

# **ANEXO V**

## **DESCRIÇÃO TÉCNICA**

### **REDE ASSISTENCIAL DOS DISTRITOS ADMINISTRATIVOS ALTO DE PINHEIROS, ITAIM BIBI, JARDIM PAULISTA E PINHEIROS DA SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE LAPA / PINHEIROS**

**P.A. 2014-0.354.871-0**

**2014**

## SUMÁRIO

I.	INTRODUÇÃO.....	2
II.	OBJETO DO CONTRATO DE GESTÃO.....	3
III.	ESPECIFICAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE.....	3
III.1	ATENÇÃO BÁSICA.....	4
III.2	URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	11
III.3	ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E REDES TEMÁTICAS.....	12
IV.	QUADRO DE METAS DE PRODUÇÃO E EQUIPE MÍNIMA POR MODALIDADE DE ATENÇÃO E LINHA DE SERVIÇO.....	25
V.	INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE.....	29
VI.	INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS.....	32

## I. INTRODUÇÃO

Este documento apresenta informações para subsidiar a elaboração do PLANO DE TRABALHO, com descrições dos serviços assistências e respectivos Quadros de Metas de Produção e Equipe Mínima por linhas de serviços, o Quadro de Indicadores de Qualidade que compõem os instrumentos de avaliação do desempenho institucional no Contrato e, Informações Administrativas e, é parte integrante do Contrato de Gestão.

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, odontológicos, instrumentais e mobiliários), recursos humanos, algumas particularidades como o funcionamento do Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU), conselhos gestores das unidades, sistemas de informação utilizados, e outros que julgarem necessários para a elaboração do Plano de Trabalho e respectivo Plano Orçamentário. A Organização Social poderá também consultar informações de recursos e credenciamentos existentes no CNES bem como a produção assistencial apontada nos Sistemas de Informações do SUS.

As equipes de trabalho deverão ser adequadas para atender a integralidade<sup>1</sup>, e a multidisciplinaridade 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/](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.

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 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>

---

<sup>1</sup>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.

## **II. OBJETO DO CONTRATO DE GESTÃO**

Gerenciamento e execução de ações e serviços de saúde, pela CONTRATADA, em unidades de saúde pertencentes aos Distritos Administrativos Alto de Pinheiros, Itaim Bibi, Jardim Paulista e Pinheiros, da Supervisão Técnica de Saúde (STS) Lapa / Pinheiros.

- UBS Dr Manoel Joaquim Pera
- NASF Dr Manoel Joaquim Pera
- UBS INTEGRAL Jardim Edite / Meninópolis
- EMAD Jardim Edite / Meninópolis
- CAPS III Itaim Bibi
- SRT Itaim Bibi
- PAI - UBS Dr José de Barros Magaldi e UBS Manoel Joaquim Pera
- PAVS - UBS Dr Manoel Joaquim Pera

## **III. ESPECIFICAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE**

As ações e serviços de saúde a serem executados nas unidades e serviços de saúde objetos do **CONTRATO DE GESTÃO**, são descritos sucintamente, segundo modalidades de atenção, e/ou redes de atenção e/ou linhas de cuidado, a modalidade de atenção hospitalar não faz parte deste CONTRATO, está colocada para apresentar a totalidade das modalidades das redes assistenciais.

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

A organização e o processo de trabalho das unidades de saúde devem contemplar e estar orientados pelas diretrizes técnicas assistenciais e programáticas priorizadas 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.

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.1 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.

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.

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 1.271, de 6 de junho de 2014, do Ministério da Saúde
- u) Grupo de Acesso / Acolhimento
- v) Ações Intersetoriais no território

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.

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.

As unidades de saúde, com as modalidades de Estratégia de Saúde da Família, e as respectivas configurações, bem como as equipes mínimas e metas de produção 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.

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.

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) Documento Norteador para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência no Município de São Paulo
- k) Outras atividades a serem solicitadas de acordo com o escopo definido nas diretrizes.

As equipes NASF e respectivas configurações 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.

As unidades de saúde, as equipes mínimas e metas por unidade de saúde estão descritas 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.

As unidades de saúde, as equipes mínimas e metas por unidade de saúde de UBS Tradicionais estão descritos no item IV.

### **e. 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.

Os serviços PAI, as equipes mínimas e metas estão descritos no item IV.

#### **f. 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 (conforme 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](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.

Os serviços de atenção domiciliar e respectivas equipes mínimas e metas por unidade de saúde estão descritos no item IV.

#### **g. ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL – AMA 12 horas**

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;
- n) Ambulâncias adequadas para o transporte de pacientes de urgência, bem como para servir de referência às unidades objeto deste contrato em caso de deslocamentos necessários.

As unidades de saúde e equipe mínima de AMA 12 horas estão definidas no item IV.

### **III.2 URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

#### **a. AMA 24 HORAS**

As unidades de **Assistência Médica Ambulatorial (AMA) 24 horas e Pronto Atendimento 24 horas** são unidades destinadas 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).

Considerando o perfil epidemiológico e a demanda da região, deverão funcionar 24 horas, de segunda a domingo..

Os procedimentos médicos e de enfermagem são similares aos de AMA 12 horas, acrescentando que estas unidades integram os serviços considerados de Urgência e Emergência.

As unidades de saúde e equipe mínima de AMA 24 horas e PA 24 horas estão definidas no item IV.

#### **b. PRONTO SOCORRO MUNICIPAL**

A Unidade de Pronto Socorro é estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas e as Unidades Hospitalares que integrantes da Rede de Urgência e Emergência.

O estabelecimento do tipo **Pronto Socorro** é estruturado para prestar atendimento a situações de **urgência e emergência**, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado, segundo as diretrizes dos órgãos reguladores da Urgência.

O horário de funcionamento desse tipo de unidade é de segunda à segunda, 24hs por dia (ininterrupto), inclusive nos finais de semana e feriados.

