de Contas mensal assinado pelo responsável da ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL e também por via magnética/digital.

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

As notas fiscais devem estar devidamente quitadas, contendo aposição de carimbo identificador da ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, bem como a data e a assinatura de seu preposto. Somente serão aceitos os recibos e as notas fiscais quando emitidos com data posterior à assinatura do Termo de Colaboração e de seus respectivos termos aditivos. No momento do "atesto", o valor unitário de cada item/insumo/ material de consumo ou permanente deve constar na nota a ser atestada. Todos os recibos e notas fiscais devem ter o atesto do diretor da unidade.

9.12. Aquisição de materiais permanentes

As aquisições de materiais permanentes efetuadas com recursos oriundos deste Termo de Colaboração deverão ser patrimoniadas, devendo a ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL parceira apresentar os documentos e informações pertinentes tão logo realize a aquisição e utilizar o código CNES na placa de cada item a ser patrimoniado no ato da compra. O levantamento de itens que consta na tabela de equipamentos do CNES de cada unidade cadastrada deve ser atualizado a cada movimentação de patrimônio e fornecido como um dos relatórios ao Gestor(a) ou Comissão Gestora da Parceria e CMA.



CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO FINANCEIRO CHAMAMENTO PÚBLICO CP 001/2023 - REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Item	Un. Medida	Valores Unitário 1º ano	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6
A - Apoio À Gestão								
A1) Apoio à gestão da OSC - RAPS			R\$ 100.059,67	R\$ 108.427,38	R\$ 108.427,38	R\$ 111.854,59	R\$ 111.854,59	R\$ 115.281,80
			R\$ 100.059,67	R\$ 108.427,38	R\$ 108.427,38	R\$ 111.854,59	R\$ 111.854,59	R\$ 115.281,80
B - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AD III			R\$ 534.846,47	R\$ 534.846,47	R\$ 534.846,47	R\$ 534.846,47	R\$ 534.846,47	R\$ 534.846,47
B1) RH - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AD III			R\$ 413.937,75	R\$ 413.937,75	R\$ 413.937,75	R\$ 413.937,75	R\$ 413.937,75	R\$ 413.937,75
	1		R\$ 413.937,75	R\$ 413.937,75	R\$ 413.937,75	R\$ 413.937,75	R\$ 413.937,75	R\$ 413.937,75
B2) Contrato e Consumo			R\$ 120.908,72	R\$ 120.908,72	R\$ 120.908,72	R\$ 120.908,72	R\$ 120.908,72	R\$ 120.908,72
	1		R\$ 120.908,72	R\$ 120.908,72	R\$ 120.908,72	R\$ 120.908,72	R\$ 120.908,72	R\$ 120.908,72
C - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III			R\$ 1.033.349,66	R\$ 1.033.349,66	R\$ 1.033.349,66	R\$ 1.033.349,66	R\$ 1.033.349,66	R\$ 1.033.349,66
C1) RH - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III			R\$ 791.532,22	R\$ 791.532,22	R\$ 791.532,22	R\$ 791.532,22	R\$ 791.532,22	R\$ 791.532,22
	2		R\$ 791.532,22	R\$ 791.532,22	R\$ 791.532,22	R\$ 791.532,22	R\$ 791.532,22	R\$ 791.532,22
C2) Contrato e Consumo			R\$ 241.817,44	R\$ 241.817,44	R\$ 241.817,44	R\$ 241.817,44	R\$ 241.817,44	R\$ 241.817,44
	2		R\$ 241.817,44	R\$ 241.817,44	R\$ 241.817,44	R\$ 241.817,44	R\$ 241.817,44	R\$ 241.817,44
D - EQUIPE DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL			R\$ 133.322,84	R\$ 133.322,84	R\$ 133.322,84	R\$ 133.322,84	R\$ 133.322,84	R\$ 133.322,84
D1) RH - EQUIPE DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL			R\$ 133.322,84	R\$ 133.322,84	R\$ 133.322,84	R\$ 133.322,84	R\$ 133.322,84	R\$ 133.322,84
	1		R\$ 133.322,84	R\$ 133.322,84	R\$ 133.322,84	R\$ 133.322,84	R\$ 133.322,84	R\$ 133.322,84
D2) Contrato e Consumo			R\$ 203.402,01	R\$ 203.402,01	R\$ 203.402,01	R\$ 203.402,01	R\$ 203.402,01	R\$ 203.402,01
	2		R\$ 203.402,01	R\$ 203.402,01	R\$ 203.402,01	R\$ 203.402,01	R\$ 203.402,01	R\$ 203.402,01
E - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIL II			R\$ 440.543,46	R\$ 440.543,46	R\$ 440.543,46	R\$ 440.543,46	R\$ 440.543,46	R\$ 440.543,46
E1) CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL CAPSI II			R\$ 146.260,56	R\$ 146.260,56	R\$ 146.260,56	R\$ 146.260,56	R\$ 146.260,56	R\$ 146.260,56
	2		R\$ 146.260,56	R\$ 146.260,56	R\$ 146.260,56	R\$ 146.260,56	R\$ 146.260,56	R\$ 146.260,56
F - EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE MENTAL			R\$ 171.360,63	R\$ 171.360,63	R\$ 171.360,63	R\$ 171.360,63	R\$ 171.360,63	R\$ 171.360,63
F1) RH - EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE MENTAL - EMSM			R\$ 165.899,43	R\$ 165.899,43	R\$ 165.899,43	R\$ 165.899,43	R\$ 165.899,43	R\$ 165.899,43
	2		R\$ 165.899,43	R\$ 165.899,43	R\$ 165.899,43	R\$ 165.899,43	R\$ 165.899,43	R\$ 165.899,43
F2) Contrato e Consumo			R\$ 5.471,20	R\$ 5.471,20	R\$ 5.471,20	R\$ 5.471,20	R\$ 5.471,20	R\$ 5.471,20
	3		R\$ 5.471,20	R\$ 5.471,20	R\$ 5.471,20	R\$ 5.471,20	R\$ 5.471,20	R\$ 5.471,20
G - UNIDADE DE ACOLOHIMENTO ADULTO			R\$ 213.168,88	R\$ 213.168,88	R\$ 213.168,88	R\$ 213.168,88	R\$ 213.168,88	R\$ 213.168,88
G1) RH - UNIDADE DE ACOLOHIMENTO ADULTO			R\$ 136.350,38	R\$ 136.350,38	R\$ 136.350,38	R\$ 136.350,38	R\$ 136.350,38	R\$ 136.350,38
	1		R\$ 136.350,38	R\$ 136.350,38	R\$ 136.350,38	R\$ 136.350,38	R\$ 136.350,38	R\$ 136.350,38
G2) Contrato e Consumo			R\$ 76.818,50	R\$ 76.818,50	R\$ 76.818,50	R\$ 76.818,50	R\$ 76.818,50	R\$ 76.818,50
	1		R\$ 76.818,50	R\$ 76.818,50	R\$ 76.818,50	R\$ 76.818,50	R\$ 76.818,50	R\$ 76.818,50
H - CENTRO DE CONVIVÊNCIA			R\$ 123.512,24	R\$ 123.512,24	R\$ 123.512,24	R\$ 123.512,24	R\$ 123.512,24	R\$ 123.512,24
H1) RH - CENTRO DE CONVIVÊNCIA			R\$ 77.101,89	R\$ 77.101,89	R\$ 77.101,89	R\$ 77.101,89	R\$ 77.101,89	R\$ 77.101,89
	1		R\$ 77.101,89	R\$ 77.101,89	R\$ 77.101,89	R\$ 77.101,89	R\$ 77.101,89	R\$ 77.101,89
H2) Contrato e Consumo			R\$ 46.410,35	R\$ 46.410,35	R\$ 46.410,35	R\$ 46.410,35	R\$ 46.410,35	R\$ 46.410,35
	1		R\$ 46.410,35	R\$ 46.410,35	R\$ 46.410,35	R\$ 46.410,35	R\$ 46.410,35	R\$ 46.410,35
I - INVESTIMENTO			R\$ 368.041,78	R\$ 368.041,78	R\$ 368.041,78	R\$ 368.041,78	R\$ 368.041,78	R\$ 368.041,78
I1) Investimento Imaterial permanente e substituição da estrutura)			R\$ 368.041,78	R\$ 368.041,78	R\$ 368.041,78	R\$ 368.041,78	R\$ 368.041,78	R\$ 368.041,78
J - APOIO GESTÃO TÉCNICA - GSM			R\$ 37.522,38	R\$ 37.522,38	R\$ 37.522,38	R\$ 37.522,38	R\$ 37.522,38	R\$ 37.522,38
J1) APOIO GESTÃO TÉCNICA - GSM			R\$ 37.522,38	R\$ 37.522,38	R\$ 37.522,38	R\$ 37.522,38	R\$ 37.522,38	R\$ 37.522,38
K - SUBTOTAL FIXO (B+C+D+E+F+G+H)			R\$ 2.091.491,87	R\$ 2.091.491,87	R\$ 2.091.491,87	R\$ 2.091.491,87	R\$ 2.091.491,87	R\$ 2.091.491,87
L - SUBTOTAL PARTE VARIÁVEL (M)+N+O+P			R\$ 108.427,38	R\$ 108.427,38	R\$ 108.427,38	R\$ 108.427,38	R\$ 108.427,38	R\$ 108.427,38
M - PARTE VARIÁVEL - 1			R\$ 25.014,92	R\$ 25.014,92	R\$ 25.014,92	R\$ 25.014,92	R\$ 25.014,92	R\$ 25.014,92
N - PARTE VARIÁVEL - 2			R\$ 27.106,84	R\$ 27.106,84	R\$ 27.106,84	R\$ 27.106,84	R\$ 27.106,84	R\$ 27.106,84
O - PARTE VARIÁVEL - 3			R\$ 55.922,28	R\$ 55.922,28	R\$ 55.922,28	R\$ 55.922,28	R\$ 55.922,28	R\$ 55.922,28
P - TOTAL (A+J+K+L)			R\$ 3.107.176,37	R\$ 3.067.194,50	R\$ 3.067.194,50	R\$ 3.062.019,39	R\$ 3.062.019,39	R\$ 3.156.639,33

