

5º TERMO ADITIVO Nº 001/2025 AO TERMO DE COLABORAÇÃO Nº 001/2023, CELEBRADO ENTRE O MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, ATRAVÉS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, E A ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL VIVA RIO, COM VISTAS AO GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO, EXECUÇÃO E FORTALECIMENTO DOS EQUIPAMENTOS QUE COMPÕEM A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, NO ÂMBITO DAS APS 2.1 E 2.2 E DO INSTITUTO MUNICIPAL PHILIPPE PINEL, PROCESSO SMS-PRO-2023/29012.

Aos quatorze dias do mês de março de 2025, de um lado o **MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**, entidade autônoma de direito público interno, doravante denominado **MUNICÍPIO**, inscrito no CNPJ sob o nº 042.498.733/0001-48, através da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SMS**, com sede na Rua Afonso Cavalcanti nº 455, bloco I, sala 701, Cidade Nova, Rio de Janeiro, RJ, neste ato representado pelo Secretário Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Senhor **DANIEL RICARDO SORANZ PINTO**, brasileiro, Médico, portador da Cédula de Identidade nº 52.0076285-7, expedida pelo CRM/RJ, inscrito no CPF sob o nº 290.210.958-07; e, do outro lado, a **ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL VIVA RIO**, entidade privada sem fins econômicos, doravante denominada **ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL - OSC**, inscrita no CNPJ sob o nº 00.343.941/0001-28, com sede na Rua Alberto de Campos nº 12, Ipanema, Rio de Janeiro, RJ, neste ato representada pelo Diretor Executivo, **PEDRO DANIEL STROZENBERG**, brasileiro, advogado, portador da cédula de identidade nº 09.038.645-9, expedida pelo IFP/RJ, inscrito no CPF sob o nº 012.240.057-75, conforme Regular Chamamento Público nº 016/2022, com fundamento na Lei Federal nº 13.019/2014 e suas alterações, e no Decreto Municipal nº 42.696/2016 e suas alterações, têm justo e acordado o presente **TERMO ADITIVO AO TERMO DE COLABORAÇÃO nº 001/2023**, consoante despacho autorizativo do Senhor Subsecretário de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde, em 11/03/2025, à fl. 2454/2455 do SMS-PRO-2023/29012, devidamente publicado no D.O. Rio nº 241, de 12/03/2025, pág. 47, o qual também será regido pelas seguintes cláusulas e condições:



CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente TERMO ADITIVO tem por objeto:

I – Prorrogar com aditivo de valor o **Termo de Colaboração nº 001/2023**, celebrado entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Organização da Sociedade Civil VIVA RIO, com vistas ao **GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO, EXECUÇÃO E FORTALECIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL** 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 2.1 e 2.2** e do **INSTITUTO MUNICIPAL PHILIPPE PINEL**, do Município do Rio de Janeiro, do Estado do Rio de Janeiro, pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses;

II – Adequar os recursos humanos dos serviços e equipes de saúde previstos no Termo de Colaboração nº 001/2023;

III – Estabelecer o **ANEXO I** (Plano de Trabalho) e o **ANEXO II** (Cronograma de Desembolso Financeiro) do Termo de Colaboração nº 001/2023, como partes integrantes do referido instrumento contratual;

IV – Aditivar os itens (xx) e (xxi) à **CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL** do Termo de Colaboração nº 001/2023;

V – Aditivar as **CLÁUSULAS “DA PROTEÇÃO DE DADOS” e DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO** ao Termo de Colaboração nº 001/2023; e

VI – Aditivar o **Anexo C – Declaração de Comprometimento** ao Termo de Colaboração nº 001/2023.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS ALTERAÇÕES

A **CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL** do Termo de Colaboração nº 001/2023 passa a ter a seguinte redação:

“CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL

(...)

(xx) Observar as medidas previstas na Política de Segurança da Informação - PSI no âmbito do Poder Executivo Municipal, constante do Decreto Rio nº 53.700, de 8 de dezembro de 2023, nos termos da Resolução CVL nº 216, de 15 de dezembro de 2023, no que tange ao



tratamento de dados pessoais em meios digitais e decorrente da execução deste Termo de Colaboração;

(xxi) Desenvolver e dar publicidade à política de privacidade própria e adequada à LGPD, sendo aplicável aos dados pessoais tratados em decorrência da execução deste Termo de Colaboração”.

Ficam acrescidas, ao Termo de Colaboração nº 001/2023, as CLÁUSULAS a seguir:

“CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA – DA PROTEÇÃO DE DADOS

O tratamento de dados deve ser realizado em conformidade com a **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 – Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD)** para as finalidades previstas na execução do presente Termo de Colaboração, cabendo à ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL as responsabilidades de Operador de Dados, enquanto à SMS, as do Controlador de Dados.

Parágrafo Primeiro: Na execução do presente Termo de Colaboração serão tratados dados pessoais e dados pessoais sensíveis conforme artigo 5º, I e II, da LGPD, se limitando ao atendimento de sua finalidade pública na persecução do interesse público, conforme art. 11º da LGPD. Além disso, poderão ser tratados dados pessoais de crianças e adolescentes, notadamente nos atendimentos pediátricos, sempre considerando seu melhor interesse, observando as regras constantes no artigo 14 da LGPD, bem como nas hipóteses de execução de políticas públicas dos artigos 23 a 30 da LGPD.

Parágrafo Segundo: Na execução do presente Termo de Colaboração, o tratamento de dados pessoais está amparado no artigo 7º, incisos II, III, IV, V, VI, VII e VIII, e o tratamento de dados pessoais sensíveis, no artigo 11, II, “a”, “b” e “f”, da LGPD. Para a finalidade deste Termo de Colaboração são dados pessoais sensíveis de saúde:

I – Os contidos no BAM (Boletim de Atendimento Médico), em especial o Código Internacional de Doenças (CID);

II – Os contidos no prontuário do paciente;

III – Os receituários, os relatórios e as prescrições.

Parágrafo Terceiro: O término do tratamento de dados pessoais se dará nas seguintes hipóteses:

I – Fim do prazo de vigência do Termo de Colaboração;



II – Superação da necessidade ou alcance da finalidade específica almejada;

III – Determinação da Autoridade Nacional de Proteção de Dados;

IV – Decisão judicial.

Parágrafo Quarto: Ocorrendo o término do Termo de Colaboração e estando concluída a devolução dos dados à SMS, a ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL deverá proceder com sua eliminação, como segue:

- a) Excluir permanentemente todas as cópias dos dados que estejam em sua posse, física ou digital, com exceção das hipóteses legais e contratuais que exijam a manutenção de determinadas informações, devendo nesse caso, ser comunicado formalmente à SMS, citando o dispositivo legal observado e o prazo de conservação;
- b) O procedimento de eliminação adotado pela ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL não poderá, em nenhuma hipótese, afetar o banco de dados da SMS, sob pena de aplicação das penalidades previstas no presente Termo e de responsabilização e ressarcimento dos danos, nos moldes do artigo 42 da LGPD.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SÉTIMA – DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

Ocorrendo o término do Termo de Colaboração, a ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL se compromete a devolver à SMS, em perfeitas condições, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, todos os dados atualizados e informações contidas no banco de dados dos prontuários médicos e quaisquer outros documentos correlatos e tratados durante a execução das atividades previstas neste Termo de Colaboração, como segue:

- a) A devolução dos dados deverá ocorrer em formato digital compatível com os sistemas de informação da SMS, garantindo a integridade, confidencialidade e autenticidade das informações;
- b) Os dados deverão ser transferidos mediante meio seguro e criptografado de acordo com as normas vigentes de segurança da informação, adotando todas as medidas de segurança necessárias para proteger os dados, sendo a ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL responsável por qualquer incidente de segurança que venha ocorrer em virtude de falha na adoção de tais medidas;
- c) Após a confirmação do recebimento do banco de dados pela SMS, a ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL se obriga a excluir permanentemente todas as cópias dos dados que estejam em sua posse, física ou digital, com exceção das hipóteses

legais que exijam a manutenção de determinadas informações, devendo nesse caso, ser comunicado formalmente à SMS, citando o dispositivo legal observado e o prazo de conservação”.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO VALOR

O valor do presente **TERMO ADITIVO** é de **R\$ 98.808.567,92** (noventa e oito milhões, oitocentos e oito mil, quinhentos e sessenta e sete reais e noventa e dois centavos), cuja composição encontra-se no ANEXO II do Plano de Trabalho, que é parte integrante do referido instrumento. Deste modo, o valor global do **TERMO DE COLABORAÇÃO** nº 001/2023, que era de R\$ 79.922.350,02 (setenta e nove milhões, novecentos e vinte e dois mil, trezentos e cinquenta reais e dois centavos), passa a ser de R\$ 178.730.917,94 (cento e setenta e oito milhões, setecentos e trinta mil, novecentos e dezessete reais e noventa e quatro centavos).

Mês 25	Mês 26	Mês 27	Mês 28	Mês 29	Mês 30
R\$ 4.117.023,66	R\$ 4.117.023,66	R\$ 4.117.023,66	R\$ 4.117.023,66	R\$ 4.117.023,66	R\$ 4.117.023,66
Mês 31	Mês 32	Mês 33	Mês 34	Mês 35	Mês 36
R\$ 4.117.023,66	R\$ 4.117.023,66	R\$ 4.117.023,66	R\$ 4.117.023,66	R\$ 4.117.023,66	R\$ 4.117.023,66
Mês 37	Mês 38	Mês 39	Mês 40	Mês 41	Mês 42
R\$ 4.117.023,66	R\$ 4.117.023,66	R\$ 4.117.023,66	R\$ 4.117.023,66	R\$ 4.117.023,66	R\$ 4.117.023,66
Mês 43	Mês 44	Mês 45	Mês 46	Mês 47	Mês 48
R\$ 4.117.023,66	R\$ 4.117.023,66	R\$ 4.117.023,66	R\$ 4.117.023,66	R\$ 4.117.023,66	R\$ 4.117.023,66

CLÁUSULA QUARTA – DA RATIFICAÇÃO

Ficam ratificadas as demais CLÁUSULAS e ANEXOS do Termo de Colaboração nº 001/2023 que não colidirem com o disposto no presente TERMO ADITIVO.

CLÁUSULA QUINTA – DO PRAZO DE VIGÊNCIA

O prazo de vigência do presente TERMO ADITIVO será de 24 (vinte quatro) meses, no período de 16/03/2025 a 15/03/2027.

CLÁUSULA SEXTA – DA RESOLUÇÃO

A resolução do presente instrumento poderá ser realizada, total ou parcialmente, a qualquer tempo, sem indenização, e independentemente de aviso ou prazo, pelo MUNICÍPIO, em razão de Chamamento Público ou formalização de Termo de Convênio não sendo obrigatório o cumprimento do prazo descrito na CLÁUSULA QUINTA, devendo ser lavrado e publicado o competente Ato de Resolução.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA DOTAÇÃO E DO EMPENHO DAS DESPESAS

As despesas correspondentes ao presente TERMO ADITIVO correrão por conta do Programa de Trabalho nº _____, Natureza de Despesa nº _____, tendo sido emitida a Nota de Empenho nº _____, no valor de R\$ _____ (_____).

CLÁUSULA OITAVA – DA PUBLICAÇÃO

Até o quinto dia útil do mês seguinte ao da 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 da Municipalidade.

Parágrafo Único: O inteiro teor deste instrumento será disponibilizado no Portal da Prefeitura do Município do Rio de Janeiro na Internet.

CLÁUSULA NONA – DO CONTROLE ORÇAMENTÁRIO E FINANCEIRO

O MUNICÍPIO providenciará a remessa de cópias do presente TERMO 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. 2º, inciso II, alínea c, item 3, da Resolução TCMRIO n.º 113, 06/11/2024.

CLÁUSULA DÉCIMA – DO FORO

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



E, por estarem justos e acertados, firmam o presente TERMO em 2 (dois) vias de igual teor e validade, juntamente com as testemunhas abaixo assinadas.

Rio de Janeiro, 14 de março de 2025.

MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

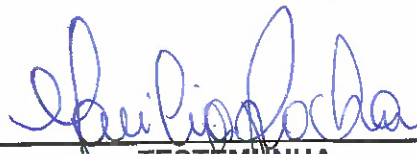


DANIEL RICARDO SORANZ PINTO
Secretário Municipal de Saúde

ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL VIVA RIO



PEDRO DANIEL STROZENBERG
Diretor Executivo



TESTEMUNHA
(Cargo, matrícula e lotação)

Marília Andrade da Rocha
Matrícula: N1427375
Coordenação Geral
Núcleo Desenv. Social
Viva Rio

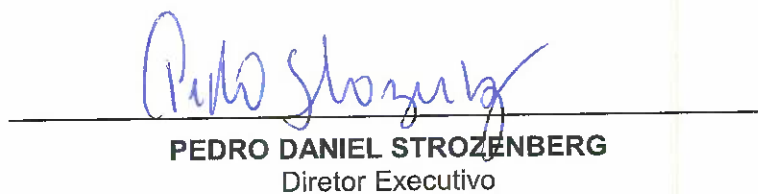
Marcos Vinícius dos S. Tavares
Coordenador II
Coordenação de Convênios
S/SUBCOORDENADOR

TESTEMUNHA
(Cargo, matrícula e lotação)

ANEXO A

Os partícipes abaixo subscritos 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, 14 de março de 2025.


DANIEL RICARDO SORANZ PINTO
Secretário Municipal de Saúde
PEDRO DANIEL STROZENBERG
Diretor Executivo

ANEXO B

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIZAÇÃO CIVIL E ADMINISTRATIVA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIZAÇÃO CIVIL E ADMINISTRATIVA, VIVA RIO, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídico – CNPJ sob nº 00.343.941/0001-28, por intermédio do seu representante legal, o Sr. **PEDRO DANIEL STROZENBERG**, portador da Carteira de identidade nº 09.038.645-9 IFP/RJ, e inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas - CPF sob nº 012.240.057-75,, **DECLARA**, 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 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 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, 14 de março de 2025.



PEDRO DANIEL STROZENBERG

Diretor Executivo



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

ANEXO C**DECLARAÇÃO DE COMPROMETIMENTO**

Na execução do presente Termo de Colaboração nº 001/2023, a Organização da Sociedade Civil (OSC) **VIVARIO** se compromete:

1) A tratar os dados pessoais e os dados pessoais sensíveis com finalidade específica de tutela da saúde, notadamente o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços prestados no âmbito do estabelecimento de saúde onde o objeto será executado, englobando as atividades assistenciais previstas no plano de trabalho, assim como as ações necessárias para sua execução como:

I - Cadastro de pacientes e visitantes da Unidade;

II - Inclusão, visualização e monitoramento dos dados de saúde em sistemas e formulários específicos;

III - Realização de exames;

IV - Marcação de consultas ambulatoriais;

V - Notificações compulsórias;

VI - Monitoramento por câmeras de segurança;

VII - Inserção de pacientes nos sistemas de regulação;

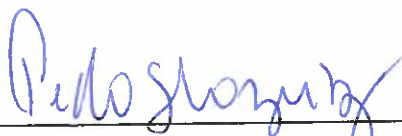
VIII - Expedição de documentos médicos por solicitação do paciente e/ou seus representantes legais e para atendimento a órgãos externos, mediante protocolos de segurança da informação;

IX - Na execução do presente instrumento, apenas os colaboradores autorizados pelas partes terão acesso aos dados pessoais tratados.

