Rio PREFEITURA | SAÚDE

TERMO ADITIVO Nº 010/2023

2º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 007/2021, QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SMS E A ORGANIZAÇÃO SOCIAL INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL E AÇÃO SOCIAL – IDEIAS, COM VISTAS AO GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO TERRITORIO INTEGRADO DE ATENÇÃO A SAÚDE (TEIAS) NO ÂMBITO DA – AP 3.2., NA FORMA ABAIXO:

Pelo presente instrumento, de um lado o Município de Rio de Janeiro, com sede na Rua Afonso Cavalcanti, nº. 455, Bloco 1, 7º andar, Cidade Nova, neste ato representado por seu Secretário Municipal de Saúde **DANIEL RICARDO SORANZ PINTO**, brasileiro, médico, solteiro, portador da cédula de identidade nº 28.890.997-1, expedida pelo DETRAN, CPF nº 290.210.958-07, doravante denominado **CONTRATANTE**, e de outro lado a **ORGANIZAÇÃO SOCIAL INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL E AÇÃO SOCIAL – IDEIAS** , estabelecida na Avenida das Américas, 3.500 – Bloco 7 salas 703, 704 e 705 – Barra da Tijuca – Rio de Janeiro – RJ – CEP 22.640-102, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ sob o n.° 05.696.218/0001-46, neste ato representado por seu Diretor Presidente **CARLOS ALBERTO BOHRER DE ANDRADE FIGUEIRA**, brasileiro, empresário, casado, portador da cédula de identidade nº 29.356.866-3 expedida pelo IFP/RJ, CPF nº 245.148.706-25, doravante denominada **CONTRATADA**, selecionada através do processo administrativo n° 09/000.034/2021, tendo em vista o que dispõe o Decreto-Lei nº 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Federal 8080 de 19 de setembro de 1990, o Decreto Municipal nº 30.780 de dois de junho de 2009, que regulamenta a Lei Municipal nº 5026 de 19 de maio de 2009, bem como, o disposto no artigo 24, inciso XXIV, da Lei Federal nº 8.666 de 21 de junho de 1993, RESOLVEM celebrar o presente Termo Aditivo ao **Contrato de Gestão nº 007/2021**, referente ao GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO TERRITORIO INTEGRADO DE ATENÇÃO A SAÚDE (TEIAS) NO ÂMBITO DA – AP 3.2, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

Constitui objeto deste Termo Aditivo:

I – Prorrogar a vigência do Contrato de Gestão nº 007/2021, pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses, a partir de 01/09/2023 a 31/08/2025, nos termos do artigo 8º, inciso VII, do Decreto Municipal nº 30.780, de 2009;

II – Substituir o Anexo Técnico E – Acompanhamento do Contrato, Monitoramento e Avaliação;

III – Estabelecer o Anexo Técnico F – Cronograma de Desembolso Financeiro e Metas Físicas, com alteração do valor de Contrato de Gestão em R$ 481.259.912,18 (quatrocentos e oitenta e um milhões, duzentos e cinquenta e nove mil, novecentos e doze reais e dezoito centavos).

CLÁUSULA SEGUNDA - DO PRAZO DE VIGÊNCIA

O prazo de vigência do presente Termo Aditivo será a partir de 1º/09/2023 a 31/08/2025.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO VALOR

Pela prestação dos serviços objeto deste Termo Aditivo, a CONTRATANTE repassará à CONTRATADA os valores definidos no Anexo Técnico F – "Cronograma de Desembolso Financeiro e Metas Físicas", que dele é parte integrante, totalizando para o período de 24 (vinte e quatro) meses o valor de R$ 481.259.912,18 (quatrocentos e oitenta e um milhões, duzentos e cinquenta e nove mil, novecentos e doze reais e dezoito centavos); sendo que, o valor total do Contrato de Gestão nº 007/2021 passa de 353.299.099,60 (trezentos e cinquenta e três milhões, duzentos e noventa e nove mil, noventa e nove reais e sessenta centavos), para R$ 834.559.011,78 (oitocentos e trinta e quatro milhões, quinhentos e cinquenta e nove mil, onze reais e setenta e oito centavos).

CLÁUSULA QUARTA – DA DOTAÇÃO E DO EMPENHO DAS DESPESAS

As despesas, correspondentes ao presente Termo Aditivo, correrão por conta dos Programas de Trabalho nºs 18.09.10.301.0330.2854, 18.09.10.302.0426.2746, e 18.09.10.305.0308.2003, Natureza(s) de Despesa nº(s) 33.50.85.01 do orçamento de 2023, Fonte(s) 1.500.1.19, 1.600.1.80, 1.621.1.96, 1.600.1.81 e 1.600.1.82 tendo sido emitidas as Notas de Empenho nº 233/2023, 234/2023, 235/2023, 236/2023 e 237/2023, no valor total de R$ 70.311.647,88 (setenta milhões, trezentos e onze mil, seiscentos e quarenta e sete reais e oitenta e oito centavos).

CLÁUSULA QUINTA - DA RESOLUÇÃO

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

CLÁUSULA SEXTA – DA RATIFICAÇÃO

Ficam ratificadas as demais cláusulas constantes do Contrato de Gestão nº 007/2021 e seus termos aditivos, que não colidirem com o disposto neste Termo Aditivo.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA PUBLICAÇÃO

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

CLÁUSULA OITAVA – DA FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA E ORÇAMENTÁRIA

O CONTRATANTE providenciará a remessa de cópias do presente instrumento ao órgão de controle interno do Município no prazo de 5 (cinco) dias contados da sua assinatura e ao Tribunal de Contas do Município, na forma do art. 1º, da Resolução TCMRJ n.º 044, de 23/02/2022.

CLÁUSULA NONA – DO FORO

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

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

Rio de Janeiro, 25 de agosto de 2023.

CARLOS ALBERTO BOHRER DE ANDRADE FIGUEIRA
ORGANIZAÇÃO SOCIAL INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL E AÇÃO SOCIAL – IDEIAS

DANIEL RICARDO SORANZ PINTO
Secretário Municipal de Saúde

TESTEMUNHAS:

1) _____ 2) _____

Nome: Nome:

CPF.: 081.609.207-58 CPF.: 112725552748

Leonardo Souto de Castilho
Assessor
S/SUBPAV
Mat.: 11/207.457-3

Luiz Renato da Silva
Assessor
Mat. 11/263056-4
S/SUBPAV

PROJETO BÁSICO

ANEXO II – PROJETO BÁSICO

ANEXOS TÉCNICOS

Anexo Técnico E – ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Anexo Técnico F – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO FINANCEIRO E METAS FÍSICAS

ANEXO TÉCNICO E

ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

E.1. CRITÉRIOS GERAIS PARA O ACOMPANHAMENTO DOS CONTRATOS

E.1.1. RESPONSABILIDADE NO ACOMPANHAMENTO

E.1.2. COMISSÃO TÉCNICA DE ACOMPANHAMENTO

E.1.3. COMPOSIÇÃO

E.1.4. FUNÇÕES

E.2. ÂMBITOS DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

E.2.1. ASPECTOS BÁSICOS ORGANIZACIONAIS

E.2.2. BOA PRÁTICA CLÍNICA

E.2.3. ATENÇÃO AO USUÁRIO

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

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

E.3. PAGAMENTO DAS PARTES VARIÁVEIS - INDICADORES DE PERFORMANCE

E.3.1. ASPECTOS GERAIS

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

E.3.3. PARTE VARIÁVEL 02 – incentivo institucional à Unidade de Atenção Primária

E.3.4.PARTE VARIÁVEL 03 – incentivo institucional às equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal

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

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

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

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

E.4.1.3. SIA – Sistema de Informação Ambulatorial

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

E.4.1.5. SISCAN – Sistema de Informação do Câncer

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

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

E.4.1.8. SISREG – Sistema de Nacional de Regulação

E.1. CRITÉRIOS GERAIS PARA O ACOMPANHAMENTO DOS CONTRATOS

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

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

E.1.1. RESPONSABILIDADE NO ACOMPANHAMENTO

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

E.1.2. COMISSÃO TÉCNICA DE AVALIAÇÃO (CTA)

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

E.1.3. COMPOSIÇÃO

A Comissão Técnica de Avaliação (CTA) é constituída, por no mínimo de 05 membros titulares e 01 suplente, assim definidos:

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

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

A sugestão de previsão do Núcleo de Monitoramento e Avaliação objetiva a dedicação da análise físico-financeira e do acompanhamento técnico-assistencial do Contrato de Gestão, a fim de consubstanciar os membros da CTA. Sua composição deverá prever:

NÚCLEO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO		
PERFIL	**QUANTIDADE**	**ÓRGÃO**
PROFISSIONAL CONTÁBIL-FINANCEIRO	2	S/SUBPAV/CAP
PROFISSIONAL ESPECIALISTA EM SAÚDE PÚBLICA (Especialista em Saúde com Mestrado e/ou Doutorado em Saúde Pública / Gestão)	1	S/SUBPAV/CAP
PROFISSIONAL ADMINISTRATIVO	1	S/SUBPAV/CAP

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

E.1.4. FUNÇÕES

A análise e o acompanhamento das contas dos Contratos de Gestão firmados com as Organizações Sociais para gestão de unidades de saúde aqui descritas, serão exercidos pela Comissão Técnica de Avaliação (CTA). A CTA é responsável pela análise físico-financeira e pelo acompanhamento técnico-assistencial dos contratos de gestão firmados com Organizações Sociais, como:

a) Acompanhar e controlar os aspectos econômicos e financeiros dos contratos de gestão firmados com Organizações Sociais, analisando a aplicação dos recursos, a eficiência e eficácia dos serviços de saúde prestados a população, solicitando parecer das respectivas áreas técnicas da SMS-Rio e dos órgãos da prefeitura, que deem a CTA subsídios para essa análise - como laboratório, licenciamento para transporte pré-hospitalar, serviços de imagem, serviços de alimentação, limpeza de área crítica e vigilância;

b) Avaliar as metas e os indicadores pactuados e registrar o funcionamento dos serviços prestados;

c) Realizar estudos e análises de propostas de implantação de novos serviços, assim como a fixação e rotatividade de profissionais de saúde;

d) Analisar e acompanhar as contas do trimestre avaliado;

e) Realizar reuniões ordinárias e extraordinárias, estas sempre que solicitada pela SMS-Rio ou pelo contratado;

f) Manter registro das reuniões realizadas, cuja ata deverá ser assinada pela totalidade dos membros presentes à reunião, com quórum mínimo de 03 membros;

g) Analisar mensalmente a prestação de contas e emitir relatórios trimestrais de aprovação de contas;

h) Emitir relatórios trimestrais de análise e acompanhamento do cumprimento dos indicadores de performance e das metas pré-definidas.

E.2. ÂMBITOS DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

E.2.1. ASPECTOS BÁSICOS ORGANIZACIONAIS

Caberá à Organização Social detalhar os seguintes aspectos:

- Mecanismos de informação e comunicação à população sobre os serviços que ofertam mediante a implementação e disponibilização de sistema de informação gerencial com acesso pela internet, utilizando padrões estabelecidos pela SMS-Rio;
- Meios de acesso da população aos serviços de saúde ofertados;
- Recepção e encaminhamento de usuários aos serviços;

- Registros a serem utilizados na atividade assistencial;
- Registros a serem utilizados nos procedimentos administrativos;
- Referência e contra referência de usuários aos outros serviços ou outros níveis assistenciais, assim como os registros que se utilizarão.

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

E.2.2. BOA PRÁTICA CLÍNICA

As referências que apoiam a boa prática clínica são:

- Materiais e publicações técnicas produzidos pelas autoridades sanitárias nas três esferas de governo;
- O consenso de sociedades científicas e associações profissionais;
- Processos de trabalho consensuados pelos profissionais que pertencem ao serviço de saúde contratado ou a outros no âmbito territorial.

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

- Qualificação dos profissionais;
- Utilização do prontuário clínico como uma fonte de informação para ações de vigilância em saúde, gestão da agenda, consultas individuais;
- Uso de outros registros da atividade assistencial;
- Respeito ao Plano de Educação Permanente (SMS-Rio) e a PNAB 2017 (MS);
- Consenso sobre o diagnóstico e tratamento das patologias mais presentes na Atenção Primária;
- Consenso entre os profissionais dos serviços sobre o diagnóstico, tratamento e condições de referência, se procede, das urgências em atenção primária;

- Dispositivos que possibilitem a desmedicalização, tais como o desenvolvimento de um plano para atividades de grupo, atividades físicas, dentre outros;
- Perfil de prescrição farmacêutica;
- Auto-avaliação assistencial pelos profissionais;
- Avaliação externa da prática assistencial;
- Avaliação da relação médico-paciente;
- Ética profissional.

E.2.3. ATENÇÃO AO USUÁRIO

Esses critérios, de forma genérica, serão utilizados para avaliar a atenção ao usuário:

- Grau de informação do usuário sobre o conteúdo, organização e funcionamento dos serviços de saúde contratados;
- Boa comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários;
- Incentivo a autonomia dos usuários;
- Tratamento individualizado e personalizado;
- Percepção do usuário em relação ao funcionamento dos serviços de saúde, através de pesquisas de satisfação, sendo estas, sempre que a população ultrapasse um número recomendado pelas Ciências Estatísticas, de caráter amostral.

