



09-52000151-2015

581

Processo 09/52/000.151/2015

TERMO ADITIVO Nº 0301/2016

2º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 007/2015, QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - SMS E A ORGANIZAÇÃO SOCIAL INSTITUTO DE ATENÇÃO BÁSICA E AVANÇADA À SAÚDE - IABAS, COM VISTAS AO GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO, APOIO E EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO ÂMBITO DA AP-5.2, NA FORMA ABAIXO:

Pelo presente instrumento, de um lado o Município de Rio de Janeiro, por intermédio da Secretaria Municipal da Saúde, com sede nesta cidade na Rua Afonso Cavalcante, nº 455, Bloco 01, 7º andar, sala 701, neste ato representado por seu Secretário Municipal de Saúde, **DANIEL RICARDO SORANZ PINTO**, brasileiro, médico, solteiro, portador da cédula de identidade nº 28.890.997-1, expedida pelo Detran, CPF nº 290.210.958-07, doravante denominada **CONTRATANTE**, e de outro lado a Organização Social Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde – IABAS, inscrita no CNPJ sob o número 09.652.823/0001-76, com endereço à Avenida Luís Carlos Prestes, nº 350, loja C, sala 111 a 115, 202,203,209 e 213, Barra da Tijuca - Rio de Janeiro/RJ, neste ato representada por seu representante legal, **LUIS EDUARDO DA CRUZ**, brasileiro, portador da cédula de identidade nº 10.984.232 – SSP/SP, inscrito no CPF sob o nº 730.744.627-87, doravante denominada **CONTRATADA**, selecionada através do processo administrativo nº 09/004.575/2014, tendo em vista o que dispõe o Decreto-Lei nº 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Federal 8080 de 19 de setembro de 1990, o Decreto Municipal nº 30.780 de dois de junho de 2009, que regulamenta a Lei Municipal nº 5026 de 19 de maio de 2009, bem como, o disposto no artigo 24, inciso XXIV, da Lei Federal nº 8.666 de 21 de junho de 1993, **RESOLVEM** celebrar o presente Termo Aditivo ao **Contrato de Gestão nº 007/2015**, referente ao gerenciamento, operacionalização apoio e execução das



09-52000151-2015

582

Processo 09/52/000.151/2015

atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos no âmbito da Área de Planejamento (AP-5.2), mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1 Constitui objeto deste Termo Aditivo:

I - a revisão do planejamento de implantação da estratégia saúde da família na AP 5.2 acarretando a substituição do Anexo Técnico E – “Cronograma de Desembolso e Metas Físicas”, com redução do valor do contrato em R\$ 38.613.882,55 (trinta e oito milhões, seiscentos e treze mil, oitocentos e oitenta e dois reais e cinquenta e cinco centavos); e,

II – adequação dos indicadores e metas do Contrato de Gestão 007/2015 por meio da substituição do Anexo Técnico B - “Acompanhamento do Contrato, Avaliação e Metas para os serviços de saúde – Área de Planejamento 5.2”.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO VALOR E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

2. Pela prestação dos serviços objeto deste Termo Aditivo, a CONTRATANTE repassará à CONTRATADA os valores definidos no Anexo Técnico E – “Cronograma de Desembolso e Metas Físicas”, que dele é parte integrante, sendo que o valor total do Contrato de Gestão nº 007/2015 passa de **R\$ 359.803.338,24 (trezentos e cinquenta e nove milhões, oitocentos e três mil, trezentos e trinta e oito reais e vinte e quatro centavos)** para **R\$ 321.189.455,68 (trezentos e vinte e um milhões, cento e oitenta e nove mil, quatrocentos e cinquenta e cinco reais e sessenta e oito centavos)**.

CLÁUSULA TERCEIRA- DA PUBLICAÇÃO

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

CLÁUSULA QUARTA - DA RATIFICAÇÃO

4. Ficam ratificadas as demais cláusulas constantes do Contrato de Gestão nº 007/2015 e seus termos aditivos, que não colidirem com o disposto neste Termo Aditivo.



09-52000151-2015

563

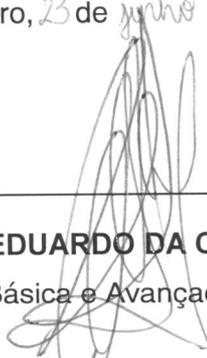
Processo 09/52/000.151/2015

CLÁUSULA QUINTA - DA FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA E ORÇAMENTÁRIA

5. O Município providenciará a remessa de cópias do presente TERMO ADITIVO ao órgão de controle interno do Município do Rio de Janeiro e ao Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro, no prazo de 10 (dez) dias contados da publicação de seu extrato.

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

Rio de Janeiro, 23 de junho de 2016.



LUIS EDUARDO DA CRUZ

Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde – IABAS



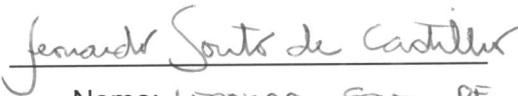
DANIEL RICARDO SORANZ PINTO
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

Testemunhas:

1)  _____

Nome: Simone Rodrigues da Costa

R.G 090 83634-7.

2)  _____

Nome: LEONARDO SOUTO DE CASTILHO

R.G: 10818371-6



09-52000151-2015

584

Processo 09/52/000.151/2015

ANEXO TÉCNICO B DO CONTRATO DE GESTÃO
ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO, AVALIAÇÃO E METAS PARA OS SERVIÇOS DE
SAÚDE - ÁREA DE PLANEJAMENTO 5.2

B.1. CRITÉRIOS GERAIS PARA O ACOMPANHAMENTO DOS CONTRATOS
B.1.1. RESPONSABILIDADE NO ACOMPANHAMENTO
B.1.2. COMISSÃO TÉCNICA DE ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO
B.1.3. COMPOSIÇÃO
B.1.4. FUNÇÕES
B.2. ÂMBITOS DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO
B.2.1. ASPECTOS BÁSICOS ORGANIZACIONAIS
B.2.2. BOA PRÁTICA CLÍNICA
B.2.3. ATENÇÃO AO USUÁRIO
B.2.4. ARTICULAÇÃO COM OUTROS NÍVEIS ASSISTENCIAIS – REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA
B.2.5. IMPLEMENTAÇÃO DE ATIVIDADES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.
B.3. PAGAMENTO DA PARTE VARIÁVEL – INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS
B.3.1. ASPECTOS GERAIS
B.3.2. PARTE VARIÁVEL 01 – INCENTIVO INSTITUCIONAL À GESTÃO DO TEIAS
B.3.3. PARTE VARIÁVEL 02 – INCENTIVO À QUALIFICAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE
B.3.3.1. QUADRO DE PARÂMETROS DE VALORES DE METAS 1º ANO DE CONTRATO (PARTE VARIÁVEL 02).
B.3.3.2. CONTRATUALIZAÇÃO DOS INCENTIVOS FINANCEIROS COM A UNIDADE DE SAÚDE (PARTE VARIÁVEL 02).
B.3.3.3. MONITORAMENTO DOS INDICADORES (PARTE VARIÁVEL 02).
B.3.3.4. ORIENTAÇÕES PARA PAGAMENTO POR PERFORMANCE QUANTO À QUALIDADE PERCEBIDA / SATISFAÇÃO DO USUÁRIO
B.3.4. PARTE VARIÁVEL 03 – INCENTIVO À GESTÃO DA CLÍNICA
B.3.4.1. CONTRATUALIZAÇÃO DOS INCENTIVOS FINANCEIROS COM OS PROFISSIONAIS – PARTE VARIÁVEL 03
B.4. ATRIBUIÇÕES DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL EM RELAÇÃO AOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE
B.4.1. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
B.4.1.1. PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE (PEP) OU PRONTUÁRIO ELETRÔNICO CLÍNICO (PEC) – REQUISITOS MÍNIMOS
B.4.1.2. SCNES – SISTEMA DE CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
B.4.1.3. SIA – SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL
B.4.1.4. – SISAB – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE PARA A ATENÇÃO BÁSICA
B.4.1.5. SISPRENATAL – SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO PRÉ-NATAL
B.4.1.6. SISCAN – SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE RASTREAMENTO DE CITOPATOLÓGICO DO COLO UTERINO



Processo 09/52/000.151/2015

B.4.1.7. SINAN – SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
B.4.1.8. SI-PNI/API – SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES/AValiação DO PROGRAMA DE IMUNIZAÇÕES
B.4.1.9. SISREG – SISTEMA DE NACIONAL DE REGULAÇÃO

B.1. CRITÉRIOS GERAIS PARA O ACOMPANHAMENTO DOS CONTRATOS

Este contrato de apoio à gestão tem como principal objetivo induzir a melhora do desempenho das unidades funcionais por meio da atribuição de incentivos financeiros e da criação de instrumentos de monitorização, permitindo uma gestão rigorosa e equilibrada, consciente das necessidades das populações e, acima de tudo, visando a melhoria no acesso aos cuidados de saúde.