2) A compartilhar os dados com a Controladora e com terceiros cujo compartilhamento estiver previsto por lei. A compartilhar dados nas demais situações somente quando a motivação esteja relacionada ao objeto do contrato, ou mediante autorização expressa da Secretaria Municipal de Saúde.

3) A comunicar à SMS, em até 24 (vinte e quatro) horas, a ocorrência de qualquer incidente de segurança, acessos não autorizados, situações acidentais ou ilícitas dos dados pessoais que possam vir causar risco ou dano relevante aos Titulares de Dados Pessoais, conforme preceitua artigo 15, V, do Decreto Rio nº 54.984 de 21 de agosto de 2024, bem como prestar informações relevantes à SMS quando esta tiver a obrigação legal de comunicação à ANPD ou Titular, nos moldes do artigo 48, § 1º, LGPD.

Rio de Janeiro, 14 de março de 2025.



PEDRO DANIEL STROZENBERG
Diretor Executivo

ANEXO I

PLANO DE TRABALHO

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) APS 2.1 E 2.2 E INSTITUTO MUNICIPAL PHILIPPE PINEL

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SUBSECRETARIA DE PROMOÇÃO, ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

PLANO DE TRABALHO VISA O GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO, EXECUÇÃO E FORTALECIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL 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 2.1 e 2.2 e do INSTITUTO MUNICIPAL PHILIPPE PINEL, do Município do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro.

Proponente: Secretaria Municipal de Saúde

Área responsável pela elaboração do Projeto Básico: Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde / Superintendência de Saúde Mental / Instituto Municipal Philippe Pinel

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.

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.

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 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, unidades de Urgência e Emergência e os recursos intersetoriais e comunitários.

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 condições de saúde mental e em sofrimentos psíquico, em suas diversas questões, gravidades e singularidades. A direção de trabalho em todos os serviços que compõem a RAPS é de um modelo de atenção aberto, de base comunitária e territorial.

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;
- 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;
- 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;
- cuidado singularizado, da lógica do caso a caso, com a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) para cada pessoa em tratamento nos serviços.

O funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) deve 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.

O Instituto Municipal Philippe Pinel tem suas origens em 1937 como Instituto de Neurosífilis do Hospício Pedro II, o primeiro hospício do Brasil cuja fundação data de 1852. Desde a época de sua inauguração, passou por vários processos de transformação que se intensificaram a partir do convênio de municipalização em julho de 1996. No processo de desconstrução do aparato manicomial e reformulação de serviços, contribuiu com a implantação do CAPSi III Mauricio de Souza e CAPS III Franco Basaglia, bem como a organização de atividades de reabilitação psicossocial, através das seguintes iniciativas: Tv Pinel, Papel Pinel, Cooperativa da Praia Vermelha e Ponto de Cultura Tá Pirando Pirado Pirou que tradicionalmente realiza seus desfiles de carnaval na av Venceslau Brás, na urca. O instituto ainda conta com 45 leitos de internação e 06 leitos de observação na emergência psiquiátrica.

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 parceira 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, incluindo as Equipes Multiprofissionais e Consultórios na Rua, o 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. A inclusão de profissionais para o acompanhamento terapêutico no território é um 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.

A 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 40 CAPS, sendo: 7 CAPS II, 12 CAPS III, 8 CAPSi II, 3 CAPSi III, 3 CAPSad II, 7 CAPSad III. Destes, 2 CAPS são de outras esferas de governo (CAPSi II CARIM-federal, CAPS II UERJ - estadual), com índice de cobertura de CAPS atualmente é de 0,82 por 100.000 hab., sendo considerada boa cobertura. 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.

Em um mundo em transformação, especialmente a partir da pandemia de COVID-19, 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 em especial para usuários em vulnerabilidade biopsicossocial, 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 usuários, estejam eles em sofrimento mental ou não. Os Centros de Convivência e Cultura são

dispositivos comunitários e abertos que integram 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 na promoção da cidadania, inserção social e acesso a bens culturais.

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. Para tanto, é necessário apoiar e subsidiar as redes locais de saúde para ampliar o acesso do usuário ao atendimento multiprofissional 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 e a necessidade de assistência em saúde mental para média complexidade psicossocial

Considerando a revogação da Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que previa Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental/Unidades Ambulatoriais Especializadas – Equipe Multiprofissional, foi realizada adequação dos processos de trabalho e dimensionamento da equipe para parametrização de acordo com o previsto na portaria MS/GM 635 de 2023, considerando ser este o marco normativo vigente para as equipes multiprofissionais.

Foram ainda realizadas adequações no porte e no dimensionamento dos recursos humanos dos serviços previstos nesta prorrogação, para ajuste conforme as necessidades identificadas durante a execução do Termo de colaboração, com detalhamento no item 4 - abrangência e no item 9 - custos. Também foram ajustados os indicadores assistenciais, visando uma melhor avaliação das ações em saúde

Tratam-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 específicas, 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 através da reorientação do sistema de saúde para que a sua 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, EXECUÇÃO E FORTALECIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL** 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 2.1 e 2.2 e do INSTITUTO MUNICIPAL PHILIPPE PINEL, 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 usuários das APs 2.1 e 2.2 do município do Rio de Janeiro, no âmbito dos equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial, com a gestão integral do **CAPSi Maurício de Sousa, CAPS III Franco Basaglia, CAPSad II Heleno de Freitas, Equipe Multiprofissional e Centro de Convivência e Cultura (CECCO)**, e o fortalecimento das ações de atenção à crise e ações territoriais do **CAPSad II Mané Garrincha**, através do reforço das equipes e do apoio e operacionalização dos serviços complementares para o acolhimento às crises e ações territoriais, bem como o fortalecimento das ações de assistência do **Instituto Municipal Philippe Pinel**, e a **implantação de um CAPS III na AP 2.2**, conforme detalhamento no “item 6 – Das atividades” neste Plano de Trabalho, com as seguintes adequações:

- 1) Adequação dos recursos humanos do CAPSad III previsto para a AP 2.1 para a execução como CAPSad II, considerando que não foi possível a expansão de espaço para garantir o funcionamento 24h por dia, com leitos de acolhimento.
- 2) Adequação dos recursos humanos do Centro de Convivência para a execução nas 24h por dia, 7 dias por semana, visando a promoção de convivência, resgate da cidadania, inclusão, e cuidado a pessoas em grave vulnerabilidade biopsicossocial de forma contínua;
- 3) Adequação dos recursos humanos da Equipe Multiprofissional, considerando a revogação da portaria MS/GM 3.588/2017, para composição semelhante à prevista na portaria MS/GM 635 de 2023 por ser este o marco normativo vigente para as equipes multiprofissionais, bem como a supressão de uma das duas equipes multiprofissionais previstas no termo de colaboração;
- 4) Adequação dos recursos humanos do CAPS III, para adequar às necessidades de funcionamento do serviço;

- 5) Adequação dos recursos humanos do fortalecimento do Instituto Phillippe Pinel e CAPSad Mané Garrincha, considerando que ao longo da execução do termo houve um aumento da necessidade de quadros para compor as escalas e garantir o funcionamento adequado do serviço conforme a complexidade das ações de cuidado.

4. ABRANGÊNCIA

O presente Termo de colaboração tem como abrangência as áreas de planejamento AP 2.1 e AP 2.2

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 2.1 e 2.2 do Município do Rio de Janeiro, além de ações de fortalecimento de recursos humanos referente ao Instituto Philippe Pinel.

A parceria objeto deste Plano de Trabalho abrange a contratação de recursos humanos para o Instituto Philippe Pinel, bem como a contratação de recursos humanos e 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 para as unidades CAPS, CECCO, Equipe Multiprofissional, além de ações de apoio para o CAPS ad II Mané Garrincha.

As unidades previstas neste termo de colaboração são:

Unidade	AP
CAPSi III Mauricio de Sousa	AP 2.1
CAPSad II Heleno de Freitas	AP 2.1
CAPS III Franco Basaglia	AP 2.1
IM Philipe Pinel (Fortalecimento das ações de atendimento na emergência psiquiátrica e nas enfermarias)	AP 2.1
Equipe Multiprofissional	AP 2.2
CAPS III (a implantar)	AP 2.2
CAPSad II Mané Garrincha (Fortalecimento das ações territoriais e de acompanhamento a crise)	AP 2.2
CAPSi Tijuca	AP 2.2
CECCO	AP 2.2

4.1. Prevalência das condições de saúde mental na população geral

As condições de saúde mental e as necessidades decorrentes do uso de álcool e/ou 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 e representam altos custos econômicos e estão associadas à violação de direitos humanos.

Dados do Ministério da Saúde apontam que 3% da população geral brasileira sofrem 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. 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 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 de crack 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

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

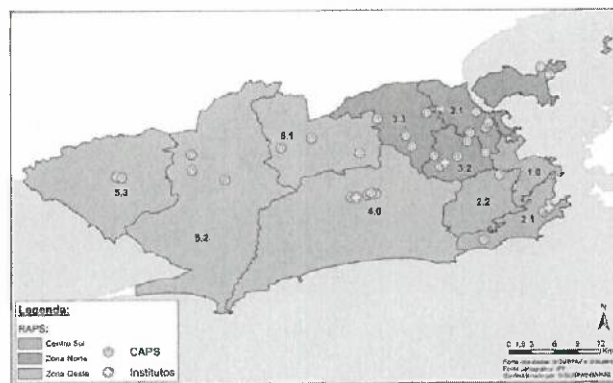
aproximadamente 91 meses (cerca de oito anos), enquanto nos demais municípios esse tempo foi de 59 meses (5 anos). Mais da metade dos usuários têm padrão de consumo diário. Quando consideradas as diferenças entre os gêneros, nota-se que os homens usam crack por tempo mais prolongado, em média por 83,9 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.

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 2.1. e 2.2, articulando parcialmente a RAPS Centro-Sul.

5. PRODUTO

Em decorrência da execução do objeto, espera-se, como resultado do aumento da cobertura de 0,82 para 0,84 por 100 mil habitantes pelos CAPS, que as pessoas com sofrimento ou condição de saúde 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 as Equipes Multiprofissionais, 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. Também devem auxiliar na organização de fluxos de atenção psicossocial relacionados à abordagem orientada às violências doméstica, racial, 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 Equipes Multiprofissionais 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 de atendimentos.

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, para usuários em vulnerabilidade biopsicossocial, 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.

Espera-se através do fortalecimento das equipes de emergência e internação do IMPP, a qualificação do cuidado através com os serviços da rede comunitária, e a redução dos tempos médios de permanência.

6. 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. 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) 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.

A Raps é composta por seis componentes. 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), equipes multiprofissionais (e-Multi) que substituíram os NASF, Equipes de Consultório na Rua (eCR) e Centros de Convivência (CECCO);

- Componente da atenção especializada é constituído pelos Centros de Atenção Psicossocial;

Para a atuação das Equipes Multiprofissionais do presente termo de colaboração, a primeira linha de ação é o mapeamento das demandas junto ao matriciamento, ao CAPS e as unidades de atenção primária, para o desenho de organização de fluxos 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)

O atendimento comunitário e de base territorial tem ênfase nas seguintes premissas:

- Atuação de forma articulada com a Atenção Primária em Saúde e com outros dispositivos que compõem a RAPS;

- Estabelecimento de mecanismos de cuidado compartilhado, pactuados entre os demais pontos de atenção necessários à atenção do usuário;

Implementar essas estratégias objetiva a implementação da RAPS, com capacidade e suficiência para atender às demandas de saúde da população dos territórios, considerando a universalização das políticas estruturantes do SUS, e sua articulação no espaço regional de maneira funcional.

Atividades e ações a serem desenvolvidas pelos serviços da RAPS

Espera-se das equipes dos CAPS, do CECCOs e das Equipes Multiprofissionais, 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 necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas;
- Trabalho territorial: Todos os profissionais da equipe técnica do CAPS, das Equipes Multiprofissionais 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.
- 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, Equipe Multiprofissional 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;
- 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 a essas ações, e ao resultado, conforme previsto no termo de colaboração, pretende-se que as pessoas com condições de saúde mental, em situação de vulnerabilidade biopsicossocial 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 cuidados oriundos do sofrimento psíquico com que convivem, precisam ter cuidado longitudinais e integrais à sua saúde.

As equipes dos dispositivos de saúde mental da presente proposta técnica: CAPS III, CAPSad II ; CAPSI II e III, CECCOS, Equipe Multiprofissional 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. Para tanto, os CAPS deverão contar com uma sala de cuidados clínicos bem estruturada, conforme previsto nas portarias sobre os espaços no CAPS, 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. as unidades devem contar com recursos para o trabalho territorial como Cartão de Passagens 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.

Os CAPS e Equipe Multiprofissional deverão manter agenda regular de matriciamento de equipe de atenção primária, conforme planejamento elaborado em conjunto pela S/SUBPAV/SSM e a S/SUBPAV/CAP. O matriciamento da atenção primária pelos CAPS e pelas Equipes Multiprofissionais 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.

Quanto ao 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;

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 participação dos trabalhadores dos serviços de saúde mental 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 (CECCO)

A convivência como um dispositivo. O CECCO 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. 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.

O CECCO deve estar articulado com toda a rede de serviços RAPS e também promover a articulação intersetorial, a partir do que trazem também os usuários e o próprio território, nesse sentido, deve se articular com os outros dispositivos 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 Multiprofissionais de Saúde Mental

As Equipes Multiprofissionais devem 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.

As Equipes Multiprofissionais 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.

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 território, devem 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 Equipes Multiprofissionais 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.

Redução de danos e a clínica de usuários de álcool e/ou outras drogas

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.

Atualmente, a atenção à saúde dos usuários de substâncias psicoativas é norteadas 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.

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. 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 necessidade 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 precisam ficar afastadas do convívio social. (UNICEF, 2021). Nesse

sentido, cabe também às equipes da RAPS e em especial do CAPSi construir ações intersetoriais potentes que possam criar novas estratégias de cuidado nessa área.

Os serviços de saúde mental infanto-juvenis, 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 pessoas, 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).

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

Comissões de Revisão de Prontuário

As Equipes Multiprofissionais, os CAPS e o IMPP deverão funcionar com o Prontuário Carioca de Saúde Mental (prontuário eletrônico), numeração do prontuário pelo número do CPF do paciente e 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 informações, 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 Multiprofissional 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.

Comissão de Ética em Enfermagem

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.

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 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 CECCO, 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.