INCREMENTOS PROPOSTOS NOS TERMOS DO EDITAL								
CUSTEIO GRATIFICAÇÃO DE PESSOAL EQUIPE REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL			R\$ 6.034,39	R\$ 6.762,16	R\$ 6.762,16	R\$ 6.762,16	R\$ 6.762,16	R\$ 6.762,16
TOTAL DE INCREMENTOS PROPOSTO PELA OSS.			R\$ 6.034,39	R\$ 6.762,16	R\$ 6.762,16	R\$ 6.762,16	R\$ 6.762,16	R\$ 6.762,16
TOTAL DO ORÇAMENTO DA OSS VIVA RIO CONSIDERANDO OS INCREMENTOS PENDENTES DE APROVAÇÃO POR PARTE DA SECRETARIA			R\$ 3.113.208,76	R\$ 3.073.956,66	R\$ 3.073.956,66	R\$ 3.055.241,55	R\$ 3.055.241,55	R\$ 3.163.401,49

Valores para o 1º primeiro ano - trinta e sete milhões, oitocentos e vinte e seis mil, quinhentos e setenta e três reais e onze centavos.
Valores para o 2º segundo ano - cinquenta e sete milhões, novecentos e oitenta e dois mil, oitocentos e sessenta e dois reais e novecenta e sete centavos.
Valor total da proposta - noventa e cinco milhões, oitocentos e nove mil, quatrocentos e trinta e seis reais e oito centavos.
Período de validade da proposta - 08/02/2023 a 08/04/2023 (validade de 90 dias).

Pedro Daniel Srozenberg
Representante legal
Pedro Daniel Srozenberg
CPF: 032.240.057-75
Presidente do conselho de administração



CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO FINANCEIRO CHAMAMENTO PÚBLICO CP 001/2023 - REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Item	MÊS 7		MÊS 8		MÊS 9		MÊS 10		MÊS 11		MÊS 12		Total 12 Meses
A - Apoio A Gestão	Nº Unid.	R\$	Nº Unid.	R\$	Nº Unid.	R\$	Nº Unid.	R\$	Nº Unid.	R\$	Nº Unid.	R\$	R\$
A1) Apoio a gestão da OSC - RAPS		115.281,80		115.281,80		118.709,01		118.709,01		118.709,01		118.709,01	R\$ 1.364.732,26
B - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AD III													R\$ 1.364.732,26
B1) RH - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AD III													R\$ 534.846,47
B2) Contrato e Consumo	1												R\$ 534.846,47
C - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III													R\$ 413.937,75
C1) RH - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III													R\$ 413.937,75
C2) Contrato e Consumo	2												R\$ 120.908,72
D - EQUIPE DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL													R\$ 1.033.349,66
D1) RH - EQUIPE DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL													R\$ 1.033.349,66
D2) Contrato e Consumo	1												R\$ 791.532,22
E - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIL II													R\$ 241.817,44
E1) CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL CAPS II													R\$ 241.817,44
E2) Contrato e Consumo	2												R\$ 133.322,84
F - EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE MENTAL													R\$ 331.778,86
F1) RH - EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE MENTAL - ENISM													R\$ 331.778,86
F2) Contrato e Consumo	3												R\$ 10.942,40
G - UNIDADE DE ACOLOHIMENTO ADULTO													R\$ 213.168,88
G1) RH - UNIDADE DE ACOLOHIMENTO ADULTO													R\$ 213.168,88
G2) Contrato e Consumo	1												R\$ 136.350,38
H - CENTRO DE CONVIVÊNCIA													R\$ 76.818,50
H1) RH - CENTRO DE CONVIVÊNCIA													R\$ 76.818,50
H2) Contrato e Consumo	1												R\$ 123.512,24
I - INVESTIMENTO													R\$ 77.101,89
I1) Investimento (material permanente e adaptação da estrutura)													R\$ 46.410,35
J - APOIO GESTÃO TÉCNICA - SSM													R\$ -
J1) APOIO GESTÃO TÉCNICA - SSM													R\$ -
K - SUBTOTAL FIXO (B+C+D+E+F+G+H)													R\$ 44.515,88
L - SUBTOTAL PARTE VARIÁVEL (M+N+O+P)													R\$ 44.515,88
M - PARTE VARIÁVEL - 1													R\$ 2.967.725,37
N - PARTE VARIÁVEL - 2													R\$ 2.967.725,37
O - PARTE VARIÁVEL - 3													R\$ 118.709,01
P - TOTAL (A+H+J+K+L)													R\$ 118.709,01

INCREMENTOS PROPOSTOS NOS TERMOS DO EDITAL												
CUSTEIO GRATIFICAÇÃO DE PESSOAL EQUIPE REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL												
TOTAL DE INCREMENTOS PROPOSTO PELA OSS.				R\$	38.652,78	R\$	54.598,09	R\$	54.598,09	R\$	54.598,09	R\$ 54.598,09
TOTAL DO ORÇAMENTO DA OSS VIVA RIO CONSIDERANDO OS INCREMENTOS PENDENTES DE APROVAÇÃO POR PARTE DA SECRETARIA				R\$	3.304.257,36	R\$	3.304.257,36	R\$	3.304.257,36	R\$	3.304.257,36	R\$ 3.304.257,36

Valores para o 1º primeiro ano - trinta e seis mil, oitocentos e vinte e sete reais e sete centavos.

Valores para o 2º segundo ano - cinquenta e sete mil, oitocentos e sessenta e dois reais e nove centavos.

Valor total da proposta - noventa e cinco mil, oitocentos e trinta e seis reais e oito centavos.

Período de validade da proposta - 09/02/2023 a 09/04/2023 (validade de 60 dias).

Pedro Daniel Strozberg

Representante legal
Pedro Daniel Strozberg
CPF: 012.240.057-75
Presidente do conselho de administração



CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO FINANCEIRO CHAMAMENTO PÚBLICO CP 001/2023 - REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Item	Un. Medida	Valores Unitário 2º ano	MÊS 13	MÊS 14	MÊS 15	MÊS 16	MÊS 17	MÊS 18
A - Apoio à Gestão								
A1) Apoio à Gestão da OSC - RAPS			R\$ 153.787,49	R\$ 177.827,84	R\$ 177.827,84	R\$ 177.827,84	R\$ 177.827,84	R\$ 177.827,84
			R\$ 153.787,49	R\$ 177.827,84	R\$ 177.827,84	R\$ 177.827,84	R\$ 177.827,84	R\$ 177.827,84
B - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AD III								
B1) RH - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AD III		R\$ 590.124,30	R\$ 893.427,23	R\$ 1.160.248,59	R\$ 1.160.248,59	R\$ 1.160.248,59	R\$ 1.160.248,59	R\$ 1.160.248,59
	1	R\$ 445.713,62	R\$ 893.427,23	R\$ 1.160.248,59	R\$ 1.160.248,59	R\$ 1.160.248,59	R\$ 1.160.248,59	R\$ 1.160.248,59
B2) Contrato e Consumo		R\$ 133.410,68	R\$ 266.821,36	R\$ 266.821,36	R\$ 266.821,36	R\$ 266.821,36	R\$ 266.821,36	R\$ 266.821,36
		R\$ 578.735,59	R\$ 1.160.108,01	R\$ 1.736.206,76	R\$ 1.736.206,76	R\$ 1.736.206,76	R\$ 1.736.206,76	R\$ 1.736.206,76
C - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III								
C1) RH - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III		R\$ 445.324,91	R\$ 673.376,65	R\$ 1.335.974,72	R\$ 1.335.974,72	R\$ 1.335.974,72	R\$ 1.335.974,72	R\$ 1.335.974,72
	1	R\$ 133.410,68	R\$ 266.821,36	R\$ 400.232,04	R\$ 400.232,04	R\$ 400.232,04	R\$ 400.232,04	R\$ 400.232,04
C2) Contrato e Consumo		R\$ 147.108,42	R\$ 147.108,42	R\$ 147.108,42	R\$ 147.108,42	R\$ 147.108,42	R\$ 147.108,42	R\$ 147.108,42
		R\$ 147.108,42	R\$ 147.108,42	R\$ 147.108,42	R\$ 147.108,42	R\$ 147.108,42	R\$ 147.108,42	R\$ 147.108,42
D - EQUIPE DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL								
D1) RH - EQUIPE DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL		R\$ 323.739,78	R\$ 647.479,56	R\$ 647.479,56	R\$ 647.479,56	R\$ 647.479,56	R\$ 647.479,56	R\$ 647.479,56
	1	R\$ 243.047,93	R\$ 486.095,86	R\$ 486.095,86	R\$ 486.095,86	R\$ 486.095,86	R\$ 486.095,86	R\$ 486.095,86
D2) Contrato e Consumo		R\$ 80.691,95	R\$ 161.383,90	R\$ 161.383,90	R\$ 161.383,90	R\$ 161.383,90	R\$ 161.383,90	R\$ 161.383,90
		R\$ 80.691,95	R\$ 161.383,90	R\$ 161.383,90	R\$ 161.383,90	R\$ 161.383,90	R\$ 161.383,90	R\$ 161.383,90
E - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIL II								
E1) CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL CAPSI II		R\$ 84.539,66	R\$ 378.159,64	R\$ 378.159,64	R\$ 378.159,64	R\$ 378.159,64	R\$ 378.159,64	R\$ 378.159,64
	1	R\$ 84.539,66	R\$ 378.159,64	R\$ 378.159,64	R\$ 378.159,64	R\$ 378.159,64	R\$ 378.159,64	R\$ 378.159,64
F - EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE MENTAL								
F1) RH - EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE MENTAL - ENISM		R\$ 91.521,20	R\$ 366.084,80	R\$ 366.084,80	R\$ 366.084,80	R\$ 366.084,80	R\$ 366.084,80	R\$ 366.084,80
	1	R\$ 3.018,46	R\$ 12.073,84	R\$ 12.073,84	R\$ 12.073,84	R\$ 12.073,84	R\$ 12.073,84	R\$ 12.073,84
F2) Contrato e Consumo		R\$ 235.210,53	R\$ 235.210,53	R\$ 235.210,53	R\$ 235.210,53	R\$ 235.210,53	R\$ 235.210,53	R\$ 235.210,53
		R\$ 150.449,00	R\$ 150.449,00	R\$ 150.449,00	R\$ 150.449,00	R\$ 150.449,00	R\$ 150.449,00	R\$ 150.449,00
G - UNIDADE DE ACOLOHIMENTO ADULTO								
G1) RH - UNIDADE DE ACOLOHIMENTO ADULTO		R\$ 84.761,53	R\$ 84.761,53	R\$ 84.761,53	R\$ 84.761,53	R\$ 84.761,53	R\$ 84.761,53	R\$ 84.761,53
	1	R\$ 84.761,53	R\$ 84.761,53	R\$ 84.761,53	R\$ 84.761,53	R\$ 84.761,53	R\$ 84.761,53	R\$ 84.761,53
G2) Contrato e Consumo		R\$ 136.283,40	R\$ 136.283,40	R\$ 136.283,40	R\$ 136.283,40	R\$ 136.283,40	R\$ 136.283,40	R\$ 136.283,40
		R\$ 150.449,00	R\$ 150.449,00	R\$ 150.449,00	R\$ 150.449,00	R\$ 150.449,00	R\$ 150.449,00	R\$ 150.449,00
H - CENTRO DE CONVIVÊNCIA								
H1) RH - CENTRO DE CONVIVÊNCIA		R\$ 85.074,22	R\$ 85.074,22	R\$ 85.074,22	R\$ 85.074,22	R\$ 85.074,22	R\$ 85.074,22	R\$ 85.074,22
	1	R\$ 51.209,18	R\$ 51.209,18	R\$ 51.209,18	R\$ 51.209,18	R\$ 51.209,18	R\$ 51.209,18	R\$ 51.209,18
H2) Contrato e Consumo		R\$ 142.374,11	R\$ 142.374,11	R\$ 142.374,11	R\$ 142.374,11	R\$ 142.374,11	R\$ 142.374,11	R\$ 142.374,11
		R\$ 142.374,11	R\$ 142.374,11	R\$ 142.374,11	R\$ 142.374,11	R\$ 142.374,11	R\$ 142.374,11	R\$ 142.374,11
I - INVESTIMENTO								
I1) Investimento (material permanente e adequação da estrutura)								
J - APOIO GESTÃO TÉCNICA - SSM								
J1) APOIO GESTÃO TÉCNICA - SSM		R\$ 57.670,31	R\$ 57.670,31	R\$ 57.670,31	R\$ 57.670,31	R\$ 57.670,31	R\$ 57.670,31	R\$ 57.670,31
		R\$ 57.670,31	R\$ 57.670,31	R\$ 57.670,31	R\$ 57.670,31	R\$ 57.670,31	R\$ 57.670,31	R\$ 57.670,31
K - SUBTOTAL FIXO (B+C+D+E+F+G+H)			R\$ 3.644.887,16	R\$ 4.440.695,91	R\$ 4.440.695,91	R\$ 4.440.695,91	R\$ 4.440.695,91	R\$ 4.440.695,91
L - SUBTOTAL PARTE VARIÁVEL (M+N+O+P)			R\$ 153.787,49	R\$ 177.827,84	R\$ 177.827,84	R\$ 177.827,84	R\$ 177.827,84	R\$ 177.827,84
M - PARTE VARIÁVEL - 1			R\$ 38.446,87	R\$ 44.406,96	R\$ 44.406,96	R\$ 44.406,96	R\$ 44.406,96	R\$ 44.406,96
N - PARTE VARIÁVEL - 2			R\$ 39.446,87	R\$ 44.406,96	R\$ 44.406,96	R\$ 44.406,96	R\$ 44.406,96	R\$ 44.406,96
O - PARTE VARIÁVEL - 3			R\$ 76.893,74	R\$ 88.813,92	R\$ 88.813,92	R\$ 88.813,92	R\$ 88.813,92	R\$ 88.813,92
P - TOTAL (A+J+K+L)			R\$ 4.852.306,56	R\$ 5.004.936,14	R\$ 4.862.562,03	R\$ 4.862.562,03	R\$ 4.862.562,03	R\$ 4.862.562,03

INCREMENTOS PROPOSTOS NOS TERMOS DO EDITAL								
CUSTEIO GRATIFICAÇÃO DE PESSOAL EQUIPE REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL		R\$ 52.391,02	R\$ 16.167,40	R\$ 16.167,40	R\$ 16.167,40	R\$ 16.167,40	R\$ 16.167,40	R\$ 16.167,40
TOTAL DE INCREMENTOS PROPOSTO PELA DSS		R\$ 52.391,02	R\$ 16.167,40	R\$ 16.167,40	R\$ 16.167,40	R\$ 16.167,40	R\$ 16.167,40	R\$ 16.167,40
TOTAL DO ORÇAMENTO DA DSS VIVA RIO CONSIDERANDO OS INCREMENTOS PENDENTES DE APROVAÇÃO POR PARTE DA SECRETARIA		R\$ 4.404.697,58	R\$ 5.021.103,54	R\$ 4.878.729,43	R\$ 4.878.729,43	R\$ 4.878.729,43	R\$ 4.878.729,43	R\$ 4.878.729,43

Valores para o 1º primeiro ano - trinta e sete milhões, oitocentos e vinte e seis mil, quinhentos e setenta e três reais e onze centavos.
Valores para o 2º segundo ano - cinquenta e sete milhões, novecentos e oitenta e dois mil, oitocentos e sessenta e dois reais e novecentos e sete centavos.
Valor total da proposta - noventa e cinco milhões, oitocentos e nove mil, quatrocentos e trinta e seis reais e oito centavos.
Período de validade da proposta - 08/02/2023 a 09/04/2023 (validade de 60 dias).

