

ANEXO V

DESCRIÇÃO TÉCNICA

REDE ASSISTENCIAL DA SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE SANTANA/JAÇANÃ/TREMEMBÉ- SUBPREFEITURA JAÇANÃ/TREMEMBÉ

P.A. 2014- 0.136.173-7

2014

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO	2
II. OBJETO DO CONTRATO DE GESTÃO.....	4
III. ESPECIFICAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE.....	5
III.I. ATENÇÃO BÁSICA	5
III.II. ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E REDES TEMÁTICAS.....	14
IV . QUADROS DE METAS DE PRODUÇÃO E EQUIPE MÍNIMA POR MODALIDADE DE ATENÇÃO E LINHA DE SERVIÇO	22
V. INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE	32

I. INTRODUÇÃO

Este instrumento apresenta informações para a elaboração do PLANO DE TRABALHO, contendo descrições dos serviços assistências com seus respectivos Quadros de Metas de Produção e Equipe Mínima por linhas de serviços e unidades, o Quadro de Indicadores de Qualidade que compõem os instrumentos de avaliação do desempenho institucional no Contrato.

A organização e o processo de trabalho das unidades de saúde devem contemplar e estar orientados pelas diretrizes técnicas assistenciais e programáticas prioritizadas no planejamento da SMS, conforme modalidades de atenção e estrutura da rede, abaixo descritas, assim como pelas necessidades loco-regionais identificadas na interlocução com a Coordenadoria Regional de Saúde. É diretriz essencial que as unidades e serviços gerenciados pela Organização Social integrem as redes de cuidados e os sistemas de regulação municipal.

MODALIDADES DE ATENÇÃO	ESTRUTURA DA REDE
Atenção Básica	ESF/ESB + NASF + PAVS (Ambientes Verdes e Saudáveis)
	Saúde Indígena
	UBS Mista
	UBS Tradicional
	UBS Integral
	AMA – 12 horas
	PAI – Programa Acompanhante de Idosos
	EMAD/EMAP – Melhor em Casa – Atenção Domiciliar
Urgência e Emergência	AMA 24 horas
	Pronto Socorro
	Pronto Atendimento – 24 horas
	UPA (quando houver)
Ambulatorial Especializada/ Redes temáticas	Ambulatório de Especialidades; AMA – E; URSI
	Unidades da Rede Hora Certa
	CEO Odontológico
	Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
	Rede de Atenção Psicossocial
	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
Hospitalar	Urgência Emergência
	Internações
	Ambulatório de Especialidades
	Serviço de Apoio Diagnóstico
	Hospital Dia
	EMAD/EMAP – Melhor em Casa – Atenção Domiciliar

Além do conteúdo deste Anexo – Descrição Técnica a Organização Social deverá realizar a Vistoria Técnica para conhecer, obter e atualizar informações das unidades e serviços de saúde objeto deste Contrato no que se refere a: instalações físicas, infraestrutura existente (equipamentos médicos, instrumentais e mobiliários), recursos humanos, algumas particularidades como o funcionamento do Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) das unidades, conselhos gestores, sistemas de informação utilizados, e outros que julgarem necessários para a elaboração do Plano de Trabalho e respectivo Plano Orçamentário.

A Organização Social deverá prever em seu PLANO DE TRABALHO todos os recursos humanos necessários à operação e funcionamento das unidades e serviços contratualizados, considerando para tal os recursos humanos de servidores e funcionários da Secretaria Municipal de Saúde e/ou os empregados públicos da Autarquia Hospitalar Municipal que já prestam serviços nas unidades que serão por ela gerenciadas. No caso de profissionais médicos do programa “Mais Médicos”, a CONTRATADA deverá prever em Plano de Trabalho o pagamento dos valores referentes a auxílio moradia, transporte e alimentação, conforme definidos pelo referido programa.

Estas equipes de profissionais deverão ser adequadas para atender a integralidade¹, e a multidisciplinariedade da atenção de acordo com padrões e diretrizes de SMS contidos nos documentos exemplificados: Manual de Assistência Farmacêutica da SMS-SP, contemplando a descrição de atribuições e atividade de Farmacêuticos e Técnicos / Auxiliares de farmácia (2013), disponível no site da PMSP/SMS-SP; Política de Atenção à Saúde do Idoso: Portaria 2434/2010- SMS.G; Documento Norteador do Programa Acompanhante de Idosos, contemplando as diretrizes, princípios e objetivos do Programa, os perfis e atribuições de cada profissional e os formulários utilizados (2012), disponível no site da PMSP/SMS-SP; Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, Portaria MS nº793/2010 e correlatas; Caderno de Orientação Técnica NIR/NISA, Documento Norteador do Programa Acompanhante de Saúde da Pessoa com deficiência (disponíveis no site); Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, Portaria MS nº 971/2006; Documento norteador para a Atenção Integral à Pessoa em Situação de Violência do Município de São Paulo disponível em http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/cultura_de_paz/ e demais protocolos assistenciais, Portarias, Normas e Resoluções da ANVISA (RDC) pertinentes ao objeto contratual. A Organização Social deverá consultar informações de recursos existentes no CNES e a produção assistencial apontada nos Sistemas de Informações do SUS.

Os exames laboratoriais serão processados por serviço contratado pela SMS segundo protocolos estabelecidos pela Área de Assistência Laboratorial de SMS. Esses serviços serão custeados por SMS. A coleta de exames laboratoriais é de responsabilidade da CONTRATADA e para tanto consultar o Manual de Coleta, disponível no site da PMSP/SMS - Assistência Laboratorial.

As unidades e serviços de saúde poderão, a critério da administração pública, ser cenário de práticas educativas de projetos e programas desenvolvidos pela SMS/SP, como por exemplo, Programas de Residência Médica.

Conforme previsto no Decreto Nº 44.658, de 23 de abril de 2004, que regulamenta a Lei 13.325/02, com as alterações introduzidas pelos artigos 20, 21 e 22 da Lei 13.716/04, que instituem a obrigação de manter Conselhos Gestores nas Unidades de Saúde do Sistema Único

¹ **Integralidade** é um dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS) que na prática exige garantia de acesso universal e igualitário na atenção, integra ações de promoção proteção e recuperação da saúde, realizadas em redes de serviços organizadas segundo padrões e diretrizes expressos pela Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo.

de Saúde do Município de São Paulo, de caráter permanente e deliberativo, destinados ao planejamento, avaliação, fiscalização e controle da execução das políticas públicas e das ações de saúde, em sua área de abrangência. As diretrizes, legislação e orientações para a instituição e funcionamento dos Conselhos Gestores de Saúde constam no site:

<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/legislacao/index.php?p=6337>

II. OBJETO DO CONTRATO DE GESTÃO

Gerenciamento e execução de ações e serviços de saúde, pela CONTRATADA, em unidades de saúde da Rede Assistencial da Supervisão Técnica de Saúde de Santana/Jaçanã/Tremembé, exclusivamente unidades de saúde localizadas na Subprefeitura Jaçanã /Tremembé.

A. UNIDADES INTEGRANTES DA REDE ASSISTENCIAL DA SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE DE SANTANA/JAÇANÃ/TREMEMBÉ – localizadas na Subprefeitura Jaçanã/Tremembé

Unidades e serviços de saúde que compõem a Rede Assistencial da Supervisão Técnica de Saúde de Santana/Jaçanã/Tremembé localizadas na Subprefeitura Jaçanã /Tremembé, abaixo nomeadas ou sucedâneas:

AMA JARDIM JOAMAR
CAPS II – ADULTO JAÇANÃ – LEONIDIO GALVÃO SANTOS
CECCO JAÇANÃ/TREMEMBÉ
EMAD/EMAP JOSÉ TOLEDO PIZA
NIR UBS JAÇANÃ
NASF VILA ALBERTINA
PAI UBS JOSÉ TOLEDO PIZA
UBS JARDIM JOAMAR
UBS JARDIM DAS PEDRAS
UBS JARDIM FONTALIS
UBS VILA ALBERTINA
UBS VILA GALVÃO-SÔNIA REGINA CAMPANELLI
UBS JARDIM APUANÃ
UBS FLOR DE MAIO
UBS JAÇANÃ
UBS PARQUE EDU CHAVES
UBS MARIQUINHA SCIASCIA
UBS JOSÉ TOLEDO PIZA
URSI MARIQUINHA SCIASCIA
HOSPITAL MUNICIPAL SÃO LUIZ GONZAGA

B. UNIDADES E SERVIÇOS INTEGRANTES DO CONTRATO DE GESTÃO DA REDE ASSISTENCIAL DA SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE DE SANTANA/JAÇANÃ/TREMEMBÉ unidades localizadas na Subprefeitura Jaçanã/Tremembé

Unidades e serviços de saúde da Rede Assistencial da Supervisão Técnica de Saúde de Santana/ Jaçanã/Tremembé **localizadas na Subprefeitura Jaçanã/Tremembé**, objetos deste Contrato:

AMA JARDIM JOAMAR
CAPS II – ADULTO JAÇANÃ – LEONIDIO GALVÃO SANTOS
UBS JAÇANÃ
NIR JAÇANÃ
APD JAÇANÃ (nova)
UBS JARDIM JOAMAR
UBS JARDIM DAS PEDRAS
UBS JARDIM FONTALIS
UBS VILA ALBERTINA
NASF VILA ALBERTINA
UBS VILA GALVÃO-SÔNIA REGINA CAMPANELLI
UBS JARDIM APUANÃ
UBS FLOR DE MAIO
NASF FLOR DE MAIO (nova)
UBS MARIQUINHA SCIASCIA
URSI MARIQUINHA SCIASCIA
UBS JOSÉ TOLEDO PIZA
EMAD JOSÉ TOLEDO PIZA
PAI UBS JOSÉ TOLEDO PIZA
UBS PARQUE EDU CHAVES

III. ESPECIFICAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

As ações e serviços de saúde a serem executados na **Rede Assistencial da Supervisão Técnica de Saúde de Santana/Jaçanã/Tremembé, unidades de saúde localizadas na Subprefeitura Jaçanã/Tremembé** são descritos sucintamente, segundo modalidades de atenção, e/ou redes de atenção e/ou linhas de cuidado. Os indicadores de avaliação de metas estão descritos no item IV.