As atividades a serem desempenhadas nos equipamentos que compõem a REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL correspondem ao fortalecimento das ações da rede de atenção psicossocial e o 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
CAPSi III Mauricio de Sousa - AP 2.1	CAPSi III	24h nos 7 dias da semana	5
CAPSad II Heleno de Freitas - AP 2.1	CAPSad II	2 a 6a de 8:00 às 17:00h	-
CAPS III Franco Basaglia - AP 2.1	CAPS III	24h nos 7 dias da semana	9
CAPSad II Mané Garrincha - AP 2.2	CAPSad II	2 a 6a de 8:00 às 17:00h	-
CAPS III (a implantar) - AP 2.2	CAPS III	24h nos 7 dias da semana	10
CAPSi II Tijuca - AP 2.2	CAPSi II	2 a 6a de 8:00 às 17:00h	-
Equipe Multiprofissional - AP 2.2	Equipe Multiprofissional	2 a 6a de 8:00 às 17:00h	-
Centro de Convivência - AP 2.2	CECCO	24h nos 7 dias da semana	-
IMPP (fortalecimento do atendimento de emergência em saúde mental)	IMPP	24h nos 7 dias da semana	-

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

Serão contratados os **serviços** necessários às atividades assistenciais conforme o perfil de cada unidade, como por exemplo: alimentação; coleta residuo infectante; controle de vetores; concessionárias de água e energia elétrica; gases medicinais; lavanderia; limpeza; link de dados; locação de computadores; locação de impressoras; manutenção predial; material de escritório, material para oficinas terapêuticas, monitoramento por câmeras; controladores de acesso; telefonia fixa; telefonia móvel; a adequação da estrutura das unidades, a aquisição de insumos médico-hospitalares, incluindo adaptações da estrutura física, aquisição de material permanente e insumos, confecção de crachás de identificação, sistemas de informação e programação visual das Unidades, entre outros

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 CAPS e CECCO, 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 os recursos humanos e demais recursos de apoio necessários para a atuação das **Equipes Multiprofissionais de Saúde Mental**, 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 móvel adequados para as Equipes Multiprofissionais de Saúde Mental.

Em seu aspecto de reabilitação psicossocial pela geração de trabalho e renda, o presente termo também tem como objeto a concessão de bolsas de auxílio à Reabilitação Psicossocial pelo Trabalho a ser

concedida a usuários que estejam em acompanhamento pela Rede de Atenção Psicossocial do Rio de Janeiro, e a estruturação de equipe de apoio para iniciativas de cuidado entre pares.

Os CAPSad II Mané Garrincha, para o qual este termo de colaboração prevê o fortalecimento das ações de atenção à crise no território necessitam do incremento da equipe para ter equipes equivalentes aos dos outros CAPSad II, bem como a contratação de serviços complementares para o fortalecimento pretendido, tais como viatura com motorista e riocard para ações territoriais, conectividade e locação de computadores e impressoras para implementação de prontuário eletrônico, entre outros necessários ao funcionamento dos serviços, e materiais para oficinas.

A RAPS configura-se como uma rede de serviços e ações que se organizam de maneira ordenada dentro do SUS, criando possíveis caminhos para o usuário, envolvendo, segundo Desviat (2018), comunicação, apoio e acompanhamento. A RAPS atua desde a Atenção Primária, por meio de ações de promoção e prevenção no campo da Saúde Mental, realizadas na Unidade Básica de Saúde, nas equipes multiprofissionais, no Consultório de Rua e nos Centros de Convivência e Cultura. Na atenção especializada, existem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), considerando as populações específicas, como o CAPSi e o CAPSAD, e os Serviços Residencial de Caráter Transitório, como as UAA, e os Serviços Residenciais Terapêuticos.

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, 23 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 e SRTs; os Centros de Convivência e Cultura; as equipes de apoio como as equipes multiprofissionais de saúde mental; as equipes de reabilitação psicossocial; bem como como as 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.

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.

As Equipes Multiprofissionais têm como atribuição: prestar atenção multiprofissional, 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. Nessa direção, 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.

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.

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.

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, a Equipe Multiprofissional, 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.

As Equipes Multiprofissionais em Saúde Mental atendem 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 Equipe Multiprofissional 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 e coletivo 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 Equipe Multiprofissional 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, 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.

- Ações de acolhimento: Espera-se das equipes dos CAPS e das Equipes Multiprofissionais 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 Equipes Multiprofissionais 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 Equipes Multiprofissionais deverão manter agenda regular de matriciamento de equipe de atenção primária, conforme planejamento elaborado em conjunto pela S/SUBPAV/SSM e a S/SUBPAV/CAP. O matriciamento da atenção primária pelos CAPS e pelas Equipes Multiprofissionais deverão 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;
- 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;
 - e. 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 possibilidades 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 Equipes Multiprofissionais 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. 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 Equipes Multiprofissionais 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, Equipe Multiprofissional 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, Equipe Multiprofissional 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 Equipes Multiprofissionais poderão ser alteradas mediante justificativa registrada no projeto terapêutico dos usuários.

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.

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.

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 nas 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.

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.

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:

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.

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

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.

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.

Transporte

Também são previstos recursos necessários para o trabalho territorial dos dispositivos de Saúde Mental: cartão de passagem 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.

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 instrumento.
- 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 Painel 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 conterá:

- 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-financeiros;
- 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 perdem 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 instrumento, conforme previsto em cronograma de desembolso.

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-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.

7.21. 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.

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

7.23. 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.

7.23.1. 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	80
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 0,7
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	20
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 2
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	30
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	TABNET/ PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	12
MATRICIAMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS (03.01.08.039-9) REGISTRADOS NO BPA	TABNET/ PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	8

• CAPSi III

AÇÃO	FONTE DE DADOS	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	120
ATENDIMENTO DE FAMILIAR OU DA REDE DE APOIO	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS A (03.01.08.020-8 OU 03.01.08.022-4) REGISTRADOS NA RAAS	TABNET/ PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	Nº de pacientes x 0,7
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	30
ACOLHIMENTO DE 1ª VEZ	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS (03.01.08.023-2) REGISTRADOS NO BPA-I	TABNET/ PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	26
ACOLHIMENTO NOTURNO	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS (03.01.08.002-0) REGISTRADOS NA RAAS	TABNET/ PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	Nº de leitos x 30 x 0,3
ATIVIDADE DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO	RELATÓRIO DESCRITIVO DA UNIDADE	RELATÓRIO DESCRITIVO DA UNIDADE	Nº DE PACIENTES EM ABRIGO OU UNIDADE DO DEGASE X 2
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	36

acompanhamento domiciliar	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS (03.01.08.024-0) REGISTRADOS NA RAAS	TABNET/ PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	26
matriciamento de equipes da atenção primária	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS (03.01.08.030-5) REGISTRADOS NO BPA-C	TABNET/ PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	20
matriciamento de urgência e emergência	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS (03.01.08.039-9) REGISTRADOS NO BPA-C	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	160
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 0,5
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	48
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 2
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	64
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	26
matriciamento de urgência e emergência	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS (03.01.08.039-9) REGISTRADOS NO BPA-C	TABNET/PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	20

• CAPSad II

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	120
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 0,3
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	20
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 DESIPE)	RELATÓRIO DESCRITIVO DA UNIDADE	Nº DE PACIENTES EM ABRIGO OU UNIDADE DO DESIPE X 2
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	30

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	16
MATRICIAMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS (03.01.08.039-9) REGISTRADOS NO BPA-C	TABNET/ PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	12

● CAPSad III

AÇÃO	DESCRIÇÃO	FONTE	Nº DE AÇÕES REGISTRADAS (MENSALMENTE)
ATENDIMENTO INDIVIDUAL	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS A (03.01.08.020-8 OU 03.01.08.022-4) REGISTRADOS NA RAAS	TABNET/ PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	160
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 0,3
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	48
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 2
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	64
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	26
MATRICIAMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	NÚMERO DE PROCEDIMENTOS (03.01.08.039-9) REGISTRADOS NO BPA-C	TABNET/ PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	20

● Equipe Multiprofissional

AÇÃO	DESCRIÇÃO	FONTE	Nº DE AÇÕES REGISTRADAS (MENSALMENTE)
ATENDIMENTO INDIVIDUAL	REGISTROS DE TODAS AS TIPOLOGIAS DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL NO PCSM	PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	50
ATENDIMENTO DE FAMILIAR OU DA REDE DE APOIO	REGISTRO DE ATENDIMENTO FAMILIAR OU GRUPO DE CUIDADORES/FAMILIARES NO PCSM	PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	40
ATIVIDADE COLETIVA/ ATENDIMENTO EM GRUPO	REGISTRO DE ATENDIMENTO EM GRUPO NO PCSM	PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	100
ATIVIDADE TERRITORIAL OU ARTICULAÇÃO NA REDE	REGISTRO DE ARTICULAÇÃO DE REDE NO PCSM	PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	20
ATENDIMENTO DOMICILIAR	REGISTRO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR NO PCSM	PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	20
MATRICIAMENTO DE EQUIPES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA	REGISTRO DE MATRICIAMENTO POR USUÁRIO DE EQUIPES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO PCSM	PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	20

● CENTRO DE CONVIVÊNCIA

AÇÃO	DESCRIÇÃO	FONTE	Nº DE AÇÕES REGISTRADAS (MENSALMENTE)
REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES COLETIVAS	NÚMERO ABSOLUTO DE ATIVIDADES COLETIVAS REGISTRADAS	RELATÓRIO/ PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	50
AÇÕES DE ARTICULAÇÃO DE REDE	NÚMERO ABSOLUTO DE AÇÕES DE ARTICULAÇÃO DE REDE	RELATÓRIO/ PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	10

7.23.2. 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 CGCCA, a Organização da Sociedade Civil deverá acompanhar os relatórios de glosas durante o processamento da produção emitidos na página da CGCCA (<https://saude.prefeitura.rio/contratualizacao/>) na área do SIA.

Após o processamento do faturamento, a Organização da Sociedade Civil deverá acompanhar os relatórios de glosas após o processamento da produção emitidos na página da CGCCA (<https://saude.prefeitura.rio/contratualizacao/>) 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 da Sociedade Civil 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://tabnet.rio.rj.gov.br/>.

7.24. 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. Cabe à instituição parceira o apoio, proporcionando toda a infraestrutura necessária à sua operacionalização, garantindo que seja realizada com regularidade. 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, apurados também a partir da colaboração da instituição parceira: 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.

7.25. Desenvolvimento de atividades de Educação Permanente

A OSC deverá oferecer treinamentos operacionais e técnicos, para todos os trabalhadores das unidades da Rede de Atenção Psicossocial, de acordo com as demandas da S/SUBPAV/SSM.

7.26. Tecnologia da Informação

A OSC deverá participar da implantação e manutenção dos sistemas de informação adotados pela SMS, incluindo CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde; 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 OSC deve ter todos os postos de trabalho informatizados, com conectividade e Prontuário Eletrônico em funcionamento. A OSC parceira deverá prover as unidades sob sua gestão: suporte em tecnologia da informação (TI) e treinamento às equipes para utilização de todos os sistemas de informação em saúde supracitados.

A OSC parceira 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 garantia de conectividade e servidores locais, assim como, 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/SUBPAV/SSM devem ser preferencialmente preenchidos e impressos a partir do prontuário eletrônico, salvo impossibilidade de adequação do sistema;

A OSC parceira deve disponibilizar serviços, infraestrutura e treinamento para correta utilização de todos os sistemas de informação em saúde. Assegurando o desenvolvimento das atividades da rede de atenção psicossocial do município, no que tange aos registros de dados de atendimento dos serviços e atualização do 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 de 300Mbps (download) e mínimo de 100Mbps (upload);
- Disponibilização e manutenção de servidores de rede, aplicação e banco de dados;
- Disponibilização de equipamentos de informática em adequado funcionamento 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 demais sistemas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde/DATASUS.

7.26.1. SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

O CNES foi instituído pela Portaria MS/SAS 376, de 03/10/2000, publicada em 04/10/2000. Todos os estabelecimentos de saúde instalados em território nacional deverão ser cadastrados. A OSC deverá manter todos os módulos do CNES atualizados mensalmente junto a Coordenadoria Geral de Controle, Avaliação,

Contratualização e Auditoria (CGCCA) 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 OSC 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 S/SUBPAV/SSM, determinar as demais atribuições em relação a este sistema de informação, podendo ficar sob responsabilidade da OSC a inclusão, bem como a atualização de todos os profissionais no SCNES.

7.26.2. 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, dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e Unidade de Acolhimento Adulto vinculados a estas unidades 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 OSC 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 OSC 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. Destacamos que mesmo os CAPS não efetivamente habilitados ainda deverão realizar o registro das informações e faturamento da mesma maneira que os demais.

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 90% da produção apresentada em cada competência.

7.26.3. 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.

7.26.4. 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.

7.26.5. 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.

7.26.6. 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 instrumento 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 processo como adendo.

7.27. 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.

7.28. 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.

7.29. 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.

7.30. 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 instrumento, 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.