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

Uma efetiva articulação entre os níveis assistenciais deve comportar uma continuidade em todo o processo de modo que este seja reconhecido como tal pelo próprio usuário. Esta articulação se dará de acordo com critérios estabelecidos pela SMS-Rio. Para assegurar a continuidade no processo assistencial serão necessários:

- Consenso clínico sobre as patologias e os processos que possam ser solucionados nos serviços da rede básica;
- Utilização do Manual de Regulação Ambulatorial e protocolos clínicos baseados nas melhores evidências para a coordenação do cuidado na regulação;

- Utilização pelos profissionais de saúde das referências e contra referências estabelecidas;

- Acordos entre os profissionais sobre a informação clínica necessária, tanto desde a rede básica até a atenção especializada como de maneira recíproca, para dar suporte e continuidade ao processo terapêutico;

- Suporte e rotinas administrativas adequadas que evitem os deslocamentos desnecessários dos pacientes referenciados aos demais níveis e unidades da rede;

- Integração com outros setores no sentido de atuar nos condicionantes / determinantes do processo de saúde-doença.

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

As atividades e ações de promoção da saúde e prevenção de doenças serão definidas pela S/SUBPAV/SPS.

É previsto que os profissionais das unidades de saúde realizem atividades de promoção intra e extra-muros, rotineiramente e durante o horário de funcionamento da unidade. Eventualmente haverá atividades de promoção em horários alternativos, com disponibilização de força de trabalho pactuada pela direção/gerência da unidade.

E.3. ABRANGÊNCIA DO CUIDADO: INDICADORES E METAS CONTRATUAIS

A Abrangência do Cuidado, também traduzida como Integralidade (ainda que essa tradução possibilite interpretações diferentes), foi apresentada como atributo da atenção primária pelo Institute of Medicine em 1978, mas foi Bárbara Starfield que o disseminou como norteador para a rotina dos serviços, além de uma preocupação constante do gestor.

A abrangência do cuidado representa a capacidade da equipe de APS em lidar com os problemas da sua população adscrita, partindo da identificação das principais questões e problemas trazidos pelos usuários. Um serviço abrangente precisa incorporar técnicas e ofertar ações em saúde de forma resolutiva, coordenando com outros níveis de atenção aquilo que está além do seu escopo de atuação. É necessário, portanto, conhecer as frequências dos problemas de saúde da população sob cuidado e adequar a disponibilidade

dos serviços, de forma a alcançar um alto nível de desempenho. A Abrangência do Cuidado define, portanto, a organização do serviço e as habilidades esperadas dos profissionais, guiando um plano de educação que permita o desenvolvimento de suas competências.

As ações ofertadas e não os serviços, ou seja, uma equipe deve ofertar ações que são essenciais, ações estratégicas e aquelas do grupo ampliado, conforme previsto na *Carteira de Serviços da Atenção Primária: diretrizes para a abrangência do cuidado*. Todos os profissionais da equipe devem ofertar, minimamente, as ações essenciais.

Caracterizam-se como ações essenciais aquelas com grande impacto na saúde da população, como as relacionadas ao pré-natal, à saúde da criança e às ações de enfrentamento da tuberculose. Para a prática dessas ações são necessários os conhecimentos básicos sobre APS e que, idealmente, devem ser avaliados ainda na contratação. Caso algum profissional apresente dificuldade na execução desses serviços, deve ser considerada ação prioritária pela Coordenadoria Geral de Atenção Primária (CAP) e pela contratante remediar essa deficiência.

São consideradas estratégicas aquelas ações que são altamente desejáveis para a ampliação do acesso, para a melhoria de indicadores populacionais ou para a inclusão de determinados grupos populacionais tradicionalmente negligenciados. A incorporação desses procedimentos se traduz na qualidade desejada para as equipes, sendo sua indução por meio de treinamentos sistemáticos e o pagamento por desempenho. Exemplos incluem determinados procedimentos cirúrgicos, como a cantoplastia, a inserção de dispositivo intrauterino.

São consideradas ampliadas aquelas ações que qualificam e diferenciam as equipes que os oferecem, mas cuja implementação varia conforme o perfil dos profissionais e o perfil da população adscrita. Muitos deles requerem treinamentos específicos de maior complexidade e tendem a ser mais esperados em equipes com maior maturidade da carteira de serviços, a exemplo de algumas práticas integrativas e complementares. Espera-se uma maior oferta de procedimentos ampliados em unidades com programas de residência e profissionais especialistas em Saúde da Família.

O prazo de vigência do Termo Aditivo deverá ser de dois anos, renovável, pela metade do período, se atingidas, pelo menos, **oitenta por cento das metas estabelecidas para o período anterior, no ANEXO TÉCNICO F, denominado CRONOGRAMA DE**

METAS FÍSICAS, e no Quadro intitulado Parte variável 01: incentivo institucional à gestão do TEIAS, nos termos do inciso VII, artigo 8º, do Decreto nº 30.780, de 02 de junho de 2009, que regulamenta a Lei Municipal nº 5.026, de 19 de maio de 2009, que dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais e dá outras providências.

Para fins de cálculo, o resultado final será estabelecido pela média aritmética entre o alcance das Metas Físicas e dos indicadores da Parte variável 01.

E.4. PARTES VARIÁVEIS - PAGAMENTO POR PERFORMANCE

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

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

E.4.1. ASPECTOS GERAIS

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

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

O Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) deve disponibilizar relatórios gerenciais para todos os profissionais, de forma que os mesmos possam visualizar os indicadores de sua equipe e compará-los com indicadores de qualquer outra equipe no município que utilize o mesmo prontuário. Esses indicadores da equipe deverão ser enviados de forma automatizada, por e-mail, pelo PEP, para cada profissional de saúde ao final do mês.

Somente deverá ser considerado implantado o PEP naquelas equipes em que o envio dos indicadores esteja sendo mensalmente enviado por e-mail aos profissionais.

Todas as alterações técnicas no PEP, necessárias ao bom desempenho da assistência à população, deverão ser realizadas em até 30 (trinta) dias da comunicação pela SMS-Rio à instituição parceira (OSS).

No decorrer do Plano de Trabalho, caso algum Sistema de Informação oficial do Ministério da Saúde ou da SMS-Rio, venha a ser alterado, terá a OSS que proceder a mudança em até 30 (trinta) dias, ou seja, no mês seguinte à esta alteração.

No caso de surto ou situação de emergência em saúde pública, outros indicadores e estatísticas de doenças de notificação compulsória poderão ser incluídos para acompanhamento e avaliação da performance.

A qualquer momento a CAP, a CTA ou a SMS-Rio poderão solicitar a memória de cálculo que gerou os resultados dos indicadores, e realizar uma auditoria clínica para validar os resultados encontrados. As partes variáveis estão divididas em três partes:

- **Parte variável 01** – incentivo institucional à gestão do TEIAS.
- **Parte variável 02** - incentivo institucional à qualificação das Unidades de Atenção Primária.
- **Parte variável 03** - incentivo institucional à coordenação do cuidado.

E.4.2. PARTE VARIÁVEL 01 – incentivo institucional à gestão do TEIAS

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

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

Para fazer jus aos recursos orçamentários da parte variável 01 com periodicidade trimestral, que correspondem a até 02% do Percentagem do valor referente à parcela fixa excluída o valor de investimento, a CONTRATADA deverá apresentar um relatório contendo os resultados dos indicadores pré-estabelecidos pela SMS-Rio, definidos no

Quadro 1.0 deste contrato. O valor está condicionado ao alcance do conjunto de indicadores pré-estabelecidos para o respectivo trimestre.

Caso a OSS cumpra a totalidade dos indicadores, a parte variável 01 deverá ser considerada na rubrica "Apoio a gestão do TEIAS – OSS", devendo a OSS apresentar à respectiva CAP, o plano de aplicação deste valor, para validação e autorização. A parte variável 01 pode ser dividida em três faixas de recursos orçamentários:

(i) cumprimento de 90 a 100% dos marcos implica em destinação do total de 02% dos recursos orçamentários pré-definidos à OSS, desde que 100% das equipes de Saúde da Família (eSF) estejam completas (*). No caso de equipes incompletas, mesmo tendo 100% dos indicadores alcançados, a OSS fará jus somente à 01% do recurso.

(ii) cumprimento de 80 a 89% dos marcos implica em destinação do total de 01% dos recursos orçamentários pré-definidos à OSS, desde que 100% das eSF estejam completas (*). No caso de equipes incompletas, mesmo tendo 100% dos indicadores alcançados, a OSS fará jus somente a 0,5% do recurso.

(iii) cumprimento de menos de 80% dos marcos implica em não destinação do recurso à OSS.

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

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

Quadro 1.0 - Parte variável 01: incentivo institucional à gestão do TEIAS

Nº	AÇÃO	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	FONTE	PERIODICIDADE	MARCO
1	Manutenção de comissões de prontuários nas unidades	Proporção de UAP com comissões de prontuários mantidas	(N) Nº de unidades com comissões com atividade mensal x 100 / (D) Nº total de unidades com eSF	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	95%
Observação: O prontuário deve permitir ao gerente / diretor registrar no módulo de cadastro da unidade se existe comissão de prontuário, a periodicidade das reuniões e a ata das reuniões, conforme diretriz técnica disponibilizada pela S/SUBPAV/SIAP . Mínimo de reuniões para ser considerada ativa é de 1 reunião mensal.						

2	Acompanhamento do cadastro e atualização no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)	Proporção de profissionais de saúde cadastrados no SCNES	(N) Nº de profissionais das eSF e eSB cadastrados no prontuário com correspondência no SCNES x 100 / (D) Nº de profissionais das eSF e eSB cadastrados no PEP	Prontuário Eletrônico (PEP) + arquivo exportação do SCNES	Trimestral	**95%**
Observação: Este indicador visa medir a percentagem de profissionais que estão atuando nas eSF e eSB e devidamente atualizados no SCNES. Para o numerador deve-se considerar correspondência de SCNES e de código de equipe para os profissionais. Mensalmente as empresas de prontuário devem atualizar toda a base do SCNES enviada ao DATASUS (N). Deve-se comparar a proporção de profissionais cadastrados no PEP com aqueles devidamente registrados no SCNES.						
Nº	**AÇÃO**	**INDICADORES**	**FÓRMULA DE CÁLCULO**	**FONTE**	**PERIODICIDADE**	**MARCO**
3	Estrutura para impressão de documentos assistenciais	Percentagem de salas assistenciais com impressora funcionando	(N) Nº de salas assistenciais com impressora disponível e funcionando nas unidades com apoio à gestão x 100 / (D) Nº de salas assistenciais nas unidades com apoio à gestão	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	**95%**
Observação: O prontuário deve permitir ao gerente / diretor registrar no módulo de cadastro da unidade mensalmente se todas as salas assistenciais (administração, consultórios, farmácia e imunização) apresentam impressoras disponíveis e funcionando no período.						
4	Abastecimento regular das unidades	Proporção de unidades de saúde regularmente abastecidas	(N) Nº de UAP com declaração pelo gerente / diretor de que estão regularmente abastecidas x 100 / (D) Nº de unidades recebendo apoio à gestão	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	**95%**
Observação: O prontuário deve permitir ao gerente / diretor registrar no módulo de cadastro da unidade mensalmente se o abastecimento dos insumos e equipamentos de atribuição da OSS (excluem-se os medicamentos) está regular em porcentagem de itens padronizados. A avaliação é a média dos 3 meses.						
5	Descentralização do fornecimento de medicamentos controlados	Proporção de unidades que realizam o fornecimento de medicamentos controlados	(N) Nº de unidades com apoio à gestão que realizam o fornecimento registrado pelo prontuário x 100 / (D) Nº total de unidades com apoio à gestão na área	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	**95%**
Observação: O prontuário deve gerar por mês a quantidade de itens de medicamento controlado distribuídos por unidade. Considera-se que a unidade dispensa medicamento controlado se houver registro regular de dispensação deste item no prontuário. O prontuário deve permitir detalhar a lista de pacientes que recebem o insumo e a lista de insumo recebido por paciente.						
6	Regularidade no envio da produção (BPA, SISAB, OSINFO)	Proporção de unidades que informaram em dia	(N) Nº de unidades com comprovação de envio de arquivos válidos pelo PEP x 100 / (D) Nº total de unidades com apoio à gestão na área	Protocolo de envio pelo Prontuário Eletrônico (PEP) + SISAB	Trimestral	**100%**
Observação: O calendário de envio para o SISAB e SIA deverá seguir o pactuado com a SMS-Rio. O Painel OS INFO deve ser informado conforme regulamentação da S/SUBG/CTGOS. O prontuário deve gerar relação das unidades com a data e a competência de envio nos três meses em análise.						
7	Regularidade no envio dos indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3), aos profissionais das equipes	Proporção de profissionais da eSF e eSB que receberam mensalmente por e-mail pelo PEP o resultado dos indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3) de sua equipe	(N) Nº de profissionais das eSF e eSB que receberam mensalmente por e-mail pelo PEP o envio do resultado dos indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3), de sua equipe x 100 / (D) Nº total de profissionais de eSF e eSB na área	Protocolo de envio de e-mail pelo Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	**100%**
Observação: Todos os profissionais das equipes devem receber mensalmente por e-mail, automaticamente a partir do prontuário o resultado dos indicadores de desempenho de sua equipe, SIA e SISAB. O prontuário deve gerar uma relação de todos os profissionais de saúde por unidade e por equipe com a data de envio automático dos indicadores por e-mail, o e-mail de cada um deles e o cargo/categoria dos mesmos.						