As ações, serviços e procedimentos a serem desenvolvidos estão contidos na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), conforme Portaria 841 de 2 de maio de 2012, e outras que poderão ser solicitadas por SMS.

As agendas de atendimento devem ser configuradas de acordo com as orientações, critérios e diretrizes definidas pelas Áreas Técnicas, Supervisão Técnica de Saúde e Coordenadorias de Saúde.

III.I. ATENÇÃO BÁSICA

A. ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Atenção Básica prestada por meio da Estratégia de Saúde da Família, além dos princípios gerais, deve:

- a) Atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;
- b) Desenvolver atividades de acordo com o planejamento e programação, realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;
- c) Buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias e;
- d) Ser um espaço de construção de cidadania.

São itens necessários à Estratégia Saúde da Família, neste Contrato de Gestão:

Uma Equipe Saúde da Família deve ser composta por, no mínimo:

- a) 1 médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade;
- b) 1 enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família;
- c) 2 auxiliares de enfermagem ou, preferencialmente, técnicos de enfermagem;
- d) 5 a 6 agentes comunitários de saúde;
- e) 1 cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família;
- f) 1 auxiliar de saúde bucal e 1 técnico em saúde bucal, de acordo com a modalidade.

O número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe.

Cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas (Portaria MS/GM/2488 de 21 de outubro de 2011).

Todas as equipes deverão ter responsabilidade sanitária por um território de referência.

O horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira das 7h00 às 19h00, podendo, excepcionalmente, ser até às 17h00.

A CONTRATADA deverá ter critérios de contratação de profissionais para obter e manter o credenciamento junto ao Ministério da Saúde das equipes de estratégia de saúde da família, inclusive da modalidade de saúde bucal segundo os requisitos do Ministério da Saúde. Para tanto devem manter cadastro atualizado no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Principais ações e procedimentos:

- a) Consultas médicas;
- b) Consultas de enfermagem;
- c) Consultas odontológicas;
- d) Visitas Domiciliares;
- e) Grupos Educativos/ Práticas Corporais;
- f) Vacinação;
- g) Inalação, Medicação e Curativo;
- h) Teste Imunológico de Gravidez;
- i) Coleta de Papanicolaou;
- j) Coleta de material para análises clínicas;
- k) Coleta de material para detecção dos erros inatos do metabolismo (Teste do pezinho);
- l) Verificação da Pressão Arterial;
- m) Verificação de Temperatura;

- n) Suturas (procedimento médico);
- o) Lavagem de ouvido (procedimento médico);
- p) Tratamento de feridas;
- q) Dispensação de medicamentos;
- r) Atendimento e procedimento odontológico;
- s) Procedimentos coletivos em saúde bucal;
- t) Vigilância em Saúde – Notificação, e eventual acompanhamento, dos agravos e eventos de notificação compulsória, segundo Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, do Ministério da Saúde.

As unidades de saúde com equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) realizam também, ações de promoção ao meio ambiente junto à comunidade por meio de atividades desenvolvidas por Agentes de Promoção Ambiental (APA).

As ações e procedimentos devem seguir no mínimo as normas constantes nos documentos abaixo relacionados:

- a) Manuais de Vigilância Epidemiológica (notificação, investigação, ações de bloqueio);
- b) Manual de Imunização do Centro de Vigilância Epidemiológico-CVE (calendário de vacinas, controle de temperatura da câmara de conservação de imunobiológicos, comunicação de eventos adversos);
- c) Manual de desinfecção e esterilização da Secretaria Municipal da Saúde (máscaras de inalação, material de curativo, espéculos, entre outros);
- d) Protocolo de Feridas da Secretaria Municipal da Saúde (produtos e condutas padronizados para curativos);
- e) Protocolo de Enfermagem da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) na Atenção aos diferentes Ciclos de Vida;
- f) Manual para Profissionais de Saúde "O Climatério em Suas Mãos" - SMS
- g) Caderno Temático da Criança – SMS;
- h) Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde
- i) Manual sobre dispensação de medicamentos (REMUME e GSS);
- j) Manual da APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais).

Além desses documentos, a CONTRATADA deverá seguir todos os outros que porventura possam ser indicados pela SMS-SP.

Unidades exclusivas de Estratégia Saúde da Família, deste Contrato:

- UBS JARDIM APUANÃ
- UBS FLOR DE MAIO

As modalidades de Estratégia de Saúde da Família, equipes mínimas e metas por unidade de saúde estão descritos no item IV.

B. NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA – NASF

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado com o objetivo de ampliar a abrangência das ações da atenção básica, com foco na estratégia da saúde da família, contribuindo para promover a integralidade das ações das equipes de saúde da família associada à qualificação da assistência, contemplando e solidificando as diretrizes do SUS.

Os NASF(s) devem ser constituídos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento e devem atuar em parceria com os profissionais das equipes de saúde da família.

A equipe do NASF deve estimular ações compartilhadas entre os profissionais e provocar uma intervenção transdisciplinar, exercitando a troca de saberes, participando de todas as reuniões, discussão de casos, orientações e atendimentos.

As ações de saúde do NASF devem estar sustentadas em um tripé envolvendo o apoio matricial, clínica ampliada e projeto terapêutico singular (PTS), conforme Portaria GM 3124, de 24 de dezembro de 2012.

A modalidade NASF 1 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições:

- a) A soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 200 (duzentas) horas semanais;
- b) Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas;
- c) Cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 80 (oitenta) horas de carga horária semanal.

A Coordenação da Atenção Básica (ATB) da Secretaria Municipal da Saúde (SMS-SP) recomendou a priorização de profissionais das áreas de saúde mental, reabilitação, pediatria e ginecologia.

Cada equipe NASF está sediada em uma UBS e os profissionais são responsáveis por esta e outras unidades a ele referenciada, ambas apresentadas no Quadros de Metas de Produção e Equipe Mínima item IV.

São ações do NASF:

- a) Matriciamento das equipes ESF;
- b) Consultas Compartilhadas;
- c) Consultas Específicas;
- d) Visitas Domiciliares Compartilhadas;
- e) Visitas Específicas;
- f) Acompanhamento de PTS;
- g) Grupos Educativos e Práticas Corporais na Comunidade;
- h) Reuniões de Equipe NASF;
- i) Reuniões da Equipe NASF com as equipes ESF;
- j) Outras atividades a serem solicitadas de acordo com o escopo definido nas diretrizes.

Equipes de NASF deste Contrato de Gestão, sediada na seguinte unidade de saúde:

- NASF VILA ALBERTINA
- NASF FLOR DE MAIO (novo)

A equipe NASF e respectiva configuração e referências estão definidas no item IV.

c. UBS MISTA

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) classificadas como mistas dispõem de Equipes de Estratégia de Saúde da Família acrescidas de especialidades e serviços nas linhas de cuidado segundo ciclo de vida: saúde da criança e do adolescente, saúde do adulto, saúde da mulher e

saúde da pessoa idosa. São ofertados atendimentos básicos em Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem e Odontologia.

As Equipes de Saúde da Família, inclusive as modalidades de Saúde Bucal, seguem os padrões e critérios desta estrutura na rede de Atenção Básica.

Unidades Mistas deste Contrato de Gestão:

- UBS JARDIM DAS PEDRAS
- UBS JARDIM FONTALIS
- UBS VILA ALBERTINA
- UBS VILA NOVA GALVÃO - SÔNIA REGINA CAMPANELLI

As metas e equipes mínimas estão definidas no item IV.

D. UBS TRADICIONAL

Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais desenvolvem ações e atividades nas linhas de cuidado segundo ciclo de vida: saúde da criança e do adolescente, saúde do adulto, saúde da mulher e saúde da pessoa idosa.

Unidades Tradicionais deste Contrato de Gestão:

- UBS JAÇANÃ
- UBS MARIQUINHA SCIASCIA
- UBS JOSÉ TOLEDO PIZA
- UBS PARQUE EDU CHAVES
- UBS JARDIM JOAMAR

As metas e equipes mínimas estão definidas no item IV.

E. ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL - AMA

A unidade de **Assistência Médica Ambulatorial (AMA)** é uma unidade destinada ao pronto atendimento dos usuários com quadros agudos de baixa e média complexidade, acolhendo a demanda, realizando o atendimento de acordo com a classificação do risco e garantindo a continuidade das atividades de promoção, prevenção e assistência à saúde nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

O horário de funcionamento é de segunda a sábado das 07h00 às 19h00 sem interrupção, incluindo os feriados. Considerando o perfil epidemiológico e a demanda da região, poderão funcionar 24 horas, de segunda a segunda.