INDICADOR	AÇÃO	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	FONTE	PERIODICIDADE DA AVALIAÇÃO	META	OBSERVAÇÃO
1	Avaliar a qualidade dos serviços prestados e contratualizados pela OSC	Proporção de serviços prestados com avaliação de boa qualidade pelos gestores	(N) Nº de serviços prestados adequadamente e avaliados com boa qualidade pelo gestor no período de análise x 100	Declaração do Gestor (conforme formulário padronizado)	Trimestral	≥ 95%	O documento de declaração comprobatória deve conter nome e CNES da unidade, mês de avaliação, nome e matrícula do gestor responsável pela unidade, campo aberto para comentários deste sobre a qualidade dos serviços, assim como campo para assinatura.
			(D) Nº total de serviços prestados para todas as unidades do Termo de Colaboração				
2	Avaliar a rotatividade (turnover) dos profissionais do Termo de Colaboração	Rotatividade dos profissionais nas equipes dos dispositivos de saúde mental	(N) (Nº de profissionais admitidos + Nº de profissionais substituídos) /2 x 100	CNES	Trimestral	≤15%	Consideram-se os profissionais das equipes e unidades executadas no Termo de Colaboração. Para substituições consideram-se demissões, transferências para outros Termos de Colaboração ou Contrato de Gestão e substituições por licenças.
			(D) Nº total de profissionais do Termo de Colaboração ativos no período				O cálculo deve ser realizado a partir da planilha de RH da OSC.
3	Verificar a informatização dos postos de trabalho das unidades e equipes multiprofissionais	Proporção de postos de trabalho informatizados	(N) Número de postos de trabalho informatizados x 100	Declaração do Gestor (conforme formulário padronizado)	Trimestral	≥ 80	O documento de declaração comprobatória deve conter o nome e CNES da unidade, data da avaliação, nome do gestor responsável pela unidade de saúde e matrícula, campo aberto para
			(D) Número de postos de trabalho informatizados previstos				

			conforme a estrutura das unidades				comentários do diretor da unidade.
4	Monitorar o abastecimento regular das unidades	Proporção de unidades com declaração que estão regularmente abastecidas pelo gestor	(N) Nº de unidades com declarações de abastecimento adequado pelo gestor x 100 (D) Nº de unidades do Termo de Colaboração	Declaração do Gestor (conforme formulário padronizado)	Trimestral	≥ 95%	O documento de declaração comprobatória deve conter o nome e CNES da unidade, data da avaliação, nome do gestor responsável pela unidade de saúde e sua matrícula, campo aberto para comentários do diretor da unidade.
5	Acompanhar a realização de treinamentos dos profissionais admitidos dentro do período estipulado	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 (D) Total de profissionais contratados no período	Lista de Presença nos treinamentos	Trimestral	≥ 95%	É necessário que seja apresentada a lista de presença dos treinamentos com registros legíveis para identificação dos profissionais incluindo a data de contratação, preferencialmente em formato csv. Para avaliar o denominador é necessário a planilha de RH.
6	Garantir a execução e manutenção das Comissões de Revisão de Prontuários	Proporção de Unidades de Saúde Mental com Comissões de Revisão de Prontuário (CRP) mantidas	(N) Nº de unidades com comissões de prontuário em atividade mensal x 100 (D) Nº de unidades do termo de colaboração	Prontuário Eletrônico (PCSM)	Trimestral (A partir do 4º mês do início do TC ou do funcionamento da unidade, em caso de unidades implantadas)	≥ 95%	O prontuário permite ao diretor registrar em campo devido a CRP. Mínimo de reuniões para ser considerada ativa é de 01 (uma) reunião mensal.
7	Acompanhar o cadastro e atualização no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)	Proporção de profissionais de saúde cadastrados tanto no PCSM quanto no CNES	(N) Nº de profissionais cadastrados no Prontuário Carioca de Saúde Mental, das unidades e equipes do Termo de Colaboração com correspondência ao CNES x 100 (D) Nº total de profissionais do Termo de Colaboração ativos no período	Prontuário Eletrônico (PCSM) 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 CNES. Para o numerador deve-se considerar correspondência na base local do CNES com o PCSM. Mensalmente, a OSC deve atualizar toda a base do SCNES enviada ao DATASUS. Para avaliar o denominador é necessário a planilha de RH.
8	Monitorar a produção ambulatorial nos	Proporção de aprovação da produção do	(N) Nº de produção aprovada no	TABNET Municipal	Trimestral	≥ 90%	O indicador visa medir a percentagem de produção aprovada diante de toda a

	sistemas de registro oficial do DATASUS (BPA e RAAS)	trimestre anterior	TABNET x 100				produção apresentada pela unidade ao Sistema de Informação Ambulatorial do Município.
			(D) Nº de produção apresentada no TABNET				

Quadro de indicadores da PARTE VARIÁVEL 01 – Incentivo Institucional à Gestão da RAPS

Estes indicadores deverão ser disponibilizados através de um painel em um Sistema de Informação online pela entidade parceira a S/SUBPAV/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 na destinação do total de 2% dos recursos orçamentários pré-definidos à entidade parceira, desde que 100% das equipes sejam iguais ou superiores à 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 na 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 terceiro e quarto ano de instrumento é de R\$16.500/trimestre para CAPS III, R\$9.000/trimestre para CAPS II, e R\$3.300/trimestre para Equipe Multiprofissional.

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 INSTRUMENTO (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	Ampliar as atividades coletivas e territoriais	Proporção de atendimentos individuais registrados no	(N) Nº de procedimentos atendimento Individual (03.01.08.020-8) registrado na RAAS x 100	TABNET Municipal e Prontuário Eletrônico (PCSM)	Trimestral	≤ 20%	É orientado realizar a extração dos dados preferencialmente por meio do Prontuário Carioca de Saúde Mental (PCSM), vide o tempo de processamento da plataforma do TABNET Municipal.
		RAAS	(D) Total de procedimentos apresentados pela unidade no SIA no período				
2	Atualizar os cadastros dos usuários vide a	Proporção de preenchimento dos	(N) Nº de cadastros com preenchimento	Prontuário Eletrônico	Trimestral	≥ 95%	Para análise da completude foram

	importância da completude para qualificação da informação sociodemográfica dos usuários da RAPS	campos gênero, situação de moradia e renda no Prontuário Eletrônico	dos campos gênero, situação de moradia e renda preenchidos no Prontuário Eletrônico x 100 (D) Nº de usuários com cadastro ativo no CAPS no período	(PCSM)			selecionadas as variáveis cadastrais de gênero, situação de moradia e renda. Para o cálculo desse indicador é orientado realizar a extração dos dados por meio do Prontuário Carloca de Saúde Mental (PCSM).
3	Monitorar o registro deste tipo de trabalho e reforçar a importância da rede de apoio e da rede familiar dos usuários acompanhados	Proporção de atendimento às famílias e/ou rede de apoio	(N) Nº de procedimentos (03.01.08.022-4) registrados na RAAS no mês de referência x 100 (D) Nº de usuários com cadastro ativo no CAPS no período	TABNET e Prontuário Eletrônico (PCSM)	Trimestral	≥ 40%	Considera-se que as atividades de acompanhamento de rede de apoio e/ou familiares sejam registradas através deste procedimento, considerando tanto os atendimentos individuais quanto os coletivos, e que haja um incentivo para este trabalho entre a equipe.
4	Fomentar as 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 (PCSM)	Trimestral	≥ 80%	Considera-se os usuários em instituições totais como hospitais de custódia, acolhidos em unidades da Assistência Social, cumprindo medidas socioeducativas no DEGASE ou privados de liberdade em unidades do DESIPE.
5	Monitorar o registro de internações psiquiátricas realizadas na RAPS	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 (PCSM)	Trimestral	≤ 0,5%	É necessário considerar apenas a variável internação psiquiátrica, seja ela encaminhada pelo CAPS ou não (uma vez que ambas devem estar registradas nas movimentações do prontuário do usuário, caso ocorram).
6	Ampliar o apoio matricial às unidades de Atenção Primária em Saúde (APS)	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	Prontuário Eletrônico (PCSM)	Trimestral	≥ 60%	É necessário considerar as informações providenciadas no plano de matriciamento da área segundo ofício elaborado pela Superintendência de Saúde Mental.
7	Monitorar o registro de acompanhamento do usuário no Prontuário Eletrônico	Proporção de usuários em status de busca ativa por ausência de novas	(N) Nº de usuários com status de busca ativa por ausência de novas evoluções no Prontuário Eletrônico x 100	Prontuário Eletrônico (PCSM)	Trimestral	≤ 25%	São considerados usuários com status em busca ativa pelo Prontuário Eletrônico aqueles que não tiveram

		evoluções no Prontuário Eletrônico	(D) Nº de usuários com cadastro ativo no CAPS no período				nenhuma nova evolução nos últimos 30 dias.
--	--	---------------------------------------	--	--	--	--	---

• Equipe Multiprofissional

INDICADOR	AÇÃO	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	FONTE	PERIODICIDADE DA AVALIAÇÃO	META
1	INCENTIVAR E AMPLIAR AS ATIVIDADES COLETIVAS E TERRITORIAIS	PROPORÇÃO DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL POR EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	(N) NÚMERO DE ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS APRESENTADOS x 100 (D) NÚMERO TOTAL DE ATENDIMENTOS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	TABNET MUNICIPAL / PRONTUÁRIO ELETRÔNICO (PCSM)	MENSAL	< 30%
2	MONITORAR O REGISTRO DESTE TIPO DE TRABALHO PARA REFORÇAR A IMPORTÂNCIA DA REDE DE APOIO E DA REDE FAMILIAR DOS USUÁRIOS ACOMPANHADOS	TAXA DE ATENDIMENTO FAMILIAR OU DA REDE DE APOIO POR EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	(N) Nº USUÁRIOS COM ATENDIMENTO ÀS FAMÍLIAS E/OU REDE DE APOIO x 100 (D) NÚMERO DE USUÁRIOS ACOMPANHADOS	TABNET MUNICIPAL / PRONTUÁRIO ELETRÔNICO (PCSM)	MENSAL	> 30%
3	MONITORAR O REGISTRO DE ACOMPANHAMENTO DO USUÁRIO NO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	TAXA DE BUSCA ATIVA POR EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	(N) Nº DE USUÁRIOS COM STATUS DE BUSCA ATIVA x 100 (D) Nº DE USUÁRIOS COM CADASTRO ATIVO	PRONTUÁRIO ELETRÔNICO (PCSM)	MENSAL	< 15%

CONTRATUALIZAÇÃO DOS INCENTIVOS FINANCEIROS COM A UNIDADE DE SAÚDE (Parte Variável 02)

A definição das metas, a partir do 2º ano de parceria com a 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 unidade.

A OSC deverá garantir que a unidade elabore 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 OSC deverá garantir que a unidade de saúde colabore 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 atualização das metas, a partir do 2º ano de parceria com as OSC, depende da pactuação efetuada pela SSM e deverá levar em consideração o comportamento dos indicadores na própria unidade. A avaliação do desempenho dos profissionais será realizada por indicadores que compõem o grupo para a PARTE VARIÁVEL 03, conforme os quadros abaixo.

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 ser apresentado um relatório contendo os resultados de 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 e Equipe Multiprofissional. Para os Grupos de Ação dos CAPS, CAPSad e CAPSi os dados devem ser informados mensalmente e a análise trimestralmente; para os Grupos de Ação das Equipes Multiprofissionais as informações devem ser trimestrais, assim como a análise.

A compensação prevista está associada ao acompanhamento dos usuários pela equipes segundo as orientações técnicas da Superintendência de Saúde Mental – S/SUBPAV/SSM, nos termos apresentados no quadro a seguir:

Indicadores da PARTE VARIÁVEL 03

CAPS, CAPSad

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 E A.2 = UC 10

A.1. ter efetuado registro da situação de gestante;

A.2. ter status “Em Acompanhamento”;

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 = UC 5

B.1 Ter registro do número do SINAN no prontuário para o usuário acompanhado;

B.2 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 = UC 40

A.1. Ter registro do número do SINAN no prontuário para o usuário acompanhado;

²Prevalência 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

³Prevalência 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.

A.2 Realizar ao menos uma ação de atenção psicossocial ao usuário em até 48h após a data de notificação no SINAN;

A.3 Ter status “Em acompanhamento” no trimestre a partir da notificação do SINAN;

B. Usuários não cadastrados na Unidade → SE B E B.1 = UC 50

B.1 Realizar ao menos uma ação de atenção psicossocial ao usuário até 72h após a data de notificação no 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 realização de testes rápidos de HIV e Sífilis

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 E

A.1 E A.2 = UC 10

A.1. Ter efetuado registro da situação de gestante;

A.2. Ter status “Em Acompanhamento”;

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 = 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 Ter status "Em acompanhamento" no trimestre a partir da notificação do SINAN;

B. Usuários não cadastrados na Unidade → SE B E B.1 = UC 50

B.1 realizar ao menos uma ação de atenção psicossocial ao usuário até 72h após a data de notificação no 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 A3 = 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 Ter status "Em acompanhamento".

Indicadores da PARTE VARIÁVEL 03

Equipe Multiprofissional

Grupo de Ações 01

Descrição: Qualificação de registro mensal

Com esse indicador, espera-se qualificar o registro das informações cadastrais dos usuários (os) no prontuário eletrônico (abrangendo variáveis como renda, unidade de referência de atenção básica, tipo de moradia, data de nascimento, CPF, gênero, escolaridade, "deficiência, comorb. e drogas").

A. Pessoas com cadastro ativo → SE A.1 = 100 UC

A.1. ter 80% das informações cadastrais completas no PCSM de 100% dos usuários ativos, de acordo com as variáveis descritas

Grupo de Ações 02

Descrição: Identificação e acompanhamento integral de usuários com PTS atualizados no último trimestre

Com esse indicador espera-se garantir atualização do Projeto Terapêutico Singular do usuário acompanhado

A. Pessoas com cadastro ativo → SE A.1 = 3 UC

A.1 PTS atualizado nos últimos três meses em relação ao período em análise

Grupo de Ações 03

Descrição: Ações em Escolas

Com esse indicador, espera-se ampliar a articulação e trabalho de promoção de saúde com as escolas municipais e estaduais, fortalecendo redes de apoio e estratégias de prevenção em saúde mental.

A. Trabalho territorial junto de escolas municipais e estaduais → SE A.1 OU A.2 = 20 UC

A.1. Registro de Grupos de Promoção de Saúde realizados em escolas municipais e estaduais

A.2. Registro de Articulação de Rede com escolas municipais e estaduais no campo “Outras Entidades Participantes”

8. PRAZOS

Tão logo a parceria seja firmada a Organização da Sociedade Civil deverá garantir o funcionamento das unidades existentes desde o primeiro dia de vigência, 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 à 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 de 16 de março de 2025.

9. CUSTOS

A OSC 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.

CAPS III

CATEGORIA	TURNO	CARGA HORÁRIA	QUANTIDADE
Diretor	Diurno	40h	1
Coordenador Técnico	Diurno	40h	1
Coordenador Administrativo	Diurno	40h	1
Supervisor Clínico Institucional	Diurno	12h	1
Médico	Diurno	20h	2
Médico (Preceptor)	Diurno	20h	1
Médico Responsável Técnico	Diurno	20h	1
Enfermeiro Diarista (Responsável Técnico)	Diurno	40h	1
Enfermeiro Plantonista*	Noturno	40h	4

Enfermeiro Plantonista *	Diurno	40h	3
Técnico de Enfermagem Diarista	Diurno	40h	1
Técnico de Enfermagem Plantonista*	Noturno	40h	7
Técnico de Enfermagem Plantonista*	Diurno	40h	6
Técnico de Farmácia (Diarista)	Diurno	40h	1
Profissional de Nível Superior (Preceptor)	Diurno	40h	1
Profissional de Nível Superior	Diurno	30h	9
Farmacêutico	Diurno	40h	2
Profissional de Nível Fundamental	Diurno	40h	1
Profissional de Nível Médio Diarista	Diurno	30h	6
Assistente administrativo Diarista	Diurno	40h	2
Assistente administrativo Plantonista	Diurno	40h	2
Copeiro	Diurno	36h	2
Porteiro noite	Noturno	36h	3
Porteiro dia	Diurno	36h	3
Auxiliar de Serviços Gerais - dia	Diurno	36h	4
Auxiliar de Serviços Gerais - noite	Noturno	36h	2
Total			68

* 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).