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

B.1.1. RESPONSABILIDADE NO ACOMPANHAMENTO

A SMS/RJ como entidade Contratante é responsável por levar a cabo as ações que derivam do processo de acompanhamento visando a qualidade e otimização dos recursos e a correção de possíveis desvios. Para tal criou-se a Comissão Técnica de Acompanhamento– CTA que efetiva o processo de acompanhamento e avaliação.

B.1.2. COMISSÃO TÉCNICA DE ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO



09-52000151-2015

526

Processo 09/52/000.151/2015

A Comissão Técnica de Acompanhamento – CTA - realiza o seguimento e a avaliação da qualidade assistencial dos serviços de saúde contratados, de acordo com os critérios, parâmetros e calendário previamente definidos pela SMS.

B.1.3. COMPOSIÇÃO

A Comissão Técnica de Acompanhamento é constituída por, no mínimo, de 06 membros titulares e 03 suplentes, assim definido:

Titulares

- a) 4 representantes da S/SUBPAV/CAP
- b) 2 representantes da S/SUBPAV
- c) 1 representante da S/SUBG

Suplentes

- d) 1 representante da S/SUBPAV/CAP
- e) 1 representantes da S/SUBPAV
- f) 1 representante da S/SUBG

Os membros da CTA, titulares e suplentes, são definidos e nomeados pelo Secretário Municipal de Saúde. A constituição das CTA é publicada em Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro.

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

B.1.4. FUNÇÕES



Processo 09/52/000.151/2015

A análise e o acompanhamento das contas dos Contratos de Gestão firmados com as Organizações Sociais para gestão de unidades pré-hospitalares são exercidos pela Comissão Técnica de Acompanhamento – CTA.

A Comissão Técnica de Acompanhamento – CTA é responsável pela análise físico-financeira e pelo acompanhamento técnico assistencial dos contratos de gestão firmados com as Organizações Sociais.

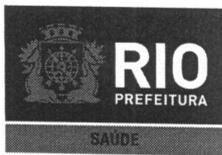
São funções da CTA:

- a) acompanhar e controlar os aspectos econômicos e financeiros dos contratos de gestão firmados com Organizações Sociais, analisando a aplicação dos recursos, a eficiência e eficácia dos serviços de saúde prestados à população, solicitando pareceres e subsídios das respectivas áreas técnicas da SMS e dos órgãos da prefeitura, como laboratório, licenciamento para transporte pré-hospitalar, serviços de imagem, empresas de alimentação, limpeza e vigilância.
- b) avaliar as metas e os indicadores pactuados e registrar o funcionamento dos serviços prestados;
- c) realizar estudos e análises de propostas de implantação de novos serviços, assim como a fixação e rotatividade de profissionais de saúde;
- d) analisar e acompanhar as contas do trimestre avaliado;
- e) realizar reuniões ordinárias e extraordinárias, estas últimas sempre que solicitadas pela SMS ou pelo contratado;
- f) manter registro das reuniões realizadas, cuja ata deverá ser assinada pela totalidade dos membros presentes na reunião;
- g) analisar mensalmente a prestação de contas e emitir relatórios trimestrais de aprovação de contas;
- h) emitir relatórios trimestrais de análise e acompanhamento de cumprimento de metas.

B.2. ÂMBITOS DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

B.2.1. ASPECTOS BÁSICOS ORGANIZACIONAIS

Cabe à Organização Social detalhar os seguintes aspectos:



- Mecanismos de informação e comunicação à população sobre os serviços que ofertam mediante a implementação e disponibilização de sistema de informação gerencial com acesso pela internet, utilizando padrões estabelecidos pela SMS-Rio de Janeiro;
- Meios de acesso da população aos serviços de saúde ofertados;
- Recepção e encaminhamento dos usuários aos serviços;
- Registros utilizados na atividade assistencial;
- Registros utilizados nos procedimentos administrativos;
- Referência e contrarreferência dos usuários a outros serviços ou outros níveis assistenciais, assim como os registros utilizados.

Todos os aspectos apontados anteriormente deverão estar em acordo com os critérios estabelecidos pela Política Nacional de Saúde, Plano Municipal de Saúde e Fundamentos da Atenção Básica (Política Nacional de Atenção Básica – PNAB2011 – Ministério da Saúde).

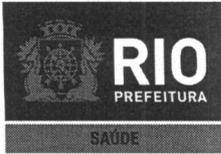
B.2.2. BOA PRÁTICA CLÍNICA

As referências que apoiam a boa prática clínica são:

- O consenso de sociedades científicas e associações profissionais;
- Processos de trabalho consensuados pelos profissionais que pertencem ao serviço de saúde ou a outros no âmbito territorial;

Orientações estabelecidas pela SMS/RJ:

- As duas práticas não são excludentes, mas sim complementares, e sua operatividade dependerá do que se determine em cada caso.



Processo 09/52/000.151/2015

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

- Qualificação dos profissionais;
- Utilização do prontuário eletrônico como a fonte de informação para ações de vigilância em saúde, gestão da agenda, consultas individuais; uso de outros registros da atividade assistencial;
- Respeito ao Plano de Educação Permanente da SMS-Rio de Janeiro e a PNAB(2011)/Ministério da Saúde;
- Consenso sobre o diagnóstico e tratamento das patologias mais presentes na rede de atenção primária;
- Consenso entre os profissionais dos serviços sobre o diagnóstico, tratamento e condições de referência das urgências em atenção primária;
- Dispositivos que possibilitem a desmedicalização, tais como o desenvolvimento de um plano para atividades de grupo, atividades físicas, dentre outros;
- Perfil de prescrição farmacêutica;
- Auto avaliação assistencial pelos profissionais;
- Avaliação externa da prática assistencial.
- Avaliação da relação médico-paciente;
- Ética profissional;

B.2.3. ATENÇÃO AO USUÁRIO

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

- Grau de informação do usuário sobre o conteúdo, organização e funcionamento dos serviços de saúde contratados;
- Boa comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários;
- Incentivo a autonomia dos usuários;
- Tratamento individualizado e personalizado;

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'A' shape with a long vertical stroke extending downwards.



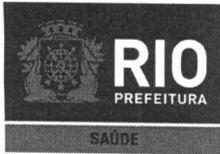
- Percepção do usuário em relação ao funcionamento dos serviços de saúde através de pesquisas de satisfação, sendo estas, sempre que a população ultrapasse um número recomendado pelas Ciências Estatísticas, de caráter amostral;

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

Uma efetiva articulação entre os níveis assistenciais comportará uma continuidade em todo o processo de modo que este seja reconhecido como tal pelo próprio usuário. Esta articulação ocorrerá de acordo com critérios estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

Para assegurar a continuidade no processo assistencial são necessários:

- Consenso clínico sobre as patologias e os processos que podem ser solucionados nos serviços da rede básica;
- Utilização do Manual do Regulador e protocolos clínicos baseados nas melhores evidências para a coordenação do cuidado na regulação;
- Utilização, pelos profissionais de saúde, das referências e contrarreferências estabelecidas;
- Acordos entre os profissionais sobre a informação clínica necessária, desde a rede de atenção primária à saúde até a atenção especializada, de maneira recíproca, para dar suporte e continuidade ao processo terapêutico;
- Suporte e rotinas administrativas adequadas que evitem os deslocamentos desnecessários dos pacientes referenciados ao nível hospitalar ou a outras unidades da rede.
- Integração com outros setores no sentido de atuar nos condicionantes/determinantes do processo de saúde-doença.



09-52000151-2015

511

Processo 09/52/000.151/2015

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

As atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças serão definidas pela S/SUBPAV/SPS – Rio de Janeiro.

B.3. PAGAMENTO DA PARTE VARIÁVEL - INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS

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

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

A experiência portuguesa (Missão da Reforma de Cuidados Primários, 2002) tem permitido tirar conclusões positivas na aplicação desta estratégia, tendo-se verificado uma melhoria dos resultados no que se refere aos indicadores contratualizados, servindo de base conceitual para a metodologia de pagamento variável apresentada neste contrato de gestão.

B.3.1. ASPECTOS GERAIS



Processo 09/52/000.151/2015

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

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

O Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) deve disponibilizar relatórios gerenciais para todos os profissionais, de forma que os mesmos possam visualizar os indicadores de sua equipe e compará-los com indicadores de qualquer outra equipe no município que utilize o mesmo prontuário. Esses indicadores da equipe deverão ser enviados de forma automatizada, por e-mail, pelo PEP, para cada profissional de saúde ao final do mês. Somente deverá ser considerado implantado o PEP naquelas equipes em que o envio dos indicadores esteja sendo mensalmente enviado por e-mail aos profissionais.