Os procedimentos médicos e de enfermagem devem ser norteados por documentos oficiais e protocolos adotados pela SMS. Esses serviços devem estar disponíveis durante todo horário de funcionamento:

- a) Atendimento médico não agendado nas clínicas básicas e eventualmente em outras, de acordo com critérios de organização dos serviços e perfil epidemiológico da região, para portadores de patologias de baixa e média complexidade;

- b) Aferição dos sinais vitais (temperatura, pressão arterial, pulso e respiração, glicemia capilar);
- c) Coleta de exames laboratoriais: hemograma, glicemia, amilase, uréia, creatinina, sódio, potássio, TGO, TGP, bilirrubinas, urina tipo I, baciloscopia, teste de gravidez; e todos definidos por SMS para esse tipo de serviço;
- d) Administração de medicamentos orais e injetáveis;
- e) Inalação;
- f) Terapia de reidratação oral e hidratação intravenosa;
- g) Curativo, retirada de pontos, bem como suturas simples e drenagem de abscesso;
- h) Notificação de agravos e eventos de notificação compulsória, segundo Portaria 104 de 25 de janeiro de 2011, do Ministério da Saúde;
- i) Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT;
- j) Laboratório;
- k) Raios-X;
- l) Eletrocardiograma;
- m) Dispensação de medicamentos.

AMA 12 horas deste Contrato de Gestão:

- AMA JARDIM JOAMAR

A equipe mínima desta AMA está definida no item IV.

F. PROGRAMA ACOMPANHANTE DE IDOSOS (PAI)

É um programa que contempla a assistência integral à saúde de população idosa dependente e socialmente vulnerável, com dificuldade de acesso ao sistema de saúde e com isolamento ou exclusão social devido à insuficiência de suporte familiar ou social.

É uma modalidade de cuidado domiciliar biopsicossocial a pessoas idosas em situação de fragilidade clínica e vulnerabilidade social, que disponibiliza a prestação dos serviços de profissionais da saúde e acompanhantes de idosos, para apoio e suporte nas Atividades de Vida Diárias (AVD's) e para suprir outras necessidades de saúde e sociais.

O Documento Norteador do PAI explicita as diretrizes que devem ser seguidas e deverá ser acessado através do link:

<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/pessoaidosa/DocumentoNorteador-PAI.pdf>

Para o desenvolvimento, eficiência e eficácia das ações pertinentes ao Programa, estas diretrizes são fundamentais:

- a) Assegurar o acesso da pessoa idosa frágil ao sistema de saúde e aos recursos da comunidade;
- b) Garantir a inclusão e o acompanhamento das pessoas idosas matriculadas na Unidade de Saúde de referência;
- c) Propiciar a inserção social da pessoa idosa atendida na comunidade e a sua participação social;
- d) Respeitar o espaço de moradia da pessoa idosa, bem como os seus pertences pessoais, móveis e utilidades domésticas;
- e) Incentivar a autonomia e a independência da pessoa idosa atendida;

- f) Desenvolver uma ética de respeito e dignidade aos valores humanos e, principalmente, do respeito à individualidade da pessoa idosa;
- g) Respeitar os valores, costumes e crenças da população atendida, incluindo a opção religiosa;
- h) Oferecer suporte técnico aos familiares da população atendida;
- i) Oferecer aos profissionais, que não tenham conhecimento em Gerontologia, a oportunidade de atualização permanente neste campo de conhecimento;
- j) Desenvolver as ações do Programa na perspectiva de intervenção através de equipe interdisciplinar, assegurando a especificidade de cada um dos participantes da equipe;
- k) Garantir o processo de educação permanente das equipes que desenvolvem as atividades, direta e indiretamente, com a população alvo do Programa;
- l) Realizar atividades que garantam acompanhamento, suporte e supervisão sistemáticos aos Acompanhantes de Idosos;
- m) Garantir a unicidade do Programa, levando em conta as especificidades locais e regionais.

O Programa Acompanhante de Idosos desenvolve-se numa Unidade de Saúde da Rede Básica de Atenção, fazendo parte, portanto, da rede de serviços em saúde.

A metodologia e a operacionalização do trabalho devem obedecer aos seguintes passos:

1. Constituição da Equipe de Trabalho, composta pelos profissionais que serão os executores das ações e que terão funções bem estabelecidas;
2. Inserção da Equipe de Trabalho na Unidade de Saúde onde as atividades serão desenvolvidas;
3. Garantia de espaço físico adequado (sala) para a equipe do Programa dentro da Unidade de Saúde e de equipamentos necessários para o desenvolvimento das ações pertinentes;
4. Identificação do território geográfico de abrangência do Programa, respeitando-se a orientação de que o tempo de deslocamento do acompanhante não ultrapasse 60 minutos entre ida e volta;
5. Identificação e cadastramento das pessoas idosas, que serão potenciais beneficiários do Programa e que residem na área de abrangência do Programa, com preenchimento da Ficha Cadastral;
6. Avaliação inicial da situação de saúde e da condição social da pessoa cadastrada, para possível inclusão no Programa, desde que preencha os critérios de inclusão definidos e que haja concordância da pessoa idosa, ou do responsável legal, se houver impedimento;
7. A inclusão no Programa, sempre que possível, será compartilhada com a família ou representante (cuidador informal) para que exista corresponsabilidade no acompanhamento, respeitando a autonomia da pessoa idosa;
8. Preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com as devidas assinaturas;
9. Preenchimento da Ficha de Avaliação Inicial e elaboração dos dois Planos de Cuidados, um destinado à Equipe Técnica e outro ao Acompanhante de Idosos;

10. Introdução da Equipe de Trabalho na residência do usuário, para apresentação do Acompanhante designado, e início das funções e ações, de acordo com o Plano de Cuidados estabelecido;
11. Elaboração, por cada Acompanhante de Idosos, de relatórios periódicos a respeito do desenvolvimento do Plano de Cuidados de todos os usuários sob seus cuidados profissionais. É de suma importância o registro sistemático das intervenções realizadas pela Equipe de Trabalho;
12. Acompanhamento e avaliação constante das ações, por meio de reuniões periódicas da Equipe Técnica com os Acompanhantes, para discussão de cada caso, com análise do desenvolvimento dos Planos de Cuidados, inclusive das situações não previstas inicialmente;
13. Educação permanente dos Acompanhantes de Idosos, com discussões sobre temas relacionados ao envelhecimento e ao cuidado de pessoas idosas dependentes e fragilizadas;
14. Suporte psicológico à Equipe de Trabalho e, em especial, aos Acompanhantes de Idosos, através de articulação com a rede, ou por contratação de profissional específico, de acordo com a necessidade;
15. Preenchimento dos indicadores de Monitoramento e Avaliação do Programa, na periodicidade pactuada com a Secretaria Municipal da Saúde;
16. Desligamento gradual ou alta do Programa, caso o usuário preencha os critérios de Desligamento/Alta definidos;
17. Encaminhamento do usuário desligado do Programa para a Unidade de Saúde de origem;
18. Fornecimento de um serviço de transporte com motorista para cada equipe, cuja forma de contrato é definida de acordo com a modalidade contratual do serviço autorizada pela SMS.

Serviços PAI deste Contrato de Gestão:

- PAI JOSÉ TOLEDO PIZZA

As metas e equipe mínima de trabalho estão definidas no item IV.

G. EMAD – EQUIPES DE ATENÇÃO DOMICILIAR

A atenção domiciliar (AD) constitui uma nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, oferecida no domicílio e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada às Redes de Atenção à Saúde. (Portaria 963 de 27 de maio de 2013). A Secretaria Municipal de Saúde aderiu ao programa Melhor em Casa promovido pelo Ministério da Saúde, tendo aprovação do plano de cobertura para a Cidade de São Paulo nessa modalidade assistencial, com equipes cadastradas segundo critérios populacionais.

Configura-se como atividade a ser realizada na atenção básica pelas equipes de atenção básica e pelos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) para atender pessoas incapacitadas ou com dificuldade de locomoção. O processo do cuidar em AD está ligado diretamente aos aspectos referentes à estrutura familiar, à infraestrutura do domicílio e à estrutura oferecida pelos serviços para esse tipo de assistência.

Os SAD do Programa Melhor em Casa compõem a Rede de Atenção à Saúde e devem estar integrados mediante o estabelecimento de fluxos assistenciais, protocolos clínicos e de acesso, e mecanismos de regulação, em uma relação solidária e complementa.

A equipe multidisciplinar de atenção domiciliar (EMAD) deverá ser referência para uma população de 100 mil habitantes, com base no local de residência do usuário, e poderá estar alocada nos diversos tipos de estabelecimentos de atenção à saúde (tais como hospitais, Unidades de Pronto-Atendimento - UPA, Unidades Básicas de Saúde - UBS), necessitando estar vinculada administrativamente ao SAD, não devendo haver superposições de EMAD em uma mesma base territorial ou populacional.

É facultada a organização do SAD a partir de arranjos diferenciados compostos por EMAD responsáveis pelo cuidado de pacientes com características específicas, podendo-se, nesses casos, adscrever usuários de uma base territorial mais ampla do que 100 mil habitantes. Consulte: [Portaria GM/MS nº 963 de 27 de maio de 2013](#).