8	Relação do gasto administrativo em relação ao total de gastos	Razão de gasto administrativo em relação ao total de gastos	(N) Valor gasto com a rubrica gestão TEIAS no trimestre / (D) Teto do valor para a rubrica gestão do TEIAS / OSS	Prestação de contas	Trimestral	≤ 1
Observação: Avaliação da eficiência da gestão, considerando a média de três meses.						
Nº	**AÇÃO**	**INDICADORES**	**FÓRMULA DE CÁLCULO**	**FONTE**	**PERIODICIDADE**	**MARCO**
9	Compra de itens abaixo do valor médio do banco de preços em saúde	Proporção de itens adquiridos com valor abaixo da média do banco de preços do MS/SMS	(N) Total de itens comprados abaixo da média de preços x 100 / (D) Total de itens adquiridos	Prestação de contas	Trimestral	95%
Observação: Eficiência das aquisições e uso adequado dos recursos do contrato de acordo com os itens preestabelecidos em lista padrão. As Organizações Sociais, deverão realizar suas compras e contratações observando como valores máximos os constantes das Atas de Registro de Preços vigentes da Secretaria Municipal de Saúde, e deverão estar abaixo dos valores máximos constantes das Atas de Registro de Preços da SMS-Rio em, no mínimo 95% (noventa e cinco por cento) das compras e contratações, conforme Decreto Rio nº 41.208 de 18/01/2016.						
10	Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados	Proporção de gerentes que consideraram de boa qualidade os itens adquiridos e os serviços prestados	(N) Nº de itens fornecidos e serviços prestados avaliados com boa qualidade no período de análise x 100 / (D) Total de itens e serviços prestados avaliados	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	95%
Observação: Eficiência das aquisições e uso adequado dos recursos do projeto de acordo com itens preestabelecidos em lista padrão.						
11	Proporção de cura de Tuberculose	Proporção de casos de tuberculose encerrados como cura no período	(N) Nº de casos novos de Tuberculose encerrados como cura na área no período em análise x 100 / (D) Nº total de casos novos de Tuberculose encerrados na área	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	90%
Observação: O alcance da meta deste indicador somente será somente considerado se 90% dos casos com diagnóstico de tuberculose ≥ 12 meses estiverem encerrados com o respectivo motivo do encerramento registrado no PEP. O prontuário deverá permitir a extração da lista nominal dos casos com diagnóstico de TB com a respectiva data e motivo de encerramento.						
12	Acompanhamento de Sífilis na Gestação	Proporção de Notificações de Sífilis na Gestação com tratamento adequado	(N) Nº de gestantes da abrangência das equipes notificadas para Sífilis na Gestação com tratamento adequado no período em análise x 100 / (D) Nº de gestantes da abrangência das equipes notificadas para Sífilis na Gestação	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	90%
Observação: a) Considera-se tratamento ADEQUADO a prescrição adequada para o tipo de sífilis (primária, secundária, latente), e o tratamento concluído até 30 dias antes da data do parto; b) Para atingir o indicador deve-se fazer o diagnóstico precocemente (importância do teste rápido).						
13	Proporção de gestantes com 7 ou mais consultas	Proporção de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal registradas no PEP	(N) Nº de mulheres que encerraram o pré-natal com 7 ou mais consultas (médico e/ou enfermeiro) na área no período em análise x 100 / (D) Nº total de mulheres que encerraram o pré-natal na área	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	85%
Observação: Considerar todos os registros de consultas de pré-natal do médico e/ou do enfermeiro na linha de cuidado.						
14	Proporção de cadastros definitivos com número único (CPF)	Proporção de cadastros definitivos com número único em relação ao total de cadastros	(N) Nº de pessoas cadastradas no PEP com preenchimento do campo CPF x 100 / (D) Nº total de pessoas cadastradas no PEP	PEP	Trimestral	90%

15	Manutenção dos Colegiados Gestores	Proporção de UAP com colegiados gestores mantidos	(N) Nº de unidades com colegiados gestores com atividade mensal x 100 / (D) Nº total de unidades com eSF	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	95%
Nº	**AÇÃO**	**INDICADORES**	**FÓRMULA DE CÁLCULO**	**FONTE**	**PERIODICIDADE**	**MARCO**
Observação: O prontuário deve permitir ao gerente / diretor registrar no módulo de cadastro da unidade se existe colegiado gestor, a periodicidade das reuniões e a ata das reuniões, conforme diretriz técnica disponibilizada pela S/SUBPAV/SIAP. Mínimo de reuniões para ser considerada ativa é de 1 reunião mensal.						
16	Rotatividade de profissionais nas equipes de saúde	Rotatividade (turnover) de profissionais nas equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal	(N) ((Nº de profissionais admitidos + Nº de profissionais desligados) / 2) / (D) Nº total de profissionais ativos nas eSF e eSB	CNES	Trimestral	≤ 5
Observação: Forma clássica de cálculo do turnover: (número de demissões mais número de admissões), dividido por 2, dividido pelo número de funcionários ativos. **Nota**: Consideram-se apenas os profissionais da equipe mínima de eSF e eSB. Para substituição consideram-se demissões, transferências e substituições por licença.						
17	Proporção de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca	Proporção de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca (CFC) acompanhadas	(N) Nºde crianças < 2 anos e gestantes beneficiárias do CFC acompanhadas x 100 / (D) Nº total de crianças < 2 anos e gestantes beneficiárias do CFC	Portal SUBPAV	Trimestral	Alvo
Observação: Alvo: Janeiro / Julho – 20%; Fevereiro / Agosto – 30%; Março / Setembro – 40%; Abril / Outubro – 60%; Maio / Novembro – 80%; Junho / Dezembro – 90%.						
18	Percentagem de escolas e creches no território de referência da Unidade de Atenção Primária com no mínimo uma atividade de saúde	Proporção de escolas e creches cobertas na área da Unidade de Atenção Primária	(N) Nº de escolas que receberam no mínimo uma ação de saúde no período x 100 / (D) Total de escolas da área	PEP	Mensal (considerar apenas meses letivos das escolas)	90%
Observação: O prontuário deve permitir ao gerente / diretor registrar no módulo de cadastro da unidade as escolas e creches públicas na área de abrangência com informações como INEP, Endereço, Nome do estabelecimento, número de alunos. Cada equipe de SF e SB deve registrar as atividades realizadas a partir desse cadastro realizado. Nos meses não letivos das escolas, este indicador não deve ser considerado no mês em questão (NE = Não Elegível).						
19	Percentagem de famílias com entrega de kits de higiene oral	Proporção de famílias com entrega de kits de higiene oral dentre as famílias beneficiárias dos programas de incentivo	(N) Nº de famílias beneficiárias dos programas de incentivo cadastradas na área da eSF com kits individuais entregues para todos os seus membros pelos ACS ou eSB x 100 / (D) Total de famílias beneficiárias de programa de incentivo cadastradas na área da eSF	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	100%
Observação: O prontuário deve permitir assinalar a entrega pelo Agente Comunitário de Saúde e pelos profissionais da eSB no atendimento individual, em grupo ou em visita domiciliar. Todos os membros das famílias beneficiárias devem ser contemplados pelo menos 1x no trimestre.						

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

No decorrer do Plano de Trabalho, caso algum Sistema de Informação oficial do Ministério da Saúde ou da SMS-Rio, venha a ser alterado, o mesmo deverá acontecer em relação às

"Fontes" descritas nos Eixos 1 a 6 para cada indicador, tendo a OSS que proceder a mudança em até 30 (trinta) dias, ou seja, no mês seguinte à esta alteração.

No caso de surto ou situação de emergência em saúde pública, outros indicadores e estatísticas de doenças de notificação compulsória serão incluídos para acompanhamento. Ao final de cada 12 meses de acompanhamento, a SMS-Rio e CAP, juntamente com a OSS, deverão rever estes indicadores, com o objetivo de aperfeiçoar o monitoramento proposto, de acordo com as recomendações das diretrizes e princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS).

E.4.3. PARTE VARIÁVEL 02 – O cumprimento de indicadores específicos relacionados a cada Unidade de Atenção Primária destinará um valor trimestral preestabelecido segundo o número de equipes, a ser aplicado na própria Unidade de Atenção Primária.

O valor é de até R$ 3.000,00 / trimestre por equipe de Saúde da Família, observado o limite de 1% da parcela fixa, excluído o valor do investimento, do trimestre previsto no "Anexo Técnico F – Cronograma de Desembolso e Metas".

O valor mensal pago para cada Unidade de Atenção Primária a título de bônus premial, referente à variável 2, deverá respeitar a proporcionalidade do valor máximo apurado no período, e, o limite de 1% da parcela fixa do trimestre previsto no "Anexo Técnico F – Cronograma de Desembolso e Metas". Para a obtenção do repasse dos recursos da Parte Variável 2 pelas Unidades de Atenção Primária, deverão ser cumpridas 2 (duas) condicionais:

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

- Cumprimento das metas de 0 a 11 indicadores pelas equipes de Saúde da Família da unidade, não será repassado nenhum valor;

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

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

Exemplos:

A. uma unidade com três equipes de Saúde da Família em que todas essas equipes tenham cumprido a meta de 17 a 20 indicadores, será repassado à unidade 3 x R$ 3.000,00 = R$ 9.000,00 no trimestre;

B. uma unidade com 5 equipes de Saúde da Família em que quatro tenham cumprido a meta de 17 a 20 indicadores e uma tenha cumprido a meta de 12 a 16 indicadores, será repassado à unidade 5 x R$ 1.500,00 Reais no trimestre;

C. uma unidade com 4 equipes de Saúde da Família em que duas tenham cumprido a meta de 17 a 20 indicadores, uma equipe cumprido a meta de 12 a 16 indicadores e uma tenha cumprido a meta de 0 a 11 indicadores, não será repassado nenhum valor à unidade.

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

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

Somente se esta percentagem for atingida nos três meses do trimestre, as unidades que atingiram as metas de 17 a 20 indicadores terão 100% do repasse. Se não houver 90% de completude das Fichas de Cadastro (Ficha A), o repasse cairá para 50%.

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

Os prontuários eletrônicos deverão fornecer relatório com o Percentagem de fichas de cadastro (ficha A) com todos os campos preenchidos.

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

Quadro 02 - <u>Parte variável 02</u>: incentivo institucional à qualificação das Unidades de Atenção Primária

A) Acesso	
A1	Percentagem de consultas ao paciente realizadas pelo seu próprio Médico(a).

A2	Percentagem de demandas espontâneas em relação ao total de atendimentos.
A3	Taxa de visitas domiciliares por 1.000 inscritos.
A4	Taxa de atividades educativas coletivas por 1.000 inscritos.
A5	Proporção de ações estratégicas da Carteira de Serviços implementadas.
A6	Percentagem de consultas agendadas não presencialmente, por telefone, e-mail ou plataforma web do prontuário eletrônico.
A7	Cobertura de primeira consulta odontológica programada.
D) Desempenho Assistencial	
D1	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia registrada nos últimos 03 anos.
D2	Percentagem de pessoas cadastradas com diagnóstico de diabetes, com registro de pelo menos 01 consulta médica e 01 consulta de enfermagem no período de 12 meses.
D3	Percentagem de pessoas cadastradas com diagnóstico hipertensão, com registro de pelo menos 01 consulta médica e 01 consulta de enfermagem no período de 12 meses.
D4	Percentagem de crianças de até 02 anos com cartão de vacinas atualizado.
D5	Percentagem de crianças de até 06 anos com cartão de vacinas atualizado.
D6	Percentagem de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez.
D7	Percentagem de primeiras consultas de puericultura efetuadas até aos 15 dias de vida.
D8	Razão entre tratamentos odontológicos concluídos e primeiras consultas odontológicas programadas.
S) Qualidade Percebida	
S1	Percentagem de usuários satisfeitos / muito satisfeitos.
E) Desempenho econômico	
E1	Custo médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia (incluindo os medicamentos da REMUME) previstos por paciente.
E2	Percentagem de medicamentos prescritos da REMUME.
E3	Percentagem de pacientes encaminhados em relação ao número de pacientes atendidos.
E4	Percentagem de absenteísmo nas consultas / procedimentos agendados no SISREG.

E.4.3.1. PARÂMETROS PARA O DESEMPENHO DA PARTE VARIÁVEL 02

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

Nº	AÇÃO	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	FONTE	PERIODICIDADE	MARCO
A1	Acesso	Percentagem de consultas ao paciente pelo seu próprio médico de família	(N) Nº de consultas médicas realizadas a pacientes da equipe pelo próprio médico da equipe x 100 / (D) Nº de consultas médicas realizadas a pacientes da equipe na unidade	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	**>70%**
A2	Acesso	Percentagem de demanda espontânea em relação ao total de atendimentos	(N) Nº consultas realizadas sem agendamento prévio (demanda espontânea) por médicos, enfermeiros e dentistas da equipe x 100 / (D) Nº total de consultas realizadas por médicos, enfermeiros e dentistas da equipe	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	**Mínimo 40% Máximo 80%**
A3	Acesso	Taxa de visitas domiciliares	(N) Nº de visitas domiciliares realizadas em 3 meses pelo ACS x 1.000 / (D) Nº total de cadastrados na equipe	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	**Mínimo 360 / 1.000**
A4	Acesso	Taxa de atividades educativas coletivas	(N) Nº de atividades educativas coletivas realizadas pela equipe em 3 meses (médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem, ACS, CD, ASB, TSB) x 1.000 / (D) Total de cadastrados na equipe	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	**Mínimo 6 / 1.000** (s/ eSB) **ou 12 / 1.000** (c/ eSB)
A5	Acesso	Proporção de ações estratégicas da Carteira de Serviços implementadas	(N) Nº de ações estratégicas implantadas da carteira de serviços pela eSF e eSB x 100 / (D) Total de ações estratégicas da carteira de serviços	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	**Mínimo 85%**
A6	Acesso	Percentagem de consultas agendadas não presencialmente, por telefone, e-mail ou plataforma web do prontuário eletrônico	(N) Nº de consultas (médicos, enfermeiros e dentistas da eSF e eSB) agendadas por telefone, e-mail ou plataforma web do prontuário eletrônico x 100 / (D) Nº total de consultas (médicos, enfermeiros e dentistas) agendadas no mês pelas eSF e eSB da unidade	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	**Mínimo 10%**
A7	Acesso	Cobertura de primeira consulta odontológica programada	(N) Nº de primeiras consultas odontológicas programadas realizadas nos últimos 3 meses x 100 / (D) População cadastrada na unidade	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	**≥ 3%**
D1	Desempenho	Percentagem de	(N) Nº de mulheres entre	Prontuário	Trimestral	**Mínimo**