A qualquer momento a CAP, a CTA ou a SMS poderão solicitar a memória de cálculo que gerou os resultados dos indicadores, e realizar uma auditoria clínica para validar os resultados encontrados.

A parte variável do contrato de gestão está dividida em três partes:

- **Parte variável 01 – incentivo institucional à gestão do TEIAS.**
- **Parte variável 02 - incentivo Institucional à unidade de saúde.**
- **Parte variável 03 - incentivo à equipe de saúde da família e saúde bucal.**

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

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized letter 'A' followed by a vertical line.



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

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

Para fazer jus aos recursos orçamentários da parte variável 01 com periodicidade trimestral, que correspondem a até 2% do percentual do valor referente à soma do valor das rubricas "Equipe de Saúde da Família" + "Serviço de Apoio especializado/NASF", a **CONTRATADA** deverá apresentar um relatório contendo os resultados dos indicadores pré-estabelecidos pela SMS-RJ, definidos no Quadro 1.0.

O valor está condicionado ao cumprimento do conjunto de metas estabelecidas para o respectivo trimestre.

Caso a OSS cumpra a totalidade das metas, a parte variável 01 deverá ser considerada na rubrica "Apoio a gestão do TEIAS – OSS", devendo a OSS apresentar à CAP o plano de aplicação deste valor.

A parte variável 01 pode ser dividida em três faixas de recursos orçamentários:

(i) cumprimento de 80 a 100% das metas implica em destinação do total de 2% dos recursos orçamentários pré-definidos a OSS, desde que 100% das equipes de saúde da família estejam completas (*). No caso de equipes incompletas, mesmo tendo 100% dos indicadores alcançados, a OSS fará jus somente a 1% do recurso.

(ii) cumprimento de 60 a 79% das metas implica em destinação do total de 1% dos recursos orçamentários pré-definidos a OSS, desde que 100% das ESF estejam completas (*). No caso de equipes incompletas, mesmo tendo 100% dos indicadores alcançados, a OSS fará jus somente a 0,5% do recurso.

(iii) cumprimento de menos de 60% das metas implica em não destinação do recurso à OSS.

(*) entende-se por equipe de saúde da família completa, em cada mês do período de análise, aquela que possuir **cadastrado no SCNES**, um médico 40h ou dois médicos 20h, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e o número mínimo de ACS definido pela CAP para cada território.

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

Quadro 1.0 de indicadores da **PARTE VARIÁVEL 01**- incentivo institucional à gestão de TEIAS.

Nº.	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade avaliação	Meta	Observação
1	Manutenção de comissões de prontuários nas unidades	Proporção de Unidades de Saúde da Família com comissões de prontuários mantidas	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de unidades com comissões com atividade mensal}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ de unidades com equipes de Saúde da Família}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral (a partir do 7º mês de funcionamento da Unidade)	95%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade se existe comissão de prontuário, a periodicidade das reuniões e a ata das reuniões. Mínimo de reuniões para ser considerada ativa é de 1 reunião mensal.
2	Acompanhamento do cadastramento e atualização no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)	Proporção de profissionais de saúde cadastrados no SCNES	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de profissionais das equipes de ESF e ESB cadastrados no prontuário com correspondência no SCNES}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ de profissionais das ESF e ESB cadastrados no prontuário}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP) + arquivo exportação do CNES	Trimestral	95%	Este indicador visa medir a percentagem de profissionais que estão atuando nas ESF e ESB e devidamente atualizados no SCNES. Para o numerador deve-se considerar correspondência de CNES e de código de equipe para os profissionais. Mensalmente as empresas de prontuário devem atualizar toda a base do SCNES enviada ao DATASUS (N). Deve-se comparar a proporção de profissionais cadastrados no PEP com aqueles devidamente registrados no CNES.
3	Estrutura para impressão de documentos assistenciais	Percentual de consultórios com impressora funcionando	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de consultórios de equipes de saúde da família, saúde bucal e farmácia com impressora disponível e funcionando nas unidades com apoio à gestão}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ de consultórios de equipes de saúde da família, saúde bucal e farmácia nas unidades com apoio à gestão}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	95%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade mensalmente se todos os consultórios de equipes de saúde da família (considerando salas temáticas), saúde bucal e farmácia apresentam impressoras disponíveis e funcionando no período.





Processo 09/52/000.151/2015

Nº.	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade avaliação	Meta	Observação
4	Abastecimento regular das unidades	Proporção de unidades de saúde com declaração que estão regularmente abastecidas pelo diretor/gerente	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de unidades de saúde com declaração que estão regularmente abastecidas pelo diretor/gerente}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ de unidades recebendo apoio a gestão}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	95%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade mensalmente o abastecimento dos insumos e equipamentos de atribuição da OSS (excluem-se os medicamentos) está regular em percentagem de itens padronizados. A avaliação é a média dos 3 meses.
5	Descentralização do fornecimento de medicamentos controlados	Proporção de unidades que realizam o fornecimento de medicamentos controlados.	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de unidades com apoio à gestão que realizam o fornecimento registrado pelo prontuário}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de unidades com apoio à gestão na área}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	95%	O prontuário deve gerar por mês a quantidade de itens de medicamento controlado distribuídos por unidade. Considera-se que a unidade dispensa medicamento controlado se houver registro regular de dispensação deste item no prontuário. Deve permitir detalhar a lista de pacientes que recebem o insumo.
6	Regularidade no envio da produção (BPA, SISAB, OSINFO)	Proporção de unidades que informaram em dia.	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de unidades com comprovação de envio de arquivos válidos pelo PEP}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de unidades com apoio à gestão na área}} \times 100$	Protocolo de envio pelo Prontuário Eletrônico (PEP) + declaração da DICA	Trimestral	100%	O calendário de envio para o SISAB e SIA deverá seguir o pactuado com CAP e SMS. O Painel OS INFO deve ser informado conforme regulamentação da S/SUBG/CCGOS. O prontuário deve gerar relação das unidades com a data e a competência de envio nos três meses em análise.
7	Regularidade no envio dos indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3), SISAB e SIA aos profissionais das equipes	Proporção de profissionais da ESF e ESB que receberam mensalmente por e-mail pelo PEP o resultado de indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3) de sua unidade, SIA e SISAB	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de profissionais das ESF e ESB que receberam mensalmente por e-mail pelo PEP o resultado de indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3), SIA e SISAB de sua unidade}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de profissionais de ESF e ESB na área}} \times 100$	Protocolo de envio de e-mail pelo Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	100%	Todos os profissionais das equipes devem receber mensalmente por e-mail, automaticamente a partir do prontuário o resultado dos indicadores de desempenho, SIA e SISAB. O prontuário deve gerar uma relação de todos os profissionais de saúde por unidade e por equipe com a data de envio automático dos indicadores por e-mail, o e-mail de cada um deles e o cargo dos mesmos.

8	Relação do gasto administrativo em relação ao total de gastos	Razão de gasto administrativo em relação ao total do gasto	$\frac{\text{(N) Valor gasto com a rubrica gestão TEIAS-OSS no trimestre}}{\text{(D) Teto do valor para a rubrica gestão do TEIAS-OSS no trimestre}} \times 100$	Prestação de contas	Trimestral	<ou =1	Avaliação da eficiência da gestão, considerando a média de três meses
9	Compra de itens abaixo do valor médio do banco de preços em saúde do MS ou da SMS	Proporção de itens adquiridos com valor abaixo da média do banco de preços do MS ou SMS	$\frac{\text{(N) Total de itens comprados abaixo da média de preços}}{\text{(D) Total de itens adquiridos}} \times 100$	Prestação de contas	Trimestral	95%	<p>Eficiência das aquisições e uso adequado dos recursos do projeto de acordo com itens preestabelecidos em lista padrão.</p> <p>Apresentação da curva ABC para os 300 principais itens.</p> <p>DECRETO RIO Nº 41.208 DE 18/01/2016</p>
Nº.	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade avaliação	Meta	Observação
10	Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados	Proporção de gerentes que consideraram de boa qualidade os itens adquiridos e os serviços prestados.	$\frac{\text{(N) Nº de itens fornecidos e serviços prestados avaliados com boa qualidade no período de análise}}{\text{(D) Total de itens e serviços prestados avaliados no período de análise}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	95%	<p>Eficiência das aquisições e uso adequado dos recursos do projeto de acordo com itens preestabelecidos em lista padrão.</p>
11	Proporção de cura de tuberculose	Proporção de casos de tuberculose encerrados como cura no período	$\frac{\text{(N) Nº de casos novos de Tuberculose encerrados como cura na área no período em análise}}{\text{(D) Nº total de casos novos de Tuberculose encerrados na área no período em análise}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	85%	<p>O alcance da meta deste indicador será somente se considerado 90% dos casos com diagnóstico de tuberculose >ou =12 meses estiverem encerrados com o respectivo motivo do encerramento registrado no PEP. O prontuário deverá permitir a extração da lista nominal dos casos com diagnóstico de TB com a respectiva data e motivo de encerramento.</p>