Modalidades da Atenção Domiciliar

AD1: possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; necessitem de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégia Saúde da Família (ESF).

AD2: a modalidade AD2 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção.

AD3: a modalidade AD3 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção à saúde.

A EMAD terá a seguinte composição mínima:

I - EMAD Tipo 1:

- a) profissionais médicos, com somatório de carga horária semanal (CHS) de, no mínimo, 40 (quarenta) horas de trabalho;
- b) profissionais enfermeiros, com somatório de CHS de, no mínimo, 40 (quarenta) horas de trabalho;
- c) profissional fisioterapeuta e/ou assistente social, com somatório de CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho;
- d) - auxiliares/técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas de trabalho.

Recursos – Materiais e Apoio Logístico

Transporte : EMAD - 03 veículos comum com motoristas

*Os veículos necessariamente deverão ser identificados com o logo oficial do Programa (aguardar arquivo via SMS)

Equipamento Hospitalar: Locação de equipamentos para os pacientes (cama hospitalar, cadeira de rodas, etc).

Material médico hospitalar: fornecimento de insumos, medicamentos, dietas enterais, gases medicinais, etc.

* dietas enterais fornecer para o período de 30 à 90 dias pós alta hospitalar, posteriormente a esta fase, seguir protocolos vigentes na SMS.

* gases medicinais- seguir protocolos vigentes na SMS, exceto em casos especiais.

Estrutura Física: Providenciar espaço físico e mobiliário necessário para as equipes EMAD.

Monitoramento da Atividade

O monitoramento sistemático e análise das atividades para a gestão do cuidado será realizado pela área técnica responsável pelo programa em nível local e central. Para essa finalidade serão adotados indicadores elencados detalhadamente no site:

http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/nupes/InstrucaoNormativa_MelhorEmCasa_V-II_2014-04.pdf assim como maiores detalhamentos para a execução do programa.

Serviços EMAD desse contrato:

- EMAD JOSÉ TOLEDO PIZA

As metas e equipe mínima de trabalho estão definidas no item IV.

III.II - ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA e REDES TEMÁTICAS

A- UNIDADE DE REFERÊNCIA À SAÚDE DO IDOSO - URSI

A Unidade de Referência à Saúde do Idoso (URSI) é uma unidade ambulatorial especializada para atender ao idoso, oferecendo atendimento pela Equipe Multidisciplinar, em âmbito individual e coletivo, dentro de uma visão integral. A Equipe Multidisciplinar constitui o Núcleo de Atenção Integral à Saúde do Idoso, que, além de desenvolver ações de assistência a doenças de maior complexidade e a problemas de saúde específicos da população idosa, deve desenvolver ações preventivas e de promoção e proteção à saúde, atividades de treinamento e capacitação de profissionais da atenção básica e pesquisas específicas na área da gerontologia, tendo como principal papel a implementação das políticas públicas de saúde, em especial as políticas específicas para a população idosa, que constam da área da Saúde, no Capítulo IV da Política Municipal do Idoso (Das Ações Governamentais, artigos 27-39, 2002).

A equipe interdisciplinar para a URSI é composta por profissionais: Assistente Social, Cirurgião-dentista, Enfermeiro, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico, Nutricionista, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional. Para o profissional médico, é necessário ter formação em gerontologia (geriatria), ou título de especialista em gerontologia pela SBGG (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia). Os demais profissionais da equipe devem ter formação em gerontologia, preferencialmente em cursos de especialização ou em processos de capacitação validados ou experiência comprovada, de no mínimo dois anos em serviços de atendimento a pessoa idosa.

As atividades de capacitação de profissionais da atenção básica a serem promovidas pela equipe da URSI serão submetidas à validação e acompanhamento da Área Técnica da Pessoa Idosa e poderá contar com o apoio, inclusive pedagógico, da Escola Municipal de Saúde.

Serviços URSI deste Contrato de Gestão:

URSI MARIQUINHA SCIASCIA, sediada na UBS MARIQUINHA SCIASCIA

As metas e equipe mínima de trabalho estão definidas no item IV.

B- REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

A Rede de Atenção Psicossocial consiste em pontos articulados que oferecem atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas.

A RAPS em sua organização deve possibilitar o provimento contínuo e integral de ações de atenção à saúde mental para a população de determinado território, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da rede de atenção à saúde em consonância com a Portaria GM/MS nº3088/2011, dos parâmetros estabelecidos para o Estado de São Paulo, através da Deliberação CIB nº 87 de 3 de dezembro de 2012.

A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes, pontos de atenção:

- I. Atenção Básica em Saúde:
 - a) Unidade Básica de Saúde:
 - ✓ Equipes de Atenção Básica;
 - ✓ Equipe de Atenção Básica para populações específica: equipe de consultório de rua;
 - ✓ Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;
 - ✓ Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF.
 - b) Centros de Convivência e Cooperativa.
- II. Atenção Psicossocial
 - a) Centros de Atenção Psicossocial, em suas diferentes modalidades.
- III. Atenção de Urgência e Emergência
 - a) SAMU 192
 - b) Sala de Estabilização
 - c) UPA 24 horas
 - d) Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro em Hospital Geral
 - e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros.
- IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório
 - a) Unidade de Acolhimento
 - b) Serviços de Atenção em Regime Residencial
- V. Atenção Hospitalar
 - a) Leitos de psiquiatria em hospital geral

- b) Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral)

VI. Estratégias de desinstitucionalização

- a) Serviços Residenciais Terapêuticos

VII. Reabilitação psicossocial

- a) Iniciativas de trabalho e geração de renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais.

As ações de saúde mental, álcool e outras drogas no âmbito do SUS, devem seguir as diretrizes da Lei No- 10.216 de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental; as Leis, Decretos e Portarias que definem a Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas e a Política Nacional de Atenção às Urgências; as Portarias que regulamentam o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial; e as Portarias que estabelecem as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento do Ministério da Saúde², e outros documentos que porventura possam ser indicados pela SMS-SP.

B.1 ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

A Atenção Básica de Saúde abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

A Unidade Básica de Saúde tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família, vinculado à Unidade Básica de Saúde, fornece apoio as Equipes de Saúde da Família, as Equipes de Atenção Básica para populações específicas, atuando diretamente no apoio matricial, quando necessário, e no cuidado compartilhado junto às equipes das unidades aos quais o NASF está vinculado.

Os procedimentos e atividades previstas para os profissionais de saúde mental são:

- a) Cuidado em saúde mental da demanda da UBS que inclui atendimentos individuais, atendimentos em grupo, visitas domiciliares específicas e compartilhadas;
- b) Articulação e matriciamento da equipe da UBS no manejo do sofrimento mental da demanda da UBS;
- c) Cuidado compartilhado com as equipes dos outros serviços da RAPS (CAPS, Urgências, Centros de Convivência, etc);
- d) Articulação intersetorial e articulação da rede;
- e) Reuniões de equipe.

A organização do trabalho dos profissionais de saúde mental na atenção básica segundo a categoria profissional e carga horária semanal devem ser distribuídas:

² Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: Orientações para Elaboração de Projetos de Construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Médico Psiquiatria: 20% da carga horária destinada a atendimento compartilhado, incluindo o matriciamento; 60% da carga horária destinada a atendimento individual e 20% destinado a atendimento em grupo e reuniões.

Psicólogo e Terapeuta Ocupacional: 20% da carga horária destinada a atendimento compartilhado, incluindo o matriciamento; 60% da carga horária destinada a atendimento em grupo e 20% destinado a atendimento individual e reuniões.

As equipes de Saúde Mental em Unidades Básicas de Saúde deste Contrato de Gestão são:

- UBS MARIQUINHA SCIASCIA (UBS Tradicional)
- UBS JOSÉ TOLEDO PIZA (UBS Tradicional)
- UBS PARQUE EDU CHAVES (UBS Tradicional)

As metas e equipes mínimas estão definidas no Quadro de Metas de Produção e Equipe Mínima das respectivas UBS

B.2 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESPECIALIZADA

B.2.1 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas diferentes modalidades são pontos de atenção estratégicos da RAPS: serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituídos por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com sofrimento ou transtorno mental em geral, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, sejam em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial (Brasil, 2011) e são substitutivos ao modelo asilar.

Nessa perspectiva, o CAPS opera nos territórios, compreendidos não apenas como espaços geográficos, mas territórios de pessoas, de instituições, dos cenários nos quais se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares (Brasil, 2005) e constituem-se como um “lugar” na comunidade. Lugar de referência e de cuidado, promotor de vida, que tem a missão de garantir o exercício da cidadania e a inclusão social de usuários e de familiares.

Os CAPS têm papel estratégico na articulação da RAPS, tanto no que se refere à atenção direta visando à promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, quanto na ordenação do cuidado, trabalhando em conjunto com as Equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, articulando e ativando os recursos existentes em outras redes, assim como nos territórios. Consiste em um dispositivo estratégico para a superação do modelo asilar no contexto da reforma psiquiátrica, e para a criação de um novo lugar social para as pessoas com a experiência de sofrimento, decorrentes de transtornos mentais, incluindo aqueles por dependência de álcool e outras drogas.

O cuidado, no âmbito do CAPS, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Singular (PTS), envolvendo, em sua construção, a equipe, o usuário e sua família; a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do CAPS e/ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso (Brasil, 2011).