Para as ações e procedimentos do atendimento de urgência são necessários os serviços de apoio diagnóstico (SADT): Raio-X, Eletrocardiografia, Exames de Laboratório Clínico, Leitos para Observação, Sala de Emergência, Salas para: Medicação, Inalação, Sutura e Curativos, para imobilização gessada, conforme o caso, e Consultórios para o pronto atendimento

Deve contar ainda com Acolhimento e Classificação de Risco; Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU); Assistência farmacêutica – dispensação de medicamentos exclusivamente para os casos atendidos no pronto socorro, quando a rede básica esteja indisponível; Serviço de Assistência Social; recursos de transporte para remoção e deslocamentos de pacientes; alimentação dos pacientes em observação e seus acompanhantes, e outros serviços de apoio que sejam necessários.

As Especialidades Médicas disponíveis 24 horas, poderão ser:

- Clínica Geral;
- Pediatria;
- Cirurgia Geral;
- Ortopedia;
- Psiquiatria;
- Odontologia.

Para informações complementares consultar o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência (Portaria GM 2048, de 2002; Portaria SMS.G 245/2007; Portaria MS/GM 1600, 2011 que Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências no SUS)

As unidades de saúde e equipe mínima de PSM/PA estão definidas no item IV.

### **III.3 ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E REDES TEMÁTICAS**

#### **A. AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES E AMA-E**

Os Ambulatórios de Especialidades (AE) e AMA - E são unidades de saúde que prestam atendimento em especialidades médicas específicas para cada território, referenciados da rede básica ambulatorial e ocasionalmente da rede hospitalar.

Compõe em conjunto com as demais unidades da rede, os arranjos organizativos das ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

As ações e serviços do ambulatório de especialidades consistem em primeiro atendimento e em consultas subsequentes nas especialidades definidas e procedimentos de baixa/média complexidade, bem como exames específicos das áreas. Esses serviços devem utilizar os sistemas de agendamento definidos por SMS bem como devem atender aos sistemas de regulação central e regional.

É recomendável que as agendas e o atendimento ocorra de forma sistemática e com escalonamento de horário que favoreça o fluxo e otimize o tempo dos pacientes agendados.

As metas e equipe mínima dos Ambulatórios de Especialidades e AMA Especialidades estão definidas no item IV.

## **B. HOSPITAL DIA – REDE HORA CERTA**

O **HOSPITAL DIA - REDE HORA CERTA** é o estabelecimento que reúne uma unidade do tipo ambulatório de especialidades (consultas e exames especializados) e uma unidade de hospital-dia no mesmo local. Realiza a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial especializado, para realização de **procedimentos clínicos, diagnósticos, terapêuticos e cirúrgicos**, que requeiram a permanência do paciente na unidade por um período máximo de 12 horas. No mesmo local, são oferecidas consultas médicas especializadas, exames de apoio diagnóstico especializado e cirurgias-dia de baixa e média complexidade.

As cirurgias-dia são procedimentos eletivos (agendados previamente) realizados no centro cirúrgico neste mesmo estabelecimento; o cidadão realiza o procedimento cirúrgico e recebe alta no mesmo dia. São exemplos de cirurgias possíveis de serem realizadas no hospital-dia: cirurgia geral: hérnia inguinal e umbilical, cisto sacrococcígeo; cirurgia vascular: cirurgia de varizes, amputação de dedos, cirurgia de varicocele; dermatologia: biópsia de pele, retirada de cisto sebáceo, unha encravada, queloides; ortopedia: dedo em gatilho, síndrome do túnel do carpo, síndrome do túnel do tarso, ressecção de cisto sinovial; proctologia: hemorroidectomia; entre outros.

O agendamento para consultas médicas especializadas e exames diagnósticos nas unidades da Rede Hora Certa é realizado pelas Unidades Básicas de Saúde mediante solicitação médica. As solicitações médicas podem ser emitidas pelas unidades da rede exceto os serviços de urgência. Todo o agendamento é realizado através do SIGA-Saúde SP.

O horário de funcionamento das unidades Hospital Dia – Rede Hora Certa é de segunda a sábado das 7:00 às 19:00 (exceto feriados).

Cada unidade Hospital Dia Rede Hora Certa detém um cardápio de ofertas específico conforme as necessidades da região.

A equipe mínima e as metas de produção das unidades Hospital Dia Rede Hora Certa deste contrato estão definidas no item IV.

## **C. CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS - CEO**

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) são estabelecimentos de saúde que prestam atenção especializada em odontologia.

Os CEOs são classificados em tipo I, II e III de acordo com a complexidade e são disciplinados pelas Portaria MS nº 1464, de 24 de junho 2011 e Portaria MS nº 1341 de 13 de junho de 2012.

Os Centros de Especialidades Odontológicas deverão oferecer à população, no mínimo, os seguintes serviços:

- a) Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca,
- b) Periodontia especializada,
- c) Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros,

- d) Endodontia,
- e) Atendimento a portadores de necessidades especiais.

Podendo oferecer também um atendimento otimizado e integrado nas especialidades de:

- f) Prótese odontológica e
- g) Ortodontia preventiva e Ortopedia Funcional dos Maxilares.

O CEO funciona de segunda a sexta feira, com variação do período e condições locais, podendo ser das 07:00 h às 17:00 h ou às 19:00 h..

Os procedimentos odontológicos e quantitativos (produção mínima) definidos para os CEO, segundo sua classificação, estão descritos na Portaria nº 1.464, de 24 de junho de 2011.

As metas de CEO deste Contrato de Gestão estão definidas no item IV

#### **D. 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.

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

#### **E. 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 Saúde<sup>2</sup>, e outros documentos que porventura possam ser indicados pela SMS-SP.

---

<sup>2</sup>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.

## E.1 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA 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:

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

## E.2 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESPECIALIZADA

### E.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 gestão 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 ofereça 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.

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

### **E.3 ATENÇÃO RESIDENCIAL DE CARATER TRANSITÓRIO**

#### **E.3.1 Unidade de Acolhimento**

Oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de vinte e quatro horas, em ambiente residencial para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras, de ambos o sexos, que apresentam acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até seis meses

Os usuários da Unidade de Acolhimento serão acompanhados pelo CAPS de referência responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular.