CAPSad II

CATEGORIA	TURNO	CARGA HORÁRIA	QUANTIDADE
Diretor	Diurno	40h	1
Coordenador Técnico	Diurno	40h	1
Coordenador Administrativo	Diurno	40h	1
Supervisor Clínico Institucional	Diurno	12h	1
Médico(Preceptor)	Diurno	20h	1
Médico Responsável Técnico	Diurno	20h	1
Enfermeiro Diarista (Responsável Técnico)	Diurno	40h	1
Enfermeiro Diarista	Diurno	40h	1
Técnico de Enfermagem Diarista	Diurno	40h	3
Farmacêutico	Diurno	40h	1
Técnico de Farmácia (Diarista)	Diurno	40h	1
Profissional de Nível Superior	Diurno	30h	9
Profissional de Nível Superior*(Preceptor)	Diurno	40h	1
Profissional de Nível Fundamental	Diurno	40h	1

Profissional de Nível Médio Diarista	Diurno	30h	6
Assistente administrativo Diarista	Diurno	40h	2
Copeiro	Diurno	36h	2
Porteiro noite	Noturno	36h	2
Porteiro dia	Diurno	36h	2
Auxiliar de Serviços Gerais diarista	Diurno	40h	2
Total			40

CAPSad II Mané Garrincha

CATEGORIA	TURNO	CARGA HORÁRIA	QUANTIDADE
Diretor	Diurno	40h	1
Coordenador Técnico	Diurno	40h	1
Coordenador Administrativo	Diurno	40h	1
Supervisor Clínico Institucional	Diurno	12h	1
Médico (Preceptor)	Diurno	20h	1
Médico Responsável Técnico	Diurno	20h	1
Enfermeiro Diarista (Responsável Técnico)	Diurno	40h	1
Enfermeiro Diarista	Diurno	40h	1
Técnico de Enfermagem Diarista	Diurno	40h	3
Técnico de Farmácia (Diarista)	Diurno	40h	1
Profissional de Nível Superior	Diurno	30h	6
Profissional de Nível Superior (Preceptor)	Diurno	40h	1
Farmacêutico	Diurno	40h	1
Profissional de Nível Fundamental	Diurno	40h	1
Profissional de Nível Médio Diarista	Diurno	30h	6
Assistente administrativo Diarista	Diurno	40h	2
Total			29

CAPSi II

CATEGORIA	TURNO	CARGA HORÁRIA	QUANTIDADE
Diretor	Diurno	40h	1
Coordenador Técnico	Diurno	40h	1
Coordenador Administrativo	Diurno	40h	1
Supervisor Clínico Institucional	Diurno	12h	1
Médico(Preceptor)	Diurno	20h	1
Médico Responsável Técnico	Diurno	20h	1
Enfermeiro Diarista (Responsável Técnico)	Diurno	40h	1

Enfermeiro Diarista	Diurno	40h	1
Técnico de Enfermagem Diarista	Diurno	40h	3
Farmacêutico	Diurno	40h	1
Técnico de farmácia	Diurno	40h	1
Profissional de Nível Superior	Diurno	30h	9
Profissional de Nível Superior (Preceptor)	Diurno	40h	1
Profissional de Nível Fundamental	Diurno	40h	1
Profissional de Nível Médio Diarista	Diurno	30h	6
Assistente administrativo Diarista	Diurno	40h	2
Copeiro	Diurno	36h	2
Porteiro noite	Diurno	36h	2
Porteiro dia	Diurno	36h	2
Auxiliar de Serviços Gerais diarista	Diurno	40h	2
Total			40

CAPSi III

CATEGORIA	TURNO	CARGA HORÁRIA	QUANTIDADE
Diretor	Diurno	40h	1
Coordenador Técnico	Diurno	40h	1
Coordenador Administrativo	Diurno	40h	1
Supervisor Clínico Institucional	Diurno	12h	1
Médico	Diurno	20h	2
Médico (Preceptor)	Diurno	20h	1
Médico Responsável Técnico	Diurno	20h	1
Enfermeiro Diarista (Responsável Técnico)	Diurno	40h	1
Enfermeiro Plantonista Diurno	Diurno	40h	3
Enfermeiro Plantonista Noturno	Noturno	40h	4
Técnico de Enfermagem Diarista	Diurno	40h	1
Técnico de Enfermagem Plantonista Diurno	Diurno	40h	3
Técnico de Enfermagem Plantonista Noturno	Noturno	40h	4
Farmacêutico	Diurno	40h	2
Técnico de Farmácia (Diarista)	Diurno	40h	1
Profissional de Nível Superior	Diurno	30h	9
Profissional de Nível Superior (Preceptor)	Diurno	40h	1
Profissional de Nível Fundamental	Diurno	40h	1
Profissional de Nível Médio Diarista	Diurno	30h	6

Profissional de Nível Médio Plantonista Diurno	Diurno	40h	3
Profissional de Nível Médio Plantonista Noturno	Noturno	40h	4
Assistente administrativo Diarista	Diurno	40h	2
Assistente administrativo Plantonista	Diurno	40h	2
Copelro	Diurno	36h	2
Porteiro noite	Noturno	36h	3
Porteiro dia	Diurno	36h	3
Auxiliar de Serviços Gerais - dia	Diurno	36h	4
Auxiliar de Serviços Gerais - noite	Noturno	36h	2
			69

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.

Equipe Multiprofissional

CATEGORIA	TURNO	CARGA HORÁRIA	QUANTIDADE
Coordenador Técnico	Diurno	40h	1
Supervisor Clínico-Institucional	Diurno	12h	1
Médico	Diurno	20h	2
Psicólogo	Diurno	30h	3
Assistente Social	Diurno	30h	1
Profissional de Nível Superior	Diurno	30h	3
Profissional de Nível Superior Preceptor	Diurno	30h	1
Profissional de Nível Fundamental	Diurno	40h	1
Profissional de Nível Médio Diarista	Diurno	30h	1
Assistente administrativo Diarista	Diurno	40h	1
			15

INSTITUTO MUNICIPAL PHILIPPE PINEL

CATEGORIA	TURNO	CARGA HORÁRIA	QUANTIDADE
Coordenador Médico	Diurno	40h	2
Médico (Preceptor)	Diurno	20	3
Médico (Preceptor)	Diurno	12h	4
Médico Clínico	Diurno	12h	1
Médico Plantonista Diurno	Diurno	12h	14
Médico Plantonista Noturno	Noturno	12h	14
Enfermeiro Diarista (Responsável Técnico)	Diurno	40h	1

Enfermeiro Diarista	Diurno	30h	2
Enfermeiro Plantonista	Diurno	30h	6
Enfermeiro Plantonista Diurno	Diurno	30h	9
Enfermeiro Plantonista Noturno	Noturno	30h	9
Profissional de Nível Superior	Diurno	30h	5
Profissional de Nível Médio Diarista	Diurno	30h	1
Farmacêutico	Diurno	40h	5
Técnico de Enfermagem Plantonista Diurno	Diurno	30h	20
Técnico de Enfermagem Plantonista Noturno	Noturno	30h	20
Assistente administrativo Diarista	Diurno	40h	13
			129

CENTRO DE CONVIVÊNCIA

CATEGORIA	TURNO	CARGA HORÁRIA	QUANTIDADE
Coordenador Técnico	Diurno	40h	1
Enfermeiro Plantonista Noturno	Noturno	40h	3
Enfermeiro Plantonista Diurno	Diurno	40h	3
Técnico de Enfermagem Plantonista Noturno	Noturno	40h	3
Técnico de Enfermagem Plantonista Diurno	Diurno	40h	5
Profissional de Nível Superior	Diurno	30h	2
Profissional de Nível Superior	Diurno	40h	1
Profissional de Nível Médio Diarista	Diurno	30h	1
Profissional de Nível Médio Plantonista	Diurno	30h	23
Assistente administrativo Diarista	Diurno	40h	2
Porteiro noite	Noturno	36h	4
Porteiro dia	Diurno	36h	4
Auxiliar de Serviços Gerais - dia	Diurno	36h	6
Auxiliar de Serviços Gerais - noite	Noturno	36h	6
			64

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 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 MULTIPROFISSIONAIS

- 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 Equipes Multiprofissionais 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 | 4. SALA DE EQUIPE |
| 2. ADMINISTRAÇÃO | 5. SALA DE DESCANSO PROFISSIONAL |
| 3. DIREÇÃO E COORDENAÇÃO TÉCNICA | 6. CONSULTÓRIO |

- | | |
|------------------------|---|
| 7. SALA MULTIUSO | 13. REFEITÓRIO |
| 8. SALA DE CONVIVÊNCIA | 14. QUARTOS DE ACOLHIMENTO |
| 9. FARMÁCIA | 15. DML |
| 10. ALMOXARIFADO | 16. BANHEIRO USUÁRIO |
| 11. COPA | 17. BANHEIRO PROFISSIONAL |
| 12. DESPENSA | 18. SALA DE CUIDADOS/OBSERVAÇÃO CLÍNICA |

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 Organização da Sociedade Civil deverá oferecer a manutenção, adaptação física e programação visual das unidades de acordo com as orientações vigentes da S/SUBPAV/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/IMPP.

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 vigésima quarta prestação de contas mensal será feita no 25º mês de vigência do Termo de Colaboração;
- A vigésima quinta prestação de contas mensal será feita no 26º mês de vigência do Termo de Colaboração;
- A vigésima sexta prestação de contas mensal será feita no 27º mês de vigência do Termo de Colaboração;
- A vigésima sétima prestação de contas mensal será feita no 28º mês de vigência do Termo de Colaboração;
- A vigésima oitava prestação de contas mensal será feita no 29º mês de vigência do Termo de Colaboração;
- A vigésima nona prestação de contas mensal será feita no 30º mês de vigência do Termo de Colaboração;
- A trigésima prestação de contas mensal será feita no 31º mês de vigência do Termo de Colaboração;
- A trigésima primeira prestação de contas mensal será feita no 32º mês de vigência do Termo de Colaboração;
- A trigésima segunda prestação de contas mensal será feita no 33º mês de vigência do Termo de Colaboração;
- A trigésima terceira prestação de contas mensal será feita no 34º mês de vigência do Termo de Colaboração;
- A trigésima quarta prestação de contas mensal será feita no 35º mês de vigência do Termo de Colaboração;
- A trigésima quinta prestação de contas mensal será feita no 36º mês de vigência do Termo de Colaboração;

- A trigésima sexta prestação de contas mensal será feita no 37º mês de vigência do Termo de Colaboração;
- A trigésima sétima prestação de contas mensal será feita no 38º mês de vigência do Termo de Colaboração;
- A trigésima oitava prestação de contas mensal será feita no 39º mês de vigência do Termo de Colaboração;
- A trigésima nona prestação de contas mensal será feita no 40º mês de vigência do Termo de Colaboração;
- A quadragésima prestação de contas mensal será feita no 41º mês de vigência do Termo de Colaboração;
- A quadragésima primeira prestação de contas mensal será feita no 42º mês de vigência do Termo de Colaboração;
- A quadragésima segunda prestação de contas mensal será feita no 43º mês de vigência do Termo de Colaboração;
- A quadragésima terceira prestação de contas mensal será feita no 44º mês de vigência do Termo de Colaboração;
- A quadragésima quarta prestação de contas mensal será feita no 45º mês de vigência do Termo de Colaboração;
- A quadragésima quinta prestação de contas mensal será feita no 46º mês de vigência do Termo de Colaboração;
- A quadragésima sexta prestação de contas mensal será feita no 47º mês de vigência do Termo de Colaboração;
- A quadragésima sétima prestação de contas mensal será feita no 48º mês de vigência do Termo de Colaboração;
- A quadragésima oitava 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 18084.10.302.0426.2746, 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.



9.13. Cronograma de desembolso

Item	Valores Unitários	MÊS 25		MÊS 26		MÊS 27		MÊS 28		MÊS 29		MÊS 30	
		Nº Unid.	R\$	Nº Unid.	R\$	Nº Unid.	R\$	Nº Unid.	R\$	Nº Unid.	R\$	Nº Unid.	R\$
A - Apoio à Gestão													
A1) apoio à gestão da OSC - RAPS													
B - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AD II													
B1) RH - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AD II	R\$ 358.785,00		R\$ 149.032,53		R\$ 149.032,53		R\$ 149.032,53		R\$ 149.032,53		R\$ 149.032,53		R\$ 149.032,53
B2) CONTRATO E CONSUMO	R\$ 236.452,43	1	R\$ 358.785,00	1	R\$ 358.785,00	1	R\$ 358.785,00	1	R\$ 358.785,00	1	R\$ 358.785,00	1	R\$ 358.785,00
C - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AD II MANÉ GARRINCHA													
C1) RH - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AD II MANÉ GARRINCHA	R\$ 122.332,57		R\$ 122.332,57		R\$ 122.332,57		R\$ 122.332,57		R\$ 122.332,57		R\$ 122.332,57		R\$ 122.332,57
C2) CONTRATO E CONSUMO	R\$ 213.777,96	1	R\$ 213.777,96	1	R\$ 213.777,96	1	R\$ 213.777,96	1	R\$ 213.777,96	1	R\$ 213.777,96	1	R\$ 213.777,96
D - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III													
D1) RH - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III	R\$ 191.367,18		R\$ 191.367,18		R\$ 191.367,18		R\$ 191.367,18		R\$ 191.367,18		R\$ 191.367,18		R\$ 191.367,18
D2) CONTRATO E CONSUMO	R\$ 22.410,78	1	R\$ 22.410,78	1	R\$ 22.410,78	1	R\$ 22.410,78	1	R\$ 22.410,78	1	R\$ 22.410,78	1	R\$ 22.410,78
E - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL III													
E1) RH - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS I III	R\$ 528.679,66	2	R\$ 1.057.359,32	2	R\$ 1.057.359,32	2	R\$ 1.057.359,32	2	R\$ 1.057.359,32	2	R\$ 1.057.359,32	2	R\$ 1.057.359,32
E2) CONTRATO E CONSUMO	R\$ 406.347,09		R\$ 812.694,18		R\$ 812.694,18		R\$ 812.694,18		R\$ 812.694,18		R\$ 812.694,18		R\$ 812.694,18
F - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL II													
F1) RH - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS I II	R\$ 122.332,57	1	R\$ 532.283,75	1	R\$ 532.283,75	1	R\$ 532.283,75	1	R\$ 532.283,75	1	R\$ 532.283,75	1	R\$ 532.283,75
F2) CONTRATO E CONSUMO	R\$ 409.951,18		R\$ 409.951,18		R\$ 409.951,18		R\$ 409.951,18		R\$ 409.951,18		R\$ 409.951,18		R\$ 409.951,18
G - EQUIPE MULTIPROFISSIONAL													
G1) RH - Equipe Multiprofissional de Saúde Mental - EMSM	R\$ 105.890,19	1	R\$ 310.443,91	1	R\$ 310.443,91	1	R\$ 310.443,91	1	R\$ 310.443,91	1	R\$ 310.443,91	1	R\$ 310.443,91
G2) CONTRATO E CONSUMO	R\$ 2.767,81		R\$ 2.767,81		R\$ 2.767,81		R\$ 2.767,81		R\$ 2.767,81		R\$ 2.767,81		R\$ 2.767,81
H - FORTALECIMENTO IMPP													
H1) RH - FORTALECIMENTO IMPP	R\$ 826.331,21	1	R\$ 826.331,21	1	R\$ 826.331,21	1	R\$ 826.331,21	1	R\$ 826.331,21	1	R\$ 826.331,21	1	R\$ 826.331,21
H2) CONTRATO E CONSUMO	R\$ 826.331,21		R\$ 826.331,21		R\$ 826.331,21		R\$ 826.331,21		R\$ 826.331,21		R\$ 826.331,21		R\$ 826.331,21
I - CENTRO DE CONVIVÊNCIA													
I1) RH - CENTRO DE CONVIVÊNCIA	R\$ 320.941,93	1	R\$ 320.941,93	1	R\$ 320.941,93	1	R\$ 320.941,93	1	R\$ 320.941,93	1	R\$ 320.941,93	1	R\$ 320.941,93
I2) CONTRATO E CONSUMO	R\$ 273.985,04		R\$ 273.985,04		R\$ 273.985,04		R\$ 273.985,04		R\$ 273.985,04		R\$ 273.985,04		R\$ 273.985,04
J - INVESTIMENTO													
J1) - INVESTIMENTO (aquisição de material permanente e adaptação da estrutura)	R\$ 46.956,89		R\$ 46.956,89		R\$ 46.956,89		R\$ 46.956,89		R\$ 46.956,89		R\$ 46.956,89		R\$ 46.956,89
K - APOIO GESTÃO TÉCNICA - IMPP													
K1) APOIO GESTÃO TÉCNICA - IMPP	R\$ 55.887,20		R\$ 55.887,20		R\$ 55.887,20		R\$ 55.887,20		R\$ 55.887,20		R\$ 55.887,20		R\$ 55.887,20
L - SUBTOTAL FIXO (B+C+D+E+F+G+H+I)													
M - TOTAL FIXO (A+K+L)													
N - SUBTOTAL PARTE VARIÁVEL (O+P+Q)													
O - PARTE VARIÁVEL 1													
P - PARTE VARIÁVEL 2													
Q - PARTE VARIÁVEL 3													
R - TOTAL (M+N+O+P+Q)													