	assistencial	mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia registrada nos últimos 03 anos	25 e 64 anos pertencentes a área de abrangência da equipe com registro de colpocitologia do colo uterino nos últimos 03 anos x 100 / (D) Nº total de mulheres entre 25 e 64 anos cadastradas na equipe	Eletrônico (PEP)		**80%**
D2	Desempenho assistencial	Percentagem de pessoas cadastradas com diagnóstico de diabetes, com registro de pelo menos 01 consulta médica e 01 consulta de enfermagem no período de 12 meses.	(N) Nº de pessoas cadastradas com diagnóstico de diabetes na área de abrangência da equipe com pelo menos duas consultas, 01 com médico(a) e 01 com enfermeiro(a), registradas nos últimos 12 meses x 100 / (D) Nº total de pessoas cadastradas com diagnóstico de diabetes cadastradas na equipe	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	**Mínimo 70%**
D3	Desempenho assistencial	Percentagem de pessoas cadastradas com diagnóstico de hipertensão com registro de pelo menos 01 consulta médica e 01 de enfermagem no período de 12 meses.	(N) Nº de pessoas cadastradas com diagnóstico de hipertensão na área de abrangência da equipe com pelo menos duas consultas, 01 com médico(a) e 01 com enfermeiro(a), registradas nos últimos 12 meses x 100 / (D) Nº total de pessoas cadastradas com diagnóstico de hipertensão cadastradas na equipe	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	**Mínimo 70%**
D4	Desempenho assistencial	Percentagem de crianças de até 2 anos com cartão de vacinas atualizado	(N) Nº de crianças até 2 anos pertencentes a área de abrangência da equipe cadastradas com registro de todas as vacinas do calendário vacinal em dia x 100 / (D) Nº total de crianças até 2 anos cadastrados na equipe	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	**Mínimo 90%**
D5	Desempenho assistencial	Percentagem de crianças de até 6 anos com cartão de vacinas atualizado	(N) Nº de crianças até 6 anos pertencentes a área de abrangência da equipe cadastradas com registro de todas as vacinas do calendário vacinal em dia x 100 / (D) Nº total de crianças até 6 anos cadastrados na equipe	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	**Mínimo 80%**
D6	Desempenho assistencial	Percentagem de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez	(N) Nº de gestantes com pré natal encerrado no trimestre pertencentes a área de abrangência da equipe com registro de consulta no primeiro trimestre de gravidez x 100 / (D) Nº total de gestantes cadastradas na equipe com pré-natal encerrado no trimestre	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	**Mínimo 80%**
D7	Desempenho assistencial	Percentagem de primeiras consultas de puericultura efetuadas até 15	(N) Nº de crianças que completaram 3 meses no período em análise cadastradas na equipe com registro da 1ª consulta	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	**Mínimo 80%**

		dias de vida	realizada até 15 dias de vida x 100 / (D) Nº total de crianças que completaram 3 meses no período em análise cadastradas na equipe			
D8	Desempenho assistencial	Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programadas	(N) Nº de tratamentos concluídos pelo cirurgião dentista da eSB nos últimos 12 meses / (D) Nº de consultas odontológicas programadas pelo cirurgião dentista da eSB nos últimos 12 meses	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	**≥ 0,6**
S1	Qualidade Percebida	Percentagem de usuários satisfeitos / muito satisfeitos	(N) Nº de usuários satisfeitos / muito satisfeitos atendidos na unidade de saúde x 100 / (D) Total de usuários que preencheram o registro de satisfação no período em análise	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	**Mínimo 90%**
E1	Desempenho econômico	Custo médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia previstos por usuário	(N) Somatório do valor dos exames de SADT solicitados pelos médicos de cada equipe (fonte: Tabela SIGTAP) no trimestre avaliado / (D) Nº total de usuários atendidos pelos médicos de cada equipe no trimestre avaliado	Prontuário Eletrônico (PEP) (Tabela SIGTAP como parâmetro)	Trimestral	**Máximo R$ 41,80**
E2	Desempenho econômico	Percentagem de medicamentos prescritos da REMUME	(N) Nº de medicamentos fora da lista REMUME prescritos pelos médicos de cada equipe nos últimos 3 meses x 100 / (D) Nº total de itens de medicamentos (pertencentes ou não a REMUME) prescritos pelos médicos de cada equipe nos últimos 3 meses	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	**Máximo 10%**
E3	Desempenho econômico	Percentagem de pacientes encaminhados em relação ao número de pacientes atendidos	(N) Nº de pacientes atendidos pelo médico de cada equipe (pacientes da área e fora de área) nos últimos 3 meses e que foram encaminhados a algum serviço / especialidade x 100 / (D) Nº total de pacientes atendidos pelo médico de cada equipe (pacientes da área e fora de área) nos últimos 3 meses	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	**Máximo 20%**
E4	Desempenho econômico	Percentagem de absenteísmo nas consultas / procedimentos agendados no SISREG	(N) Nº de pacientes que faltaram à consulta especializada ou a realização de exame complementar pertencentes a área de abrangência da unidade, nos últimos 3	SISREG (***)	Trimestral	**Máximo 30%**

			meses x 100 / (D) Nº total de pacientes agendados para exames ou encaminhados à consultas especializadas no SISREG (para consultas ou exames) pertencentes à área de abrangência da unidade nos últimos 3 meses			

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

E.4.3.2. CONTRATUALIZAÇÃO DOS INCENTIVOS FINANCEIROS COM A UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DA PARTE VARIÁVEL 02

A partir do 2º ano de Contrato de Gestão, as metas poderão ser repactuadas, entre a unidade e a CAP, levando em consideração o comportamento dos indicadores no período anterior.

As metas deverão ser definidas em função do número de meses previstos de funcionamento da unidade com saúde da família para o ano – será apenas considerado o número de meses completos de atividade.

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

E.4.3.3. MONITORAMENTO DA PARTE VARIÁVEL 02

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

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

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

A unidade deverá elaborar um relatório de atividades que indique o compromisso assistencial realizado em relação ao contratado e remetê-lo à CAP.

No relatório deverão estar explícitas as razões pelas quais algumas metas possam não ter sido alcançadas, ou os motivos que levaram à superação das metas previstas.

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

As Unidades de Atenção Primária que tenham direito ao Incentivo Institucional (parte variável 02) deverão elaborar um Plano para a Aplicação do Incentivo, sendo submetido a CAP para validação. Caberá às CTA aprovar o Plano de Aplicação de Incentivos (parte variável 02), garantindo assim a destinação orçamentária para o valor em questão. Caso o Plano de Aplicação de Incentivos não vá ao encontro da estratégia local de saúde definida pela CAP, esta deverá negociar com a unidade de saúde, dentro dos prazos previstos, as alterações necessárias no referido plano.

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

E.4.3.4. ORIENTAÇÕES PARA PAGAMENTO POR PERFORMANCE QUANTO À QUALIDADE PERCEBIDA / SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

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

- Para o registro da satisfação, deve-se utilizar questionário padrão definido pela SMS. O podendo ser em totem com que facilite a visualização e a coleta das informações;
- Os usuários poderão registrar satisfação apenas uma vez para cada motivo de procura à unidade de saúde e apenas *no dia do atendimento e com identificação de CPF;*

- Não se deve induzir ou sugerir uma resposta aos usuários;
- O prontuário eletrônico deve gerar um relatório nominal de pessoas que registraram a informação de satisfação dos usuários contendo as seguintes informações: *NOME DO USUÁRIO, EQUIPE DE SAÚDE; DATA DO REGISTRO, HORA DO REGISTRO, MOTIVO DO ATENDIMENTO;*
- A Coordenadoria Geral de Atenção Primária deve fazer aleatoriamente uma auditoria com amostra de usuários que tiverem as respostas preenchidas para validação dos dados e detectar casos de abusos ou de fraude nos dados.

E.4.4. PARTE VARIÁVEL 03

A variável 3 consiste em um recurso pago trimestralmente tendo como valor de referência o salário base de cada profissional, limitada a 2% do Percentagem do valor referente à parcela fixa, excluído o valor de investimento.

O limite máximo de Lacunas de Cuidado (LC) por trimestre alcançadas é de 300 LC, o que corresponde a 10% da soma dos salários base do Trimestre (o que equivale a 10% do salário base mensal). Uma equipe terá como limite mínimo o quantitativo de 60 LC no trimestre, distribuídas no somatório de, pelo menos, quatro grupos de ações.

A quantidade de LC alcançadas a serem repassadas está condicionada ao cumprimento de indicadores específicos relacionados a cada equipe de Saúde da Família e Saúde Bucal.

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são o pilar central do sistema de saúde. Os centros de saúde com equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de assistência, além de promoção da saúde e prevenção da doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados.

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

Os Centros Municipais de Saúde e as Clínicas da Família são unidades operativas das CAP com autonomia funcional e técnica que devem garantir aos cidadãos inscritos uma carteira de serviços ampla e resolutiva, definida na **Carteira de Serviços da Atenção Primária**.

A remuneração por desempenho será calculada pelas Lacunas de Cuidado (LC) alcançadas. Portanto, em uma mesma unidade, as diferentes equipes de Saúde da Família poderão ter quantidades de LC alcançadas diferentes entre as equipes no trimestre.

A remuneração por desempenho incide apenas para os profissionais das equipes mínimas da farmácia (Farmacêutico(a) e Técnico(a) de Farmácia), Gerente Técnico, Saúde da Família (Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde) e Saúde Bucal (Cirurgião Dentista, TSB e ASB).

*Uma equipe terá como **teto o alcance de 300** Lacunas de Cuidado no trimestre – **limite mínimo de 60 LC alcançadas no trimestre, distribuídas no somatório de pelo menos quatro grupos de ações** – o que corresponde a 10% da soma dos salários base dos 3 meses.*

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

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

1º Exemplo: 1 eSF (equipe e valores fictícios)

O teto de alcance é de 300 LC no trimestre, e corresponde a 10% da soma do salário base no trimestre (3x salário base). Então, 200 LC alcançadas correspondem à 6,66% da soma de 3 salários base:

EQUIPE (eSF)	NOME PROFISSIONAL	CATEGORIA PROFISSIONAL	SALÁRIO BASE PROFISSIONAL	Nº DE LC NO TRIMESTRE	VALOR NO TRIMESTRE
0000	AAAAAAAAAA A	Médico(a)	R$ 10.000	200 LC	R$ 1.980,00
0000	BBBBBBBBBB	Enfermeiro(a)	R$ 5.000	200 LC	R$ 990,00
0000	CCCCCCCCCC	Técnico(a) de Enfermagem	R$ 2.000	200 LC	R$ 396,00
0000	DDDDDDDDDD	Agente Comunitário(a) de Saúde	R$ 1.500	200 LC	R$ 297,00

No caso das equipes de Saúde Bucal, o cálculo deverá ser feito proporcionalmente ao valor atingido por cada uma das equipes de SF as quais esta equipe de saúde bucal estiver vinculada. O valor de LC alcançadas deve ser o mesmo para os profissionais da mesma eSB (cirurgião dentista, TSB e ASB), mas os valores em reais (R$) são calculados com base no salário base de cada um dos profissionais dessa equipe de saúde bucal.

2º Exemplo: 1 eSB vinculada a 3 eSF (equipe e valores fictícios)

EQUIPE (eSF)	Nº DE LC NO TRIMESTRE	LACUNAS DE CUIDADO PROPORCIONAIS PARA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL (eSB)
A	100 LC	= 100 x **33,33%** = 33 LC
B	200 LC	= 200 x **33,33%** = 67 LC
C	80 LC	= 80 x **33,33%** = 27 LC
Nº total de LC alcançadas no trimestre pela eSB		**127 LC**

Neste exemplo, a quantidade de LC no trimestre para a eSB foi de 127 LC, então o alcance corresponde a 4,23% da soma de 3 salários base:

NOME PROFISSIONAL	CATEGORIA PROFISSIONAL	SALÁRIO BASE PROFISSIONAL	Nº de LC no TRIMESTRE	VALOR (R$) NO TRIMESTRE
AAAAAAAAAA	Cirurgião(ã) Dentista	R$ 5.000,00	127 LC	R$ 634,50
BBBBBBBBBB	TSB	R$ 2.000,00	127 LC	R$ 378,00
CCCCCCCCCC	ASB	R$ 1.500,00	127 LC	R$ 284,00

No caso dos profissionais Farmacêutico(a), Técnico(a) de Farmácia e Gerente, o cálculo deverá ser feito proporcionalmente ao valor atingido por cada uma das equipes de SF da unidade de Atenção Primária a qual estão vinculados.

O valor de LC alcançadas deve ser o mesmo para estes profissionais, mas os valores em reais (R$) são calculados com base no salário base de cada um dos profissionais em relação ao número de eSF da unidade.