12	Acompanhamento de Sífilis na Gestação	Proporção de Notificações de Sífilis na Gestação com tratamento adequado	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de gestantes residentes na abrangência das equipes notificadas para Sífilis na Gestação com tratamento adequado no período em análise}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ de gestantes residentes na abrangência das equipes notificadas para Sífilis na Gestação no período em análise}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	90%	<p>a) Considera-se tratamento ADEQUADO: 1) prescrição adequada para o tipo de sífilis (primária, secundária, latente); E 2) Tratamento do parceiro; E 3) Tratamento realizado antes de 30 dias da data do parto;</p> <p>b) Para atingir o indicador deve-se fazer o diagnóstico precocemente (importância do teste rápido) e tratar o parceiro;</p> <p>c) Considera-se também casos de gestantes residentes na área das equipes notificadas na maternidade. Para isso, havendo inconsistências nessas notificações é possível a correção na base do SINAN, desde que a equipe fique atenta e comprove que o tratamento foi adequado.</p>
13	Proporção de gestantes com 7 ou mais consultas	Proporção de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal registradas no PEP	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de mulheres que encerraram o pré-natal com 7 ou mais consultas (médico e/ou enfermeiro) na área no período em análise}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de mulheres que encerraram o pré-natal na área no período em análise}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	80%	Considerar todos os registros de consultas de pré-natal do médico e/ou do enfermeiro na linha de cuidado.
Nº.	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade avaliação	Meta	Observação
14	Proporção de cadastros definitivos com número único (CPF) para pessoas com 16 anos ou mais	Proporção de cadastros definitivos com número único em relação ao total de cadastros para pessoas com 16 anos ou mais	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de pessoas cadastradas no PEP com preenchimento do campo CPF para pessoas com 16 anos ou mais}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de pessoas cadastradas no PEP com 16 anos ou mais}} \times 100$	PEP	Trimestral	90%	
15	Proporção de cadastros definitivos com número único (DNV ou CPF) para pessoas menores de 16 anos	Proporção de cadastros definitivos com número único em relação ao total de cadastros para pessoas com menos de 16 anos	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de pessoas cadastradas no PEP com preenchimento do campo DNV ou CPF para pessoas com menos de 16 anos}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de pessoas cadastradas no PEP com menos de 16 anos}} \times 100$	PEP	Trimestral	90%	





Processo 09/52/000.151/2015

16	Rotatividade de profissionais nas equipes	Rotatividade (turnover) de profissionais nas equipes de saúde da família	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de profissionais substituídos} + \text{ N}^\circ \text{ de profissionais admitidos}}{2}$ $\frac{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de profissionais ativos no período}}{}$	CNES	Trimestral	<ou= 5%	<p>Forma clássica de cálculo do turnover: número de demissões mais número de admissões/2 dividido pelo número de funcionários ativos.</p> <p>1) consideram-se apenas os profissionais da equipe mínima de ESF e ESB.</p> <p>2) para substituição consideram-se demissões, transferências e substituições por licença.</p>
17	Proporção de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca com condicionalidades acompanhadas	Número de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca (CFC) acompanhadas no período	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de crianças até 2 anos e gestantes beneficiárias do CFC acompanhadas}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de crianças até 2 anos e gestantes beneficiárias do CFC}}$	Portal Bolsa Família / SUBPAV	Trimestral		<p>Meta:</p> <p>Janeiro/Julho – 20%, Fevereiro/Agosto – 30%, Março/Setembro – 40%, Abril/Octubro – 60%, Maio/Novembro – 80%, Junho/Dezembro – 90%</p>
18	Percentual de escolas e creches no território de referência da Unidade de Saúde com no mínimo uma atividade de promoção, prevenção ou assistência.	Proporção de escolas e creches cobertas na área da Unidade de Saúde de referência.	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de escolas que receberam no mínimo uma ação de saúde no período}}{(D) \text{ Total de escolas da área}} \times 100$	PEP	Mensal (considerar apenas meses letivos das escolas)	90%	<p>O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade as escolas e creches públicas na área de abrangência com informações como INEP, Endereço, Nome do estabelecimento, número de alunos. Cada equipe de SF e SB deve registrar as atividades realizadas a partir desse cadastro realizado. Nos meses não letivos das escolas, não considerar o mês em questão.</p>
	Desempenho assistencial	Proporção de famílias com entrega de kits de higiene oral dentre as famílias beneficiárias do programa Bolsa Família	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de famílias beneficiárias do BF cadastradas na área da ESF com kits individuais entregues para todos os seus membros pelos ACS ou ESB}}{(D) \text{ Total de famílias beneficiárias do BF cadastradas na área da ESF}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	100%	

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

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



09-52000151-2015

599

Processo 09/52/000.151/2015

relação as “Fontes” descritas nos Eixos 1 a 6 para cada indicador, tendo a OSS que proceder a mudança no mês seguinte a esta alteração.

No caso de surto ou situação de emergência em saúde pública, outros indicadores e estatísticas de doenças de notificação compulsória serão incluídos para acompanhamento.

Ao final de 12 meses de acompanhamento, a SMS–RIO, juntamente com a OSS, deverá rever estes indicadores, com o objetivo de aperfeiçoar o monitoramento proposto, de acordo com as recomendações das diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde – SUS.

B.3.3. PARTE VARIÁVEL 02

O cumprimento de indicadores específicos relacionados a cada unidade de atenção primária destinará um valor trimestral preestabelecido segundo o número de equipes, a ser aplicado na própria unidade de atenção primária. O valor é de até R\$ 3.000,00/trimestre por equipe de saúde da família. Para a obtenção do repasse dos recursos da Parte Variável 2 pelas Unidades de Saúde, deverão ser cumpridas 2 (duas) condicionais:

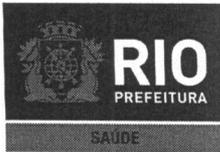
1) Do atingimento das metas pelas Equipes de Saúde da Família:

- Cumprimento das metas de 0 a 11 indicadores pelas equipes da unidade, não será repassado nenhum valor.
- Cumprimento das metas de 12 a 16 indicadores pelas equipes da unidade, será repassado 50% do valor do trimestre (R\$ 1.500,00 Reais por equipe);
- Cumprimento das metas de 17 a 21 indicadores pelas equipes da unidade, será repassado 100% do valor do trimestre (R\$ 3.000,00 Reais por equipe).

Exemplos: uma unidade com três equipes de saúde da família em que todas essas equipes tenham cumprido a meta de 17 a 21 indicadores, será repassado à unidade 3 x R\$ 3.000,00 Reais= R\$ 9.000,00 no trimestre; uma unidade com 5 equipes em que quatro tenham cumprido a meta de 17 a 21 indicadores e uma tenha cumprido a meta de 12 a 16 indicadores, será repassado à unidade 5 x R\$ 1.500,00 Reais no trimestre; uma unidade com 4 equipes em que duas tenham cumprido a meta de 17 a 21 indicadores, uma equipe cumprido a meta de 12 a 16 indicadores e uma tenha cumprido a meta de 0 a 11 indicadores, não será repassado nenhum valor à unidade.

2) Da completude das Fichas de Cadastro do Prontuário Eletrônico (PEP):

O percentual mínimo de Fichas de Cadastro Individual e Domiciliar com todos os campos preenchidos no PEP é de 90%, em cada um dos meses do trimestre. Somente se este percentual for atingido nos três meses do trimestre, as unidades que atingiram as metas de 17 a



09-52000151-2015

600

Processo 09/52/000.151/2015

21 indicadores terão 100% do repasse. Se não houver 90% de completude das Fichas de Cadastro, o repasse cairá para 50%. Da mesma forma, as unidades que atingiram as metas de 12 a 16 indicadores só receberão 50% do repasse se a completude das Fichas de Cadastro for de 90% ou mais. Caso seja menor que 90%, o repasse será de apenas 25%.

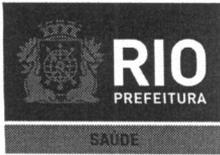
*Os prontuários eletrônicos deverão fornecer relatório com o percentual de fichas de cadastro com todos os campos preenchidos.

A matriz de indicadores a ser utilizada na contratualização da parte variável 02 é constituída por 21 indicadores agrupados em quatro grandes áreas: **acesso**, **desempenho assistencial**, **qualidade percebida e desempenho econômico**, conforme Quadro 02 a seguir.