Item	Valores Unitários	Mês 31		Mês 32		Mês 33		Mês 34		Mês 35		Mês 36		Total 3º ano
		Nº Unid.	R\$	Nº Unid.	R\$	Nº Unid.	R\$	Nº Unid.	R\$	Nº Unid.	R\$	Nº Unid.	R\$	
A - Apoio à Gestão														
A1) apoio à gestão da OSC - RAPs			R\$ 149.082,53		R\$ 149.082,53		R\$ 149.082,53		R\$ 149.082,53		R\$ 149.082,53		R\$ 149.082,53	R\$ 1.788.390,37
B - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AD II			R\$ 358.785,00		R\$ 358.785,00		R\$ 358.785,00		R\$ 358.785,00		R\$ 358.785,00		R\$ 358.785,00	R\$ 1.788.390,37
B1) RH - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AD II			R\$ 236.452,43		R\$ 236.452,43		R\$ 236.452,43		R\$ 236.452,43		R\$ 236.452,43		R\$ 236.452,43	R\$ 4.305.420,00
B2) CONTRATO E CONSUMO		1	R\$ 122.332,57	1	R\$ 122.332,57	1	R\$ 122.332,57	1	R\$ 122.332,57	1	R\$ 122.332,57	1	R\$ 122.332,57	R\$ 2.837.429,16
C - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AD II MANÉ GARRINCHA			R\$ 213.777,96		R\$ 213.777,96		R\$ 213.777,96		R\$ 213.777,96		R\$ 213.777,96		R\$ 213.777,96	R\$ 1.407.990,84
C1) RH - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AD II MANÉ GARRINCHA			R\$ 191.367,18		R\$ 191.367,18		R\$ 191.367,18		R\$ 191.367,18		R\$ 191.367,18		R\$ 191.367,18	R\$ 2.565.335,52
C2) CONTRATO E CONSUMO		1	R\$ 22.410,78	1	R\$ 22.410,78	1	R\$ 22.410,78	1	R\$ 22.410,78	1	R\$ 22.410,78	1	R\$ 22.410,78	R\$ 2.296.406,16
D - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III			R\$ 528.679,66		R\$ 528.679,66		R\$ 528.679,66		R\$ 528.679,66		R\$ 528.679,66		R\$ 528.679,66	R\$ 2.688.929,36
D1) RH - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III			R\$ 406.347,09		R\$ 406.347,09		R\$ 406.347,09		R\$ 406.347,09		R\$ 406.347,09		R\$ 406.347,09	R\$ 1.057.359,32
D2) CONTRATO E CONSUMO		2	R\$ 122.332,57	2	R\$ 122.332,57	2	R\$ 122.332,57	2	R\$ 122.332,57	2	R\$ 122.332,57	2	R\$ 122.332,57	R\$ 1.057.359,32
E - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL III			R\$ 532.283,75		R\$ 532.283,75		R\$ 532.283,75		R\$ 532.283,75		R\$ 532.283,75		R\$ 532.283,75	R\$ 12.688.311,84
E1) RH - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS I III			R\$ 409.951,18		R\$ 409.951,18		R\$ 409.951,18		R\$ 409.951,18		R\$ 409.951,18		R\$ 409.951,18	R\$ 812.694,18
E2) CONTRATO E CONSUMO		1	R\$ 122.332,57	1	R\$ 122.332,57	1	R\$ 122.332,57	1	R\$ 122.332,57	1	R\$ 122.332,57	1	R\$ 122.332,57	R\$ 9.752.330,16
F - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL II			R\$ 310.443,91		R\$ 310.443,91		R\$ 310.443,91		R\$ 310.443,91		R\$ 310.443,91		R\$ 310.443,91	R\$ 2.935.981,68
F1) RH - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS I II			R\$ 236.452,43		R\$ 236.452,43		R\$ 236.452,43		R\$ 236.452,43		R\$ 236.452,43		R\$ 236.452,43	R\$ 244.665,14
F2) CONTRATO E CONSUMO		1	R\$ 73.991,48	1	R\$ 73.991,48	1	R\$ 73.991,48	1	R\$ 73.991,48	1	R\$ 73.991,48	1	R\$ 73.991,48	R\$ 532.283,75
G - EQUIPE MULTIPROFISSIONAL			R\$ 105.890,19		R\$ 105.890,19		R\$ 105.890,19		R\$ 105.890,19		R\$ 105.890,19		R\$ 105.890,19	R\$ 532.283,75
G1) RH - Equipe Multiprofissional de Saúde Mental - BMSM			R\$ 103.122,38		R\$ 103.122,38		R\$ 103.122,38		R\$ 103.122,38		R\$ 103.122,38		R\$ 103.122,38	R\$ 409.951,18
G2) CONTRATO E CONSUMO		1	R\$ 2.767,81	1	R\$ 2.767,81	1	R\$ 2.767,81	1	R\$ 2.767,81	1	R\$ 2.767,81	1	R\$ 2.767,81	R\$ 4.919.414,16
H - FORTALECIMENTO IMPP			R\$ 826.331,21		R\$ 826.331,21		R\$ 826.331,21		R\$ 826.331,21		R\$ 826.331,21		R\$ 826.331,21	R\$ 310.443,91
H1) RH - FORTALECIMENTO IMPP			R\$ 826.331,21		R\$ 826.331,21		R\$ 826.331,21		R\$ 826.331,21		R\$ 826.331,21		R\$ 826.331,21	R\$ 310.443,91
H2) CONTRATO E CONSUMO		1	R\$ 826.331,21	1	R\$ 826.331,21	1	R\$ 826.331,21	1	R\$ 826.331,21	1	R\$ 826.331,21	1	R\$ 826.331,21	R\$ 3.725.376,92
I - CENTRO DE CONVIVÊNCIA			R\$ 320.941,93		R\$ 320.941,93		R\$ 320.941,93		R\$ 320.941,93		R\$ 320.941,93		R\$ 320.941,93	R\$ 2.837.429,16
I1) RH - CENTRO DE CONVIVÊNCIA			R\$ 273.985,04		R\$ 273.985,04		R\$ 273.985,04		R\$ 273.985,04		R\$ 273.985,04		R\$ 273.985,04	R\$ 2.837.429,16
I2) CONTRATO E CONSUMO		1	R\$ 46.956,89	1	R\$ 46.956,89	1	R\$ 46.956,89	1	R\$ 46.956,89	1	R\$ 46.956,89	1	R\$ 46.956,89	R\$ 887.897,76
J - INVESTIMENTO			R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00	R\$ 1.231.466,56
J1) - INVESTIMENTO (aquisição de material permanente e adaptação da estrutura)			R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00	R\$ 33.213,72
K - APOIO GESTÃO TÉCNICA - IMPP			R\$ 55.887,20		R\$ 55.887,20		R\$ 55.887,20		R\$ 55.887,20		R\$ 55.887,20		R\$ 55.887,20	R\$ 9.915.974,52
K1) APOIO GESTÃO TÉCNICA - IMPP			R\$ 55.887,20		R\$ 55.887,20		R\$ 55.887,20		R\$ 55.887,20		R\$ 55.887,20		R\$ 55.887,20	R\$ 0,00
L - SUBTOTAL FDO (B+C+D+E+F+G+H+I)			R\$ 3.725.813,27		R\$ 3.725.813,27		R\$ 3.725.813,27		R\$ 3.725.813,27		R\$ 3.725.813,27		R\$ 3.725.813,27	R\$ 3.851.308,16
M - TOTAL FDO (A+K+L)			R\$ 3.930.733,00		R\$ 3.930.733,00		R\$ 3.930.733,00		R\$ 3.930.733,00		R\$ 3.930.733,00		R\$ 3.930.733,00	R\$ 4.718.796,00
N - SUBTOTAL PARTE VARIÁVEL (O+P+Q)			R\$ 186.290,66		R\$ 186.290,66		R\$ 186.290,66		R\$ 186.290,66		R\$ 186.290,66		R\$ 186.290,66	R\$ 2.235.487,96
O - PARTE VARIÁVEL 1			R\$ 74.516,27		R\$ 74.516,27		R\$ 74.516,27		R\$ 74.516,27		R\$ 74.516,27		R\$ 74.516,27	R\$ 894.195,18
P - PARTE VARIÁVEL 2			R\$ 37.258,13		R\$ 37.258,13		R\$ 37.258,13		R\$ 37.258,13		R\$ 37.258,13		R\$ 37.258,13	R\$ 447.097,59
Q - PARTE VARIÁVEL 3			R\$ 74.516,27		R\$ 74.516,27		R\$ 74.516,27		R\$ 74.516,27		R\$ 74.516,27		R\$ 74.516,27	R\$ 894.195,18
R - TOTAL (I+M+N)			R\$ 4.117.023,66		R\$ 4.117.023,66		R\$ 4.117.023,66		R\$ 4.117.023,66		R\$ 4.117.023,66		R\$ 4.117.023,66	R\$ 49.404.263,96

Item	Valores Unitários	MÊS 37		MÊS 38		MÊS 39		MÊS 40		MÊS 41		MÊS 42	
		Nº Unid.	R\$	Nº Unid.	R\$	Nº Unid.	R\$	Nº Unid.	R\$	Nº Unid.	R\$	Nº Unid.	R\$
A - Apoio à Gestão													
A1) Apoio à gestão da OSC - RAPs			R\$ 149.032,53		R\$ 149.032,53		R\$ 149.032,53		R\$ 149.032,53		R\$ 149.032,53		R\$ 149.032,53
B - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AD II			R\$ 358.785,00		R\$ 358.785,00		R\$ 358.785,00		R\$ 358.785,00		R\$ 358.785,00		R\$ 358.785,00
B1) RH - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AD II			R\$ 236.452,43		R\$ 236.452,43		R\$ 236.452,43		R\$ 236.452,43		R\$ 236.452,43		R\$ 236.452,43
B2) CONTRATO E CONSUMO		1	R\$ 122.332,57	1	R\$ 122.332,57	1	R\$ 122.332,57	1	R\$ 122.332,57	1	R\$ 122.332,57	1	R\$ 122.332,57
C - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AD II MANÉ GARRINCHA			R\$ 213.777,96		R\$ 213.777,96		R\$ 213.777,96		R\$ 213.777,96		R\$ 213.777,96		R\$ 213.777,96
C1) RH - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AD II MANÉ GARRINCHA			R\$ 191.367,18		R\$ 191.367,18		R\$ 191.367,18		R\$ 191.367,18		R\$ 191.367,18		R\$ 191.367,18
C2) CONTRATO E CONSUMO		1	R\$ 22.410,78	1	R\$ 22.410,78	1	R\$ 22.410,78	1	R\$ 22.410,78	1	R\$ 22.410,78	1	R\$ 22.410,78
D - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III			R\$ 528.679,66		R\$ 1.057.359,32		R\$ 1.057.359,32		R\$ 1.057.359,32		R\$ 1.057.359,32		R\$ 1.057.359,32
D1) RH - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III			R\$ 406.347,09		R\$ 812.694,18		R\$ 812.694,18		R\$ 812.694,18		R\$ 812.694,18		R\$ 812.694,18
D2) CONTRATO E CONSUMO		2	R\$ 122.332,57	2	R\$ 244.665,14	2	R\$ 244.665,14	2	R\$ 244.665,14	2	R\$ 244.665,14	2	R\$ 244.665,14
E - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL III			R\$ 532.283,75		R\$ 532.283,75		R\$ 532.283,75		R\$ 532.283,75		R\$ 532.283,75		R\$ 532.283,75
E1) RH - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS I III			R\$ 409.951,18		R\$ 409.951,18		R\$ 409.951,18		R\$ 409.951,18		R\$ 409.951,18		R\$ 409.951,18
E2) CONTRATO E CONSUMO		1	R\$ 122.332,57	1	R\$ 122.332,57	1	R\$ 122.332,57	1	R\$ 122.332,57	1	R\$ 122.332,57	1	R\$ 122.332,57
F - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL II			R\$ 310.443,91		R\$ 310.443,91		R\$ 310.443,91		R\$ 310.443,91		R\$ 310.443,91		R\$ 310.443,91
F1) RH - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS I II			R\$ 236.452,43		R\$ 236.452,43		R\$ 236.452,43		R\$ 236.452,43		R\$ 236.452,43		R\$ 236.452,43
F2) CONTRATO E CONSUMO		1	R\$ 73.991,48	1	R\$ 73.991,48	1	R\$ 73.991,48	1	R\$ 73.991,48	1	R\$ 73.991,48	1	R\$ 73.991,48
G - EQUIPE MULTIPROFISSIONAL			R\$ 105.890,19		R\$ 105.890,19		R\$ 105.890,19		R\$ 105.890,19		R\$ 105.890,19		R\$ 105.890,19
G1) RH - Equipe Multiprofissional de Saúde Mental - EVMSM			R\$ 103.122,38		R\$ 103.122,38		R\$ 103.122,38		R\$ 103.122,38		R\$ 103.122,38		R\$ 103.122,38
G2) CONTRATO E CONSUMO		1	R\$ 2.767,81	1	R\$ 2.767,81	1	R\$ 2.767,81	1	R\$ 2.767,81	1	R\$ 2.767,81	1	R\$ 2.767,81
H - FORTALECIMENTO IMPP			R\$ 826.331,21		R\$ 826.331,21		R\$ 826.331,21		R\$ 826.331,21		R\$ 826.331,21		R\$ 826.331,21
H1) RH - FORTALECIMENTO IMPP			R\$ 826.331,21		R\$ 826.331,21		R\$ 826.331,21		R\$ 826.331,21		R\$ 826.331,21		R\$ 826.331,21
H2) CONTRATO E CONSUMO		1	R\$ -	1	R\$ 0,00	1	R\$ 0,00	1	R\$ 0,00	1	R\$ 0,00	1	R\$ 0,00
I - CENTRO DE CONVIVÊNCIA			R\$ 320.941,93		R\$ 320.941,93		R\$ 320.941,93		R\$ 320.941,93		R\$ 320.941,93		R\$ 320.941,93
I1) RH - CENTRO DE CONVIVÊNCIA			R\$ 273.985,04		R\$ 273.985,04		R\$ 273.985,04		R\$ 273.985,04		R\$ 273.985,04		R\$ 273.985,04
I2) CONTRATO E CONSUMO		1	R\$ 46.956,89	1	R\$ 46.956,89	1	R\$ 46.956,89	1	R\$ 46.956,89	1	R\$ 46.956,89	1	R\$ 46.956,89
J - INVESTIMENTO			R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00
J1) - INVESTIMENTO (aquisição de material permanente e adaptação da estrutura)			R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00
K - APOIO GESTÃO TÉCNICA - IMPP			R\$ 55.887,20		R\$ 55.887,20		R\$ 55.887,20		R\$ 55.887,20		R\$ 55.887,20		R\$ 55.887,20
K1) APOIO GESTÃO TÉCNICA - IMPP			R\$ 55.887,20		R\$ 55.887,20		R\$ 55.887,20		R\$ 55.887,20		R\$ 55.887,20		R\$ 55.887,20
L - SUBTOTAL FKO (B+G+D+E+F+G+H+I)			R\$ 3.725.813,27		R\$ 3.725.813,27		R\$ 3.725.813,27		R\$ 3.725.813,27		R\$ 3.725.813,27		R\$ 3.725.813,27
M - TOTAL FKO (A+K+L)			R\$ 3.930.733,00		R\$ 3.930.733,00		R\$ 3.930.733,00		R\$ 3.930.733,00		R\$ 3.930.733,00		R\$ 3.930.733,00
N - SUBTOTAL PARTE VARIÁVEL (O+P+Q)			R\$ 186.290,66		R\$ 186.290,66		R\$ 186.290,66		R\$ 186.290,66		R\$ 186.290,66		R\$ 186.290,66
O - PARTE VARIÁVEL 1			R\$ 74.516,27		R\$ 74.516,27		R\$ 74.516,27		R\$ 74.516,27		R\$ 74.516,27		R\$ 74.516,27
P - PARTE VARIÁVEL 2			R\$ 97.258,13		R\$ 97.258,13		R\$ 97.258,13		R\$ 97.258,13		R\$ 97.258,13		R\$ 97.258,13
Q - PARTE VARIÁVEL 3			R\$ 74.516,27		R\$ 74.516,27		R\$ 74.516,27		R\$ 74.516,27		R\$ 74.516,27		R\$ 74.516,27
R - TOTAL (F+M+N)			R\$ 4.117.023,66		R\$ 4.117.023,66		R\$ 4.117.023,66		R\$ 4.117.023,66		R\$ 4.117.023,66		R\$ 4.117.023,66