As práticas dos CAPS são realizadas em ambiente de “portas abertas”, acolhedor e inserido nos territórios das cidades, dos bairros. Os PTS, acompanhando o usuário, em sua história, cultura, projetos, e vida cotidiana, ultrapassam, necessariamente, o espaço do próprio serviço, implicando as redes de suporte social e os saberes e recursos dos territórios.

Algumas das ações dos CAPS são realizadas em coletivos, em grupos, outras são individuais, outras destinadas às famílias, outras são comunitárias, e podem acontecer no espaço do CAPS e/ou nos territórios, nos contextos reais de vida das pessoas. De acordo com a Portaria SAS/MS n. 854/2012 (Brasil, 2012a), poderão compor, de diferentes formas, os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), de acordo com as necessidades de usuários e familiares, as seguintes estratégias:

Acolhimento inicial: primeiro atendimento, por demanda espontânea ou referenciada, incluindo as situações de crise no território; consiste na escuta qualificada, que reafirma a legitimidade da pessoa e/ou familiares que buscam o serviço e visa reinterpretar as demandas, construir o vínculo terapêutico inicial e/ou corresponsabilizar-se pelo acesso a outros serviços, caso necessário.

Acolhimento diurno e/ou noturno: ação de hospitalidade diurna e/ou noturna realizada nos CAPS como recurso do projeto terapêutico singular de usuários objetivando a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário.

Atendimento individual: atenção direcionada aos usuários visando à elaboração do projeto terapêutico singular ou que dele derivam. Comporta diferentes modalidades, incluindo o cuidado e acompanhamento nas situações clínicas de saúde, e deve responder às necessidades de cada pessoa.

Atenção às situações de crise: ações desenvolvidas para manejo das situações de crise, entendidas como momentos do processo de acompanhamento dos usuários, nos quais conflitos relacionais com familiares, contextos, ambiência e vivências, geram intenso sofrimento e desorganização. Esta ação exige disponibilidade de escuta atenta para compreender e mediar os possíveis conflitos e pode ser realizada no ambiente do próprio serviço, no domicílio ou em outros espaços do território que façam sentido ao usuário e sua família e favoreçam a construção e a preservação de vínculos.

Atendimento em grupo: ações desenvolvidas coletivamente, como recurso para promover sociabilidade, intermediar relações, manejar dificuldades relacionais, possibilitando experiência de construção compartilhada, vivência de pertencimento, troca de afetos, autoestima, autonomia e exercício de cidadania.

Práticas corporais: estratégias ou atividades que favoreçam a percepção corporal, a autoimagem, a coordenação psicomotora, compreendidos como fundamentais ao processo de construção de autonomia, promoção e prevenção em saúde.

Práticas expressivas e comunicativas: estratégias realizadas dentro ou fora do serviço que possibilitem ampliação do repertório comunicativo e expressivo dos usuários e favoreçam a construção e utilização de processos promotores de novos lugares sociais e inserção no campo da cultura.

Atendimento para a família: ações voltadas para o acolhimento individual ou coletivo dos familiares e suas demandas, que garantam a corresponsabilização no contexto do cuidado, propiciando o compartilhamento de experiências e informações.

Atendimento domiciliar: atenção desenvolvida no local de morada da pessoa e/ou de seus familiares, para compreensão de seu contexto e suas relações, acompanhamento do caso e/ou em situações que impossibilitem outra modalidade de atendimento.

Ações de reabilitação psicossocial: ações de fortalecimento de usuários e familiares, mediante a criação e o desenvolvimento de iniciativas articuladas com os recursos do território nos campos do trabalho/economia solidária, habitação, educação, cultura, direitos humanos, que garantam o exercício de direitos de cidadania, visando à produção de novas possibilidades para projetos de vida.

Promoção de contratualidade: acompanhamento de usuários em cenários da vida cotidiana - casa, trabalho, iniciativas de geração de renda, empreendimentos solidários, contextos familiares, sociais e no território -, com a mediação de relações para a criação de novos campos de negociação e de diálogo que garantam e propicie a participação dos usuários em igualdade de oportunidades, a ampliação de redes sociais e sua autonomia.

Fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares: atividades que fomentem: a participação de usuários e familiares nos processos de gestão dos serviços e da rede, como assembleias de serviços, participação em conselhos, conferências e congressos; a apropriação e a defesa de direitos; a criação de formas associativas de organização. A assembleia é uma estratégia importante para a efetiva configuração dos CAPS como local de convivência e de promoção de protagonismo de usuários e familiares.

Ações de articulação de redes intra e intersetoriais: estratégias que promovam a articulação com outros pontos de atenção da rede de saúde, educação, justiça, assistência social, direitos humanos e outros, assim como com os recursos comunitários presentes no território.

Matriciamento de equipes dos pontos de atenção da atenção básica, urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência: apoio presencial sistemático às equipes que oferte suporte técnico à condução do cuidado em saúde mental através de discussões de casos e do processo de trabalho, atendimento compartilhado, ações intersetoriais no território, e contribua no processo de cogestão e corresponsabilização no agenciamento do projeto terapêutico singular.

Ações de redução de danos: conjunto de práticas e ações do campo da saúde e dos direitos humanos realizadas de maneira articulada inter e intra-setorialmente, que busca minimizar danos de natureza biopsicossocial decorrentes do uso de substâncias psicoativas, ampliar o cuidado e o acesso aos diversos pontos de atenção, incluídos aqueles que não têm relação com o sistema de saúde.

Acompanhamento de serviço residencial terapêutico: suporte às equipes dos serviços residenciais terapêuticos, com a corresponsabilização nos projetos terapêuticos dos usuários, que promova a articulação entre as redes e os pontos de atenção com o foco no cuidado e desenvolvimento de ações intersetoriais, e vise à produção de autonomia e reinserção social.

Apoio a serviço residencial de caráter transitório: apoio presencial sistemático aos serviços residenciais de caráter transitório, que busque a manutenção do vínculo, a responsabilidade compartilhada, o suporte técnico-institucional aos trabalhadores daqueles serviços, o monitoramento dos projetos terapêuticos, a promoção de articulação entre os pontos de atenção com foco no cuidado e ações intersetoriais e que favoreça a integralidade das ações.

Modalidades de CAPS:

CAPS I:

Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de quinze mil habitantes.

CAPS II:

Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local; indicado para municípios com população acima de 70.000 habitantes.

CAPS III:

Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes.

CAPS AD (Álcool e Drogas): atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes.

CAPS ADIII:

Atende adultos, crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo 12 leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno; indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes.

CAPSi:

Atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes.

Os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias, além do café da manhã e o lanche da tarde, e os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão 04 (quatro) refeições diárias. A permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 14 (catorze) dias, no período de 30 (trinta) dias.

Considerando a especificidade da área, sugere-se que os critérios e procedimentos para a seleção de profissionais de equipes de saúde mental que atuarão na rede sejam elaborados junto à Área Técnica de Saúde Mental da CRS.

Planejar e projetar um “espaço CAPS” requer considerar, em particular:

- a afirmação da perspectiva de serviços de portas abertas, no sentido literal e simbólico: espaços e relações de “portas abertas”;
- a disponibilidade e o desenvolvimento de acolhimento, cuidado, apoio e suporte;
- a configuração de um serviço substitutivo, territorial, aberto e comunitário
- espaços que expressem o “cuidar em liberdade” e a afirmação do lugar social das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico e da garantia de seus direitos;
- a atenção contínua 24 horas compreendida na perspectiva de hospitalidade;
- a permeabilidade entre “espaço do serviço” e os territórios no sentido de produzir serviços de referência nos territórios.

Centros de Atenção Psicossocial deste Contrato de Gestão

- Centro de Atenção Psicossocial Adulto - CAPS II – Adulto Jaçanã- Leonidio Galvão Santos -
Horário de Funcionamento: de segunda a sexta feira das 07:00 às 19:00 horas

A equipe mínima e as metas do CAPS estão descritas no item IV.

C. REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

A Portaria Ministerial nº 793 de abril de 2012 institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, definindo entre outros critérios e condições para cadastramento e habilitação de Centros Especializados em Reabilitação (CER) que constituem componente da atenção especializada dessa rede.

Os CER estão sendo instituídos por meio da implantação, ampliação e implementação dos atuais Núcleos Integrados de Reabilitação (NIR), de Saúde Auditiva (NISA) e do Programa de Acompanhante da Pessoa com Deficiência (APD), fortalecendo a reabilitação física, auditiva, intelectual e visual, conforme cronograma a ser definido por SMS.

A população alvo destes serviços é constituída por pessoas com incapacidade ou redução da funcionalidade temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável;

intermitente ou contínua de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, que necessitam de reabilitação. Estes serviços constituem lugar de referência de cuidado e proteção para usuários, familiares e acompanhantes, prestando atenção humanizada em reabilitação, centrada nas necessidades dos usuários, visando autonomia, protagonismo e inclusão social.

C.1. NÚCLEO INTEGRADO DE REABILITAÇÃO E NÚCLEO INTEGRADO DE SAÚDE AUDITIVA

C.1.1. AÇÕES DO NIR

- a) Ações de reabilitação;
- b) Ações de prevenção de deficiências secundárias;
- c) Orientação familiar;
- d) Prescrição, acompanhamento e encaminhamento para o fornecimento de órteses e próteses de meios auxiliares de locomoção.