Funcionarão em duas modalidades, Unidade de Acolhimento Adulto, destinada as pessoas maiores de 18 anos, com disponibilidade de 10 a 15 vagas. A Unidade de Acolhimento de Crianças e Adolescentes entre 10 e 18 anos incompletos terá disponibilidade de 10 vagas.

As Unidades de Acolhimento devem contar com uma estrutura física mínima e uma equipe técnica mínima conforme estabelecido pela Portaria 121/GM. O funcionamento das UA está regulamentado pela seguinte legislação: Portaria nº 121/GM/MS de 25 de janeiro de 2012, e a Portaria nº 855/GM/MS de 22 de agosto de 2012.

As Unidades de Acolhimento deste Contrato e as metas estão definidas no Anexo IV

## **E.4 ESTRATÉGIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO**

### **E.4.1. Serviços Residenciais Terapêuticos**

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) são moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos) egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros, que atende às Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial.

O caráter fundamental do SRT é ser um espaço de moradia que garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referencias familiares, devendo estar fora dos limites de unidades hospitalares, estar vinculado a rede pública de serviços da comunidade, e a um CAPS de referencia que dará o suporte técnico profissional necessário.

O ambiente doméstico deve constituir-se conforme definido na Portaria nº 106/GM/MS de 11 de fevereiro de 2000.

O SRT funcionará em duas modalidades: tipo I destinadas a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, que permite a indicação de até 08 (oito) moradores; e a tipo II, no máximo 10 (dez) moradores com transtorno mental e acentuado nível de dependência, especialmente em função do seu comprometimento físico, que necessitam de cuidados permanentes específicos.

O acompanhamento dos moradores da SRT tipo I deve estar em consonância com os respectivos projetos terapêuticos individuais, focado no processo de reabilitação psicossocial e inserção dos moradores na rede social existente (trabalho, lazer, educação, entre outros).

Cada SRT deverá contar com um cuidador de referencia, sendo que o numero a ser incorporado dependerá da necessidade de cuidados e nível de autonomia dos moradores.

Os moradores da SRT tipo II possuem maior dependência e demandam ações mais diretivas com apoio técnico diário e pessoal de forma permanente. O acompanhamento será focado na reapropriação do espaço residencial como moradia, na construção de habilidades para a vida diária, referentes ao autocuidado, alimentação, vestuário, higiene, formas de comunicação e aumento das condições para estabelecimento de vínculos afetivos e inserção na rede social existente.

Cada SRT deverá contar com cuidadores de referencia e um profissional técnico de enfermagem.

O funcionamento das SRT está regulamentado pela seguinte legislação: Portaria nº 106/GM/MS de 11 de fevereiro de 2000, Portaria nº 3.090/GM/MS de 23 de dezembro de 2011 (que altera a Portaria anterior) e a Portaria nº 857/GM/MS de 22 de agosto de 2012.

Os Serviços de Residência Terapêutica, capacidade e metas estão definidas no item IV

## **F. REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência tem por finalidade ampliar o acesso, qualificar o atendimento, articular e integrar os serviços de saúde (da atenção básica, especializada e hospitalar) de forma a garantir a integralidade do cuidado às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, observando especificidades inerentes e indispensáveis à garantia da equidade na atenção a estes usuários (Portaria 793/12)

Constituem pontos de atenção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência:

- Atenção Básica: Unidades Básicas de Saúde (UBS), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), e atenção odontológica.
  - Atenção Especializada:
    - Estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação;
    - Centros Especializados em Reabilitação (CER) II, III ou IV nas modalidades: física\*, auditiva, visual e intelectual
    - Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).
- \* Os estabelecimentos habilitados como serviço de reabilitação na modalidade física poderão contar com serviço de Oficina Ortopédica.
- Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência

Estes devem atuar em conformidade com a Legislação, Portarias e instrutivos relativos à Saúde da Pessoa com Deficiência do Ministério da Saúde (Portaria 793/12) e orientações técnicas de SMS (Documento Norteador do Programa APD, Diretrizes Técnicas para Gestores e Profissionais na Área da Saúde da Pessoa com Deficiência no Município de São Paulo e atualizações).

São diretrizes para a atenção à Pessoa com Deficiência:

- Respeito aos direitos humanos, garantia de autonomia, independência e de liberdade de escolha;
- Equidade;
- Respeito às diferenças;
- Garantia de acesso e qualidade de serviços;
- Atenção humanizada, centrada nas necessidades das pessoas;
- Diversificação de estratégias de cuidado;
- Desenvolvimento de atividades no território, com vistas à inclusão social, autonomia e exercício da cidadania;
- Ênfase em serviços de base territorial e comunitária;
- Participação e controle social dos usuários e familiares;
- Organização de serviços em rede regionalizada;
- Educação permanente;
- Construção de projetos terapêuticos singulares para o cuidado;
- Desenvolvimento de pesquisas.

### **1) Ações na Atenção Básica**

As UBS tem a responsabilidade sanitária pelas pessoas que vivem e circulam no território de sua abrangência, entre elas pessoas com deficiência. Atuam com suporte de equipes NASF e de serviços especializados, conforme necessidades específicas das pessoas atendidas.