2º Exemplo: 1 unidade com 03 eSF (equipe e valores fictícios)

UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA	Nº DE LC NO TRIMESTRE	LACUNAS DE CUIDADO PROPORCIONAIS ALCANÇADAS SOB GESTÃO DA UAP
eSF A	130 LC	= 130 x **33,33%** = 43 LC
eSF B	223 LC	= 223 x **33,33%** = 74 LC
eSF C	90 LC	= 90 x **33,33%** = 30 LC
Nº total de LC alcançadas no trimestre pelo(a) gerente / farmácia da UAP		**147 LC**

Neste exemplo, a quantidade de LC no trimestre para a farmácia e gerente foi de 147 LC, então o alcance corresponde a 4,9% da soma de 3 salários:

NOME PROFISSIONAL	CATEGORIA PROFISSIONAL	SALÁRIO BASE PROFISSIONAL	Nº de LC no TRIMESTRE	VALOR (R$) NO TRIMESTRE
AAAAAAAAAAA	Gerente	R$ 8.000,00	127 LC	R$ 1.176,00
BBBBBBBBBBB	Farmacêutico(a)	R$ 5.000,00	127 LC	R$ 735,00
CCCCCCCCCCC	Técnico(a) de Farmácia	R$ 2.000,00	127 LC	R$ 294,00

E.5.4.1. CONTRATUALIZAÇÃO DOS INCENTIVOS FINANCEIROS COM OS PROFISSIONAIS – PARTE VARIÁVEL 03

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

Nas unidades com programa de residência em medicina de família e comunidade assim como de enfermagem de família e comunidade, os profissionais deverão aceitar um nível de contratualização de patamares de desempenho mais exigentes.

Baseado na reforma dos cuidados primários em Portugal, na matriz de avaliação da atenção primária no National Health Service (NHS) inglês, na Política Nacional de Atenção Básica, definimos um conjunto de ações de acompanhamento a serem remuneradas como parte variável dos vencimentos a ser pago trimestralmente pela instituição parceira aos profissionais de saúde da Atenção Primária. A compensação prevista está associada ao

acompanhamento dos usuários vulneráveis e de risco, segundo as orientações técnicas da **S/SUBPAV/SAP**, nos termos apresentados no quadro a seguir:

Quadro 03 - Parte Variável 03: incentivo institucional à coordenação do cuidado

AÇÕES	DESCRIÇÃO	LC
01	Acompanhamento anual do planejamento sexual e reprodutivo, de mulher em idade fértil, com inserção de DIU	09
02	Acompanhamento anual do rastreio oncológico feminino	07
03	Acompanhamento de uma gravidez	11
04	Acompanhamento anual de uma criança, no 1º ano de vida	07
05	Acompanhamento anual de uma criança, no 2º ano de vida	05
06	Acompanhamento anual de uma pessoa diabética	05
07	Acompanhamento anual de uma pessoa hipertensa	03
08	Acompanhamento anual de uma pessoa idosa	03
09	Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de tuberculose	11
10	Acompanhamento de uma pessoa tabagista	05
11	Equipes com Programa de Residência (docente assistencial) que aderiram ao Programa Saúde na Hora (modalidade 75h)	15

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

AÇÃO 01	ACOMPANHAMENTO ANUAL DO PLANEJAMENTO SEXUAL E REPRODUTIVO, DE MULHER EM IDADE FÉRTIL, COM INSERÇÃO DE DIU	09 LC
Uma usuária é considerada neste grupo se forem verdadeiras as condições [A+B+C+D+E+F]: A. Sexo feminino + B. Ter entre 13 e 50 anos (idade calculada para o último dia do período em análise) + C. Ter realizado pelo menos uma consulta médica ou de enfermagem durante o período em análise (12 meses) com código SIGTAP 03.01.04.014-1, inserção do Dispositivo Intrauterino (DIU) + D. Nas mulheres com idades entre 25 e 50 anos, ter pelo menos um registro de resultado de colpocitologia com código SIGTAP 02.01.02.003-3, nos 36 meses que antecedem a data fim do período em análise + E. Estar com o calendário vacinal atualizado e todos os registros no prontuário + F. Não ter recebido LC no grupo de ação 01 para a mesma pessoa nos últimos 12 meses		

AÇÃO 02	ACOMPANHAMENTO ANUAL DO RASTREIO ONCOLÓGICO FEMININO	07 LC

Uma usuária é considerada neste grupo se forem verdadeiras as condições [A+B/C+D+E+F]:

A. Sexo feminino +

B. Ter entre 25 e 64 anos (idade calculada para o último dia do período em análise) para rastreio de câncer de colo de útero +

C. Ter entre 50 e 69 anos (idade calculada para o último dia do período em análise) para rastreio de câncer de mama +

D. Nas mulheres com idades entre 50 e 69 anos, ter pelo menos uma consulta médica ou de enfermagem durante o período em análise (12 meses) com solicitação de mamografia ou mamografia bilateral para rastreamento, com código SIGTAP 02.04.03.003-0 ou 02.04.03.018-8 +

E. Nas mulheres com idades entre 25 e 64 anos, ter pelo menos uma consulta médica ou de enfermagem durante o período em análise (12 meses) com registro de resultado de colpocitologia, com código SIGTAP 02.01.02.003-3, nos 36 meses que antecedem a data fim do período em análise +

F. Estar com o calendário vacinal atualizado e todos os registros no prontuário +

G. Não ter recebido LC no grupo de ação 02 para a mesma pessoa nos últimos 12 meses.

AÇÃO 03	ACOMPANHAMENTO DE UMA GRAVIDEZ	11 LC

Uma usuária é considerada deste grupo se forem verdadeiras as condições [A+B+C+D+E+F+G+H+I+J]:

A. Sexo feminino com pré-natal encerrado no período de vigência +

B. Ter efetuado consulta puerperal com o código SIGTAP 03.01.01.012-9, no período em análise e, até 20 dias após o parto, registrada por profissional médico(a) ou enfermeiro(a) +

C. Ter efetuado a primeira consulta de gravidez antes das 12 semanas (< 12 semanas) de gestação +

D. Ter realizado pelo menos 7 consultas de pré-natal médicas e/ou de enfermagem até a 38ª semana (< 39 semanas) de gravidez, com o código SIGTAP 03.01.01.011-0 +

E. Ter resultado de VDRL registrado com o código SIGTAP 02.02.03.117-9, realizado até a 24ª semana de gestação, se positivo Teste Rápido para Sífilis, com o código SIGTAP 02.14.01.008-2 ou 02.02.03.116-0 +

F. Ter registro de pelo menos 07 visitas do ACS com código SIGTAP 01.01.03.001-0, até a 38ª semana (< 39 semanas) de gravidez +

G. Ter pelo menos um registro de resultado de Teste Rápido para HIV, com o código SIGTAP 02.14.01.004-0 ou 02.14.01.005-8, realizado até a 24ª semana (< 25 semanas) de gestação +

H. Ter realizado pelo menos um atendimento (procedimento odontológico individual ou atividade educativa em grupo de saúde) por CD, TSB ou ASB, com o código SIGTAP 01.01.02.004-0 ou 03.01.01.015-3 ou 01.01.01.001-0 ou 01.01.02.001-5 ou 01.01.02.002-3 ou 01.01.02.003-1 ou 01.01.02.004-0. Caso não haja eSB vinculada a equipe, não se considera este item +

I. Estar com o calendário vacinal atualizado e todos os registros no prontuário +

J. Não ter recebido LC no grupo de ação 03 para a mesma pessoa nos últimos 12 meses.

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

AÇÃO 04	ACOMPANHAMENTO ANUAL DE UMA CRIANÇA, NO 1º ANO DE VIDA	07 LC

Uma criança é considerada neste grupo se forem verdadeiras as condições [A+B+C+D+E+F+G+H+I+J]:

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

B. Ter realizado a 1ª consulta médica ou de enfermagem com código SIGTAP 03.01.01.003-0 ou 03.01.01.006-4 ou 03.01.01.013-7 ou 03.01.01.014-5 ou 03.01.01.026-9 ou 03.01.01.027-7 ou 03.01.06.003-7, até ao 30º dia de vida [0, 30 dias] +

C. Ter realizado pelo menos 5 consultas médicas ou de enfermagem para acompanhamento em saúde infantil (puericultura) com código SIGTAP 03.01.01.003-0 ou 03.01.01.006-4 ou 03.01.01.013-7 ou 03.01.01.014-5 ou 03.01.01.026-9 ou 03.01.01.027-7 ou 03.01.06.003-7, até os 11 meses de vida - [0, 330] dias +

D. Ter pelo menos 1 registro parametrizado de avaliação do desenvolvimento psicomotor com código SIGTAP 03.01.01.027-7, até os 11 meses de vida - [0, 330] dias, podendo ser realizado por médico(a) ou por enfermeiro(a) +

E. Ter recebido ao menos duas visitas domiciliares do ACS com código SIGTAP 01.01.03.001-0, sendo a primeira realizada até os primeiros 10 [0, 10] dias de vida e a segunda até aos 11 meses de vida - [0, 330] dias +

F. Estar com o calendário vacinal em dia e todos os registros vacinais devidamente preenchidos no prontuário +

G. Ter registro do resultado do teste do pezinho (realização entre o 2º e o 5º dias de vida) com código SIGTAP 02.02.11.006-0 ou 02.02.11.007-9 ou 02.02.11.009-5 ou 02.02.11.010-9 ou 02.02.11.015-0 +

H. Ter avaliação do risco nutricional em toda consulta com registro de peso e altura, com código SIGTAP 01.01.04.002-4 ou (01.01.04.008-3 e 01.01.04.007-5) +

I. Ter realizado pelo menos um atendimento (procedimento odontológico individual ou atividade educativa em grupo de saúde) por CD, TSB ou ASB, com o código SIGTAP 01.01.02.004-0 ou 03.01.01.015-3 ou 01.01.01.001-0 ou 01.01.02.001-5 ou 01.01.02.002-3 ou 01.01.02.003-1 ou 01.01.02.004-0. Caso não haja eSB vinculada a equipe, não se considera este item.

J. Não ter recebido LC no grupo de ação 04 para a mesma pessoa nos últimos 12 meses.

AÇÃO 05	ACOMPANHAMENTO ANUAL DE UMA CRIANÇA, NO 2º ANO DE VIDA	03 LC

Uma criança é considerada neste grupo se forem verdadeiras as condições [A+B+C+D+E+F+G+H]:

A. Ter completado dois anos de vida durante o período em análise +

B. Ter realizado pelo menos 5 consultas médicas ou de enfermagem para acompanhamento em saúde infantil (puericultura) com código SIGTAP 03.01.01.003-0 ou 03.01.01.006-4 ou 03.01.01.013-7 ou 03.01.01.014-5 ou 03.01.01.026-9 ou 03.01.01.027-7 ou 03.01.06.003-7, entre os 12 e os 24 meses de vida - [365, 730] dias +

C. Ter pelo menos 1 registro parametrizado de avaliação do desenvolvimento psicomotor com código SIGTAP 03.01.01.027-7, entre os 12 e os 24 meses de vida -]365, 730] dias, podendo ser realizado por médico ou por enfermeiro +

D. Ter recebido ao menos duas visitas domiciliares do ACS com código SIGTAP 01.01.03.001-0, entre os 12 e os 24 meses de vida -]365, 730] dias +

E. Ter avaliação do risco nutricional em toda consulta com registro de peso e altura, com código SIGTAP 01.01.04.002-4 ou (01.01.04.008-3 e 01.01.04.007-5) +

F. Estar com o calendário vacinal completo e todos os registros preenchidos no PEP +

G. Ter realizado pelo menos um atendimento (procedimento odontológico individual ou atividade educativa em grupo de saúde) por CD, TSB ou ASB, com o código SIGTAP 01.01.02.004-0 ou 03.01.01.015-3 ou 01.01.01.001-0 ou 01.01.02.001-5 ou 01.01.02.002-3 ou 01.01.02.003-1 ou 01.01.02.004-0. Caso não haja eSB vinculada a equipe, não se considera este item;

H. Não ter recebido LC no grupo de ação 05 para a mesma pessoa nos últimos 12 meses.

AÇÃO 06	ACOMPANHAMENTO ANUAL DE UMA PESSOA DIABÉTICA	05 LC

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

A. Ter o diagnóstico de Diabetes Mellitus na lista de problemas, como status ativo +

B. Ter realizado pelo menos 2 consultas, médicas e/ou de enfermagem com código SIGTAP 03.01.01.003-0 ou 03.01.01.006-4 ou 03.01.01.013-7 ou 03.01.01.025-0 ou 03.01.04.008-7 ou 03.01.06.004-5 ou 03.01.06.005-3 ou 01.01.01.001-0, durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise +

C. Ter pelo menos dois registros de pressão arterial com código SIGTAP 03.01.10.003-9, aferidos e registrados em dias diferentes, durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise +

D. Ter pelo menos um registro de resultado de Hemoglobina A1C com código SIGTAP 02.02.01.050-3, ≤ a 8%, realizado durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise +

E. Ter pelo menos quatro visitas do ACS com código SIGTAP 01.01.03.001-0, realizada durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise +

F. Ter pelo menos 1 registro de resultado de colesterol total (código 02.02.01.029-5) + colesterol HDL (código 02.02.01.027-9) + triglicerídeos (código 02.02.01.067-8), realizado durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise +

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

H. Ter realizado pelo menos uma consulta com registro de fundoscopia com código SIGTAP 02.11.06.010-0, no último ano (não necessariamente realizada pelo próprio médico da equipe, durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise) +

I. Ter realizado pelo menos um atendimento (procedimento odontológico individual ou atividade educativa em grupo de saúde) por CD, TSB ou ASB, com o código SIGTAP 01.01.02.004-0 ou 03.01.01.015-3 ou 01.01.01.001-0 ou 01.01.02.001-5 ou 01.01.02.002-3 ou 01.01.02.003-1 ou 01.01.02.004-0. Caso não haja eSB vinculada a equipe, não se considera este item +

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

AÇÃO 07	ACOMPANHAMENTO ANUAL DE UMA PESSOA HIPERTENSA	03 LC

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

A. Ter o diagnóstico de hipertensão arterial na lista de problemas, como status ativo +

B. Ter realizado pelo menos 2 consultas, médicas e/ou de enfermagem, com código SIGTAP 03.01.01.003-0 ou 03.01.01.006-4 ou 03.01.01.013-7 ou 03.01.01.025-0 ou 03.01.04.008-7 ou 03.01.06.004-5 ou