Quadro 02 - Indicadores da **Parte variável 02** -incentivo à qualificação das unidades de saúde

A) Acesso

- A1. Percentagem de consultas ao paciente realizadas pelo seu próprio médico de família.
- A2. Percentagem demanda espontânea em relação ao total de atendimentos.
- A3. Taxa de visitas domiciliares por 1.000 inscritos.
- A4. Taxa de grupos educativos por 1.000 inscritos.
- A5. Proporção de itens da carteira de serviço implementados.
- A6. Percentagem de consultas agendadas não presencialmente, por telefone, e-mail ou plataforma web do prontuário eletrônico.
- A7. Cobertura de primeira consulta odontológica programática.

**D) Desempenho Assistencial**

- D1. Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia registrado nos últimos 3 anos.
- D2. Percentagem de pessoas cadastradas com diagnóstico de diabetes com pelo menos duas consultas, sendo 1 com médico e 1 com enfermeiro, registradas nos últimos doze meses.
- D3. Percentagem de pessoas cadastradas com diagnóstico hipertensão, com registro de pelo menos 1 consulta médica e 1 consulta de enfermagem no período de 12 meses.
- D4. Percentual de crianças de até 2 anos com cartão de vacinas atualizado.
- D5. Percentual de crianças de até 6 anos com cartão de vacinas atualizado.
- D6. Percentual de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez.
- D7. Percentual de primeiras consultas de puericultura efetuadas até aos 15 dias de vida.
- D8. Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas.
- D9. Percentagem das equipes de Saúde da Família com desempenho acima da média ou muito acima no resultado do PMAQ.

S) Qualidade Percebida

- S1. Percentagem de usuários satisfeitos/muito satisfeitos.

E) Desempenho econômico

- E1. Custo médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia (incluindo medicamentos REMUME) previstos por usuário.
- E2. Percentual de medicamentos prescritos da REMUME.
- E3. Percentual de pacientes encaminhados em relação ao número de pacientes atendidos.
- E4. Percentual de absenteísmo nas consultas/procedimentos agendados no SISREG.

B.3.3.1. QUADRO DE PARÂMETROS DE VALORES DE METAS 1º ANO DE CONTRATO (parte variável 02).

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

INDICADORES DE ACESSO

Nº.	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade	Meta
A1	Acesso	Percentagem de consultas ao paciente pelo seu próprio médico de família	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de consultas médicas realizadas a pacientes da equipe pelo próprio médico da equipe}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ de consultas médicas realizadas a pacientes da equipe na unidade}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	70% a 95%
A2	Acesso	Percentagem de demanda espontânea em relação ao total de atendimentos	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ consultas realizadas sem agendamento prévio (demanda espontânea) por médicos, enfermeiros e dentistas da equipe}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de consultas realizadas por médicos, enfermeiros e dentistas da equipe}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 40%, Máximo 80%



A3	Acesso	Taxa de visitas domiciliares	<p>(N) Nº de visitas domiciliares realizadas pela equipe em 3 meses (médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem, ACS, CDs, ASB, TSB) $\times 1.000$</p> <p>(D) Nº total de cadastrados na área da equipe</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 300/1.000 (sem SB) ou 320/1.000 (com SB)
A4	Acesso	Taxa de grupos educativos	<p>(N) Nº de atividades educativas em grupo realizadas pela equipe em 3 meses (médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem, ACS, CD, ASB, TSB) $\times 1.000$</p> <p>(D) Total de cadastrados na área da equipe</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 6/1.000 (sem SB) ou 12/1.000 (com SB)
A5	Acesso	Proporção de itens da Carteira de Serviços implementados	<p>(N) Nº de itens da carteira de serviços implementados pela equipe de SF e SB $\times 100$</p> <p>(D) Total de ações da carteira de serviços</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 90%
Nº.	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade	Meta
A6	Acesso	Porcentagem de consultas agendadas não presencialmente, por telefone, e-mail ou plataforma web do prontuário eletrônico	<p>(N) Nº de consultas (médicos, enfermeiros e dentistas da ESF e ESB) agendadas por telefone, e-mail ou plataforma web do prontuário eletrônico $\times 100$</p> <p>(D) Nº total de consultas (médicos, enfermeiros e dentistas) agendadas no mês pelas ESF e ESB da unidade</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 10%
A7	Acesso	Cobertura de primeira consulta odontológica programática	<p>(N) Nº de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas nos últimos 3 meses $\times 100$</p> <p>(D) População cadastrada na área da unidade \times (Nº de ESB \div Nº de ESF)</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	$\geq 3\%$



INDICADORES DE DESEMPENHO ASSISTENCIAL

Nº.	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade	Meta
D1	Desempenho assistencial	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia registrada nos últimos 3 anos	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de mulheres entre 25 e 64 anos pertencentes a área de abrangência da equipe com registro de colpocitologia do colo uterino nos últimos 3 anos}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de mulheres entre 25 e 64 anos cadastradas no PEP residentes na área de abrangência da equipe}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 80%
D2	Desempenho assistencial	Percentual de pessoas com diagnóstico de diabetes com pelo menos duas consultas, sendo 01 com médico E 01 com enfermeiro, registradas nos últimos 12 meses	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de pessoas cadastradas com diagnóstico de diabetes na área de abrangência da equipe com pelo menos duas consultas, 01 com médico e 01 com enfermeiro, registradas nos últimos 12 meses}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de pessoas cadastradas com diagnóstico de diabetes cadastradas na área de abrangência da equipe}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 70%
Nº.	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade	Meta
D3	Desempenho assistencial	Percentual de pessoas cadastradas com diagnóstico de hipertensão com registro de pelo menos 01 consulta médica e 01 de enfermagem no período de 12 meses.	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de pessoas cadastradas com diagnóstico de hipertensão na área de abrangência da equipe com pelo menos 01 consulta médica E 01 de enfermagem no período de 12 meses}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de pessoas cadastradas com diagnóstico de hipertensão na área de abrangência da equipe}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 70%
D4	Desempenho assistencial	Percentual de crianças de até 2 anos com cartão de vacinas atualizado	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de crianças até 2 anos pertencentes a área de abrangência da equipe cadastradas com registro de todas as vacinas do calendário vacinal em dia}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de crianças até 2 anos cadastrados na área de abrangência da equipe}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 90%



Processo 09/52/000.151/2015

D5	Desempenho assistencial	Percentual de crianças de até 6 anos com cartão de vacinas atualizado	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de crianças até 6 anos pertencentes a área de abrangência da equipe cadastradas com registro de todas as vacinas do calendário vacinal em dia}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de crianças até 6 anos cadastrados na área de abrangência da equipe}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 80%
D6	Desempenho assistencial	Percentual de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de gestantes com pré natal encerrado no trimestre pertencentes a área de abrangência da equipe com registro de consulta no primeiro trimestre de gravidez}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de gestantes cadastradas na área de abrangência da equipe com pré-natal encerrado no trimestre}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 80%
D7	Desempenho assistencial	Percentual de primeiras consultas de puericultura efetuadas até 15 dias de vida	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de crianças que completaram 3 meses no período em análise pertencentes a área de abrangência da equipe cadastradas com registro de 1ª consulta realizada até 15 dias de vida}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de crianças que completaram 3 meses no período em análise cadastradas na área de abrangência da equipe}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 80%
Nº.	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade	Meta
D8	Desempenho assistencial	Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de tratamentos concluídos pelo cirurgião dentista da equipe de SB nos últimos 12 meses}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ de consultas odontológicas programáticas pelo cirurgião dentista da equipe de SB nos últimos 12 meses}}$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	>ou= 0,6
D9	Desempenho das ESF no PMAQ	Porcentagem das equipes de Saúde da Família com desempenho acima da média ou muito acima da média no resultado do PMAQ	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de equipes de Saúde da Família com resultado Acima da Média e Muito acima da média}}{(D) \text{ Número total de ESF da unidade de saúde}} \times 100$	Relatório de resultados PMAQ (**)	Trimestral	Mínimo 80%





09-52000151-2015

COSP

Processo 09/52/000.151/2015

(**) Para a contabilização do número de equipes de Saúde da Família de cada unidade será considerada a quantidade de equipes de saúde da família no CNES, do último mês de referência definido pelo Ministério da Saúde como a competência para a adesão ao ciclo do PMAQ em análise. Por exemplo, no segundo ciclo, maio de 2013 foi o último mês de competência definido pelo Ministério da Saúde. Com isso o número de equipes de saúde da família da unidade deve considerar este mês. As novas equipes implantadas, após esta data, não serão contabilizadas no numerador e no denominador. Cada ciclo do PMAQ tem duração entre 18 e 24 meses. Uma vez divulgado pelo Ministério da Saúde o resultado no 2º ciclo do PMAQ, a unidade de saúde pontuará este indicador até serem publicados os resultados do 3º ciclo e assim sucessivamente. No terceiro ciclo, devido às mudanças no edital do PMAQ, as faixas de desempenho consideradas para o alcance deste indicador serão Ótimo e Muito Bom.