Neste contexto, a UBS tem o papel de, no que diz respeito às pessoas com deficiência:

- Acolher as pessoas com deficiência, rompendo assim com a maior barreira enfrentada por este segmento da população: as barreiras atitudinais;
- Atender necessidades gerais de saúde das pessoas com e sem deficiência, como pré-natal, vacinação, puericultura, consultas médicas, atendimentos odontológicos e articular

com outros serviços de forma que a atenção básica seja a ordenadora da rede de atenção à saúde;

- Realizar atendimento ginecológico e, na ausência de estrutura/ recursos adequados, prever referência para este atendimento, enquanto as adequações são realizadas;
- Elaborar e participar da execução de Projetos Terapêuticos Singulares em conjunto com a pessoa com deficiência, família e equipamentos do território, contribuindo para o desenvolvimento de ações de saúde, inclusão social e qualidade de vida das pessoas que residem ou circulam no território;
- Acompanhar as Pessoas com Deficiência em suas necessidades específicas de reabilitação, realizando ações articuladas e complementares às desenvolvidas pelos serviços especializados de reabilitação (NIR/NISA/CER), com vistas à manutenção funcional, acompanhamento do uso de tecnologia assistiva (como cadeira de rodas, bengalas, aparelhos auditivos, óculos especiais...), autonomia, independência e suporte às famílias/cuidadores;
- Realizar atendimentos em reabilitação, especialmente os coletivos, com vistas ao tratamento, minimização de alterações ou manutenção funcional destacando-se os dispositivos relacionados às práticas integrativas em saúde, à atividade física como promotora de saúde, ao cuidado para o envelhecimento saudável, ao cuidado da dor, de outros quadros crônicos e de alterações de linguagem;
- Realizar visitas e atendimentos domiciliares, articulando com equipes do Melhor em Casa e serviços especializados em reabilitação, sempre que necessário;
- Garantir a busca ativa e realizar o monitoramento de recém-nascidos que falharam na triagem neonatal, bem como de outros bebês considerados como de risco para alterações do desenvolvimento;
- Identificar riscos e atrasos de desenvolvimento, realizar atendimentos, dar suporte às famílias e articular a continuidade do cuidado com serviços especializados, de forma a garantir o diagnóstico, intervenção oportuna e cuidado integral à criança e à família;
- Desenvolver ações de promoção de saúde e prevenção de deficiências nas escolas de acordo com as diretrizes do Programa Saúde na Escola;
- Responsabilizar-se pelas pessoas com deficiência domiciliadas em toda área da adscrição, incluindo abrigos e Residências Inclusivas;
- Promover espaços de articulação intersetorial para que os projetos terapêuticos singulares das pessoas com deficiência sejam estabelecidos junto a outras áreas - como educação, esporte, lazer e trabalho – tendo em vista sua participação e inclusão social, educacional e no mercado de trabalho;
- Participar de fóruns de discussão do cuidado à pessoa com deficiência no território com vistas à articulação de serviços em rede.

## **2) Ações na Atenção Especializada em Reabilitação**

Os serviços especializados em reabilitação são serviços regulados, de base territorial, que se caracterizam como lugar de referência no cuidado e proteção para usuários, familiares e acompanhantes nos processos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomias e múltiplas deficiências. (Portaria 793/12)

Os Centros Especializados em Reabilitação - CER, criados por meio da Portaria 793/12, estão sendo instituídos por meio da implantação, ampliação e implementação dos Núcleos Integrados de Reabilitação (NIR), de Saúde Auditiva (NISA) e do Programa de Acompanhante da Pessoa com Deficiência (APD) municipais, fortalecendo as ações de reabilitação física, auditiva, intelectual e visual. CER, NIR e NISA devem:

- acolher as pessoas com deficiência e produzir em equipe e, em conjunto com o usuário, seus familiares e acompanhantes, e de forma matricial na rede de atenção, um Projeto Terapêutico Singular, baseado em avaliações multidisciplinares das necessidades e capacidades das pessoas com deficiência, incluindo dispositivos e tecnologias assistivas,

e com foco na produção da autonomia e o máximo de independência em diferentes aspectos da vida;

- desenvolver ações de reabilitação coletivas e individuais, de maior ou menor intensidade/frequência, conforme necessidades singulares;
- realizar intervenções terapêuticas conforme necessidade dos usuários atendidos, como estimulação precoce/intervenção oportuna, atividades de vida prática; treino de orientação e mobilidade, entre outras;
- prescrever e fornecer tecnologia assistiva;
- envolver as famílias no processo de reabilitação fornecendo ações informativas e suporte para o cuidado;
- acompanhar pessoas com deficiência que passaram por processo de reabilitação e retomar os atendimentos terapêuticos especializados, sempre que necessário;
- estabelecer fluxos e práticas contínuas de cuidado à saúde, coordenadas e articuladas entre os diferentes pontos de atenção da rede de cuidados às pessoas com deficiência em cada território;
- articular-se com a Rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) da Região de Saúde a que pertença, para acompanhamento compartilhado de casos, quando necessário;
- articular-se com a Rede de Ensino da Região de Saúde a que pertença, para identificar crianças e adolescentes com deficiência e avaliar suas necessidades; dar apoio e orientação aos educadores, às famílias e à comunidade escolar, visando à adequação do ambiente escolar às especificidades das pessoas com deficiência.

Assim, os Serviços de Reabilitação (NIR/NISA/CER) devem estruturar-se de modo a realizar:

- **Acolhimento:** primeiro atendimento no serviço, consiste no estabelecimento inicial de vínculo, escuta qualificada e no direcionamento da atenção no serviço.
- **Avaliação multiprofissional em reabilitação:** avaliação pela equipe interdisciplinar nas áreas de reabilitação física, intelectual, auditiva e visual, alicerçada nos conceitos da CIF- Classificação Funcional de Funcionalidade.
- **Elaboração, desenvolvimento e monitoramento de Projeto Terapêutico Singular - PTS** , contendo estratégias de ações para habilitação e reabilitação, estabelecidas a partir das necessidades singulares, considerando fatores clínicos, emocionais, ambientais e sociais envolvidos, bem como o impacto da deficiência sobre sua funcionalidade.
- **Atendimento individual**
- **Atendimento em grupo e em oficinas terapêuticas**
- **Treino de orientação e mobilidade**
- **Apoio e orientação para a realização de atividades instrumentais de vida diária e prática (AIVD e AIVP)**
- **Atendimento compartilhado**
- **Prescrição, adaptação e fornecimento de meios auxiliares de locomoção, órteses, aparelhos auditivos, entre outros;**
- **Atendimento à família;**
- **Atendimento domiciliar/institucional:** visitas e intervenções nos domicílios e instituições, de forma integrada ao atendimento domiciliar realizado pela Atenção Básica, para intervenções especializadas necessárias ao processo de reabilitação, como adaptação do ambiente físico e social, orientação e mobilidade e prescrição de OPM;
- **Estimulação Precoce (Intervenção Oportuna):** atendimento multiprofissional de crianças com risco/atraso/distúrbio do desenvolvimento neuropsicomotor, visando intervir o mais cedo possível na aquisição e desenvolvimento das habilidades motoras, sensoriais, cognitivas e sociais;
- **Acompanhamento pela equipe APD:** estratégia diversificada do cuidado em reabilitação intelectual, centrada na produção da autonomia e na participação efetiva dos usuários na construção de projetos de vida pessoais e sociais;