As agendas dos profissionais do NIR estarão disponibilizadas para a Rede segundo protocolo de Reabilitação.

Unidade NIR deste Contrato de Gestão:

- NIR I JAÇANÃ

C.2. ACOMPANHANTE DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA (APD)

O Acompanhante comunitário da Pessoa com Deficiência - APD é um serviço de reabilitação intelectual componente do NIR, que tem por objetivo a articulação com os serviços de saúde e da comunidade para o atendimento e participação da pessoa com deficiência, intervenção para aumento da autonomia e protagonismo, fortalecimento e suporte às famílias.

Organiza a atenção à saúde das pessoas com deficiência intelectual em situação de fragilidade e vulnerabilidade social e suas famílias, por meio de ações que favoreçam a manutenção e fortalecimento dos vínculos familiares, o aprimoramento do cuidado, a prevenção de agravos, o desenvolvimento de potencialidades e que evitem o abrigo/internação.

As equipes da APD realizam cadastro, avaliação de necessidades, identificação de potencialidades, proposição e execução de projeto terapêutico com a participação e parceria da família para o cumprimento dos objetivos do Programa. As ações são desenvolvidas no domicílio, na comunidade e em unidades de saúde.

Esse serviço deve contar com transporte de equipe e de pessoas com deficiência acompanhadas pela equipe.

Equipes de APD deste Contrato de Gestão:

- APD – NIR Jaçaná (novo)

A equipe mínima e as metas de APD estão descritas no item V.

IV- QUADROS DE METAS DE PRODUÇÃO E EQUIPE MÍNIMA POR MODALIDADE DE ATENÇÃO E LINHA DE SERVIÇO

As metas de produção e as informações relacionadas ao acompanhamento dos serviços assistenciais, em cada modalidade de atenção, serão descritas nos quadros adiante, especificadas por unidade de saúde contratualizada.

As informações relacionadas aos recursos humanos para compor equipe mínima em cada unidade de saúde e a carga horária semanal por categoria profissional também estão apresentadas neste item.

A manutenção da equipe mínima, nas unidades e linhas de serviço, durante o horário de funcionamento definido constitui meta a ser avaliada conjuntamente com as metas de produção.

As metas de produção não se constituem como parâmetros para a configuração das Agendas no SIGA, sendo que devem ser observadas e seguidas as orientações e diretrizes das Coordenadorias e Supervisões Técnicas de Saúde.

Toda a produção assistencial deverá ser informada nos respectivos sistemas de informação oficiais do SUS e, no sistema de acompanhamento e avaliação dos contratos indicado pela SMS-SP. As áreas técnicas de SMS poderão solicitar outras informações para avaliação do programa específico

QUADROS DE METAS DE PRODUÇÃO E EQUIPE MÍNIMA

ATENÇÃO BÁSICA

ATENÇÃO BÁSICA - ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA / SAÚDE BUCAL						
UNIDADE DE SAÚDE	Equipes Mínimas		Atividade Assistencial		Recursos Humanos	
	Nº de equipes ESF	Nº de equipes Saúde Bucal	Procedimento	Metas Mensais de Produção	Equipe Mínima	Carga Horária semanal por profissional
UBS JARDIM APUANÃ	3 Equipes ESF		Consultas médicas ESF	1.248 consultas/mês	03 médicos generalistas	40 horas
			Consultas enfermagem ESF	468 consultas/mês	03 enfermeiros	40 horas
			Visita Domiciliar do ACS	3.600 visitas/mês	18 ACS	40 horas
ATENÇÃO BÁSICA - ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA / SAÚDE BUCAL						
UBS FLOR DE MAIO	3 Equipes ESF	02 Equipes ESB Modalidade I	Consultas médicas ESF	1.248 consultas/mês	03 médicos generalistas	40 horas
			Consultas enfermagem ESF	468 consultas/mês	03 enfermeiros	40 horas
			Visita Domiciliar do ACS	3.600 visitas/mês	18 ACS	40 horas
			ESB Modalidade I	416 atendimentos individuais/mês 1664 procedimentos individuais/mês	02 cirurgiões dentistas 02 ASB	40 horas 40 horas

ATENÇÃO BÁSICA – UBS MISTA						
UNIDADE DE SAÚDE	Equipes Mínimas		Atividade Assistencial		Recursos Humanos	
	Nº de equipes ESF	Nº de equipes Saúde Bucal	Procedimento	Metas Mensais de Produção	Equipe Mínima	Carga Horária semanal por profissional
UBS JARDIM DAS PEDRAS - MISTA	01 Equipe ESF	01 equipe ESB Modalidade I	Consultas médicas-ESF	416 consultas/mês	01 médico generalista	40 horas
			Consultas enfermagem ESF	156 consultas/mês	01 enfermeiro	40 horas
			Visita Domiciliar do ACS	1200 visitas/mês	06 ACS	40 horas
			ESB Modalidade I	208 atendimentos individuais/mês	01 cirurgião dentista	40 horas
				832 procedimentos individuais/mês	01 ASB	40 horas
			Consultas médicas Pediatria	789 consultas/mês	03 médicos (pediatria)	20 horas
			Consultas médicas em Tocoginecologia	526 consultas/mês	02 médicos (tocoginecologia)	20 horas
			Consultas em Clínica Médica	789 consultas/mês	03 médicos (clínica geral)	20 horas
			Atendimento Odontológico	222 atendimentos individuais/mês	02 cirurgiões dentistas	20 horas
				888 procedimentos individuais/mês	01 ASB	40 horas
					01 assistente social	30 horas
					03 enfermeiros	40 horas
		01 farmacêutico	40 horas			
ATENÇÃO BÁSICA – UBS MISTA						
UBS JARDIM FONTALIS - MISTA	01 Equipe ESF		Consultas médicas-ESF	416 consultas/mês	01 médico generalista	40 horas
			Consultas enfermagem ESF	156 consultas/mês	01 enfermeiro	40 horas
			Visita Domiciliar do ACS	1200 visitas/mês	06 ACS	40 horas
			Consultas médicas Pediatria	526 consultas/mês	02 médicos (pediatria)	20 horas
			Consultas médicas em Tocoginecologia	526 consultas/mês	02 médicos (tocoginecologia)	20 horas
			Consultas em Clínica Médica	789 consultas/mês	03 médicos (clínica geral)	20 horas

					01 assistente social	30 horas
					02 enfermeiros	40 horas
					01 farmacêutico	40 horas
ATENÇÃO BÁSICA – UBS MISTA						
UBS VILA GALVÃO – MISTA	04 Equipes ESF		Consultas médicas-ESF	1664 consultas/mês	4 médicos generalistas	40 horas
			Consultas enfermagem ESF	624 consultas/mês	4 enfermeiros	40 horas
			Visita Domiciliar do ACS	4800 visitas/mês	24 ACS	40 horas
			Consultas médicas Pediatria	789 consultas/mês	03 médicos (pediatria)	20 horas
			Consultas médicas em Tocoginecologia	789 consultas/mês	03 médicos (tocoginecologia)	20 horas
			Consultas em Clínica Médica	789 consultas/mês	03 médicos (clínica geral)	20 horas
			Atendimento Odontológico	333 atendimentos individuais/mês	03 cirurgiões dentistas	20 horas
				1332 procedimentos individuais/mês	2 ASB	40 horas
					01 assistente social	30 horas
					02 enfermeiros	40 horas
		01 farmacêutico	40 horas			
ATENÇÃO BÁSICA – UBS MISTA						
UBS VILA ALBERTINA MISTA	01 Equipe ESF	01 equipe ESB Modalidade II	Consultas médicas-ESF	832 consultas/mês	2 médicos generalistas	40 horas
			Consultas enfermagem ESF	312 consultas/mês	2 enfermeiros	40 horas
			Visita Domiciliar do ACS	2400 visitas/mês	12 ACS	40 horas
			Equipe Saúde Bucal Modalidade II	208 atendimentos individuais/mês	01 cirurgião dentista	40 horas
				1.248 procedimentos individuais/mês	01 TSB	40 horas
					01 ASB	40 horas
			Consultas médicas Pediatria	526 consultas/mês	02 médicos (pediatria)	20 horas
			Consultas médicas Tocoginecologia	526 consultas/mês	02 médicos (tocoginecologia)	20 horas
			Consultas em Clínica Médica	263 consultas/mês	01 médicos (clínica geral)	20 horas
			Atendimento Odontológico	555 atendimentos individuais/mês	05 cirurgiões dentistas	20 horas
1332 procedimentos individuais/mês	3 ASB	40 horas				
		02 assistentes	30 horas			

					sociais	
					03 enfermeiros	40 horas
					01 farmacêutico	40 horas
					01 psicólogo	40 horas

Legenda de abreviações:

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ASB - Auxiliar de Saúde Bucal

TSB - Técnico de Saúde Bucal

OBS:

(1) As visitas dos agentes comunitários referem-se à somatório de visitas e revisitas, realizadas no mês (fonte de informação: SIAB + PBA)

(2) Os atendimentos individuais previstos na ESB modalidade I referem-se ao número de atendimentos individuais realizados no mês pelo Cirurgião Dentista.

(3) Os procedimentos previstos na ESB modalidade I referem-se ao total de procedimentos procedentes do atendimento individual realizados no mês pelo Cirurgião Dentista

(4) Os atendimentos individuais previstos na ESB modalidade II referem-se ao número de atendimentos individuais realizados no mês pelo Cirurgião Dentista.