INDICADOR DE QUALIDADE PERCEBIDA

Nº.	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade	Meta
S1	Qualidade Percebida	Percentagem de usuários satisfeitos/muito satisfeitos	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de usuários satisfeitos/muito satisfeitos atendidos na unidade de saúde}}{(D) \text{ Total de usuários que preencheram o registro de satisfação no período em análise}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 80%

INDICADORES DE DESEMPENHO ECONÔMICO

Nº.	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade	Meta
-----	------	-------------	--------------------	-------	---------------	------

E1	Desempenho econômico	Custo médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia (incluindo medicamentos REMUME) previstos por usuário	<p>(N) Somatório do valor dos exames de SADT e medicamentos REMUME solicitados pelos médicos de cada equipe (fonte valores tabela SIGTAP) no trimestre avaliado</p> <hr/> <p>(D) Nº total de usuários atendidos pelos médicos de cada equipe no trimestre avaliado</p>	Prontuário Eletrônico (PEP) (Tabela SIGTAP como parâmetro)	Trimestral (a partir do 4º mês da Clínica)	Máximo R\$41,80
E2	Desempenho econômico	Percentual de medicamentos prescritos da REMUME	<p>(N) Nº de itens diferentes de medicamentos pertencentes a REMUME prescritos pelos médicos de cada equipe nos últimos 3 meses</p> <hr/> <p>(D) Nº total de itens diferentes de medicamentos prescritos pelos médicos de cada equipe últimos 3 meses</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 90%
E3	Desempenho econômico	Percentual de pacientes encaminhados em relação ao número de pacientes atendidos	<p>(N) Nº de pacientes atendidos pelo médico de cada equipe (pacientes da área e fora de área) nos últimos 3 meses e que foram encaminhados a algum serviço/especialidade</p> <hr/> <p>(D) Nº total de pacientes atendidos pelo médico de cada equipe (pacientes da área e fora de área) nos últimos 3 meses</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Máximo 20%
E4	Desempenho econômico	Percentual de absenteísmo nas consultas/procedimentos agendados no SISREG	<p>(N) Nº de pacientes que faltaram a consulta especializada ou a realização de exame complementar pertencentes a área de abrangência da equipe, nos últimos 3 meses</p> <hr/> <p>(D) Nº total de pacientes agendados para exames ou encaminhamentos especialistas no SISREG (para consultas ou exames) pertencentes à área de abrangência da equipe nos últimos 3 meses</p>	SISREG(***)	Trimestral	Máximo 30%

(***) A fonte deste indicador permite extração do resultado por unidade, desta forma, será considerado o mesmo resultado para cada equipe da unidade, ou seja, uma unidade com 4 equipes que apresentou resultado de 25% no SISREG terá para cada equipe o resultado de 25%. Este indicador não será considerado para unidades tipo B.





09-52000151-2015

CW8

Processo 09/52/000.151/2015

B.3.3.2. CONTRATUALIZAÇÃO DOS INCENTIVOS FINANCEIROS COM A UNIDADE DE SAÚDE (Parte Variável 02).

A definição das metas, a partir do 2º ano de contrato com as OSS depende da pactuação a ser efetuada entre a unidade e a CAP e deverá levar em consideração o comportamento dos indicadores na própria unidade. As metas deverão ser definidas em função do número de meses previstos de funcionamento da unidade com saúde da família para o ano – será apenas considerado o número de meses completos de atividade.

No primeiro ano do contrato de gestão a SMS definirá as metas, que servirão, junto com a série histórica dos indicadores por equipe de saúde da família, para a pactuação que deverá ser feita entre a CAP e cada equipe de saúde da família. Esta pactuação deverá ser realizada por escrito, equipe a equipe, em forma de contrato de gestão celebrado entre ambas as partes.

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

B.3.3.3. MONITORAMENTO DOS INDICADORES (PARTE VARIÁVEL 02).

O monitoramento **dos indicadores** deverá ser feito trimestralmente, de forma automatizada e referendada pelo diretor/gerente da unidade.

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

Os indicadores que avaliam a satisfação dos usuários e dos profissionais pressupõem a



09-52000151-2015

609

Processo 09/52/000.151/2015

aplicação de questionários – modelo definido pela SUBPAV / SMS, de modo a permitir comparações entre as APs. O indicador final que medirá a satisfação dos usuários será oriundo de um *casemix* preestabelecido pela SMS.

A unidade deverá elaborar um relatório de atividades que indique o compromisso assistencial realizado em relação ao contratualizado e remete-lo a CAP. No relatório deverão estar explícitas as razões pelas quais algumas metas possam não ter sido alcançadas, ou os motivos que levaram à superação das metas previstas.

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

As unidades que tenham direito ao Incentivo Institucional (parte variável 02) deverão elaborar um **Plano para a Aplicação do Incentivo**, sendo submetido a CAP para validação.

Caberá às CTAs aprovar o Plano de Aplicação de Incentivos (parte variável 02), garantindo assim a destinação orçamentária para o valor em questão. Caso o Plano de Aplicação de Incentivos não vá ao encontro da estratégia local de saúde definida pela CAP, esta deverá negociar com a unidade de saúde, dentro dos prazos previstos, as alterações necessárias no referido plano.

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

B.3.3.4. ORIENTAÇÕES PARA PAGAMENTO POR PERFORMANCE QUANTO À QUALIDADE PERCEBIDA / SATISFAÇÃO DO USUÁRIO



09-52000151-2015

610

Processo 09/52/000.151/2015

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

- Para o registro da satisfação, deve-se utilizar questionário padrão definido pela SMS. O podendo ser em totem com que facilite a visualização e a coleta das informações;
- Os usuários poderão registrar satisfação apenas uma vez para cada motivo de procura à unidade de saúde e apenas **no mesmo dia do atendimento e com identificação de CPF**;
- Não se deve induzir ou sugerir uma resposta aos usuários;
- O prontuário eletrônico deve gerar um relatório nominal de pessoas que registraram a informação de satisfação dos usuários contendo as seguintes informações:

NOME DO USUÁRIO;

EQUIPE DE SAÚDE;

DATA DO REGISTRO;

HORA DO REGISTRO;

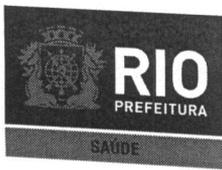
MOTIVO DO ATENDIMENTO;

- A Coordenadoria Geral de Atenção Primária deve fazer aleatoriamente uma auditoria com amostra de usuários que tiverem as respostas preenchidas para validação dos dados e detectar casos de abusos ou de fraude nos dados;

B.3.4. PARTE VARIÁVEL 03

A variável 3 consiste em um recurso pago trimestralmente tendo como valor de referência o salário base de cada profissional, sob a forma de Unidades Contábeis (UC). Cada equipe terá como limite mínimo para receber o incentivo, 60 UCs no trimestre, no somatórios de pelo menos cinco grupos de ações. O limite máximo de UC por trimestre é de 300 UCs, o que corresponde a 10% da soma dos salários base do trimestre (o que equivale a 10% do salário base mensal).

A quantidade de UC a ser repassada está condicionada ao cumprimento de indicadores específicos relacionados a cada equipe de saúde da família e saúde bucal.



09-52000151-2015

611

Processo 09/52/000.151/2015

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

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

Os Centros de Saúde e as Clínicas da Família são unidades operativas das CAP com autonomia funcional e técnica, e devem garantir aos cidadãos inscritos uma carteira básica de serviços definida pela Superintendência de Atenção Primária – S/SUBPAV/SAP.

Nem todas as unidades de atenção primária no Município do Rio de Janeiro estão no mesmo plano de desenvolvimento organizacional. A diferenciação entre os vários modelos de unidades de atenção primária (A, B e C) é resultante da organização do processo de trabalho, conforme quadro a seguir.

Quadro 03 – Modelos de unidades de atenção primária existentes no município do Rio de Janeiro

Modelo A. Todo o território é coberto pelas equipes de saúde da família e saúde bucal, e a unidade está dividida em Equipes de Saúde da Família. Nesta unidade, todo usuário deve conhecer sua equipe e os nomes dos profissionais de referência para seu atendimento.

Modelo B. Somente uma parte do território é coberta com as equipes de saúde da família e saúde bucal.



Processo 09/52/000.151/2015

Modelo C. A unidade ainda não trabalha na estratégia de Saúde da Família.

Nota: O Território é definido pela lista de CEP (correio) vinculada a uma determinada unidade.