- **Reunião de equipe**, estratégia fundamental para integração da equipe, discussão de casos, compartilhamento de saberes e responsabilidades, aprimoramento técnico;
- **Matriciamento**: apoio à Atenção Básica, no âmbito da Supervisão de Saúde de seus usuários, compartilhando a responsabilidade com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde;
- **Plantão de OPM**: acolhimento de porta aberta (sem agendamento prévio) dos pacientes que estão com dúvida ou dificuldade de utilização de sua OPM;
- **Ações de articulação de redes**, como a participação no fórum da rede de cuidados da Pessoa com Deficiência no território, aproximação com CEFAL, CRAS, CREAS, clubes-escolas, etc, visando ampliar o alcance do cuidado, a inclusão e a melhoria da qualidade de vida da pessoa com deficiência;

### **Modalidades de Serviços de Reabilitação: CER, NIR, NISA**

- **CER II, III ou IV**: serviço habilitado pelo Ministério da Saúde que realiza ações de reabilitação em 2, 3 ou 4 áreas de limitação funcional, a saber:
  - Física
  - Intelectual e autismo
  - Visual
  - Auditiva

Para cada tipo de CER e modalidade de reabilitação/limitação funcional atendida, existe uma equipe mínima de profissionais correspondente (vide item IV).

- **NIR/ NISA**: serviços de referência de uma região para a realização de ações de reabilitação e de saúde auditiva.

O horário de funcionamento dos CER/NIR/NISA é de segunda a sexta-feira das 7h00 às 19h00, podendo, excepcionalmente, ser até às 17h00 horas

Os materiais de consumo específicos e manutenção de equipamentos para as ações de reabilitação realizadas são de responsabilidade da CONTRATADA.

Os NIR/NISA/CER deverão possuir profissionais administrativos em número suficiente para o apoio às ações de reabilitação e de fornecimento de OPM.

Os CER habilitados devem possuir motoristas para o(s) carro(s) adaptado(s) concedido(s) pelo Ministério da Saúde.

### **3) Programa Acompanhante de Saúde da Pessoa com Deficiência - APD**

Parte dos serviços de reabilitação da cidade possui equipe do **Programa Acompanhante de Saúde da Pessoa com Deficiência – APD**

O Programa acompanhante de saúde da Pessoa com Deficiência - APD é uma estratégia de intervenção diferenciada voltada ao cuidado em saúde das pessoas com deficiência intelectual e suas famílias que busca promover o protagonismo, autonomia e independência e evitar o abrigo/internação.

As equipes APD realizam a articulação com os serviços de saúde e da comunidade para o atendimento e participação da pessoa com deficiência, intervêm no domicílio, na comunidade e em unidades de saúde de modo a favorecer a manutenção e fortalecimento de vínculos familiares, o aprimoramento do cuidado, a prevenção de agravos e o desenvolvimento de potencialidades.

O serviço com APD deve prever o deslocamento da equipe e transporte das pessoas com deficiência acompanhadas.

As agendas dos profissionais do NIR/NISA/CER estarão disponibilizadas para a Rede segundo diretrizes da Área Técnica, CRS e STS.

As unidades de saúde NIR/NISA/CER, e equipes APD com suas respectivas equipes mínimas e metas estão descritas no item IV.

## **G. SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO**

Os serviços de apoio diagnóstico terapêutico são procedimentos diagnósticos complementares das linhas de cuidado da atenção básica e da atenção especializada, localizados em unidades de saúde, geralmente com agendamento prévio disponibilizado no SIGA.

As ações e serviços de diagnóstico consistem em exames de MAPA, HOLTER, Teste Ergométrico, Ultrassonografia Geral (abdômen, articulação, bolsa escrotal, vias urinárias, mama, próstata, transvaginal, pélvico, tireoide, etc.) Ultrassonografia com Doppler, Endoscopia, Colonoscopia e outros a serem realizados nas Unidades abaixo descritas, sendo referência para as unidades da rede assistencial da Supervisão Técnica de Saúde Mooca/ Aricanduva/ Formosa/ Carrão e/ou como definido pela CRS/STS.

Os insumos materiais específicos para a realização dos exames são de responsabilidade da CONTRATADA.

A definição dos exames diagnósticos, respectivas metas de produção e unidades de saúde estão estabelecidas no item IV.

## **IV. QUADROS DE METAS DE PRODUÇÃO E EQUIPE MÍNIMA POR MODALIDADE DE ATENÇÃO E LINHA DE SERVIÇO**

As metas de equipe mínima e 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.

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

A **Equipe Mínima** é meta contratual e refere-se aos profissionais que serão monitorados quanto à efetiva contratação pela CONTRATADA e atuação nas unidades. Essa equipe foi definida em função das necessidades de saúde, conforme planejamento da STS/CRS, e também para garantir a manutenção dos requisitos dos programas federais e respectivos financiamentos. Portanto a equipe mínima não se refere ao dimensionamento de pessoal, cabendo à CONTRATADA completar o quadro de pessoal necessário ao pleno funcionamento das ações previstas no Contrato.