(5) Os procedimentos previstos na ESB modalidade II referem-se à somatória de procedimentos individuais realizados no mês pelo Cirurgião Dentista e pelo Técnico de Saúde Bucal.

(6) As unidades contempladas com médicos procedentes do “Programa Mais Médico”, do PROVAB, e de Programas de Residência Médica de SMS terão as metas parametrizadas de acordo com as diretrizes e especificidades do programa.

ATENÇÃO BÁSICA – NASF MODALIDADE 1				
NASF – UBS VILA ALBERTINA				
UNIDADES ONDE A EQUIPE ATUARÁ	Equipe Mínima* (Categoria Profissional)	Carga Horária Semanal por profissional	Procedimento	Metas Produção Mensal
Suporte às Equipes de ESF: VILA ALBERTINA; JARDIM DAS PEDRAS; VILA NOVA GALVÃO;	1 Médico Pediatra	20 horas	Consulta Médica Compartilhada	32
			Visita Domiciliar Compartilhada	08
	1 Médico Psiquiatra	20 horas	Consulta Médica Compartilhada	32
			Visita Domiciliar Compartilhada	08
	2 Fisioterapeutas	20 horas	Consulta Compartilhada	32
			Visita Domiciliar Compartilhada	24
	1 Nutricionista	40 horas	Consulta Compartilhada	40
			Visita Domiciliar Compartilhada	16
	1 Psicólogo	40 horas	Consulta Compartilhada	32
			Visita Domiciliar Compartilhada	16
	1 Educador Físico	40 horas	Consulta Compartilhada	08
			Visita Domiciliar Compartilhada	08
	2 Terapeutas Ocupacionais	20 horas	Consulta Compartilhada	32
			Visita Domiciliar Compartilhada	24
1 Assistente Social	30 horas	Consulta Compartilhada	36	
		Visita Domiciliar Compartilhada	20	

ATENÇÃO BÁSICA – NASF MODALIDADE 1				
NASF – FLOR DE MAIO				
UNIDADES ONDE A EQUIPE ATUARÁ	Equipe Mínima* (Categoria Profissional)	Carga Horária Semanal por profissional	Procedimento	Metas Produção Mensal
Suporte às Equipes de ESF: FLOR DE MAIO; APUANÃ; FONTALIS	1 Médico Pediatra	20 horas	Consulta Médica Compartilhada	32
			Visita Domiciliar Compartilhada	08
	1 Médico Psiquiatra	20 horas	Consulta Médica Compartilhada	32
			Visita Domiciliar Compartilhada	08
	2 Fisioterapeutas	20 horas	Consulta Compartilhada	32
			Visita Domiciliar Compartilhada	24
	1 Nutricionista	40 horas	Consulta Compartilhada	40
			Visita Domiciliar Compartilhada	16
	1 Psicólogo	40 horas	Consulta Compartilhada	32
			Visita Domiciliar Compartilhada	16
	1 Educador Físico	40 horas	Consulta Compartilhada	08
			Visita Domiciliar Compartilhada	08
	2 Terapeutas Ocupacionais	20 horas	Consulta Compartilhada	32
			Visita Domiciliar Compartilhada	24
1 Assistente Social	30 horas	Consulta Compartilhada	36	
		Visita Domiciliar Compartilhada	20	
1 Fonoaudiólogo	40 horas	Consulta Compartilhada	32	
		Visita Domiciliar Compartilhada	20	

ATENÇÃO BÁSICA - UBS TRADICIONAL				
UNIDADE DE SAÚDE	Atividade Assistencial		Recursos Humanos	
	Procedimento	Metas Mensais de Produção	Equipe Mínima	Carga Horária Semanal por profissional
UBS JAÇANÃ (Tradicional)	Consultas médicas - Clínica Geral	1315 consultas/mês	05 médicos (clínica geral)	20 horas
	Consultas médicas Pediatria	789 consultas/mês	03 médicos (pediatria)	20 horas
	Consultas médicas Ginecologia	1052 consultas/mês	04 médicos (tocoginecologia)	20 horas
	Atendimento de Odontológico	555 atendimentos individuais /mês 2220 procedimentos individuais/mês	05 cirurgiões dentistas	20 horas
			04 ASB	40 horas
			01 assistente social	30 horas
			04 enfermeiros	40 horas
		01 farmacêutico	40 horas	
ATENÇÃO BÁSICA - UBS TRADICIONAL				
UBS JARDIM JOAMAR (Tradicional)	Consultas médicas – Clínica Geral	1052 consultas/mês	04 médicos (clínica geral)	20 horas
	Consultas Médicas- Pediatria	789 consultas/mês	03 médicos (pediatria)	20 horas

	Consultas Médicas – Ginecologia	789 consultas/mês	03 médicos (tocoginecologia)	20 horas
	Atendimento Odontológico	555 atendimentos individuais/mês	05 cirurgiões dentistas	20 horas
		2220 procedimentos individuais/mês	03 ASB	40 horas
			02 assistentes sociais	30 horas
			04 enfermeiros	40 horas
ATENÇÃO BÁSICA - UBS TRADICIONAL				
UBS Parque Edu Chaves (Tradicional)	Consultas médicas Clínica Geral	789 consultas/mês	03 médicos (clínica geral)	20 horas
	Consultas Médicas Pediatria	526 consultas/mês	02 médicos (pediatria)	20 horas
	Consultas Médicas Ginecologia	789 consultas/mês	03 médicos (tocoginecologia)	20 horas
	Atendimento de Odontologia	222 atendimentos individuais /mês 832 procedimentos individuais/mês	02 cirurgiões dentistas	20 horas
			01 ASB	40 horas
	Consultas Médicas em Psiquiatria	250 consultas/mês	02 médicos (psiquiatras)	20 horas
	Atendimento em Grupo	40 grupos/mês	01 psicólogo	40 horas
	Atendimento em Grupo	30 grupos/ mês	01 terapeuta ocupacional	30 horas
			01 assistente social	30 horas
			04 enfermeiros	40 horas
		01 farmacêutico	40 horas	
ATENÇÃO BÁSICA - UBS TRADICIONAL				
UBS MARIQUINHA SCIASCIA (Tradicional)	Consultas médicas Clínica Geral	1052 consultas/mês	04 médicos (clínica geral)	20 horas
	Consultas Médicas Pediatria	526 consultas/mês	02 médicos (pediatria)	20 horas
	Consultas Médicas tocoginecologia	1052 consultas/mês	04 médicos (tocoginecologia)	20 horas
	Atendimento de Odontologia	666 atendimentos individuais /mês 2664 procedimentos individuais/mês	06 cirurgiões dentistas	20 horas
			03 ASB	40 horas
	Consultas médicas Psiquiatria	375 consultas/mês	03 médicos (psiquiatras)	20 horas
	Atendimento em Grupo	80 grupos/mês	02 psicólogos	40 horas
			01 assistente social	30 horas
			04 enfermeiros	40 horas
		01 farmacêutico	40 horas	

ATENÇÃO BÁSICA - UBS TRADICIONAL				
UBS JOSÉ TOLEDO PIZA (Tradicional)	Consultas médicas Clínica Geral	1315 consultas/mês	05 médicos (clínica geral)	20 horas
	Consultas Médicas Pediatria	789 consultas/mês	03 médicos (pediatria)	20 horas
	Consultas em Tocoginecologia	1052 Consulta/mês	04 médicos (tocoginecologia)	20 horas
	Atendimento de Odontologia	555 atendimentos individuais /mês 2.220 procedimentos individuais/mês	05 cirurgiões dentistas	20 horas
			03 ASB	40 horas
	Consultas médicas psiquiatria	250 consultas/mês	02 médicos (psiquiatras)	20 horas
	Atendimento em Grupo	40 grupos/mês	01 psicólogo	40 horas
			01 nutricionista	40 horas
			02 assistentes sociais	30 horas
			04 enfermeiros	40 horas
		01 farmacêutico	40 horas	

UNIDADE DE SAÚDE	ATENÇÃO BÁSICA - EMAD		
	Equipe Mínima	Carga Horária semanal por profissional	Meta Mensal de Produção
EMAD JOSÉ TOLEDO PIZA	2 Médicos Clínicos	20 horas	60 pacientes ativos /mês
	1 Fisioterapeuta	30 horas	
	1 Enfermeiro	40 horas	
	4 Auxiliares/Técnico de Enfermagem	40 horas	
	1 Assistente Social	30 horas	

Obs. (1): Os serviços EMAD serão acompanhados pela Área Técnica do Melhor em Casa e respectivas interlocuções regionais.

ATENÇÃO BÁSICA - PAI JOSÉ TOLEDO PIZA				
Equipe Mínima	Procedimento	Número de Profissionais	Carga Horária Semanal por profissional	Meta Mensal de Produção
Profissional de Nível Superior*	Acompanhamento dos casos, supervisão e coordenação administrativa	01	40 horas	120 Idosos em Acompanhamento Mês
Enfermeiro	Consulta	01	40 horas	
	Visita domiciliar			
Auxiliar de Enfermagem	Procedimentos no domicílio sob supervisão do Enfermeiro	02	40 horas	
Acompanhante de Idosos	Visita domiciliar	10	40 horas	
Médico	Consulta/Mês	01	20 horas	
	Visita Domiciliar			

Funcionamento de Segunda à Sexta-Feira

Obs. (1): Os serviços PAI serão acompanhados pela Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa/SMS e respectivas interlocuções regionais.