03.01.06.005-3 ou 01.01.01.001-0, durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise +

C. Ter pelo menos dois registros de pressão arterial com código SIGTAP 03.01.10.003-9, aferidos e registrados em dias diferentes, sendo pelo menos um deles com valor de pressão arterial sistólica ≤ 150 mmHg e de pressão arterial diastólica ≤ 90 mmHg, durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise +

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

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

AÇÃO 08	ACOMPANHAMENTO ANUAL DE UMA PESSOA IDOSA	03 LC

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

A. Ter registro como pessoa idosa ≥ 60 anos de vida (idade calculada para o último dia do período em análise) +

B. Ter realizado pelo menos 1 consulta, médica e/ou de enfermagem, com código SIGTAP 03.01.01.003-0 ou 03.01.01.006-4 ou 03.01.01.013-7 ou 03.01.01.025-0 ou 03.01.04.008-7 ou 03.01.06.004-5 ou 03.01.06.005-3 ou 01.01.01.001-0, durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise +

C. Ter pelo menos dois registros de pressão arterial com código SIGTAP 03.01.10.003-9, aferidos e registrados em dias diferentes, sendo pelo menos um deles com valor de pressão arterial sistólica ≤ 150 mmHg e de pressão arterial diastólica ≤ 90 mmHg, durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise +

D. Ter recebido ao menos duas visitas domiciliares do ACS com código SIGTAP 01.01.03.001-0 +

E. Ter avaliação do risco nutricional na consulta com registro de peso e altura, com código SIGTAP 01.01.04.002-4 ou (01.01.04.008-3 e 01.01.04.007-5) +

F. Estar com o calendário vacinal completo e todos os registros preenchidos no PEP +

G. Ter pelo menos 1 registro de avaliação multidimensional da pessoa idosa com código SIGTAP 03.01.09.003-3, realizado nos últimos 24 meses que antecedem a data final do período em análise +

H. Não ter recebido LC no grupo de ação 08 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.

AÇÃO 09	ACOMPANHAMENTO DE UMA PESSOA EM ALTA POR CURA DE TUBERCULOSE	11 LC

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

A. Ter registro do número do SINAN* no prontuário para paciente acompanhado +

B. Ter realizado pelo menos 5 consultas, médicas e/ou de enfermagem, com código SIGTAP 03.01.01.003-0 ou 03.01.01.006-4 ou 03.01.01.013-7 ou 03.01.01.025-0 ou 03.01.04.008-7 ou 03.01.06.004-5 ou 03.01.06.005-3 ou 01.01.01.001-0, no período do tratamento +

C. Ter registro do resultado de pelo menos duas baciloscopias de escarro, com código SIGTAP

02.02.08.004-8 ou 02.02.08.006-4 ou 02.13.01.069-0 +

D. Ter pelo menos um registro de resultado de Teste Rápido para HIV, com o código SIGTAP 02.14.01.004-0 ou 02.14.01.005-8, até o 2º mês de tratamento +

E. Ter avaliação clínica de todos os contactantes domiciliares, com registro de radiografia de tórax com código SIGTAP 02.04.03.015-3 ou 02.04.03.017-0 +

F. Ter recebido do ACS pelo menos 12 visitas domiciliares, ao menos uma em cada mês, com código SIGTAP 01.01.03.001-0, durante o período de análise +

G. Ter realizado pelo menos um atendimento (procedimento odontológico individual ou atividade educativa em grupo de saúde) por CD, TSB ou ASB, com o código SIGTAP 01.01.02.004-0 ou 03.01.01.015-3 ou 01.01.01.001-0 ou 01.01.02.001-5 ou 01.01.02.002-3 ou 01.01.02.003-1 ou 01.01.02.004-0. Caso não haja eSB vinculada a equipe, não se considera este item +

H. Ter alta por cura da tuberculose registrado no prontuário e no SINAN (*) +

I. Não ter recebido LC no grupo de ação 09 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.

** A notificação deve ser realizada no SINAN Rio, disponível no portal https://subpav.org/vigilancia/sinanrio/, que irá gerar o "número da notificação".*

AÇÃO 10	ACOMPANHAMENTO ANUAL DE UMA PESSOA TABAGISTA	05 LC

Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A+B+C+D]:

A. Ter registro de tabagismo na Ficha A +

B. Ter realizado pelo menos 6 consultas com código SIGTAP 03.01.01.009-9 ou 03.01.08.001-1, nos últimos 12 meses, podendo ser realizada por médico(a), enfermeiro(a) ou cirurgião(ã) dentista +

C. Ter realizado pelo menos um atendimento (procedimento odontológico individual ou atividade educativa em grupo de saúde) por CD, TSB ou ASB, com o código SIGTAP 01.01.02.004-0 ou 03.01.01.015-3 ou 01.01.01.001-0 ou 01.01.02.001-5 ou 01.01.02.002-3 ou 01.01.02.003-1 ou 01.01.02.004-0. Caso não haja eSB vinculada a equipe, não se considera este item +

D. Não ter recebido LC no grupo de ação 10 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.

AÇÃO 11	EQUIPES COM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA COM O PROGRAMA SAÚDE NA HORA	15 LC

A equipe é considerada neste grupo se forem verdadeiras as condições [A+B]:

A. A equipe com programa de residência (docente assistencial) ter registro de no mínimo dois residentes por mais de 30 dias consecutivos no trimestre de análise, atuando na equipe +

B. A equipe ter adesão ao programa Saúde na Hora na modalidade 75h.

E.5. ATRIBUIÇÕES DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL EM RELAÇÃO AOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

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

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

E.5.1. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

E.5.1.1. Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) ou Prontuário Eletrônico Clínico (PEC) – Requisitos Mínimos

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

Todas as unidades de saúde sob apoio à gestão da Organização Social devem ter todos os postos de trabalho definidos pela SMS-Rio informatizados e com um Prontuário Eletrônico (PEP) instalado e em funcionamento. Nessas unidades, o PEP deverá ser a fonte de dados única de registro para qualquer sistema de informação oficial. Deve permitir gerar arquivos com estrutura de dados (layout) compatíveis.

Todas as atualizações necessárias deverão ocorrer em até 30 (trinta) dias corridos da comunicação institucional pela SMS-Rio. No que tange às possíveis adequações de fonte de dados atrelados às normativas e diretrizes técnicas do Ministério da Saúde há necessidade de atualização em até 10 (dez) dias úteis.

Os campos número do CPF são de preenchimento obrigatório na Ficha A de cadastro de usuários(as) da Estratégia Saúde da Família, devendo ser os primeiros campos a aparecerem no layout da ficha. Como mecanismo de busca de pessoas (Ficha A), devem constar as opções "busca por CPF". A contratação para os prontuários eletrônicos deve incluir: conectividade; licença do produto; datacenter (servidor); suporte e treinamento; customizações; Business Intelligence (BI) para gestão da UAP, CAP, OSS e SMS-Rio; controle de dispensação de medicamentos e insumos; gestão de estoque de materiais de consumo; solução móvel (atendimento clínico por médico(a) / enfermeiro(a), cadastramento por ACS em tablet/smartphone, acesso de informações estratégicas via plataforma/app da SMS-Rio); plataforma de autoatendimento para pacientes; totem de autoatendimento como gerenciador de filas.

Os prontuários devem funcionar satisfatoriamente durante todo o período de funcionamento das Unidades de Atenção Primária. Para tanto deve prever contingenciamento para quedas de conectividade e velocidades baixas de conexão. Os prontuários devem permitir a sincronização de todos os dados clínicos e cadastrais entre todas as unidades da mesma

empresa no âmbito do município do Rio, mesmo que de outra Área de Planejamento, em no máximo 24 horas.

Os PEP devem permitir gerar minimamente os seguintes relatórios para qualquer profissional da equipe e gestão: resultado dos indicadores de cada equipe; resultado das partes variáveis de desempenho de cada equipe; lista de pessoas hipertensas com dados de acompanhamento; lista de pessoas diabéticas com dados de acompanhamento; lista de pessoas idosas com dados de acompanhamento; lista de gestantes com dados de acompanhamento; lista de crianças menores de 2 anos com dados de acompanhamento; lista de pessoas com tuberculose com dados de acompanhamento; lista de pacientes femininas entre 25 e 64 anos com dados de acompanhamento citopatológico; lista de pacientes femininas entre 50 e 69 anos com dados de acompanhamento mamográfico.

Os prontuários devem possibilitar a impressão dos formulários padronizados da SMS-Rio (encaminhamentos, atestados, receituários, requisição de exames, etc.). Os PEP devem enviar mensalmente os alcances das partes variáveis, Pagamento por Desempenho, por e-mail a cada um dos profissionais das equipes de Saúde da Família.

Os prontuários devem disponibilizar o termo de consentimento aos usuários(as), conforme Anexo Técnico H, Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), no que tange ao tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural.

Os Prontuários Eletrônicos deverão encaminhar informações referentes à prática assistencial com base nos dicionários de dados previamente elaborados pela SMS-Rio, e devem contar, no mínimo, com: Carteirômetro com código SIGTAP das ações essenciais, estratégicas e ampliadas; CNS como campo obrigatório; CPF como campo obrigatório; Relação de Gestantes com Pré-Natal encerrado no ano em questão; Relação de pessoas Diabéticas cadastradas na UAP por eSF; Relação de pessoas Hipertensas cadastradas na UAP por eSF; Relação de pessoas Idosas cadastradas na UAP por eSF; Relação de pessoas com Deficiência cadastradas na UAP por eSF; Relação de mulheres de 25 a 64 anos cadastradas na UAP por eSF – Rastreio de Câncer de Colo de Útero; Relação de mulheres de 50 a 69 anos cadastradas na UAP por eSF – Rastreio de Câncer de Mama; Relação de pessoas com diagnóstico de Tuberculose cadastradas na UAP por eSF; Produção Ambulatorial dos profissionais técnicos

de saúde (lista nominal) – cirurgião dentista, enfermeiros, médicos – que atuam na UAP por equipe; Fichas A, B e C – campos de preenchimento obrigatório; Alcance dos Indicadores assistenciais da UAP por eSF; Alcance das partes Variáveis do Pagamento por Desempenho da UAP por eSF; Informações de Saúde da Atenção Primária.

Tendo em vista a conclusão do Censo Demográfico do IBGE de 2022, há necessidade de inclusão de campos de preenchimento obrigatório nos dados cadastrais dos moradores de cada microárea com vistas à vinculação aos setores censitários definidos no Cadastro Nacional de Endereços para fins Estatísticos (CNEFE). Nesta perspectiva, o banco com o dicionário de dados da base CNEFE, deverá ser disponibilizado pela SMS-Rio, sob periodicidade discricionária.

E.5.1.2. SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

É o sistema de informação oficial do Ministério da Saúde, que proporciona o conhecimento da realidade da rede assistencial existente e suas potencialidades, de forma a auxiliar no planejamento em saúde, para uma gestão eficaz e eficiente. O CNES possui as finalidades de: cadastrar e atualizar as informações sobre estabelecimentos de saúde e suas dimensões, como recursos físicos, trabalhadores e serviços; disponibilizar informações dos estabelecimentos de saúde para outros sistemas de informação; ofertar para a sociedade informações sobre a disponibilidade de serviços nos territórios, formas de acesso e funcionamento; fornecer informações que apoiem a tomada de decisão, o planejamento, a programação e o conhecimento pelos gestores, pesquisadores, trabalhadores e sociedade em geral acerca da organização, existência e disponibilidade de serviços, força de trabalho e capacidade instalada dos estabelecimentos de saúde e territórios.

Todos os estabelecimentos de saúde instalados em território nacional deverão ser cadastrados. A Portaria de Consolidação nº 01/GM/MS/2017 estabelece que a atualização do cadastro de estabelecimentos de saúde deverá ocorrer, no mínimo, com periodicidade mensal, ou sempre que houver alteração nas informações.

E.5.1.3. SIA – Sistema de Informação Ambulatorial

É o sistema que permite aos gestores municipais e estaduais o processamento das informações de atendimento ambulatorial registrados nos aplicativos de captação do atendimento ambulatorial (APAC, BPA e RAAS) no SUS. As informações extraídas do SIA são utilizadas como um importante instrumento de gestão, subsidiando, assim, as ações de planejamento, programação, regulação, avaliação, controle e auditoria da assistência ambulatorial.

Não obstante, oferece aos gestores estaduais e municipais de saúde, em conformidade com as normas do Ministério da Saúde, instrumentos para operacionalização das funções de cadastramento, controle orçamentário, controle e cálculo da produção e para a geração de informações necessárias ao Repasse do Custeio Ambulatorial (RCA) (DATASUS).

Recomenda-se que os estabelecimentos de saúde registrem sua produção por meio do BPA-I, tanto pela maior qualidade da informação, quanto pela futura substituição do BPA pelo CMD, no qual todos os atendimentos deverão ser registrados de forma individualizada.

E.5.1.4. SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

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

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

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

E.5.1.5. SISCAN – Sistema de Informação do Câncer

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

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

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

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

E.5.1.6. SISREG – Sistema de Nacional de Regulação

O Prontuário Eletrônico (PEP) deve gerar informações através de arquivo com estrutura de dados (layout) compatível com o Sistema oficial do DATASUS, permitindo a importação e consolidação dos dados no Município. Esse é o sistema oficial do Ministério da Saúde para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e a otimização na utilização dos recursos, além de integrar a regulação com as áreas de avaliação, controle e auditoria.