Item	MÊS 43		MÊS 44		MÊS 45		MÊS 46		MÊS 47		MÊS 48		Total 4º ano
	Nº Unid.	R\$	Nº Unid.	R\$	Nº Unid.	R\$	Nº Unid.	R\$	Nº Unid.	R\$	Nº Unid.	R\$	
A - Apoio à Gestão													
A1) apoio à gestão da OSC - RAPS													
B - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AD II													
B1) RH - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AD II													
B2) CONTRATO E CONSUMO	1	R\$ 122.332,57			1	R\$ 122.332,57			1	R\$ 122.332,57			R\$ 1.467.990,84
C - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AD II MANÉ GARRINCHA													
C1) RH - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AD II MANÉ GARRINCHA													
C2) CONTRATO E CONSUMO	1	R\$ 191.367,18			1	R\$ 191.367,18			1	R\$ 191.367,18			R\$ 2.256.335,52
D - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III													
D1) RH - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III													
D2) CONTRATO E CONSUMO	2	R\$ 528.679,66			2	R\$ 528.679,66			2	R\$ 528.679,66			R\$ 2.256.406,16
E - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL III													
E1) RH - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS I III													
E2) CONTRATO E CONSUMO	1	R\$ 122.332,57			1	R\$ 122.332,57			1	R\$ 122.332,57			R\$ 2.256.406,16
F - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL II													
F1) RH - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS I II													
F2) CONTRATO E CONSUMO	1	R\$ 310.443,91			1	R\$ 310.443,91			1	R\$ 310.443,91			R\$ 2.256.406,16
G - EQUIPE MULTIPROFISSIONAL													
G1) RH - Equipe Multiprofissional de Saúde Mental - EBMISM													
G2) CONTRATO E CONSUMO	1	R\$ 103.122,38			1	R\$ 103.122,38			1	R\$ 103.122,38			R\$ 2.256.406,16
H - FORTALECIMENTO IMPP													
H1) RH - FORTALECIMENTO IMPP													
H2) CONTRATO E CONSUMO	1	R\$ 826.331,21			1	R\$ 826.331,21			1	R\$ 826.331,21			R\$ 2.256.406,16
I - CENTRO DE CONVIVÊNCIA													
I1) RH - CENTRO DE CONVIVÊNCIA													
I2) CONTRATO E CONSUMO	1	R\$ 46.956,89			1	R\$ 46.956,89			1	R\$ 46.956,89			R\$ 2.256.406,16
J - INVESTIMENTO													
J1) - INVESTIMENTO (aquisição de material permanente e adaptação da estrutura)													
K - APOIO GESTÃO TÉCNICA - IMPP													
L - SUBTOTAL FIKO (B+C+D+E+F+G+H+I)													
M. TOTAL FIXO (A+K+L)													
N. SUBTOTAL PARTE VARIÁVEL (O+P+Q)													
O. PARTE VARIÁVEL 1													
P. PARTE VARIÁVEL 2													
Q. PARTE VARIÁVEL 3													
R. TOTAL (B+M+H+I)													

9.14. Cronograma Consolidado

Cronograma 3º ano			Cronograma 4º ano		
PARCELAS	MESES	VALOR MENSAL	PARCELAS	MESES	VALOR MENSAL
25	M25	R\$ 4.117.023,66	37	M37	R\$ 4.117.023,66
26	M26	R\$ 4.117.023,66	38	M38	R\$ 4.117.023,66
27	M27	R\$ 4.117.023,66	39	M39	R\$ 4.117.023,66
28	M28	R\$ 4.117.023,66	40	M40	R\$ 4.117.023,66
29	M29	R\$ 4.117.023,66	41	M41	R\$ 4.117.023,66
30	M30	R\$ 4.117.023,66	42	M42	R\$ 4.117.023,66
31	M31	R\$ 4.117.023,66	43	M43	R\$ 4.117.023,66
32	M32	R\$ 4.117.023,66	44	M44	R\$ 4.117.023,66
33	M33	R\$ 4.117.023,66	45	M45	R\$ 4.117.023,66
34	M34	R\$ 4.117.023,66	46	M46	R\$ 4.117.023,66
35	M35	R\$ 4.117.023,66	47	M47	R\$ 4.117.023,66
36	M36	R\$ 4.117.023,66	48	M48	R\$ 4.117.023,66
TOTAL ESTIMADO		R\$ 49.404.283,96	TOTAL ESTIMADO		R\$ 49.404.283,96

10. QUALIFICAÇÃO

A entidade deverá desempenhar atividades que englobam: seleção de Recursos Humanos; capacitação; organização de Equipe Multiprofissional 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

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 aosicineiros 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 Multiprofissional 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 Multiprofissional 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,, Antropólogo, Produtor Cultural, Museólogo, Biblioteconomista, 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 Multiprofissional 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 das equipes de CAPS, ou Equipe Multiprofissional, 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 manicomialistas 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. Coordenador Médico (IMPP)

Profissional médico, preferencialmente com curso de especialização, residência ou pós-graduação em Atenção Psicossocial, Saúde Mental, Psiquiatria, Saúde Coletiva ou na área de Urgência/Emergência. Coordena as ações assistenciais, segundo as diretrizes da SMS e da Superintendência de Saúde Mental, dando suporte aos profissionais na relação das ações em saúde e zelando pela humanização do cuidado. Faz cumprir as normativas técnicas e os princípios éticos da atuação profissional. Alimenta o módulo de Saúde Mental do MPRI. Organiza a escala dos profissionais de forma a garantir a continuidade e a qualidade da assistência.

10.1.4.5. 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.

10.2. Considerando os critérios de elegibilidade, o processo seletivo deste Chamamento Público deve considerar os fatores de grau de adequação, experiência, capacidade operacional e preço, bem como seus critérios de pontuação e desempate, conforme o Decreto Rio nº 42696, de 26/12/2016, conforme apresentado no quadro abaixo:

11. SUPERVISÃO

11.1. A Coordenação e supervisão da prestação de serviço de são de competência do S/SUBPAV/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 OSC 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 necessário, 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;
- 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 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 N° 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.

ANEXO II

Cronograma de Desembolso Financeiro

Item	Valores Unitários	MÊS 25		MÊS 26		MÊS 27		MÊS 28		MÊS 29		MÊS 30	
		Nº Unid.	R\$ 149.032,53	Nº Unid.	R\$ 149.032,53	Nº Unid.	R\$ 149.032,53	Nº Unid.	R\$ 149.032,53	Nº Unid.	R\$ 149.032,53	Nº Unid.	R\$ 149.032,53
A - Apoio à Gestão			R\$ 149.032,53		R\$ 149.032,53		R\$ 149.032,53		R\$ 149.032,53		R\$ 149.032,53		R\$ 149.032,53
A1) apoio à gestão da OSC - RAPS			R\$ 149.032,53		R\$ 149.032,53		R\$ 149.032,53		R\$ 149.032,53		R\$ 149.032,53		R\$ 149.032,53
B - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AD II			R\$ 358.785,00		R\$ 358.785,00		R\$ 358.785,00		R\$ 358.785,00		R\$ 358.785,00		R\$ 358.785,00
B1) RH - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AD II			R\$ 236.452,43		R\$ 236.452,43		R\$ 236.452,43		R\$ 236.452,43		R\$ 236.452,43		R\$ 236.452,43
B2) CONTRATO E CONSUMO		1	R\$ 122.332,57	1	R\$ 122.332,57	1	R\$ 122.332,57	1	R\$ 122.332,57	1	R\$ 122.332,57	1	R\$ 122.332,57
C - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AD II MANÉ GARRINCHA			R\$ 213.777,96		R\$ 213.777,96		R\$ 213.777,96		R\$ 213.777,96		R\$ 213.777,96		R\$ 213.777,96
C1) RH - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AD II MANÉ GARRINCHA			R\$ 191.367,18		R\$ 191.367,18		R\$ 191.367,18		R\$ 191.367,18		R\$ 191.367,18		R\$ 191.367,18
C2) CONTRATO E CONSUMO		1	R\$ 22.410,78	1	R\$ 22.410,78	1	R\$ 22.410,78	1	R\$ 22.410,78	1	R\$ 22.410,78	1	R\$ 22.410,78
D - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III			R\$ 1.057.359,32		R\$ 1.057.359,32		R\$ 1.057.359,32		R\$ 1.057.359,32		R\$ 1.057.359,32		R\$ 1.057.359,32
D1) RH - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III			R\$ 406.347,09		R\$ 406.347,09		R\$ 406.347,09		R\$ 406.347,09		R\$ 406.347,09		R\$ 406.347,09
D2) CONTRATO E CONSUMO		2	R\$ 122.332,57	2	R\$ 122.332,57	2	R\$ 122.332,57	2	R\$ 122.332,57	2	R\$ 122.332,57	2	R\$ 122.332,57
E - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL III			R\$ 532.283,75		R\$ 532.283,75		R\$ 532.283,75		R\$ 532.283,75		R\$ 532.283,75		R\$ 532.283,75
E1) RH - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL- CAPS I III			R\$ 409.951,18		R\$ 409.951,18		R\$ 409.951,18		R\$ 409.951,18		R\$ 409.951,18		R\$ 409.951,18
E2) CONTRATO E CONSUMO		1	R\$ 122.332,57	1	R\$ 122.332,57	1	R\$ 122.332,57	1	R\$ 122.332,57	1	R\$ 122.332,57	1	R\$ 122.332,57
F - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL II			R\$ 310.443,91		R\$ 310.443,91		R\$ 310.443,91		R\$ 310.443,91		R\$ 310.443,91		R\$ 310.443,91
F1) RH - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL- CAPS I II			R\$ 236.452,43		R\$ 236.452,43		R\$ 236.452,43		R\$ 236.452,43		R\$ 236.452,43		R\$ 236.452,43
F2) CONTRATO E CONSUMO		1	R\$ 73.991,48	1	R\$ 73.991,48	1	R\$ 73.991,48	1	R\$ 73.991,48	1	R\$ 73.991,48	1	R\$ 73.991,48
G - EQUIPE MULTIPROFISSIONAL			R\$ 105.890,19		R\$ 105.890,19		R\$ 105.890,19		R\$ 105.890,19		R\$ 105.890,19		R\$ 105.890,19
G1) RH - Equipe Multiprofissional de Saúde Mental - ENISM			R\$ 103.122,38		R\$ 103.122,38		R\$ 103.122,38		R\$ 103.122,38		R\$ 103.122,38		R\$ 103.122,38
G2) CONTRATO E CONSUMO		1	R\$ 2.767,81	1	R\$ 2.767,81	1	R\$ 2.767,81	1	R\$ 2.767,81	1	R\$ 2.767,81	1	R\$ 2.767,81
H - FORTALECIMENTO IMPP			R\$ 826.331,21		R\$ 826.331,21		R\$ 826.331,21		R\$ 826.331,21		R\$ 826.331,21		R\$ 826.331,21
H1) RH - FORTALECIMENTO IMPP			R\$ 826.331,21		R\$ 826.331,21		R\$ 826.331,21		R\$ 826.331,21		R\$ 826.331,21		R\$ 826.331,21
H2) CONTRATO E CONSUMO		1	R\$ 0,00	1	R\$ 0,00	1	R\$ 0,00	1	R\$ 0,00	1	R\$ 0,00	1	R\$ 0,00
I - CENTRO DE CONVIVÊNCIA			R\$ 320.941,93		R\$ 320.941,93		R\$ 320.941,93		R\$ 320.941,93		R\$ 320.941,93		R\$ 320.941,93
I1) RH - CENTRO DE CONVIVÊNCIA			R\$ 273.985,04		R\$ 273.985,04		R\$ 273.985,04		R\$ 273.985,04		R\$ 273.985,04		R\$ 273.985,04
I2) CONTRATO E CONSUMO		1	R\$ 46.956,89	1	R\$ 46.956,89	1	R\$ 46.956,89	1	R\$ 46.956,89	1	R\$ 46.956,89	1	R\$ 46.956,89
J - INVESTIMENTO			R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00
J1) - INVESTIMENTO (aquisição de material permanente e adaptação da estrutura)			R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00
K - APOIO GESTÃO TÉCNICA - IMPP			R\$ 55.887,20		R\$ 55.887,20		R\$ 55.887,20		R\$ 55.887,20		R\$ 55.887,20		R\$ 55.887,20
K1) APOIO GESTÃO TÉCNICA - IMPP			R\$ 55.887,20		R\$ 55.887,20		R\$ 55.887,20		R\$ 55.887,20		R\$ 55.887,20		R\$ 55.887,20
L - SUBTOTAL FIXO (B+C+D+E+F+G+H+I)			R\$ 3.725.813,27		R\$ 3.725.813,27		R\$ 3.725.813,27		R\$ 3.725.813,27		R\$ 3.725.813,27		R\$ 3.725.813,27
M. TOTAL FIXO (A+K+L)			R\$ 3.930.733,00		R\$ 3.930.733,00		R\$ 3.930.733,00		R\$ 3.930.733,00		R\$ 3.930.733,00		R\$ 3.930.733,00
N. SUBTOTAL PARTE VARIÁVEL (O+P+Q)			R\$ 186.290,66		R\$ 186.290,66		R\$ 186.290,66		R\$ 186.290,66		R\$ 186.290,66		R\$ 186.290,66
O. PARTE VARIÁVEL 1			R\$ 74.516,27		R\$ 74.516,27		R\$ 74.516,27		R\$ 74.516,27		R\$ 74.516,27		R\$ 74.516,27
P. PARTE VARIÁVEL 2			R\$ 37.258,13		R\$ 37.258,13		R\$ 37.258,13		R\$ 37.258,13		R\$ 37.258,13		R\$ 37.258,13
Q. PARTE VARIÁVEL 3			R\$ 74.516,27		R\$ 74.516,27		R\$ 74.516,27		R\$ 74.516,27		R\$ 74.516,27		R\$ 74.516,27
R. TOTAL (J+M+N)			R\$ 4.117.023,66		R\$ 4.117.023,66		R\$ 4.117.023,66		R\$ 4.117.023,66		R\$ 4.117.023,66		R\$ 4.117.023,66