Handwritten signature of Pedro Daniel Stronberg

Representante legal
Pedro Daniel Stronberg
CPF: 012.240.057-75
Presidente do conselho de administração

Handwritten signature



CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO FINANCEIRO CHAMAMENTO PÚBLICO CP 001/2023 - REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Item	MÊS 19		MÊS 20		MÊS 21		MÊS 22		MÊS 23		MÊS 24		Total 24 Mes	
	Nº Unid.	R\$	Nº Unid.	R\$	Nº Unid.	R\$	Nº Unid.	R\$	Nº Unid.	R\$	Nº Unid.	R\$		
A - Apoio A Gestão														
A1 Apoio à gestão da OSC - RAPS	177.627,84	R\$ 177.627,84	177.627,84	R\$ 177.627,84	177.627,84	R\$ 177.627,84	177.627,84	R\$ 177.627,84	177.627,84	R\$ 177.627,84	177.627,84	R\$ 177.627,84	R\$ 2.107.093,73	R\$ 3.472.425,99
B - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AO III														
B1 RH - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AO III	2	R\$ 1.160.248,59	2	R\$ 1.160.248,59	2	R\$ 1.160.248,59	2	R\$ 1.160.248,59	2	R\$ 1.160.248,59	2	R\$ 1.160.248,59	R\$ 13.922.083,13	R\$ 20.341.140,71
B2 Contrato e Consumo														
B21 RH - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AO III	2	R\$ 893.427,23	2	R\$ 893.427,23	2	R\$ 893.427,23	2	R\$ 893.427,23	2	R\$ 893.427,23	2	R\$ 893.427,23	R\$ 10.721.126,81	R\$ 15.050.379,75
B22 Contrato e Consumo														
B221 RH - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AO III	2	R\$ 266.821,36	2	R\$ 266.821,36	2	R\$ 266.821,36	2	R\$ 266.821,36	2	R\$ 266.821,36	2	R\$ 266.821,36	R\$ 3.201.656,32	R\$ 4.652.760,96
C - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III														
C1 RH - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III	3	R\$ 1.738.206,76	3	R\$ 1.738.206,76	3	R\$ 1.738.206,76	3	R\$ 1.738.206,76	3	R\$ 1.738.206,76	3	R\$ 1.738.206,76	R\$ 20.238.472,36	R\$ 32.638.668,30
C2 Contrato e Consumo														
C21 RH - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III	3	R\$ 1.335.974,72	3	R\$ 1.335.974,72	3	R\$ 1.335.974,72	3	R\$ 1.335.974,72	3	R\$ 1.335.974,72	3	R\$ 1.335.974,72	R\$ 15.569.086,58	R\$ 25.067.485,22
C22 Contrato e Consumo														
D - EQUIPE DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL														
D1 RH - EQUIPE DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL	1	R\$ 147.108,42	1	R\$ 147.108,42	1	R\$ 147.108,42	1	R\$ 147.108,42	1	R\$ 147.108,42	1	R\$ 147.108,42	R\$ 1.765.301,06	R\$ 3.365.175,16
D2 Contrato e Consumo														
D21 RH - EQUIPE DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL	1	R\$ 147.108,42	1	R\$ 147.108,42	1	R\$ 147.108,42	1	R\$ 147.108,42	1	R\$ 147.108,42	1	R\$ 147.108,42	R\$ 1.765.301,06	R\$ 3.365.175,16
D22 Contrato e Consumo														
E - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIL II														
E1 RH - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIL II	2	R\$ 647.479,56	2	R\$ 647.479,56	2	R\$ 647.479,56	2	R\$ 647.479,56	2	R\$ 647.479,56	2	R\$ 647.479,56	R\$ 7.769.754,69	R\$ 14.811.402,96
E2 Contrato e Consumo														
E21 RH - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIL II	2	R\$ 486.095,66	2	R\$ 486.095,66	2	R\$ 486.095,66	2	R\$ 486.095,66	2	R\$ 486.095,66	2	R\$ 486.095,66	R\$ 5.833.147,89	R\$ 11.119.569,44
E22 Contrato e Consumo														
F - EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE MENTAL														
F1 RH - EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE MENTAL - ENISM	4	R\$ 378.158,64	4	R\$ 378.158,64	4	R\$ 378.158,64	4	R\$ 378.158,64	4	R\$ 378.158,64	4	R\$ 378.158,64	R\$ 4.537.903,65	R\$ 7.279.673,76
F2 Contrato e Consumo														
F21 RH - EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE MENTAL - ENISM	4	R\$ 368.084,80	4	R\$ 368.084,80	4	R\$ 368.084,80	4	R\$ 368.084,80	4	R\$ 368.084,80	4	R\$ 368.084,80	R\$ 4.393.917,57	R\$ 7.047.248,48
F22 Contrato e Consumo														
G - UNIDADE DE ACOMODAMENTO ADULTO														
G1 RH - UNIDADE DE ACOMODAMENTO ADULTO	1	R\$ 235.210,53	1	R\$ 235.210,53	1	R\$ 235.210,53	1	R\$ 235.210,53	1	R\$ 235.210,53	1	R\$ 235.210,53	R\$ 2.822.536,41	R\$ 5.380.652,91
G2 Contrato e Consumo														
G21 RH - UNIDADE DE ACOMODAMENTO ADULTO	1	R\$ 192.449,00	1	R\$ 192.449,00	1	R\$ 192.449,00	1	R\$ 192.449,00	1	R\$ 192.449,00	1	R\$ 192.449,00	R\$ 1.805.388,05	R\$ 3.441.592,55
G22 Contrato e Consumo														
G221 RH - UNIDADE DE ACOMODAMENTO ADULTO	1	R\$ 84.761,53	1	R\$ 84.761,53	1	R\$ 84.761,53	1	R\$ 84.761,53	1	R\$ 84.761,53	1	R\$ 84.761,53	R\$ 1.017.138,36	R\$ 1.935.900,36
H - CENTRO DE CONVIVÊNCIA														
H1 RH - CENTRO DE CONVIVÊNCIA	1	R\$ 136.293,40	1	R\$ 136.293,40	1	R\$ 136.293,40	1	R\$ 136.293,40	1	R\$ 136.293,40	1	R\$ 136.293,40	R\$ 1.635.009,85	R\$ 2.994.035,48
H2 Contrato e Consumo														
H21 RH - CENTRO DE CONVIVÊNCIA	1	R\$ 85.074,22	1	R\$ 85.074,22	1	R\$ 85.074,22	1	R\$ 85.074,22	1	R\$ 85.074,22	1	R\$ 85.074,22	R\$ 1.029.960,60	R\$ 1.865.011,47
H22 Contrato e Consumo														
H221 RH - CENTRO DE CONVIVÊNCIA	1	R\$ 51.209,18	1	R\$ 51.209,18	1	R\$ 51.209,18	1	R\$ 51.209,18	1	R\$ 51.209,18	1	R\$ 51.209,18	R\$ 614.510,16	R\$ 1.125.024,01
H222 Contrato e Consumo														
I - INVESTIMENTO														
I1 Investimento material permanente e adaptação da estrutura	0	R\$ 66.610,44	0	R\$ 66.610,44	0	R\$ 66.610,44	0	R\$ 66.610,44	0	R\$ 66.610,44	0	R\$ 66.610,44	R\$ 790.355,15	R\$ 1.304.193,77
J - APOIO GESTÃO TÉCNICA - SSM														
J1 APOIO GESTÃO TÉCNICA - SSM	0	R\$ 66.610,44	0	R\$ 66.610,44	0	R\$ 66.610,44	0	R\$ 66.610,44	0	R\$ 66.610,44	0	R\$ 66.610,44	R\$ 790.355,15	R\$ 1.304.193,77
K - SUBTOTAL PRO (B+C+D+E+F+G+H)														
K1 SUBTOTAL PRO (B+C+D+E+F+G+H)														
L - SUBTOTAL PARTE VARIÁVEL (M+N+O+P)														
L1 SUBTOTAL PARTE VARIÁVEL (M+N+O+P)														
M - PARTE VARIÁVEL - 1														
M1 PARTE VARIÁVEL - 1														
N - PARTE VARIÁVEL - 2														
N1 PARTE VARIÁVEL - 2														
O - PARTE VARIÁVEL - 3														
O1 PARTE VARIÁVEL - 3														
P - TOTAL (A+H+K+L)														
P1 TOTAL (A+H+K+L)														