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

É dever do profissional solicitante: sempre carimbar e assinar a solicitação; informar ao usuário(a) o agendamento da consulta com, no mínimo, um dia de antecedência; utilizar os

protocolos clínicos para embasar as solicitações dos procedimentos; utilizar as evidências clínicas mais atuais para tomada de decisão; orientar os usuários quanto ao preparo para os procedimentos.

É responsabilidade dos profissionais da equipe de saúde e da UAP, preencher o formulário com o máximo de informações relevantes sobre dados clínicos e resultados de exames complementares, e, cancelar o agendamento da consulta assim que o(a) usuário(a) informar sobre a desistência.

Não é necessária a assinatura e carimbo da direção da unidade em nenhum Formulário, assim como também não é necessária a assinatura ou consentimento por escrito do(a) paciente para nenhum exame, incluindo HIV.

E.5.1.7. SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN é um sistema de informação, que conta com um recurso informatizado para coletar e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde. Possibilita uma análise global integrada de todas as doenças e agravos que 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 por profissional designado para esta atividade após a investigação epidemiológica, algumas vezes com o apoio de técnicos da SMS-Rio.

O Prontuário Eletrônico (PEP) deve gerar informações através de arquivo com estrutura de dados (layout) compatível com o Sistema oficial do DATASUS, permitindo a importação e

consolidação dos dados no Município. Deve permitir ainda que cada equipe de Saúde da Família possa gerar relatórios gerenciais de acompanhamento dos indicadores desse sistema e demais indicadores definidos pela SMS-Rio.

E.5.1.8. SI-PNI/API – Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações / Avaliação do Programa de Imunizações

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

O aplicativo informatizado é desenvolvido pelo DATASUS em consonância com orientações da Coordenação Nacional do PNI, do Ministério da Saúde. O instrumento de coleta de dados do API é formado por: Mapa de registro de doses aplicadas de vacina, que deve ser preenchido por profissional da sala de vacina que realizou o atendimento; Boletim mensal de doses aplicadas de vacina, ficha de compilação dos mapas de registro de doses aplicadas e que deve ser preenchida por profissional responsável pela sala de vacina.

Fica claro que outros aplicativos já implantados ou que venham a ser desenvolvidos com vistas a subsidiar projetos e programas prioritários da SMS-Rio farão parte das atribuições. O Prontuário Eletrônico (PEP) deve gerar informações através de arquivo com estrutura de dados (layout) compatível com o Sistema oficial do DATASUS, permitindo a importação e consolidação dos dados no Município. Devem permitir ainda que cada equipe de Saúde da Família possa gerar relatórios gerenciais de acompanhamento dos indicadores desse sistema e demais indicadores definidos pela SMS-Rio.

ANEXO TÉCNICO F

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO FINANCEIRO E METAS FÍSICAS

Rio PREFEITURA | SAÚDE

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO FINANCEIRO TEIAS AP-3.2

ITEM	Unidade de medida	Estratégia Saúde da Família + eMulti / SAE + Centro de Atenção Psicossocial															
		MÊS 25		MÊS 26		MÊS 27		MÊS 28		MÊS 29		MÊS 30					
		SETEMBRO DE 2023		OUTUBRO DE 2023		NOVEMBRO DE 2023		DEZEMBRO DE 2023		JANEIRO DE 2024		FEVEREIRO DE 2024					
a1) Apoio a Gestão da CAP - Estratégia Saúde da Família (ESF)	nº de equipes	113	R$ 104.244,81	113	R$ 104.244,81	113	R$ 104.244,81	113	R$ 104.244,81	121	R$ 111.624,97	121	R$ 111.624,97				
a2) Apoio a Gestão do TEIAS - OSS - ESF	nº de equipes	113	R$ 456.071,31	113	R$ 456.071,31	113	R$ 456.071,31	113	R$ 456.071,31	121	R$ 488.359,54	121	R$ 488.359,54				
a3) RH Apoio e Gestão das Unidades de Atenção Primária - ESF	nº de equipes	113	R$ 1.622.518,56	113	R$ 1.622.518,56	113	R$ 1.622.518,56	113	R$ 1.622.518,56	121	R$ 1.622.518,56	121	R$ 1.622.518,56				
a4) RH equipes de Saúde da Família - ESF	nº de equipes	113	R$ 10.488.165,06	113	R$ 10.488.165,06	113	R$ 10.488.165,06	113	R$ 10.488.165,06	121	R$ 11.230.690,02	121	R$ 11.230.690,02				
a5) Contratos, consumo, promoção e vigilância em saúde das Unidades de Atenção Primária - ESF	nº de equipes	113	R$ 2.378.881,83	113	R$ 2.378.881,83	113	R$ 2.378.881,83	113	R$ 2.378.881,83	121	R$ 2.547.298,25	121	R$ 2.547.298,25				
a6) Sistemas de Informação / Conectividade / Telefonia - ESF	nº de equipes	113	R$ 123.855,35	113	R$ 123.855,35	113	R$ 123.855,35	113	R$ 123.855,35	121	R$ 132.623,87	121	R$ 132.623,87				
A) Estratégia Saúde da Família		**R$**	**15.173.736,92**	**R$**	**15.173.736,92**	**R$**	**15.173.736,92**	**R$**	**15.173.736,92**	**R$**	**16.133.115,21**	**R$**	**16.133.115,21**				
b1) RH Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti) / Serviço de Apoio Especializado (SAE)	nº de equipes	17	R$ 1.144.621,90	17	R$ 1.144.621,90	17	R$ 1.144.621,90	17	R$ 1.144.621,90	17	R$ 1.144.621,90	17	R$ 1.144.621,90				
b2) Sistemas de Informação / Conectividade / Telefonia - eMulti / SAE	nº de equipes	17	R$ 18.633,11	17	R$ 18.633,11	17	R$ 18.633,11	17	R$ 18.633,11	17	R$ 18.633,11	17	R$ 18.633,11				
B) Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti) e Serviços de Apoio Especializado (SAE)		**R$**	**1.163.255,01**	**R$**	**1.163.255,01**	**R$**	**1.163.255,01**	**R$**	**1.163.255,01**	**R$**	**1.163.255,01**	**R$**	**1.163.255,01**				
c1) RH - CAPS III	nº de unidades	1	R$ 381.867,33	1	R$ 381.867,33	1	R$ 381.867,33	1	R$ 381.867,33	1	R$ 381.867,33	1	R$ 381.867,33				
c2) Contratos e Consumo - CAPS III	nº de unidades	1	R$ 92.573,05	1	R$ 92.573,05	1	R$ 92.573,05	1	R$ 92.573,05	1	R$ 92.573,05	1	R$ 92.573,05				
C) Centro de Atenção Psicossocial - CAPS		**R$**	**474.440,38**	**R$**	**474.440,38**	**R$**	**474.440,38**	**R$**	**474.440,38**	**R$**	**474.440,38**	**R$**	**474.440,38**				
D1) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos	nº de unidades	0	R$ -	0	R$ -	0	R$ -	0	R$ -	0	R$ -	1	R$ 4.000.000,00				
D) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos - Unidades de Atenção Primária		**R$**	**-**	**R$**	**-**	**R$**	**-**	**R$**	**-**	**R$**	**-**	**R$**	**4.000.000,00**				
E) Subtotal parte Fixa (E) = A+B+C+D		**R$**	**16.811.432,30**	**R$**	**16.811.432,30**	**R$**	**16.811.432,30**	**R$**	**16.811.432,30**	**R$**	**17.770.810,59**	**R$**	**21.770.810,59**				
F) Parte variável - 1	(2% de A+B) / trimestre	**R$**	**326.739,84**	**R$**	**326.739,84**	**R$**	**326.739,84**	**R$**	**326.739,84**	**R$**	**345.927,40**	**R$**	**345.927,40**				
G) Parte variável - 2	R$ 1.000 /ESF/ mês (até 1% de A+B / trimestre)	**R$**	**113.000,00**	**R$**	**113.000,00**	**R$**	**113.000,00**	**R$**	**113.000,00**	**R$**	**121.000,00**	**R$**	**121.000,00**				
H) Parte variável - 3	10% salários-base ESF / mês (até 2% de A+B / trimestre)	**R$**	**326.739,84**	**R$**	**326.739,84**	**R$**	**326.739,84**	**R$**	**326.739,84**	**R$**	**345.927,40**	**R$**	**345.927,40**				
I) Total (I) = (E+F+G+H)		**R$**	**17.577.911,97**	**R$**	**17.577.911,97**	**R$**	**17.577.911,97**	**R$**	**17.577.911,97**	**R$**	**18.583.665,40**	**R$**	**22.583.665,40**				

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO FINANCEIRO TEIAS AP-3.2

ITEM	Unidade de medida	Estratégia Saúde da Família + eMulti / SAE + Centro de Atenção Psicossocial											
		MÊS 31		MÊS 32		MÊS 33		MÊS 34		MÊS 35		MÊS 36	
		MARÇO DE 2024		ABRIL DE 2024		MAIO DE 2024		JUNHO DE 2024		JULHO DE 2024		AGOSTO DE 2024	
a1) Apoio a Gestão da CAP - Estratégia Saúde da Família (ESF)	nº de equipes	123	R$ 113.470,01	128	R$ 118.082,62	128	R$ 118.082,62	128	R$ 118.082,62	131	R$ 120.850,18	131	R$ 120.850,18
a2) Apoio a Gestão do TEIAS - OSS - ESF	nº de equipes	123	R$ 496.431,60	128	R$ 516.611,75	128	R$ 516.611,75	128	R$ 516.611,75	131	R$ 528.719,83	131	R$ 528.719,83
a3) RH Apoio e Gestão das Unidades de Atenção Primária - ESF	nº de equipes	123	R$ 1.622.518,56	128	R$ 1.757.728,44	128	R$ 1.757.728,44	128	R$ 1.757.728,44	131	R$ 1.757.728,44	131	R$ 1.757.728,44
a4) RH equipes de Saúde da Família - ESF	nº de equipes	123	R$ 11.416.321,26	128	R$ 11.880.399,36	128	R$ 11.880.399,36	128	R$ 11.880.399,36	131	R$ 12.158.846,22	131	R$ 12.158.846,22
a5) Contratos, consumo, promoção e vigilância em saúde das Unidades de Atenção Primária - ESF	nº de equipes	123	R$ 2.589.402,35	128	R$ 2.694.662,61	128	R$ 2.694.662,61	128	R$ 2.694.662,61	131	R$ 2.757.818,76	131	R$ 2.757.818,76
a6) Sistemas de Informação / Conectividade / Telefonia - ESF	nº de equipes	123	R$ 134.816,00	128	R$ 140.296,32	128	R$ 140.296,32	128	R$ 140.296,32	131	R$ 143.584,52	131	R$ 143.584,52
A) Estratégia Saúde da Família		**R$**	**16.372.959,78**	**R$**	**17.107.781,09**	**R$**	**17.107.781,09**	**R$**	**17.107.781,09**	**R$**	**17.467.547,95**	**R$**	**17.467.547,95**
b1) RH Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti) / Serviço de Apoio Especializado (SAE)	nº de equipes	17	R$ 1.144.621,90	17	R$ 1.144.621,90	17	R$ 1.144.621,90	17	R$ 1.144.621,90	17	R$ 1.144.621,90	17	R$ 1.144.621,90
b2) Sistemas de Informação / Conectividade / Telefonia - eMulti / SAE	nº de equipes	17	R$ 18.633,11	17	R$ 18.633,11	17	R$ 18.633,11	17	R$ 18.633,11	17	R$ 18.633,11	17	R$ 18.633,11
B) Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti) e Serviços de Apoio Especializado (SAE)		**R$**	**1.163.255,01**	**R$**	**1.163.255,01**	**R$**	**1.163.255,01**	**R$**	**1.163.255,01**	**R$**	**1.163.255,01**	**R$**	**1.163.255,01**
c1) RH - CAPS III	nº de unidades	1	R$ 381.867,33	1	R$ 381.867,33	1	R$ 381.867,33	1	R$ 381.867,33	1	R$ 381.867,33	1	R$ 381.867,33
c2) Contratos e Consumo - CAPS III	nº de unidades	1	R$ 92.573,05	1	R$ 92.573,05	1	R$ 92.573,05	1	R$ 92.573,05	1	R$ 92.573,05	1	R$ 92.573,05
C) Centro de Atenção Psicossocial - CAPS		**R$**	**474.440,38**	**R$**	**474.440,38**	**R$**	**474.440,38**	**R$**	**474.440,38**	**R$**	**474.440,38**	**R$**	**474.440,38**
D1) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos	nº de unidades	0	R$ -	0	R$ -	0	R$ -	0	R$ -	0	R$ -	0	R$ -
D) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos - Unidades de Atenção Primária		**R$**	**-**	**R$**	**-**	**R$**	**-**	**R$**	**-**	**R$**	**-**	**R$**	**-**
E) Subtotal parte Fixa (E) = A+B+C+D		**R$**	**18.010.655,16**	**R$**	**18.745.476,47**	**R$**	**18.745.476,47**	**R$**	**18.745.476,47**	**R$**	**19.105.243,33**	**R$**	**19.105.243,33**
F) Parte variável - 1	(2% de A+B) / trimestre	**R$**	**350.724,30**	**R$**	**365.420,72**	**R$**	**365.420,72**	**R$**	**365.420,72**	**R$**	**372.616,06**	**R$**	**372.616,06**
G) Parte variável - 2	R$ 1.000 /ESF/ mês (até 1% de A+B / trimestre)	**R$**	**123.000,00**	**R$**	**128.000,00**	**R$**	**128.000,00**	**R$**	**128.000,00**	**R$**	**131.000,00**	**R$**	**131.000,00**
H) Parte variável - 3	10% salários-base ESF / mês (até 2% de A+B / trimestre)	**R$**	**350.724,30**	**R$**	**365.420,72**	**R$**	**365.420,72**	**R$**	**365.420,72**	**R$**	**372.616,06**	**R$**	**372.616,06**
I) Total (I) = (E+F+G+H)		**R$**	**18.835.103,75**	**R$**	**19.604.317,92**	**R$**	**19.604.317,92**	**R$**	**19.604.317,92**	**R$**	**19.981.475,45**	**R$**	**19.981.475,45**