De 2010 a 2012, a PCRJ e a SMS identificaram a contratualização como ponto fundamental indutor de maior responsabilização e exigência, sempre no sentido de alcançar melhores resultados em saúde, com maior eficiência. O objetivo é evoluir como os melhores sistemas de saúde do mundo, onde é avaliado o desempenho clínico de cada profissional da rede.

Os modelos A e B terão incentivos aferidos para atividades específicas. Estes incentivos devem criar condições para o desenvolvimento de ambientes de motivação dos profissionais, ao atribuir às equipes melhorias nas unidades de saúde, no contexto físico do seu exercício, no reforço de competências pela facilitação do acesso a ações de formação, e ao atribuir aos profissionais, gratificações associadas ao desempenho.

Esses indicadores levam em consideração as especificidades locais, uma vez que é facultado ao profissional a composição do resultado final do conjunto de indicadores alcançado, dentro de um conjunto de indicadores.

Com isso, espera-se que as equipes desenvolvam a cultura de gestão da clínica, percebendo que não basta apenas atingir alguns indicadores, mas que em conjunto eles induzem uma boa prática clínica. Por exemplo, não serão esperados apenas que as equipes atinjam bons resultados na captação precoce de gestantes no pré-natal, mas saber quantas gestantes além da captação precoce realizaram um bom pré-natal. Para realizar um bom pré-natal alguns outros indicadores importantes, como ter realizado exames VDRL, hepatite B e HIV, ter realizado um mínimo de 7 consultas, entre outros.

ORIENTAÇÕES PARA REPASSE DOS INCENTIVOS FINANCEIROS AOS PROFISSIONAIS (PARTE VARIÁVEL 03).

A remuneração por desempenho será calculada pelas Unidades Contábeis (UC) alcançadas



09-52000151-2015

613

Processo 09/52/000.151/2015

pela equipe. Portanto em uma mesma unidade, as diferentes equipes de saúde da família poderão ter quantidade de UCs diferentes entre no trimestre.

A remuneração por desempenho abrange apenas os profissionais da equipe mínima de saúde da família (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários) e de saúde bucal (dentista, TSB e ASB).

Uma equipe terá como limite mínimo quantitativo de 60 UCs no trimestre, distribuídas no somatório de pelo menos cinco grupos de ações. O teto máximo será de 300 UCs no trimestre, o que corresponde a 10% da soma dos salários base dos 3 meses.

Dentro da mesma **equipe de saúde da família**, todos os profissionais da equipe mínima terão obtido a mesma quantidade de UCs no trimestre. O cálculo do valor em reais (R\$) a ser repassado para cada profissional no trimestre é realizado multiplicando o número de UCs alcançado no trimestre pela equipe pela proporção correspondente a soma do salário base no trimestre do profissional.

Exemplo 1 (valores e equipe fictícios)

300 UCs no trimestre corresponde a 10% da soma do salário base no trimestre (3x salário base).

Então, 200 UCs correspondem a 6,66% da soma de 3 salários:

EQUIPE	NOME PROFISSIONAL	CATEGORIA	SALÁRIO BASE DO PROFISSIONAL	Nº DE UCS NO TRIMESTRE	VALOR NO TRIMESTRE (EM R\$)
3210	AAAAAAAAAAAA	MEDICO	R\$ 7.500,00	200	R\$1.500,00
3210	BBBBBBBBBBBB	ENFERMEIRO	R\$ 3.900,00	200	R\$780,00
3210	CCCCCCCCCCCC	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	R\$ 1.080,00	200	R\$216,00



Processo 09/52/000.151/2015

3210	DDDDDDDDDDDD	ACS	R\$ 810,00	200	R\$162,00
3210	EEEEEEEEEEEEEE	ACS	R\$ 810,00	200	R\$162,00
3210	FFFFFFFFFFFFFFF	ACS	R\$ 810,00	200	R\$162,00
3210	GGGGGGGGGGGG	ACS	R\$ 810,00	200	R\$162,00
3210	HHHHHHHHHHHH	ACS	R\$ 810,00	200	R\$162,00
3210	IIIIIIIIIIIIIIII	ACS	R\$ 810,00	200	R\$162,00

No caso das **equipes de saúde bucal**, o cálculo deverá ser feito proporcionalmente ao valor atingido por cada uma das equipes de SF as quais esta equipe de saúde bucal estiver vinculada.

Caso a equipe de saúde bucal esteja vinculada a somente uma equipe de saúde da família a quantidade de unidades Contábeis será a mesma da ESF para o período em análise (Trimestre).

O valor de UCs deve ser o mesmo para os profissionais da mesma ESB (cirurgião dentista, TSB e ASB), mas os valores em reais (R\$) são calculados com base no salário base de cada um dos profissionais dessa equipe de saúde bucal.

Exemplo 2 - 1 ESB vinculada a duas ESF

EQUIPE DE SF	UNIDADES CONTÁBEIS NO TRIMESTRE ATINGIDAS PELA ESF	UNIDADES CONTÁBEIS PROPORCIONAIS PARA ESB
A	100UC	=100 x 50% = 50UC
B	200UC	=200 x 50% = 100 UC

TOTAL no TRIMESTRE: 150 UCs

Neste exemplo, a quantidade de UCs no trimestre para a ESB foi de 150 UCs, cujo valor a ser repassado a cada profissional da ESB pode ser demonstrado abaixo:

Exemplo 2 - cálculo em reais (R\$) - valores fictícios

NOME PROFISSIONAL	CATEGORIA	SALÁRIO BASE DO PROFISSIONAL	No de UCS no TRIMESTRE	VALOR R\$ NO TRIMESTRE
AAAAAAAAAAAAA	DENTISTA	R\$ 3.900,00	150	R\$595,00
BBBBBBBBBBBBB	TSB	R\$ 1.080,00	150	R\$162,00
CCCCCCCCCCCCC	ASB	R\$ 810,00	150	R\$121,50

B.3.4.1. CONTRATUALIZAÇÃO DOS INCENTIVOS FINANCEIROS COM OS PROFISSIONAIS – PARTE VARIÁVEL 03.

As unidades de modelo A e B são unidades funcionais com mais transformações organizacionais, onde os processos de trabalho nas equipes de saúde família já estão adequados à Política Nacional de Atenção Básica. Nestas unidades os profissionais estarão submetidos a um nível de contratualização com **patamares de desempenho mais exigentes**.

Com base na reforma dos cuidados primários em Portugal, considerando a matriz de avaliação da atenção primária no *National Health Service* (NHS) inglês, na Política Nacional de Atenção Básica, definimos um conjunto de ações de acompanhamento a serem remuneradas como parte variável dos vencimentos a ser paga trimestralmente pela OSS aos profissionais de saúde das equipes de saúde da família e saúde bucal.

A compensação prevista está associada ao acompanhamento dos usuários vulneráveis e de risco, segundo as orientações técnicas das Linhas de Cuidado da Superintendência de Atenção Primária – S/SUBPAV/SAP, nos termos apresentados no quadro a seguir:

Quadro de indicadores da **Parte Variável 03** - incentivo à gestão da clínica

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
01	Acompanhamento em planejamento reprodutivo de uma mulher em idade fértil, por ano	01





02	Acompanhamento em planejamento reprodutivo de uma mulher em idade fértil, com inserção de DIU ou realização de esterilização feminina, por ano	01
03	Acompanhamento de uma gravidez	08
04	Acompanhamento de uma criança, no primeiro ano de vida, por ano	06
05	Acompanhamento de uma criança, no segundo ano de vida, por ano	04
06	Acompanhamento de uma pessoa diabética, por ano	06
07	Acompanhamento de uma pessoa hipertensa, por ano	02
08	Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de tuberculose	08
09	Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de hanseníase	10
10	Acompanhamento de uma pessoa com transtorno ou necessidades relacionadas ao consumo de álcool e/ou outras drogas	4

A descrição de cada ação de acompanhamento é apresentada a seguir.

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
01	ACOMPANHAMENTO EM PLANEJAMENTO REPRODUTIVO DE UMA MULHER EM IDADE FÉRTIL, POR ANO	01
<u>PLANEJAMENTO REPRODUTIVO I</u>		
Uma usuária é considerada neste grupo se for verdadeira a condição [A e B e C e D e E e F]: uma mulher em idade fértil, por ano		
A. Ser do sexo feminino.		
B. Ter entre [10;50] anos (idade calculada para o último dia do período em análise).		
C. Ter realizado pelo menos uma consulta médica ou de enfermagem durante o período em análise (12 meses)		

com registro parametrizado de um dos códigos do ICPC-2 ou CID que permitem codificar o planejamento familiar (W10, W11, W12, W13, W14 ou W15; Z300-Z309 ou N970-N978).

D. Nas mulheres com idades entre [25, 50[anos, ter pelo menos um registro de resultado de colpocitologia nos 36 meses que antecedem a data fim do período em análise.