INCREMENTOS PROPOSTOS NOS TERMOS DO EDITAL

CUSTO GRATIFICAÇÃO DE PESSOAL EQUIPE REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	R\$ 16,167,40	R\$ 16,167,40	R\$ 16,167,40	R\$ 16,167,40	R\$ 16,167,40	R\$ 16,167,40	R\$ 16,167,40	R\$ 16,167,40	R\$ 16,167,40	R\$ 16,167,40	R\$ 16,167,40	R\$ 16,167,40	R\$ 230,232,42	R\$ 645,502,08
TOTAL DE INCREMENTOS PROPOSTO PELA OSS.	R\$ 16,167,40	R\$ 16,167,40	R\$ 16,167,40	R\$ 16,167,40	R\$ 16,167,40	R\$ 16,167,40	R\$ 16,167,40	R\$ 16,167,40	R\$ 16,167,40	R\$ 16,167,40	R\$ 16,167,40	R\$ 16,167,40	R\$ 230,232,42	R\$ 645,502,08

TOTAL DO ORÇAMENTO DA OSS VIVA RIO CONSIDERANDO OS INCREMENTOS PENDENTES DE APROVAÇÃO POR PARTE DA SECRETARIA	R\$ 4.878.729,43	R\$ 4.878.729,43	R\$ 4.878.729,43	R\$ 4.878.729,43	R\$ 4.878.729,43	R\$ 4.878.729,43	R\$ 4.878.729,43	R\$ 4.878.729,43	R\$ 4.878.729,43	R\$ 4.878.729,43	R\$ 4.878.729,43	R\$ 4.878.729,43	R\$ 58.213.095,39	R\$ 96.454.938,16
---	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	-------------------	-------------------

Valores para o 1º primeiro ano - trinta e sete milhões, oitocentos e vinte e seis mil, quinhentos e setenta e três reais e onze centavos.

Valores para o 2º segundo ano - cinquenta e sete milhões, novecentos e oitenta e dois mil, oitocentos e sessenta e dois reais e noventa e seis centavos.

Valor total da proposta - noventa e cinco milhões, oitocentos e nove mil, quatrocentos e trinta e seis reais e oito centavos.

Período de validade da proposta - 08/02/2023 a 09/04/2023 (validade de 60 dias).

Pedro Daniel Strozzenberg

Representante legal
Pedro Daniel Strozzenberg
CPF: 012.240.053-75
Presidente do conselho de administração

8

10. QUALIFICAÇÃO

A entidade deverá desempenhar atividades que englobam: seleção de Recursos Humanos; capacitação; organização de equipe multidisciplinar para atuar nos projetos relacionados, bem como para desenvolver e apresentar sistemas de avaliação, de monitoramento e de supervisão técnica.

A entidade deverá obedecer o percentual mínimo de vinte por cento de vagas para afrodescendentes dos respectivos gêneros, sendo dez por cento das vagas reservadas para homens e dez por cento para mulheres, na forma do art. 4º da Lei Municipal nº 4.978/08.

A distribuição da carga horária semanal se dá de diferentes formas dependendo da categoria profissional e são cumpridas em regime de plantão ou como diaristas, de acordo com as necessidades de cada serviço.

A qualificação mínima para a execução dos serviços pela equipe técnica de nível superior requer formação profissional em 3º grau. Para profissional técnico de enfermagem e técnico de farmácia exige-se qualificação específica e para Assistente Administrativo, exige-se formação em 2º grau e conhecimento de programas do pacote Office. Para redutores de danos e agentes de cuidados especiais, exige-se formação em nível fundamental e comprovação de moradia na área de cobertura do serviço. Para oficineiros exige-se formação em nível fundamental e comprovada habilidade artística

Os conhecimentos específicos mínimos exigidos aos profissionais de todas as categorias são: conhecimento do processo de desinstitucionalização, Reforma Psiquiátrica no Brasil e no Município do Rio de Janeiro, reabilitação psicossocial, Saúde Mental, trabalho em equipe interdisciplinar, direitos humanos, redução de danos.

A forma e frequência de verificação das atividades desenvolvidas se darão através de periódicas verificações na qualidade de preenchimento dos prontuários, projetos terapêuticos e resolutividade dos casos acompanhados. Também por meio de relatórios mensais contendo análise dos dados levantados no período.

Para todos os profissionais, salvo os que já atuam nos serviços que serão assumidos e os que exercem cargos de gestão, será realizada seleção divulgada o mais amplamente possível com critérios de seleção claramente definidos.



10.1 Atribuições por cargos

- **10.1.1 Profissionais de Nível Fundamental**

10.1.1.1 Agente Redutor de Danos I

O Agente de Redutor de Danos, conforme seu grau de instrução, realiza acompanhamento, de usuários em sofrimento por conta do uso de álcool e/ou outras drogas, na Rede de Atenção Psicossocial; participa de reuniões de equipe; registra procedimentos em prontuário; elabora relatórios de atividade; promove articulação entre os recursos intersetoriais próprios do território em que o paciente está inserido; realiza acompanhamento de usuários em situação de rua e em cenas de uso de drogas, acompanhamento domiciliar e no território visando fortalecer os vínculos; acompanha usuários em consultas, serviços e locais que sejam essenciais para o avanço de seu Projeto Terapêutico Singular. Também participa, de forma complementar, das demais ações em saúde realizadas pelo serviço.

10.1.1.2 Agente de Cuidados Especiais I

O Agente de Cuidados Especiais realiza acompanhamento de usuários em sofrimento psíquico, na Rede de Atenção Psicossocial; participa de reuniões de equipe; registra procedimentos em prontuário e em formulários de produção ambulatorial; elabora relatórios de atividade; promove articulação entre os recursos intersetoriais próprios do território em que o paciente está inserido; realiza acompanhamento domiciliar e no território visando fortalecer os vínculos; acompanha usuários em consultas, serviços e locais que sejam essenciais para o avanço de seu Projeto Terapêutico Singular (ex.: perícias médicas do INSS, audiência); acompanha clientela em atividades sócio-culturais e atividades relacionadas ao trabalho protegido e reinserção em mercado de trabalho. Também participa, de forma complementar, das demais ações em saúde realizadas pelo serviço.

10.1.1.3 Oficineiro I

Responsáveis pela realização de atividades em arte, cultura, esporte e lazer. Realização de Oficinas Terapêuticas, Oficinas de Geração de Renda, Oficinas de Artesanato, tanto para reabilitação psicossocial, como para atenção às crises através do uso de outras linguagens expressivas. Participa de reuniões de equipe, registra procedimentos em prontuário e em formulários de produção ambulatorial, elabora relatórios de atividade; promove articulação entre os recursos intersetoriais especialmente de cultura e economia solidária. Também participa, de forma complementar, das demais ações em saúde realizadas pelo



serviço.

10.1.1.4 Profissional de Suporte entre pares I

Profissionais que tenham histórico de adoecimento psíquico grave, em tratamento na Rede de Atenção Psicossocial do Município, e que estejam com quadro psíquico estabilizado ou familiares de usuários atendidos na Rede de Atenção Psicossocial do Município, que estejam sob supervisão do projeto Transversões da ESS/UFRJ em parceria com a equipe técnica da Superintendência de Saúde Mental. São responsáveis por realizar grupos de ajuda e suporte mútuos e outras funções que envolvam o acompanhamento de usuários e familiares, visando o seu protagonismo, nas atividades dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (oficinas, ações externas, eventos).

- **10.1.2 Profissional de Nível Médio**

10.1.2.1 Assistente Administrativo

Executa serviços de suporte administrativo ao serviço em que estiver lotado, seja por meio de digitação de dados, documentos e ofícios, manipulação de fotocópias, atendimento ao público interno e externo, realização de chamadas telefônicas, arquivamento de documentos, solicitação material de consumo, elaboração de planilhas, recebimento e fornecimento de insumos, rouparia, registro de dados, almoxarifado, controle de ponto, etc.

10.1.2.2 Técnico de Enfermagem

Integra as equipes de saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial, atuando sob supervisão de profissional de enfermagem. Atua na preparação e acompanhamento de pacientes em consultas e exames; ministra medicações; realiza curativos simples; colhe material para exames; presta cuidados de higiene e de alimentação; registra procedimentos em prontuários e livros de ocorrência; participa de reuniões de equipe; acompanha pacientes em atividades terapêuticas; realiza acompanhamento domiciliar e no território. Também participa, de forma complementar, das demais ações em saúde realizadas pelo serviço.

10.1.2.3 Técnico de Farmácia

Integra as equipes de saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial, atuando sob supervisão de profissional farmacêutico. Atua na dispensação de medicamentos aos usuários do serviço, conforme prescrição; registra procedimentos em prontuários e livros de ocorrência; participa de reuniões de equipe. Também participa, de forma complementar, das demais ações



em saúde realizadas pelo serviço.