Rio PREFEITURA | SAÚDE

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO FINANCEIRO TEIAS AP-3.2

ITEM	Unidade de medida	Estratégia Saúde da Família + eMulti / SAE + Centro de Atenção Psicossocial											
		MÊS 37		MÊS 38		MÊS 39		MÊS 40		MÊS 41		MÊS 42	
		SETEMBRO DE 2024		OUTUBRO DE 2024		NOVEMBRO DE 2024		DEZEMBRO DE 2024		JANEIRO DE 2025		FEVEREIRO DE 2025	
a1) Apoio a Gestão da CAP - Estratégia Saúde da Família (ESF)	nº de equipes	131	R$ 125.079,93	131	R$ 125.079,93	131	R$ 125.079,93	131	R$ 125.079,93	131	R$ 125.079,93	131	R$ 125.079,93
a2) Apoio a Gestão do TEIAS - OSS - ESF	nº de equipes	131	R$ 547.225,03	131	R$ 547.225,03	131	R$ 547.225,03	131	R$ 547.225,03	131	R$ 547.225,03	131	R$ 547.225,03
a3) RH Apoio e Gestão das Unidades de Atenção Primária - ESF	nº de equipes	131	R$ 1.819.248,94	131	R$ 1.819.248,94	131	R$ 1.819.248,94	131	R$ 1.819.248,94	131	R$ 1.819.248,94	131	R$ 1.819.248,94
a4) RH equipes de Saúde da Família - ESF	nº de equipes	131	R$ 12.584.405,84	131	R$ 12.584.405,84	131	R$ 12.584.405,84	131	R$ 12.584.405,84	131	R$ 12.584.405,84	131	R$ 12.584.405,84
a5) Contratos, consumo, promoção e vigilância em saúde das Unidades de Atenção Primária - ESF	nº de equipes	131	R$ 2.854.342,42	131	R$ 2.854.342,42	131	R$ 2.854.342,42	131	R$ 2.854.342,42	131	R$ 2.854.342,42	131	R$ 2.854.342,42
a6) Sistemas de Informação / Conectividade / Telefonia - ESF	nº de equipes	131	R$ 148.609,97	131	R$ 148.609,97	131	R$ 148.609,97	131	R$ 148.609,97	131	R$ 148.609,97	131	R$ 148.609,97
A) Estratégia Saúde da Família		**R$**	**18.078.912,13**	**R$**	**18.078.912,13**	**R$**	**18.078.912,13**	**R$**	**18.078.912,13**	**R$**	**18.078.912,13**	**R$**	**18.078.912,13**
b1) RH Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti) / Serviço de Apoio Especializado (SAE)	nº de equipes	17	R$ 1.184.683,67	17	R$ 1.184.683,67	17	R$ 1.184.683,67	17	R$ 1.184.683,67	17	R$ 1.184.683,67	17	R$ 1.184.683,67
b2) Sistemas de Informação / Conectividade / Telefonia - eMulti / SAE	nº de equipes	17	R$ 19.285,26	17	R$ 19.285,26	17	R$ 19.285,26	17	R$ 19.285,26	17	R$ 19.285,26	17	R$ 19.285,26
B) Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti) e Serviços de Apoio Especializado (SAE)		**R$**	**1.203.968,93**	**R$**	**1.203.968,93**	**R$**	**1.203.968,93**	**R$**	**1.203.968,93**	**R$**	**1.203.968,93**	**R$**	**1.203.968,93**
c1) RH - CAPS III	nº de unidades	1	R$ 395.232,69	1	R$ 395.232,69	1	R$ 395.232,69	1	R$ 395.232,69	1	R$ 395.232,69	1	R$ 395.232,69
c2) Contratos e Consumo - CAPS III	nº de unidades	1	R$ 95.813,10	1	R$ 95.813,10	1	R$ 95.813,10	1	R$ 95.813,10	1	R$ 95.813,10	1	R$ 95.813,10
C) Centro de Atenção Psicossocial - CAPS		**R$**	**491.045,79**	**R$**	**491.045,79**	**R$**	**491.045,79**	**R$**	**491.045,79**	**R$**	**491.045,79**	**R$**	**491.045,79**
D1) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos	nº de unidades	0	R$ -	0	R$ -	0	R$ -	0	R$ -	0	R$ -	0	R$ -
D) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos - Unidades de Atenção Primária		**R$**	**-**	**R$**	**-**	**R$**	**-**	**R$**	**-**	**R$**	**-**	**R$**	**-**
E) Subtotal parte Fixa (E) = A+B+C+D		**R$**	**19.773.926,85**	**R$**	**19.773.926,85**	**R$**	**19.773.926,85**	**R$**	**19.773.926,85**	**R$**	**19.773.926,85**	**R$**	**19.773.926,85**
F) Parte variável - 1	(2% de A+B) / trimestre	**R$**	**385.657,62**	**R$**	**385.657,62**	**R$**	**385.657,62**	**R$**	**385.657,62**	**R$**	**385.657,62**	**R$**	**385.657,62**
G) Parte variável - 2	R$ 1.000 /ESF/ mês (até 1% de A+B / trimestre)	**R$**	**135.585,00**	**R$**	**135.585,00**	**R$**	**135.585,00**	**R$**	**135.585,00**	**R$**	**135.585,00**	**R$**	**135.585,00**
H) Parte variável - 3	10% salários-base ESF / mês (até 2% de A+B / trimestre)	**R$**	**385.657,62**	**R$**	**385.657,62**	**R$**	**385.657,62**	**R$**	**385.657,62**	**R$**	**385.657,62**	**R$**	**385.657,62**
I) Total (I) = (E+F+G+H)		**R$**	**20.680.827,09**	**R$**	**20.680.827,09**	**R$**	**20.680.827,09**	**R$**	**20.680.827,09**	**R$**	**20.680.827,09**	**R$**	**20.680.827,09**

Rio PREFEITURA | SAÚDE

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO FINANCEIRO TEIAS AP-3.2

ITEM	Unidade de medida	Estratégia Saúde da Família + eMulti / SAE + Centro de Atenção Psicossocial												TOTAL
		MÊS 43		MÊS 44		MÊS 45		MÊS 46		MÊS 47		MÊS 48		
		MARÇO DE 2025		ABRIL DE 2025		MAIO DE 2025		JUNHO DE 2025		JULHO DE 2025		AGOSTO DE 2023		
a1) Apoio a Gestão da CAP - Estratégia Saúde da Família (ESF)	nº de equipes	131	R$ 125.079,93	131	R$ 125.079,93	131	R$ 125.079,93	131	R$ 125.079,93	131	R$ 125.079,93	131	R$ 125.079,93	R$ 2.850.606,63
a2) Apoio a Gestão do TEIAS - OSS - ESF	nº de equipes	131	R$ 547.225,03	131	R$ 547.225,03	131	R$ 547.225,03	131	R$ 547.225,03	131	R$ 547.225,03	131	R$ 547.225,03	R$ 12.471.411,17
a3) RH Apoio e Gestão das Unidades de Atenção Primária - ESF	nº de equipes	131	R$ 1.819.248,94	131	R$ 1.819.248,94	131	R$ 1.819.248,94	131	R$ 1.819.248,94	131	R$ 1.819.248,94	131	R$ 1.819.248,94	R$ 41.977.259,34
a4) RH equipes de Saúde da Família - ESF	nº de equipes	131	R$ 12.584.405,84	131	R$ 12.584.405,84	131	R$ 12.584.405,84	131	R$ 12.584.405,84	131	R$ 12.584.405,84	131	R$ 12.584.405,84	R$ 286.802.122,11
a5) Contratos, consumo, promoção e vigilância em saúde das Unidades de Atenção Primária - ESF	nº de equipes	131	R$ 2.854.342,42	131	R$ 2.854.342,42	131	R$ 2.854.342,42	131	R$ 2.854.342,42	131	R$ 2.854.342,42	131	R$ 2.854.342,42	R$ 65.051.260,55
a6) Sistemas de Informação / Conectividade / Telefonia - ESF	nº de equipes	131	R$ 148.609,97	131	R$ 148.609,97	131	R$ 148.609,97	131	R$ 148.609,97	131	R$ 148.609,97	131	R$ 148.609,97	R$ 3.386.862,77
A) Estratégia Saúde da Família		R$	18.078.912,13	R$	18.078.912,13	R$	18.078.912,13	R$	18.078.912,13	R$	18.078.912,13	R$	18.078.912,13	R$ 412.539.522,57
b1) RH Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti) / Serviço de Apoio Especializado (SAE)	nº de equipes	17	R$ 1.184.683,67	17	R$ 1.184.683,67	17	R$ 1.184.683,67	17	R$ 1.184.683,67	17	R$ 1.184.683,67	17	R$ 1.184.683,67	R$ 27.951.666,80
b2) Sistemas de Informação / Conectividade / Telefonia - eMulti / SAE	nº de equipes	17	R$ 19.285,26	17	R$ 19.285,26	17	R$ 19.285,26	17	R$ 19.285,26	17	R$ 19.285,26	17	R$ 19.285,26	R$ 455.020,42
B) Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti) e Serviços de Apoio Especializado (SAE)		R$	1.203.968,93	R$	1.203.968,93	R$	1.203.968,93	R$	1.203.968,93	R$	1.203.968,93	R$	1.203.968,93	R$ 28.406.687,22
c1) RH - CAPS III	nº de unidades	1	R$ 395.232,69	1	R$ 395.232,69	1	R$ 395.232,69	1	R$ 395.232,69	1	R$ 395.232,69	1	R$ 395.232,69	R$ 9.325.200,20
c2) Contratos e Consumo - CAPS III	nº de unidades	1	R$ 95.813,10	1	R$ 95.813,10	1	R$ 95.813,10	1	R$ 95.813,10	1	R$ 95.813,10	1	R$ 95.813,10	R$ 2.260.633,79
C) Centro de Atenção Psicossocial - CAPS		R$	491.045,79	R$	491.045,79	R$	491.045,79	R$	491.045,79	R$	491.045,79	R$	491.045,79	R$ 11.585.833,99
D1) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos	nº de unidades	0	R$ -	1	R$ 4.000.000,00	0	R$ -	1	R$ -	0	R$ -	0	R$ -	R$ 8.000.000,00
D) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos - Unidades de Atenção Primária		R$	-	R$	4.000.000,00	R$	-	R$	-	R$	-	R$	-	R$ 8.000.000,00
E) Subtotal parte Fixa (E) = A+B+C+D		R$	19.773.926,85	R$	23.773.926,85	R$	19.773.926,85	R$	19.773.926,85	R$	19.773.926,85	R$	19.773.926,85	R$ 460.532.043,79
F) Parte variável - 1	(2% de A+B) / trimestre	R$	385.657,62	R$	385.657,62	R$	385.657,62	R$	385.657,62	R$	385.657,62	R$	385.657,62	R$ 8.818.924,20
G) Parte variável - 2	R$ 1.000 /ESF/ mês (até 1% de A+B / trimestre)	R$	135.585,00	R$	135.585,00	R$	135.585,00	R$	135.585,00	R$	135.585,00	R$	135.585,00	R$ 3.090.020,00
H) Parte variável - 3	10% salários-base ESF / mês (até 2% de A+B / trimestre)	R$	385.657,62	R$	385.657,62	R$	385.657,62	R$	385.657,62	R$	385.657,62	R$	385.657,62	R$ 8.818.924,20
I) Total (I) = (E+F+G+H)		R$	20.680.827,09	R$	24.680.827,09	R$	20.680.827,09	R$	20.680.827,09	R$	20.680.827,09	R$	20.680.827,09	R$ 481.259.912,18

TEIAS 3.2 (ESF + eMulti / SAE + CAPS)			
Resumo por Exercício Financeiro - TEIAS			
Ano	ESF/CAPS	UPA	Total
1° ano	R$ 229.089.987,09	R$ -	R$ 229.089.987,09
2° ano	R$ 252.169.925,09	R$ -	R$ 252.169.925,09
Total	**R$ 481.259.912,18**	**R$ -**	**R$ 481.259.912,18**

TEIAS 3.2 (ESF + eMulti / SAE + CAPS)			
Resumo por Exercício Financeiro - TEIAS			
Ano	ESF/CAPS	UPA	Total
2023	R$ 70.311.647,90	R$ -	R$ 70.311.647,90
2024	R$ 241.501.647,56	R$ -	R$ 241.501.647,56
2025	R$ 169.446.616,72	R$ -	R$ 169.446.616,72
Total	**R$ 481.259.912,18**	**R$ -**	**R$ 481.259.912,18**

CRONOGRAMA DE METAS FÍSICAS TEIAS AP 3.2

ITEM	Unidade de medida	MÊS 25	MÊS 26	MÊS 27	MÊS 28	MÊS 29	MÊS 30	MÊS 31	MÊS 32	MÊS 33	MÊS 34	MÊS 35	MÊS 36	MÊS 37	MÊS 38	MÊS 39	MÊS 40	MÊS 41	MÊS 42	MÊS 43	MÊS 44	MÊS 45	MÊS 46	MÊS 47	MÊS 48
Equipes da Estratégia Saúde da Família - ESF	nº de equipes	113	113	113	113	121	121	123	128	128	128	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131
Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti) / Serviço de Apoio Especializado (SAE)	nº de equipes eMulti / SAE	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	nº de Unidades	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos	nº de Unidades	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0