Item	Valores Unitários	MÊS 31		MÊS 32		MÊS 33		MÊS 34		MÊS 35		MÊS 36		Total 3º ano
		Nº Unid.	R\$	Nº Unid.	R\$	Nº Unid.	R\$	Nº Unid.	R\$	Nº Unid.	R\$	Nº Unid.	R\$	
A - Apoio à Gestão														
A1) apoio à gestão da OSC - RAPS			R\$ 149.032,53		R\$ 149.032,53		R\$ 149.032,53		R\$ 149.032,53		R\$ 149.032,53		R\$ 149.032,53	R\$ 1.788.390,37
B - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AD II			R\$ 358.785,00		R\$ 358.785,00		R\$ 358.785,00		R\$ 358.785,00		R\$ 358.785,00		R\$ 358.785,00	R\$ 4.305.420,00
B1) RH - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AD II			R\$ 236.452,43		R\$ 236.452,43		R\$ 236.452,43		R\$ 236.452,43		R\$ 236.452,43		R\$ 236.452,43	R\$ 2.837.429,16
B2) CONTRATO E CONSUMO		1	R\$ 122.332,57	1	R\$ 122.332,57	1	R\$ 122.332,57	1	R\$ 122.332,57	1	R\$ 122.332,57	1	R\$ 122.332,57	R\$ 1.467.990,84
C - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AD II MANÉ GARRINCHA			R\$ 213.777,96		R\$ 213.777,96		R\$ 213.777,96		R\$ 213.777,96		R\$ 213.777,96		R\$ 213.777,96	R\$ 2.566.335,52
C1) RH - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AD II MANÉ GARRINCHA			R\$ 191.367,18		R\$ 191.367,18		R\$ 191.367,18		R\$ 191.367,18		R\$ 191.367,18		R\$ 191.367,18	R\$ 2.296.406,16
C2) CONTRATO E CONSUMO		1	R\$ 22.410,78	1	R\$ 22.410,78	1	R\$ 22.410,78	1	R\$ 22.410,78	1	R\$ 22.410,78	1	R\$ 22.410,78	R\$ 268.329,36
D - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III			R\$ 528.679,66		R\$ 528.679,66		R\$ 528.679,66		R\$ 528.679,66		R\$ 528.679,66		R\$ 528.679,66	R\$ 6.351.303,16
D1) RH - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III		2	R\$ 406.347,09	2	R\$ 406.347,09	2	R\$ 406.347,09	2	R\$ 406.347,09	2	R\$ 406.347,09	2	R\$ 406.347,09	R\$ 4.878.165,10
D2) CONTRATO E CONSUMO			R\$ 122.332,57		R\$ 122.332,57		R\$ 122.332,57		R\$ 122.332,57		R\$ 122.332,57		R\$ 122.332,57	R\$ 1.467.990,84
E - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL III			R\$ 409.951,18		R\$ 409.951,18		R\$ 409.951,18		R\$ 409.951,18		R\$ 409.951,18		R\$ 409.951,18	R\$ 4.919.414,16
E1) RH - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS I III		1	R\$ 122.332,57	1	R\$ 122.332,57	1	R\$ 122.332,57	1	R\$ 122.332,57	1	R\$ 122.332,57	1	R\$ 122.332,57	R\$ 1.467.990,84
E2) CONTRATO E CONSUMO			R\$ 310.443,91		R\$ 310.443,91		R\$ 310.443,91		R\$ 310.443,91		R\$ 310.443,91		R\$ 310.443,91	R\$ 3.725.326,92
F - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL II			R\$ 236.452,43		R\$ 236.452,43		R\$ 236.452,43		R\$ 236.452,43		R\$ 236.452,43		R\$ 236.452,43	R\$ 2.837.429,16
F1) RH - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS I II		1	R\$ 73.991,48	1	R\$ 73.991,48	1	R\$ 73.991,48	1	R\$ 73.991,48	1	R\$ 73.991,48	1	R\$ 73.991,48	R\$ 887.897,76
F2) CONTRATO E CONSUMO			R\$ 105.890,19		R\$ 105.890,19		R\$ 105.890,19		R\$ 105.890,19		R\$ 105.890,19		R\$ 105.890,19	R\$ 1.270.682,28
G - EQUIPE MULTIPROFSSIONAL			R\$ 2.767,81		R\$ 2.767,81		R\$ 2.767,81		R\$ 2.767,81		R\$ 2.767,81		R\$ 2.767,81	R\$ 33.213,72
G1) RH - Equipe Multiprofissional de Saúde Mental - EMSM		1	R\$ 826.331,21	1	R\$ 826.331,21	1	R\$ 826.331,21	1	R\$ 826.331,21	1	R\$ 826.331,21	1	R\$ 826.331,21	R\$ 9.915.974,52
G2) CONTRATO E CONSUMO			R\$ 826.331,21		R\$ 826.331,21		R\$ 826.331,21		R\$ 826.331,21		R\$ 826.331,21		R\$ 826.331,21	R\$ 9.915.974,52
H - FORTALECIMENTO IMPP			R\$ 320.941,93		R\$ 320.941,93		R\$ 320.941,93		R\$ 320.941,93		R\$ 320.941,93		R\$ 320.941,93	R\$ 3.851.303,16
H1) RH - FORTALECIMENTO IMPP			R\$ 273.985,04		R\$ 273.985,04		R\$ 273.985,04		R\$ 273.985,04		R\$ 273.985,04		R\$ 273.985,04	R\$ 3.287.820,48
H2) CONTRATO E CONSUMO		1	R\$ 46.956,89	1	R\$ 46.956,89	1	R\$ 46.956,89	1	R\$ 46.956,89	1	R\$ 46.956,89	1	R\$ 46.956,89	R\$ 563.482,68
I - CENTRO DE CONVIVÊNCIA			R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00	R\$ 0,00
I1) RH - CENTRO DE CONVIVÊNCIA			R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00	R\$ 0,00
I2) CONTRATO E CONSUMO			R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00	R\$ 0,00
J - INVESTIMENTO			R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00	R\$ 0,00
J1) - INVESTIMENTO (aquisição de material permanente e adaptação da estrutura)			R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00	R\$ 0,00
K - APOIO GESTÃO TÉCNICA - IMPP			R\$ 55.887,20		R\$ 55.887,20		R\$ 55.887,20		R\$ 55.887,20		R\$ 55.887,20		R\$ 55.887,20	R\$ 670.646,59
K1) APOIO GESTÃO TÉCNICA - IMPP			R\$ 55.887,20		R\$ 55.887,20		R\$ 55.887,20		R\$ 55.887,20		R\$ 55.887,20		R\$ 55.887,20	R\$ 670.646,59
L SUBTOTAL PKO (B+C+D+E+F+G+H+I)			R\$ 3.725.813,27		R\$ 3.725.813,27		R\$ 3.725.813,27		R\$ 3.725.813,27		R\$ 3.725.813,27		R\$ 3.725.813,27	R\$ 44.709.759,24
M. TOTAL FIXO (A+K+L)			R\$ 3.930.733,00		R\$ 3.930.733,00		R\$ 3.930.733,00		R\$ 3.930.733,00		R\$ 3.930.733,00		R\$ 3.930.733,00	R\$ 47.168.796,00
N. SUBTOTAL PARTE VARIÁVEL (O+P+Q)			R\$ 186.290,66		R\$ 186.290,66		R\$ 186.290,66		R\$ 186.290,66		R\$ 186.290,66		R\$ 186.290,66	R\$ 2.235.487,96
O. PARTE VARIÁVEL 1			R\$ 74.516,27		R\$ 74.516,27		R\$ 74.516,27		R\$ 74.516,27		R\$ 74.516,27		R\$ 74.516,27	R\$ 894.195,18
P. PARTE VARIÁVEL 2			R\$ 37.258,13		R\$ 37.258,13		R\$ 37.258,13		R\$ 37.258,13		R\$ 37.258,13		R\$ 37.258,13	R\$ 447.097,59
Q. PARTE VARIÁVEL 3			R\$ 74.516,27		R\$ 74.516,27		R\$ 74.516,27		R\$ 74.516,27		R\$ 74.516,27		R\$ 74.516,27	R\$ 894.195,18
R. TOTAL (I+M+N)			R\$ 4.117.023,66		R\$ 4.117.023,66		R\$ 4.117.023,66		R\$ 4.117.023,66		R\$ 4.117.023,66		R\$ 4.117.023,66	R\$ 49.404.283,96

Item	Valores Unitários	MÊS 37		MÊS 38		MÊS 39		MÊS 40		MÊS 41		MÊS 42	
		Nº Unid.	R\$	Nº Unid.	R\$	Nº Unid.	R\$	Nº Unid.	R\$	Nº Unid.	R\$	Nº Unid.	R\$
A - Apoio à Gestão													
A1) apoio à gestão da OSC - RAP'S													
B - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AD II													
B1) RH - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AD II	R\$ 358.785,00												
B2) CONTRATO E CONSUMO	R\$ 236.452,43	1				1		1				1	
C - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AD II IMANÉ GARRINCHA													
C1) RH - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AD II IMANÉ GARRINCHA	R\$ 213.777,96												
C2) CONTRATO E CONSUMO	R\$ 191.367,18	1				1		1				1	
D - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III													
D1) RH - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III	R\$ 528.679,66												
D2) CONTRATO E CONSUMO	R\$ 406.347,09												
E - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL III													
E1) RH - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL CAPS I III	R\$ 532.283,75												
E2) CONTRATO E CONSUMO	R\$ 409.951,18	1				1		1				1	
F - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL II													
F1) RH - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL CAPS I III	R\$ 310.443,91												
F2) CONTRATO E CONSUMO	R\$ 236.452,43	1				1		1				1	
G - EQUIPE MULTIPROFISSIONAL													
G1) RH - Equipe Multiprofissional de Saúde Mental - EMSM	R\$ 73.991,48												
G2) CONTRATO E CONSUMO	R\$ 105.890,19												
H - FORTALECIMENTO IMPP													
H1) RH - FORTALECIMENTO IMPP	R\$ 826.331,21												
H2) CONTRATO E CONSUMO	R\$ 826.331,21	1				1		1				1	
I - CENTRO DE CONVIVÊNCIA													
I1) RH - CENTRO DE CONVIVÊNCIA	R\$ 320.941,93												
I2) CONTRATO E CONSUMO	R\$ 273.985,04	1				1		1				1	
J - INVESTIMENTO													
J1) - INVESTIMENTO (aquisição de material permanente e adaptação da estrutura)													
K - APOIO GESTÃO TÉCNICA - IMPP													
K1) APOIO GESTÃO TÉCNICA - IMPP													
L - SUBTOTAL FIXO (B+C+D+E+F+G+H+I)													
M - TOTAL FIXO (A+K+L)													
N - SUBTOTAL PARTE VARIÁVEL (O+P+Q)													
O - PARTE VARIÁVEL 1													
P - PARTE VARIÁVEL 2													
Q - PARTE VARIÁVEL 3													
R - TOTAL (A+M+N)													



CRONOGRAMA CONSOLIDADO

Cronograma 3º ano

PARCELAS	MESES	VALOR MENSAL
25	M25	R\$ 4.117.023,66
26	M26	R\$ 4.117.023,66
27	M27	R\$ 4.117.023,66
28	M28	R\$ 4.117.023,66
29	M29	R\$ 4.117.023,66
30	M30	R\$ 4.117.023,66
31	M31	R\$ 4.117.023,66
32	M32	R\$ 4.117.023,66
33	M33	R\$ 4.117.023,66
34	M34	R\$ 4.117.023,66
35	M35	R\$ 4.117.023,66
36	M36	R\$ 4.117.023,66
TOTAL ESTIMADO		R\$ 49.404.283,96

Cronograma 4º ano

PARCELAS	MESES	VALOR MENSAL
37	M37	R\$ 4.117.023,66
38	M38	R\$ 4.117.023,66
39	M39	R\$ 4.117.023,66
40	M40	R\$ 4.117.023,66
41	M41	R\$ 4.117.023,66
42	M42	R\$ 4.117.023,66
43	M43	R\$ 4.117.023,66
44	M44	R\$ 4.117.023,66
45	M45	R\$ 4.117.023,66
46	M46	R\$ 4.117.023,66
47	M47	R\$ 4.117.023,66
48	M48	R\$ 4.117.023,66
TOTAL ESTIMADO		R\$ 49.404.283,96