Obs. (2): A CONTRATADA deve prever recursos para locomoção da equipe e participantes do programa.

*..Recomenda-se que o Assistente Social seja o profissional de nível superior para executar as funções de coordenação administrativa, supervisão e acompanhamento dos casos.

ATENÇÃO BÁSICA – AMA 12 HORAS		
UNIDADE DE SAÚDE	Equipe Mínima	
	Número de Profissionais/Dia	Dias da Semana
AMA JOAMAR	3 médicos clínicos/dia	Segunda a Sábado - 12hs diárias
	2 médicos pediatras/dia	Segunda a Sábado - 12hs diárias

Obs (1): Os serviços de radiologia deverão estar disponíveis e atuantes no horário de funcionamento da unidade, devendo a CONTRATADA dispor de responsável técnico nos casos em que não houver esse profissional da SMS. Os exames laboratoriais serão processados por serviço contratado pela SMS segundo protocolos estabelecidos pela Área de Assistência Laboratorial de SMS.

Obs (2): No caso dos serviços com atendimento exclusivo de demanda não agendada, isto é procura espontânea (AMA 12 horas, AMA 24 horas e Pronto Socorro) a produção assistencial

(consultas e procedimentos) mensal não constitui uma meta, mas será objeto de monitoramento e avaliação trimestral para adequação do dimensionamento de pessoal de acordo com a produção apresentada e deve ser utilizada como referência no planejamento.

ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E REDES TEMÁTICAS

ATENÇÃO ESPECIALIZADA - URSI MARIQUINHA SCIASCIA				
UNIDADE DE SAÚDE	Atividade Assistencial		Recursos Humanos	
	Procedimento	Meta Mensal de Produção	Equipe Mínima	Carga Horária semanal por profissional
URSI MARIQUINHA SCIASCIA	Consulta médica em geriatria	264 consultas/mês	2 médicos geriatras	20 horas
	Consulta nutrição	132 consultas/mês	1 nutricionista	40 horas
	Consulta psicologia	264 consultas/mês	2 psicólogos	40 horas
	Consulta enfermeiro	264 consultas/mês	2 enfermeiros	30 horas
	Consulta assistente social	176/ consultas/mês	2 assistentes sociais	30 horas

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS ADULTO II - Jaçanã/Tremembé			
Atividade Assistencial			
Categoria Profissional	Equipe Mínima	Carga Horária Semanal por profissional	META MENSAL
Médico Psiquiatra	3	20 horas	220 pacientes com cadastro ativo
Enfermeiro	3	40 horas	
Psicólogo	2	40 horas	
Terapeuta Ocupacional	2	30 horas	
Assistente Social	2	30 horas	
Farmacêutico	1	40 horas	
Auxiliar/Técnico de Enfermagem	6	30 horas	
Nível Médio Oficineiro	2	20 horas	

Funcionamento de Segunda a Sexta Feira das 07:00 às 19:00 horas

Obs: As atividades procedimentos dos profissionais que atuam no CAPS deverão ser registradas nos Sistemas de Informações do SUS e, serão objeto de acompanhamento e avaliação de produtividade da equipe e utilização do serviço por parte da Área Técnica de Saúde Mental e respectivas interlocuções regionais.

REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA – NIR JAÇANÃ			
Profissionais Necessários	Equipe Mínima	Carga Horária Semanal por profissional	Meta Mensal de Produção
Neurologista	1	20hs	192/consultas mês
Ortopedista	1	20hs	192/consultas mês
Fonoaudiólogo	1	40hs	Atender 110 casos novos/mês (*)
Fisioterapeuta	4	30hs	
Terapeuta Ocupacional	2	30hs	
Psicólogo	1	40hs	
Assistente Social	1	30hs	

Funcionamento de Segunda a Sexta Feira das 07:00 às 19:00 horas

(*) A meta de produção de 110 casos novos mês será confirmada pelo SIGA.

Obs 1 – Os procedimentos realizados nos atendimentos, como: exames, consultas, terapias individuais, e em grupo, visitas domiciliares deverão ser registradas no SIA/SUS.

Obs 2 – A execução das ações e serviços de reabilitação serão acompanhados também pela Área Técnica da Pessoa com Deficiência-SMS e respectivas interlocuções regionais

REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA: APD - ACOMPANHANTE DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA - JAÇANÃ			
Equipe Mínima	Número de Profissionais	Carga Horária Semanal por profissional	META MENSAL
Enfermeiro	1	40 horas	70 pacientes em acompanhamento pela equipe
Acompanhante da Pessoa com Deficiência	6	40 horas	
Psicólogo	1	40 horas	
Fonoaudiólogo	1	40 horas	
Terapeuta Ocupacional	1	30 horas	

Obs. (1): As unidades APD serão acompanhadas através do número de pessoas com deficiência acompanhadas.

(2): A CONTRATADA deve prever recursos para locomoção da equipe e de pessoas com deficiência acompanhados.

IV. INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE

Os indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões dos processos estabelecidos assim como dos resultados das ações realizadas.

Esses indicadores são acompanhados mensalmente e avaliados trimestralmente em reunião ordinária da Comissão Técnica de Acompanhamento dos Contratos de Gestão (CTA). Esses indicadores deverão ser atualizados e modificados de acordo com as avaliações e o desenvolvimento das ações do contrato.

QUADRO EXPLICATIVO DA MATRIZ DE INDICADORES DE QUALIDADE

Tipo de Indicador	Descrição	Conteúdo	Periodicidade da verificação	Meta	Fonte de Verificação	Evidência	Responsável pela evidência
Informação	Pontualidade na entrega dos relatórios mensais de prestação de contas assistenciais e financeiras	Conjunto de relatórios e documentos referidos no contrato entregues até o dia 15 do mês subsequente à execução das atividades	Mensal	100% de pontualidade para 100 % dos relatórios	Protocolo de Recebimento dos Relatórios no NTCSS	Protocolo de Recebimento preenchido	NTCSS
Informação	Preenchimento de prontuários, nos seguintes aspectos: legibilidade, assinaturas, CID, exame físico	Avaliação das fichas de atendimento e dos prontuários das unidades sob contrato de gestão (amostra)	3 vezes ao ano	90% ou mais das fichas avaliadas atendendo todos os requisitos	Prontuários das Unidades de Saúde e Fichas de Atendimento no caso de AMA e PSM	Relatório da avaliação emitido respectivamente pela CRS e/ou AHM e encaminhado ao NTCSS	Autarquia Hospitalar Municipal para PSM. Coordenação Regional de Saúde para as demais unidades de saúde
Processo	Apresentação e Aprovação do Plano e Execução do Plano de Educação Permanente aprovado pela CRS	Nº de Atividades Realizadas / Nº de atividades previstas no plano de educação permanente para o período	2 vezes ao ano	100% de realização das atividades previstas	Relatório das Atividades Realizadas no período	Relatórios de atividades com lista de presença e avaliação com "a contento" da CRS ou AHM	Organização Social, CRS e/ou AHM
Processo	Proporção de crianças com até 12 meses de idade inscritas nas unidades sob contrato de gestão, com calendário vacinal completo para a idade e início de vacinação	Avaliação das fichas de vacinação nas unidades (amostragem)	2 vezes ao ano	90% do total da amostra com calendário completo.	Fichas de vacinas das unidades gerenciadas por este contrato	Relatório de verificação das fichas emitido pela CRS	Avaliação externa realizada pela CRS
Processo	Proporção de gestantes que realizaram procedimentos básicos no pré-natal e puerpério das unidades sob contrato de gestão	Total de gestantes com procedimentos básicos pré-natal e puerpério / total de gestantes concluíram pré natal e puerpério das unidades sob contratos de gestão nos últimos 3 meses	3 vezes ao ano	75% das gestantes que concluíram pré natal com procedimentos básicos completos	Banco de dados da Rede Cegonha	Relatório emitido pelos responsáveis pela Rede Cegonha	Responsáveis pela Rede Cegonha na região
Processo	Proporção de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal realizadas das unidades gerenciadas no CG	Total de gestantes com 7 ou mais consultas de pré natal / total de gestantes que concluíram pré natal e puerpério das unidades sob contratos de gestão nos últimos 3 meses	3 vezes ao ano	75% de gestantes com 7 consultas de pré natal ou mais	Banco de dados da Rede Cegonha	Relatório emitido pelos responsáveis pela Rede Cegonha	Responsáveis pela Rede Cegonha na região
Satisfação do Usuário	Análise das reclamações recebidas e providências relacionadas	Entrega de relatório comentado das reclamações recebidas através das diferentes ouvidorias e S.A.U, bem como, das providências adotadas.	4 vezes ao ano	Apresentar justificativa e providências de todas as reclamações recebidas no período.	Relatório das ouvidorias e S.A.U	Relatório comentado apresentado	Organização Social, CRS e/ou AHM
Funcionamento dos Conselhos Gestores	Funcionamento do Conselho Gestor das unidades sob contato de gestão	Avaliação das atas de reunião dos conselhos gestores das unidades	3 vezes ao ano	80 % das reuniões previstas realizadas	Atas das reuniões dos Conselhos Gestores no período analisado	Relatório de verificação e "a contento" emitido pela CRS	CRS