10.1.2.4 Agente Redutor de Danos II

O Agente de Redutor de Danos realiza acompanhamento de usuários em sofrimento por conta do uso de álcool e/ou outras drogas, na Rede de Atenção Psicossocial; dá apoio aos agentes de redutores de dano de nível fundamental; participa de reuniões de equipe; registra procedimentos em prontuário; elabora relatórios de atividade; promove articulação entre os recursos intersetoriais próprios do território em que o paciente está inserido; realiza acompanhamento de usuários em situação de rua e em cenas de uso de drogas, acompanhamento domiciliar e no território visando fortalecer os vínculos; acompanha usuários em consultas, serviços e locais que sejam essenciais para o avanço de seu Projeto Terapêutico Singular. Também participa, de forma complementar, das demais ações em saúde realizadas pelo serviço.

10.1.2.5 Agente de Cuidados Especiais II

O Agente de Cuidados Especiais realiza acompanhamento de usuários em sofrimento psíquico, na Rede de Atenção Psicossocial; dá apoio aos agentes de cuidados especiais de nível fundamental; participa de reuniões de equipe; registra procedimentos em prontuário e em formulários de produção ambulatorial; elabora relatórios de atividade; promove articulação entre os recursos intersetoriais próprios do território em que o paciente está inserido; realiza acompanhamento domiciliar e no território visando fortalecer os vínculos; acompanha usuários em consultas, serviços e locais que sejam essenciais para o avanço de seu Projeto Terapêutico Singular (ex.: perícias médicas do INSS, audiência); acompanha clientela em atividades sócio-culturais e atividades relacionadas ao trabalho protegido e reinserção em mercado de trabalho. Também participa, de forma complementar, das demais ações em saúde realizadas pelo serviço.

10.1.2.6 Oficineiro II

Responsáveis por dar apoio aos oficineiros de nível fundamental, pela realização de atividades em arte, cultura, esporte e lazer. Realização de Oficinas Terapêuticas, Oficinas de Geração de Renda, Oficinas de Artesanato, tanto para reabilitação psicossocial, como para atenção às crises através do uso de outras linguagens expressivas. Participa de reuniões de equipe, registra procedimentos em prontuário e em formulários de produção ambulatorial, elabora relatórios de atividade; promove articulação entre os recursos intersetoriais especialmente de cultura e economia solidária. Também participa, de forma complementar, das

demais ações em saúde realizadas pelo serviço.

10.1.2.7 Profissional de Suporte entre pares II

Profissionais que tenham histórico de adoecimento psíquico grave, em tratamento na Rede de Atenção Psicossocial do Município, e que estejam com quadro psíquico estabilizado ou familiares de usuários atendidos na Rede de Atenção Psicossocial do Município, que estejam sob supervisão do projeto Transversões da ESS/UFRJ em parceria com a equipe técnica da Superintendência de Saúde Mental. São responsáveis por dar apoio aos trabalhadores de suporte de pares de nível fundamental, realizar grupos de ajuda e suporte mútuos e outras funções que envolvam o acompanhamento de usuários e familiares, visando o seu protagonismo, nas atividades dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (oficinas, ações externas, eventos).

- **10.1.3 Profissionais de Nível Superior**

10.1.3.1 Médico

Profissional médico, preferencialmente com residência e/ou especialização em psiquiatria. Integra as equipes de saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial. Realiza atendimento integral à Saúde Mental individual, familiar ou em grupos terapêuticos e oficinas terapêuticas; realiza acompanhamento domiciliar, realiza matriciamento em saúde mental da atenção primária em saúde e dos pontos de atenção de urgência e emergência; realiza ações de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial; prescreve medicação; emite laudos e relatórios; registra conduta médica e orientações em prontuários; registra procedimentos em formulários de produção ambulatorial, participa de reuniões com equipe multidisciplinar e supervisões; preenche Declaração de Óbito; participa de atividades de formação e aperfeiçoamento em saúde mental.

10.1.3.2 Profissional da Área da Saúde

Profissionais que possuem nível superior preferencialmente com curso de especialização, residência ou pós-graduação em Saúde Mental, Saúde Coletiva ou Saúde da Família ou experiência de ao menos 1 ano em Centros de Atenção Psicossocial ou Unidades de Acolhimento. Podem ser profissionais das seguintes formações em saúde: Terapeuta Ocupacional, Musicoterapeuta, Arteterapeuta, Psicólogo, Nutricionista, Enfermeiro, Professor de Educação Física, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Enfermeiro, Fonoaudiólogo, Sanitarista, Assistente Social.

Integra as equipes de saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial. Realiza ações específicas de sua categoria profissional. Realiza atendimento integral à Saúde Mental individual, familiar ou em grupos terapêuticos e oficinas terapêuticas; realiza acompanhamento domiciliar e no território, realiza matriciamento em saúde mental da atenção primária em saúde e dos pontos de atenção de urgência e emergência; realiza ações de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, emite laudos e relatórios; registra procedimentos e orientações em prontuários; registra procedimentos em formulários de produção ambulatorial, participa de reuniões com equipe multidisciplinar e supervisões; participa de atividades de formação e aperfeiçoamento em saúde mental.

10.1.3.3 Profissional das Ciências Sociais ou de Arte e Cultura

Profissionais que possuem nível superior nas seguintes áreas: Terapeuta Artista Plástico, Artista Cênico, Professor de Dança, Musicista, Historiador, Sociólogo, Cientista Social, Cientista Político, Antropólogo, Produtor Cultural, Filósofo.

Integra as equipes de saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial. Promove articulação entre os recursos intersetoriais e a reflexão crítica sobre a realidade das equipes, ampliando a competência cultural das mesmas, e dos usuários. Realiza oficinas terapêuticas; realiza acompanhamento no território; registra procedimentos e orientações em prontuários; registra procedimentos em formulários de produção ambulatorial, participa de reuniões com equipe multidisciplinar e supervisões; participa de atividades de formação e aperfeiçoamento em saúde mental. Também participa, de forma complementar, das demais ações em saúde realizadas pelo serviço.

• 10.1.4. Profissionais da Gestão

10.1.4.1 Diretor

Profissionais de diversas formações, com nível superior completo, preferencialmente com curso de especialização, residência ou pós-graduação em Saúde Mental, Saúde Coletiva ou Saúde da Família, com experiência de trabalho comprovada em Unidades de Saúde, por pelo menos 05 anos. Estabelece, observa e orienta o cumprimento de metas e prioridades, em conformidade com a orientação estabelecida pelas Leis e Portarias que regem o trabalho em Saúde Mental, em consonância com as diretrizes de trabalho formuladas pelo município, através da Superintendência de Saúde Mental, à Linha de Cuidado em Saúde Mental, e com as necessidades da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e da Coordenação de Atenção Primária (CAP), prestando contas das atividades desenvolvidas. Define os fluxos de interlocução com



os serviços intra e intersetoriais a partir do indicado pela Secretaria Municipal de Saúde, Superintendência de Saúde Mental e Coordenação de Atenção Primária (CAP); monitorar a produção da unidade e o uso dos sistemas de informação indicados pelo Ministério da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde. Sustentar o trabalho territorial na atuação do CAPS, assim como a participação do mesmo em Fóruns e reuniões locais que fortaleçam este trabalho; Coordenar a supervisão/reunião de equipe do CAPS; Coordenar a supervisão/reunião de equipe do Serviço Residencial Terapêutico (SRT); Acompanhar a atestação das contas de serviços contratados/terceirizados, de concessionárias de serviços públicos; acompanhar as demandas judiciais e ouvidorias, de forma a garantir a devolutiva das mesmas com respostas consistentes e em tempo breve.

10.1.4.2 Coordenador Técnico

Profissionais de diversas formações, com nível superior completo, preferencialmente com curso de especialização, residência ou pós-graduação em Saúde Mental, Saúde Coletiva ou Saúde da Família, com experiência de trabalho comprovada em Centros de Atenção Psicossocial ou Unidade de Acolhimento, por pelo menos 03 anos. Coordena o trabalho assistencial da equipe, segundo as diretrizes da SMS e da Superintendência de Saúde Mental, dando suporte aos profissionais no planejamento e execução das ações em saúde na unidade e especialmente no território; acompanha o desenvolvimento dos projetos terapêuticos singulares dos usuários, revisando-os ao menos quadrimestralmente junto aos profissionais/equipes de referência; acompanha diariamente junto à equipe os projetos terapêuticos singulares dos usuários em crise, promovendo a reflexão sobre as abordagens evitando práticas manicomiais que não incluam o usuário e sua rede de apoio nas estratégias de cuidado; participa da articulação de estratégias de cuidado com dispositivos intra e inter-setoriais; participa das reuniões de equipe e da supervisão, participa da supervisão de território, fóruns de saúde mental. Formula relatórios sobre a unidade que coordena e o território. Representa a direção da unidade em reuniões; substitui a direção na sua ausência.