Para avaliação de cumprimento de **meta de produção**, foram selecionados procedimentos chaves, e feito cálculo de metas, baseados em parâmetros de organização de serviços informados por Áreas Técnicas de SMS e utilizando índices de planejamento de pessoal. O procedimento escolhido é um dentre o rol de outros procedimentos que deverão ser realizados na execução objeto do Contrato.

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, no sistema de acompanhamento e avaliação dos contratos indicado pela SMS-SP, atualmente designado como WEBSAASS. As áreas técnicas de SMS poderão solicitar outras informações para avaliação do programa específico.

### ATENÇÃO BÁSICA

<b>UBS MANOEL JOAQUIM PERA : 4 ESF + 1 EQUIPE MODALIDADE 1</b>				
<b>EQUIPE MÍNIMA</b>			<b>META DE PRODUÇÃO MENSAL</b>	
<b>Categoria Profissional</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Jornada Semanal em horas</b>	<b>Procedimento</b>	<b>Quantidade</b>
Agente Comunitário de Saúde - ACS	24	40	visita domiciliar	4.800
Médico Generalista	4	40	consulta médica	1.664
Enfermeiro - ESF	4	40	consulta enfermagem	624
Cirurgião Dentista	1	40	atendimentos	208
ASB	1	40	procedimentos	832
Cirurgião Dentista	3	20	atendimentos	333
			procedimentos	1.332

<b>UBS INTEGRAL JARDIM EDITE : 1 ESF+ 1 EQUIPE MODALIDADE II + UBS TRAD</b>				
<b>EQUIPE MÍNIMA</b>			<b>META DE PRODUÇÃO MENSAL</b>	
<b>Categoria Profissional</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Jornada Semanal em horas</b>	<b>Procedimento</b>	<b>Quantidade</b>
Agente Comunitário de Saúde - ACS	5	40	Visita domiciliar	1.000
Médico Generalista	1	40	Consulta médica	416
Enfermeiro - ESF	1	40	Consulta de enfermagem	156
ACS - EAC	16	40	Visita domiciliar	3.200
Enfermeiro - EAC	4	40		
Dentista	1	40	Atendimentos	208
TSB	1	40	Procedimentos	1.248
Clínico Geral	05	20	Consulta médica	1110
Clínico Geral *	01	06	Consulta médica	<b>66</b>
Ginecologista	3	20	Consulta médica	666
Ginecologista *	1	06	Consulta médica	66
Pediatra	2	20	Consulta médica	444
Pediatra *	1	06	Consulta médica	66
Psiquiatra	01	20	Consulta médica	222
Acupunturista	01	20	Consulta médica	128
Cirurgião Dentista	02	20	Atendimentos	222
			Procedimentos	888
Cirurgião Dentista *	02	06	Atendimentos	28
			Procedimentos	111

(\*) Profissionais com carga horária para os sábados; a UBS Integral funciona de segunda a sexta-feira das 7h00 às 19h00 e aos sábados das 8h00 às 14h00.

#### **Legenda de abreviações:**

ESF – Estratégia Saúde da Família  
 ESB – Equipe de Saúde Bucal  
 ACS – Agente Comunitário de Saúde  
 ASB - Auxiliar de Saúde Bucal  
 TSB - Técnico de Saúde Bucal  
 EAC – Equipe Agentes Comunitários

**OBS:**

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

(2) As metas de atendimentos individuais previstos na ESB modalidade I referem-se ao número de atendimentos individuais realizados no mês pelo Cirurgião Dentista (fonte de informação: SIGA (consultas) e SIA/BPA)

(3) As metas de procedimentos previstos na ESB modalidade I referem-se ao total de procedimentos procedentes dos atendimentos individuais realizados no mês pelo Cirurgião Dentista (fonte de informação SIA/BPA)

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

(5) As metas de 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 metas de atendimentos individuais odontológicos em unidades tradicionais e mistas referem-se ao total de atendimentos individuais realizados no mês pelo Cirurgião Dentista (fonte de informação: SIGA (consultas) e SIA/BPA); e as metas de procedimentos individuais referem-se à somatória de procedimentos individuais realizados no mês pelo Cirurgião Dentista e pelo Técnico de Saúde Bucal, quando houver (fonte de informação: SIA/BPA)

<b>NASF – UBS MANOEL JOAQUIM PERA E UBS INTEGRAL JD. EDITE</b>				
<b>EQUIPE MÍNIMA</b>			<b>META DE PRODUÇÃO MENSAL</b>	
<b>Categoria Profissional</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Jornada Semanal em horas</b>	<b>Procedimento</b>	<b>Quantidade</b>
Assistente Social	1	30	Acompanhamento das atividades da equipe	
Educador Físico	1	40		
Fisioterapeuta	2	20		
Médico Psiquiatra	1	20		
Nutricionista	1	40		
Psicólogo	1	40		
Terapeuta Ocupacional	2	20		
Fonoaudióloga	1	40		

<b>PAI – PROGRAMA ACOMPANHANTE DE IDOSOS UBS DR. JOSÉ DE BARROS MAGALDI e UBS MANOEL JOAQUIM PERA</b>				
<b>EQUIPE MÍNIMA</b>			<b>META MENSAL DE PRODUÇÃO</b>	
<b>Categoria Profissional</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Jornada Semanal em horas</b>		
Supervisor de equipe ( assistente social recomendado)	01	40	Acompanhamento dos casos, supervisão e coordenação administrativa	150 Idosos em Acompanhamento por mês
Enfermeiro	01	40	Consulta e visita domiciliar	
Auxiliar de Enfermagem	04	40	Procedimentos no domicílio	
Acompanhante Comunitário de Idosos	15	40	Visitas domiciliares	
Médico geriatra ou clínico com experiência em gerontologia	01	30	Consulta Médica e 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

<b>EMAD - sediada na UBS INTEGRAL JARDIM EDITE/MENINÓPOLIS</b>				
<b>EQUIPE MÍNIMA</b>			<b>META DE PRODUÇÃO MENSAL</b>	
<b>Categoria Profissional</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Jornada Semanal em horas</b>	<b>Procedimento</b>	<b>Quantidade</b>
Enfermeiro	1	40	Pacientes em acompanhamento	70
Fisioterapeuta	1	30		
Medico Clinico/ Generalista	1	40		
Assistente Social	1	30		
Técnico de Enfermagem	4	30		

**Obs:**

- i. Cada equipe EMAD deve contar com 3 veículos para o atendimento domiciliar
- ii. As despesas com fornecimento de dieta enteral, bem como locação de equipamentos e mobiliários para a manutenção do paciente no domicílio (como BIPAP, cama, colchão, cadeira de banho, cadeira de rodas), estão previstas no orçamento deste contrato para execução pela Organização Social CONTRATADA.
- iii. As atividades da equipe de EMAD deverão ser registradas e sua produtividade será analisada pela Área Técnica do programa “Melhor em casa” e as respectivas interlocuções regionais.