10.1.4.3. Coordenador Administrativo

Profissionais de diversas formações, com nível superior completo na área administrativa (administração, gestão, contabilidade e afins) preferencialmente com experiência de atuação em unidades de saúde. Acompanha as rotinas administrativas de todos os Recursos Humanos lotados na Unidade (férias, licenças, frequências, advertências, etc.), sejam funcionários ou acadêmicos; realiza a administração de material e suprimentos (com vistas à sua provisão), os registros e comunicações administrativas, a manutenção das instalações da Unidade e de seus

bens móveis/patrimônio; monitora a execução de serviços prestados à unidade pelas empresas contratadas/terceirizadas (Nutrição, Limpeza, Vigilância, Manutenção, Portaria, etc.); participa da realização da Atestação de notas da Unidade, a atestação das contas de serviços contratados/terceirizados, de concessionárias de serviços públicos ou de compras de material (estas últimas, quando existentes); estabelece e supervisiona as rotinas de trabalho da equipe administrativa e apoio, de forma a garantir logística e infraestrutura satisfatória na direção da realização plena do trabalho técnico-assistencial; acompanhar, em conjunto com a Coordenação Técnica da Unidade e com a Assistência Farmacêutica responsável, a provisão de medicamentos necessários aos usuários; efetuar a atualização do envio de informações do CNES do CAPS, SRTs e UAA/UAI na frequência pactuada pela SMS; registra o atendimento/faturamento da unidade nos sistemas de produção segundo orientação da Secretaria Municipal de Saúde, Superintendência de Saúde Mental e Coordenação de Atenção Primária (CAP).

10.1.4.4. Supervisor Clínico-Institucional

Sustenta a formação e a atividade profissional da equipe, tendo como foco principal o cuidado de qualidade ao usuário de saúde mental, atuando junto à equipe identificando questões relevantes para reflexão sobre a prática assistencial integrada à rede comunitária do usuário e também sobre os processos de trabalho da instituição. Deve assessorar, discutir e acompanhar o trabalho realizado pela equipe, os projetos terapêuticos dos usuários, as questões institucionais e de gestão do CAPS e outras questões relevantes para a qualidade da atenção realizada. Realiza supervisão da equipe do CAPS; realiza supervisão da equipe do serviço residencial vinculado ao CAPS; realiza supervisão da rede territorial ou de serviços do território do CAPS, conforme definição da gestão local.

11. SUPERVISÃO

11.1. A Coordenação e supervisão da prestação de serviço de são de competência do S/SUBHUE/SSM

11.2. A Fiscalização da execução dos serviços caberá à SMS-RJ, visando a qualidade e otimização dos recursos e a correção de possíveis desvios encontrados, bem como articulará e efetivará o processo de acompanhamento e avaliação com base no cumprimento de metas, dos prazos e da análise de indicadores de produção, de cobertura da população e de qualidade e eficiência dos serviços contratados.

11.3. A entidade parceira se submeterá a todas as medidas, processos e procedimentos da

fiscalização. Os atos de fiscalização, inclusive inspeções pela SMS, não exime a entidade parceira de suas obrigações no que se refere ao cumprimento das normas e especificações, nem de qualquer de suas responsabilidades legais e contratuais.

11.4. RESPONSABILIDADES NO ACOMPANHAMENTO

A Secretaria Municipal de Saúde/SMS/RJ, como entidade Contratante é responsável por indicar a forma, bem como por implementar as ações que se destinam ao processo de acompanhamento estabelecendo seus critérios, os recursos tecnológicos a serem utilizados, nomeando a Comissão de Monitoramento e Avaliação (CMA): órgão colegiado destinado a monitorar e avaliar a execução do Termo de Colaboração celebrado com organizações da sociedade civil. É constituída por ato publicado em meio oficial de comunicação. Deverá ser também nomeado o gestor, ou comissão gestora da parceria que atuará como responsável direto no processo de acompanhamento e avaliação.

11.5. COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A Comissão de Monitoramento e Avaliação (CMA) é um colegiado instituído pela administração pública destinado a monitorar e avaliar o desempenho da instituição parceira na consecução dos serviços de saúde, de acordo com os critérios, parâmetros e calendário previamente definidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

Os procedimentos de acompanhamento, avaliação e fiscalização da Comissão de Monitoramento e Avaliação estão regulamentados pela Resolução SMS nº 5.065 de 15 de setembro de 2021.

11.5.1 COMPOSIÇÃO

A Comissão de Monitoramento e Avaliação - CMA será constituída por membros titulares e suplentes, definidos e nomeados pelo Secretário Municipal de Saúde e publicados em Diário Oficial Municipal.

A Subsecretaria vinculada à unidade do objeto do instrumento de parceria poderá indicar o número de membros que entender necessário para um adequado monitoramento e avaliação.

A S/SUBG/CTGOS deverá ser comunicada por meio do email: ctgos.ctacea@gmail.com, sobre as datas das agendas e participará como apoio técnico às Comissões com intuito de difundir as informações e resultados obtidos através dos



Contratos de Gestão firmados com Organizações Sociais, Convênios e Termo de Colaboração.

11.5.2. FUNÇÕES

As Comissões de Monitoramento e Avaliação deverá monitorar, fiscalizar e avaliar os resultados atingidos com a execução do Termo de Colaboração, sob o aspecto econômico-financeiro e técnico assistencial.

11.5.3. COMPETÊNCIAS

Compete às Comissões de Monitoramento e Acompanhamento (CMA):

a) Análise dos relatórios de desempenho elaborados pela Organização da Sociedade Civil, considerando os aspectos formais, a compatibilidade com o Programa de Trabalho pactuado e também a aderência das informações à realidade;

b) Acompanhamento e controle econômicos e financeiros dos instrumentos de parceria, analisando a aplicação dos recursos, a eficiência e eficácia dos serviços de saúde prestados à população;

c) Análise da conformidade da prestação de contas segundo o objeto pactuado no instrumento de parceria e recomendação de ajustes e aplicação de penalidades, quando couber;

d) Avaliação das metas e dos indicadores pactuados, registrando o funcionamento dos serviços prestados bem como a evolução das metas propostas com os resultados alcançados;

e) Análise assistencial, através de parecer técnico, contendo o acompanhamento, a avaliação do cumprimento das metas e objetivos estabelecidos conforme anexo específico integrante do Contrato de Gestão, Termo de Colaboração e Convênio;

f) Autorização do pagamento das parcelas contratuais, tendo como base o cronograma de desembolso, pactuado.

g) Informações de inspeções regulares a fim de verificar a frequência, a produtividade e desempenho dos funcionários das instituições parceiras, conforme folha de controle de pagamento, assim como a verificação das instalações das unidades de saúde e postos de trabalho, estoques de insumos e outros;

h) Estudos e análises de propostas de implantação de novos serviços, assim como a fixação e rotatividade de profissionais de saúde, quando couber.

11.5.4. PROCEDIMENTOS

- Se reunir, ordinariamente, conforme calendário da agenda de reuniões publicado em Diário Oficial, com quórum mínimo de 03 (três) membros.
- Realizar reuniões periódicas, segundo calendário elaborado pela CTGOS;
- Realizar reuniões extraordinárias, sempre que solicitado pela SMS/RJ, pela contratada ou pelo gestor da parceria;
- Registrar em ata todas as reuniões realizadas que deverão ser assinadas pelos componentes da CMA e participantes presentes;
- A coordenação das reuniões da Comissão de Monitoramento e Avaliação – CMA, caberá à Coordenadoria Técnica Convênios e Contratos de Gestão (CTGOS).
- Sempre que necessários outros técnicos poderão ser convidados a participar das reuniões de acompanhamento, bem como poderão ser chamados a emitir pareceres técnicos complementares às ações de avaliação da CMA.

11.5.5. GESTOR DA PARCERIA

Para o acompanhamento regular da execução da parceria deverá ser nomeado(a) gestor(a) ou comissão gestora designado(a) por ato, publicado em meio oficial de comunicação.

11.5.5.1. FUNÇÕES

O gestor (ou comissão gestora) da parceria tem funções de controle e fiscalização da execução do termo de parceria. Cabe ao gestor a interação ordinária com o parceiro privado analisando preliminarmente propostas de implantação, extinção, ampliação e otimização dos serviços executados.

11.5.5.2. COMPETÊNCIAS

Compete ao **GESTOR DA PARCERIA**:

- Acompanhar o cumprimento do objeto do Termo de Colaboração firmado, de modo



que a execução atenda rigorosamente às metas, especificações, prazos, projetos, valores e condições pactuados.

- Adotar providências no sentido de sanar as falhas verificadas na execução do objeto convenial, estabelecendo prazo para solução dos problemas identificados.
- Comunicar oficialmente a Subsecretaria vinculada ao objeto do Termo de Colaboração sob a sua responsabilidade as pendências não resolvidas.
- Prestar informações a Subsecretaria vinculada ao objeto do Termo de Colaboração sob a sua responsabilidade, através de relatório mensal.
- Verificar, juntamente com a Comissão de Monitoramento e Avaliação, a prestação dos serviços e compras.
- Subsidiar a Comissão de Monitoramento e Avaliação na análise, na verificação e avaliação das metas e dos indicadores pactuados, registrando o funcionamento dos serviços prestados bem como a evolução das metas propostas com os resultados alcançados;
- Propor medidas preventivas e/ou corretivas durante a execução do Termo de Colaboração, visando o bom desempenho e à qualidade dos serviços/compras previstos no escopo do Termo de Colaboração.
- Acompanhar o vencimento do Termo de Colaboração, providenciando, com antecedência mínima de 180 (cento e oitenta) dias do término do mesmo, consulta a Subsecretaria vinculada ao objeto do Termo de Colaboração sob a sua responsabilidade, sobre as providências de prorrogação do termo, se for o caso.
- Solicitar previamente a Subsecretaria vinculada ao objeto do Termo de Colaboração sob a sua responsabilidade, com justificativas, qualquer alteração no Termo de Colaboração porventura necessária, que somente será efetivada após a celebração do respectivo Termo Aditivo.
- Sugerir medidas de otimização com relação a custos, cronogramas, qualidade dos serviços ou obras previstos no escopo do instrumento convenial.

11.6. ÂMBITOS DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

Os termos de colaboração serão acompanhados tendo em vista o cumprimento do plano de trabalho apresentado pela Organização da Sociedade Civil e tendo como

parâmetro os critérios, orientações e metas abaixo estabelecidas.

11.7. ASPECTOS BÁSICOS ORGANIZACIONAIS

Caberá à ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL:

- Garantir mecanismos de informação e comunicação à população sobre:
- Os serviços ofertados;
- Os indicadores de avaliação de desempenho destes serviços, utilizando padrões estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ;
- Os meios de acesso da população aos serviços de saúde ofertados;
- Disponibilizar de maneira visível o nome dos profissionais de plantão na unidade;
- Implementar sistema gerencial de informação com acesso pela internet que garanta registros:
 - Da atividade assistencial;
 - Da recepção e encaminhamento dos usuários aos serviços;
 - Dos procedimentos administrativos;
 - Da referência e contrarreferência responsável e regulada dos usuários a outros serviços ou a outros níveis assistenciais;
 - Adotar mecanismos que possibilitam disponibilizar em tempo real as informações sobre os atendimentos, bem como as informações econômicas, todas aquelas que a Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ julgar necessárias ao acompanhamento e avaliação do TERMO DE COLABORAÇÃO;
 - Implantar o ponto eletrônico e disponibilizar à Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ o controle diário da frequência dos profissionais que atuam na unidade (sistema e equipamento sob responsabilidade do TERMO DE COLABORAÇÃO com a ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL).

Todos os aspectos apontados anteriormente deverão estar de acordo com os critérios estabelecidos pelo Plano Municipal de Saúde/RJ, com os Planos e Protocolos



Assistenciais de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ, bem como com as Políticas de Saúde e Portarias do Ministério da Saúde e demais legislações em vigor.

11.8. BOA PRÁTICA CLÍNICA

Como referência de boas práticas clínicas serão avaliadas a observância e implementação:

- Das melhores evidências disponíveis e aceitas de práticas clínicas baseadas em evidências;
- Do consenso de sociedades científicas e associações profissionais;
- De processos de trabalho consensuados pelos profissionais que pertencem ao serviço de saúde contratado ou a outros serviços no âmbito territorial
- De protocolos e linhas de cuidados estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ.
- Da atenção multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseadas na gestão de linhas de cuidado;
- Da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências;
- Da humanização da atenção, garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;
- Protocolos, consensos clínicos e linhas de cuidado sobre Acolhimento e Classificação de Risco;
- Acordos entre profissionais sobre a informação clínica necessária para dar suporte e continuidade ao processo terapêutico;
- Integração com outros setores no sentido de atuar nos condicionantes / determinantes do processo de saúde-doença.
- Observância por parte dos profissionais da disponibilização de informação clínica necessária para dar suporte e continuidade ao processo terapêutico.

As referências de boas práticas citadas acima não são excludentes, e sim complementares e sua operacionalidade dependerá do que a defina em cada caso.

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

- Qualificação dos profissionais;
- Utilização do prontuário clínico eletrônico;
- Uso de todos os outros registros da atividade assistencial necessários;
- Respeito ao Plano de Educação Permanente e Excepcional da SMS, como no caso das capacitações para dengue, gripe A, entre outros;
- Respeito aos Planos: Municipal de Saúde, Complementares ou Excepcionais da SMS;
- Política de Humanização - Protocolos da unidade sobre Acolhimento e Classificação de Risco, e sobre o diagnóstico e tratamento das patologias mais incidentes;
- Registro dos agravos de notificação compulsória – SINAN;
- Perfil de prescrição farmacêutica;
- Autoavaliação assistencial pelos profissionais;
- Avaliação dos serviços de saúde pelos profissionais lotados nas unidades;
- Avaliação externa da prática assistencial;
- Avaliação externa da satisfação do usuário; e
- Respeito às necessidades dos pacientes através da disponibilização dos meios necessários para o tratamento, sejam estes recursos humanos, medicamentos, equipamentos ou outros relacionados.

11.9. ATENÇÃO AO USUÁRIO

Como referência à atenção ao usuário serão avaliados:

- O grau de informação do usuário sobre o conteúdo, organização e funcionamento dos serviços de saúde contratados;
- A boa comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários;



complementar LEI N. 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990 - Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde.

- LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

-LEI Nº 10.708, DE 31 DE JULHO DE 2003, que Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.

- PORTARIA MS/GM Nº 1.876, DE 14 DE AGOSTO DE 2006 que institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

- PORTARIA MS/GM Nº 1.608, DE 03 DE AGOSTO DE 2004 que constitui Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes.

- PORTARIA MS/GM Nº 3.588, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2017 QUE Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.

- LEI nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências – ter como parâmetro a regulação dos direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

- DECRETO Nº. 4.886, de 20 de novembro de 2003, que institui a Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial (PNPIR) e dá outras providências.

- PORTARIA Nº 854, DE 22 DE AGOSTO DE 2012 que qualifica a informação relativa aos atendimentos realizados nos CAPS.



- O incentivo a autonomia dos usuários;
- O tratamento individualizado e personalizado;
- Suporte e rotinas administrativas adequadas ao devido encaminhamento dos pacientes no processo de referência e contrarreferência dentro da Rede de Atenção à Saúde.
- A percepção do usuário em relação ao funcionamento dos serviços de saúde através de pesquisas de satisfação, sendo a informação obtida através de questionário que deve ser disponibilizado após conclusão do atendimento, através de amostragem.
- O instrumento de pesquisa de satisfação do usuário bem como o plano de amostragem e aplicação deverá ser aprovado pela SMS.

11.10. ARTICULAÇÃO COM OUTROS NÍVEIS ASSISTENCIAIS – REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA

A articulação entre a rede nos processos de referência e contrarreferência será realizada garantindo:

Uma efetiva articulação entre os níveis assistenciais que comportará uma continuidade nas linhas de cuidado das unidades. Esta articulação se dará com o apoio da SUBHUE e da SUBPAV e se fará entre a instituição parceira, a Coordenação da Área de Planejamento, a rede de atenção primária, as Unidades de Urgência e Emergência, o Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso- PADI, e a Central de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ, bem como poderá contar com outros atores e parceiros componentes da rede assistencial e intersetorial;

Utilização pelos profissionais de saúde dos protocolos de referências e contrarreferências estabelecidos.

12. ELEMENTOS DISPONÍVEIS

Legislação Pertinente:

- Constituição Federal do Brasil, 1988 (destacando os aspectos relativos aos artigos que tratam da seguridade e da assistência social)
- SUS – Sistema Único da Saúde – 1989 - as suas disposições, diretrizes, bases e lei