### **ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E REDES TEMÁTICAS**

<b>CAPS ADULTO III ITAIM BIBI</b>				
<b>EQUIPE MÍNIMA</b>			<b>META DE PRODUÇÃO MENSAL</b>	
<b>Categoria Profissional</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Jornada Semanal em horas</b>	<b>Procedimento</b>	<b>Quantidade</b>
Médico Psiquiatra	5	20	Mínimo de 300 pacientes com cadastro ativo	
Enfermeiro	5	40		
Enfermeiro	2	36		
Psicólogo	5	40		
Terapeuta Ocupacional	4	40		
Assistente Social	2	30		
Farmacêutico	1	40		

**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.

<b>Serviço Residencial Terapêutico ITAIM BIBI I - MISTA</b>		
<b>LOCAL</b>	<b>Capacidade Pessoas</b>	<b>ACOMPANHAMENTO MENSAL</b>
Serviço Residência Terapêutico localizado à Rua Marques de Caiscais, 161, Itaim Bibi.	04 Mulheres e 04 Homens	Porcentagem de moradores em relação à capacidade, de 85% a 100% da capacidade. ((Total de moradores no período/8) *100)

Obs.: Os assistidos dos Serviços Residenciais Terapêuticos são atendidos nos CAPS Adulto III – Itaim Bibi.

## **V. 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.

A seleção dos indicadores apresentados na Matriz de Indicadores de Qualidade buscou incentivar intervenções da CONTRATADA que visem a qualidade nos processos de trabalho nas unidades de saúde objeto deste Contrato, para a consecução de objetivos de SMS, como por exemplo, os dois indicadores de acompanhamento de Pré-Natal. Em alguns casos os indicadores provocam a integração de ações de educação permanente da OSS com a de SMS, em outros com a qualidade do registro das informações quer sejam em prontuários e fichas de atendimento ou em relação às prestações de contas. E por fim a aferição da escuta dos usuários nas unidades de saúde e o efetivo funcionamento dos Conselhos Gestores.

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.

<b>MATRIZ DE INDICADORES DE QUALIDADE</b>												
<b>Contrato de Gestão: Distritos Administrativos das STS PENHA E ERMELINO MATARAZZO</b>												
<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>Mês 1</b>	<b>Mês 2</b>	<b>Mês 3</b>	<b>Mês 4</b>	<b>Mês 5</b>	<b>Mês 6</b>	<b>Mês 7</b>	<b>Mês 8</b>	<b>Mês 9</b>	<b>Mês 10</b>	<b>Mês 11</b>	<b>Mês 12</b>
Pontualidade na entrega dos relatórios mensais de prestação de contas assistenciais e financeiras				20	20	20	20	40	20	20	20	20
Preenchimento de prontuários, nos seguintes aspectos: legibilidade, assinaturas, CID, exame físico.				40			40			40		
Execução do Plano de Educação Permanente aprovado pela CRS									60			
Proporção de crianças com até 12 (doze) meses de idade com calendário vacinal completo nas unidades gerenciadas no Contrato de Gestão						60						60
Proporção de gestantes que realizaram procedimentos básicos no pré-natal e puerpério nas unidades gerenciadas no Contrato de Gestão					60			60			60	
Proporção de gestantes com 7 (sete) ou mais consultas de pré-natal realizadas nas unidades gerenciadas no Contrato de Gestão.				20			40			40		
Entrega de relatório comentado das reclamações recebidas através das diferentes auditorias e SAU, e das providências adotadas.				20		20			20			20
Funcionamento Conselho Gestor					20						20	
<b>Soma</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

## QUADRO EXPLICATIVO DA MATRIZ DE INDICADORES DE QUALIDADE

<b>Tipo de Indicador</b>	<b>Descrição</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Periodicidade da verificação</b>	<b>Meta</b>	<b>Fonte de Verificação</b>	<b>Evidência</b>	<b>Responsável pela evidência</b>
<b>Informação</b>	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
<b>Informação</b>	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
<b>Processo</b>	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
<b>Processo</b>	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
<b>Processo</b>	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
<b>Processo</b>	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
<b>Satisfação do Usuário</b>	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
<b>Funcionamento dos Conselhos Gestores</b>	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

## VI. INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS

1. Todas as unidades de saúde (com exceção das UAA e SRT) devem contar com um TOTEM de Satisfação do Usuário em local de fácil utilização para os usuários da unidade. As especificações para o TOTEM são fornecidas pelo setor de Comunicação de SMS.
2. Os exames laboratoriais serão processados por serviços próprios ou contratados 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 as especificações consultar o Manual de Coleta, disponível no site da PMSP/SMS - Assistência Laboratorial.
3. As despesas com aluguéis de imóveis e concessionárias (água, luz e telefone) cuja titularidade é da PMSP/SMS permanecerão a cargo da PMSP/SMS. Esta informação deverá ser apurada na Vistoria Técnica.
4. Planejamento local: conforme o planejamento de saúde regional, estão previstas alterações nos perfis assistenciais das unidades e/ou a abertura de novos serviços, nos seguintes Distritos Administrativos
5. Recursos Humanos

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, incluindo os profissionais médicos do programa “Mais Médicos” e do “PROVAB”.

Segue Proposta de Equipe de Trabalho e a quantidade de profissionais de SMS (estatutários, municipalizados e empregados públicos) que devem permanecer na unidade de saúde sendo gerenciados pela CONTRATADA. Utilizamos nomenclatura padronizada na Proposta de Equipe de Trabalho. A Organização Social deverá utilizar a nomenclatura e distribuição segundo as funções de acordo com seu plano de cargos. Os profissionais para os serviços de SADT estão contemplados no orçamento, porém não discriminado nesta Proposta de Equipe de Trabalho.

UBS DR. MANOEL JOAQUIM PERA			
Categoria Profissional	Equipe de trabalho proposta	Jornada Semanal	Quantidade de profissionais da ADM direta
ACS	24	40	0
Generalista	4	40	0
Enfermeiro	5	40	1 (30 h)
Auxiliar de Enfermagem	8	40	0

TSB	1	30	1
Cirurgião Dentista	3	20	3
Cirurgião Dentista	1	40	0
ASB	2	30	2
ASB	1	40	0
ATA/Assistente Administrativo/AGPP	8	40	0
Farmacêutico	1	40	0
Técnico de Farmácia/Auxiliar Técnico de Saúde	2	40	0
Gerente	1	40	0
Coordenador - Gestor Local (PAVS)	1	40	0
Agente de Promoção Ambiental (PAVS)	1	40	0
Assistente Técnico	1	40	0

<b>UBS INTEGRAL JARDIM EDITE/MENINÓPOLIS</b>			
<b>Categoria Profissional</b>	<b>Equipe de trabalho proposta</b>	<b>Jornada Semanal</b>	<b>Quantidade de profissionais da ADM direta</b>
ACS	5	40	0
Generalista	1	40	0
Enfermeiro ESF	1	40	0
Técnico de Enfermagem	2	40	0
Cirurgião Dentista ESF	1	40	0
ASB	1	40	0
TSB	1	40	0
Agente de Promoção Ambiental	1	40	0
ACS – EAC	16	40	0
Enfermeiro EAC	4	40	0
Acupunturista	1	20	0
Cirurgião Dentista	2	20	0
Cirurgião Dentista	2	06	0
TSB	1	40	0
ASB	3	30	0
Assistente Social	2	30	0
ATA/Assistente Administrativo/AGPP	13	40	0
Clínico Geral	5	20	0
Clínico Geral	1	6	0
Enfermeiro	4	40	0
Técnico de Enfermagem	13	40	0
Farmacêutico	2	40	0
Fisioterapeuta	2	30	0
Fonoaudiólogo	1	40	0
Ginecologista	3	20	0
Ginecologista	1	6	0
Pediatra	2	20	0

Pediatra	1	6	0
Psicólogo	2	30	0
Psiquiatra	1	20	0
Técnico de Farmácia	5	40	0
Terapeuta Ocupacional	2	30	0
Gerente	1	40	0
Assistente Técnico	1	40	0
Coordenador de Enfermagem	1	40	0

<b>EMAD JARDIM EDITE</b>			
<b>Categoria Profissional</b>	<b>Equipe de trabalho proposta</b>	<b>Jornada Semanal</b>	<b>Quantidade de profissionais da ADM direta</b>
Médico Generalista	1	40	0
Enfermeiro	1	40	0
Técnico de Enfermagem	4	30	0
Fisioterapeuta	1	30	0
Assistente Social	1	30	0
ATA/Assistente Administrativo/AGPP	1	40	0

<b>NASF - UBS JOAQUIM PERA PERA e UBS JD. EDITE</b>			
<b>Categoria Profissional</b>	<b>Equipe de trabalho proposta</b>	<b>Jornada Semanal</b>	<b>Quantidade de profissionais da ADM direta</b>
Assistente Social	1	30	0
Educador Físico	1	40	0
Fisioterapeuta	2	20	0
Fonoaudiólogo	1	40	0
Médico Psiquiatra	1	20	0
Nutricionista	1	40	0
Psicólogo	1	40	0
Terapeuta Ocupacional	2	20	0
ATA/Assistente Administrativo/AGPP	1	40	0

<b>CAPS ADULTO III ITAIM BIBI</b>			
<b>Categoria Profissional</b>	<b>Equipe de trabalho proposta</b>	<b>Jornada Semanal</b>	<b>Quantidade de profissionais da ADM direta</b>
Assistente Social	2	30	1
ATA/Assistente Administrativo/AGPP	5	40	1
Enfermeiro	2	36	0
Enfermeiro	5	40	0
Auxiliar de Enfermagem/Técnico de Enfermagem	2	30	2
Auxiliar de Enfermagem/Técnico de Enfermagem	15	40	0
Farmacêutico	1	40	0
Técnico de Farmácia	4	40	0
Gerente	1	40	1
Médico Psiquiatra	5	20	0
Psicólogo	5	40	2
Terapeuta ocupacional	4	40	0
Assistente Técnico	1	40	0

<b>SRT ITAIM BIBI</b>			
<b>Categoria Profissional</b>	<b>Equipe de trabalho proposta</b>	<b>Jornada Semanal</b>	<b>Quantidade de profissionais da ADM direta</b>
Acompanhante Comunitário Diurno	4	36	0
Acompanhante Comunitário Noturno	3	36	0
Supervisor de SRT	1	20	0

<b>PAI - UBS DR JOSE DE BARROS MAGALDI E UBS PERA</b>			
<b>Categoria Profissional</b>	<b>Equipe de trabalho proposta</b>	<b>Jornada Semanal</b>	<b>Quantidade de profissionais da ADM direta</b>
Acompanhante Comunitário do Idoso	15	40	0
Supervisor de equipe (assistente social)	1	40	0
ATA/Assistente Administrativo/AGPP	2	40	0
Auxiliar de Enfermagem	4	40	0
Enfermeiro	1	40	0
Médico	1	20	0