E. Estar cadastrada na unidade.

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

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
02	ACOMPANHAMENTO EM PLANEJAMENTO REPRODUTIVO DE UMA MULHER EM IDADE FÉRTIL, COM INSERÇÃO DE DIU OU ESTERILIZAÇÃO FEMININA, POR ANO	01

PLANEJAMENTO REPRODUTIVO II

Uma usuária é considerada neste grupo se for verdadeira a condição [A e B e C e D e E e F e G ou H]: **uma mulher em idade fértil, por ano**

A. Sexo feminino.

B. Ter entre [10;50[anos (idade calculada para o último dia do período em análise).

C. Ter realizado pelo menos uma consulta médica ou de enfermagem durante o período em análise (12 meses) com registro parametrizado de um dos códigos do ICPC-2 ou CID que permitem codificar o planejamento familiar (W10, W11, W12, W13, W14 ou W15; Z300-Z309 ou N970-N978).

D. Nas mulheres com idades entre [25, 50[anos, ter pelo menos um registro de resultado de colpocitologia nos 36 meses que antecedem a data fim do período em análise.

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

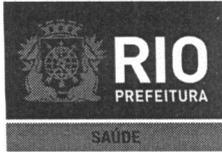
F. Estar cadastrada na unidade.

G. Consulta médica com a inserção de DIU (CID: Z30.1 ou 03.01.04.002-8 - ATENDIMENTO CLINICO PARA INDICACAO, FORNECIMENTO E INSERCAO DO DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)).

H. Preparação para esterilização feminina (aconselhamento, atividade educativa, consentimento informado, pré-operatório para laqueadura tubária) e registro no prontuário da realização do procedimento (CID Z30.2).

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
----------------	-----------	----





09-52000151-2015 618

Processo 09/52/000.151/2015

03	ACOMPANHAMENTO DE UMA GRAVIDEZ	08
<u>SAÚDE MATERNA:</u>		
<p>Uma usuária é considerada neste grupo se forem verdadeiras a condição [A e B e C e D e E e F e G]:</p> <p>A. Sexo feminino com pré-natal encerrado no período de vigência.</p> <p>B. Ter efetuado consulta ou visita médica ou de enfermagem de revisão do puerpério no período em análise e, no máximo, 7 dias após o parto, registrada por qualquer médico ou qualquer enfermeiro, com a descrição de "revisão do puerpério".</p> <p>C. Ter efetuado a primeira consulta de gravidez antes da 12ª semana - [0; 12[de gestação.</p> <p>D. Ter realizado pelo menos 7 consultas de pré-natal médicas e/ou de enfermagem até à 42ª semana - [0; 42]: com aferição de PA durante a consulta e ter registro de resultado dos testes/exames anti-HIV, hepatite B e sífilis realizados até a 24ª semana de gestação. Estas consultas devem ter registro parametrizado que permitem codificar gravidez - (W78, W79 ou W84 ou O00-O01, O10-O16, O24-O26.5, O26.8-O26.9, O30-O48, Z321-Z369).</p> <p>E. A usuária deve estar cadastrada na equipe.</p> <p>F. Ter registro de pelo menos 4 visita do ACS desde o diagnóstico da gravidez, sendo uma delas em até 7 dias após a data do parto.</p> <p>G. Ter realizado pelo menos uma consulta odontológica e/ou procedimento clínico em Saúde Bucal. Caso não haja ESB vinculada à equipe, este item não se aplica.</p>		

Obs. 1: Toda gestante com mais de 40 dias da data prevista de parto deve ser automaticamente excluída da lista de gestantes ativas do prontuário.

Obs. 2: para considerar uma gestante ativa no prontuário, o profissional deve registrar uma consulta com o código do CID10 de gestação e ativar a linha de cuidado.

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
04	ACOMPANHAMENTO DE UMA CRIANÇA, NO PRIMEIRO ANO DE VIDA, POR ANO	06

SAÚDE INFANTIL - 1º ANO DE VIDA

Um usuário é considerado neste grupo se for verdadeira a condição [A e B e C e D e E e F e G e H e I e J]:

- A. Ter completado um ano de vida durante o período em análise.
- B. Ter tido a primeira consulta médica ou de enfermagem até ao 15º dia de vida [0, 15 dias].
- C. Ter realizado pelo menos 5 consultas médicas ou de enfermagem de acompanhamento em saúde infantil (puericultura) até aos 11 meses de vida - [0, 330] dias.
- D. Ter pelo menos 3 registros parametrizado de avaliação do desenvolvimento psicomotor até os 11 meses de



Processo 09/52/000.151/2015

vida - [0, 330] dias. Podem ser realizados por médico ou por enfermeiro.

E. Ter recebido ao menos 5 visitas domiciliares do ACS aos 11 meses de vida, sendo a primeira até o 7º dia de vida - [0, 330] dias.

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

G. Ter registro de coleta do teste do pezinho (realizado entre 3º e 5º dias de vida).

H. Ter registro de avaliação nutricional com registro de IMC em cada consulta.

I. Ter realizado pelo menos uma consulta odontológica ou participação em grupo educativo com dentista, TSB ou ASB. Caso não haja ESB vinculada à equipe, este item não se aplica.

J. Não ter recebido UC no grupo de ação 04 para o mesmo paciente.

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
05	ACOMPANHAMENTO DE UMA CRIANÇA, NO SEGUNDO ANO DE VIDA, POR ANO	04

SAÚDE INFANTIL - 2º ANO DE VIDA

Um usuário é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A e B e C e D e E e F]:

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

B. Ter pelo menos 3 consultas com registros parametrizados de avaliação do desenvolvimento psicomotor, peso e altura (pelo menos 1 consulta do médico e uma consulta do enfermeiro) entre os 12 e os 24 meses de vida - [365, 730] dias.

C. Ter recebido pelo menos 2 visitas do ACS entre os 12 e os 24 meses de vida - [365, 730] dias.

D. Estar com o calendário vacinal completo e todos os registros preenchidos no prontuário eletrônico.

E. Ter realizado pelo menos uma consulta odontológica ou participação em grupo educativo com dentista, TSB ou ASB, entre 12 e 24 meses de vida. Caso não haja ESB vinculada à equipe, este item não se aplica.

F. Não ter recebido UC no grupo de ação 05 para o mesmo paciente.

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
06	O ACOMPANHAMENTO DE UMA PESSOA DIABÉTICA, POR ANO	06

DIABETES



Processo 09/52/000.151/2015

- Um usuário é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A e B e C e D e E e F e G e H e I]
- A. Ter o diagnóstico de Diabetes Mellitus (códigos T89 ou T90 da ICPC-2 ou E10-E14.9) na lista de problemas, com estado ativo, e inserção na linha de cuidados correspondente.
- B. Ter realizado pelo menos uma consulta médica e uma consulta de enfermagem durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.
- C. Ter pelo menos dois registros de pressão arterial e IMC (realizados em dias diferentes) durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.
- D. Ter pelo menos um registro de resultado de hemoglobina A1C inferior ou igual a 8%, realizado durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.
- E. Ter pelo menos 3 visitas do ACS, realizadas durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.
- F. Ter pelo menos 1 registro de resultado de colesterol total E colesterol HDL E triglicerídeos realizados durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.
- G. Ter ao menos uma avaliação dos pés registrada durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.
- H. Ter realizado pelo menos uma consulta odontológica ou orientação em Saúde Bucal por dentista nos últimos 12 meses. Caso não haja ESB vinculada à equipe, este item não se aplica.
- I. Não ter recebido UC no grupo de ação 06 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
07	ACOMPANHAMENTO DE UMA PESSOA HIPERTENSA, POR ANO	02

HIPERTENSÃO

Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras a condição [A e B e C e D e E e F]:

- A. Ter o diagnóstico de hipertensão arterial (códigos K86 ou K87 da ICPC-2 ou I10-I15.9) na lista de problemas, com estado ativo e inserção na linha de cuidados correspondente.
- B. Ter realizado pelo menos uma consulta médica e uma consulta de enfermagem durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.
- C. Ter pelo menos 2 registros de pressão arterial e IMC (realizados em dias diferentes) durante os 12 meses



09-52000151-2015

621

Processo 09/52/000.151/2015

que antecedem a data final do período em análise, sendo pelo menos um deles com valor de pressão arterial sistólica inferior ou igual a 140 mmHg e de pressão arterial diastólica inferior ou igual a 90 mmHg,

D. Ter pelo menos um registro de resultados de colesterol total E colesterol HDL E triglicérides realizados durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.

E. Ter registro de entrada no programa do tabagismo da unidade (CID-10 F17- F17.9; Z72.0; T65.2 e/ou grupo educativo com o tema tabagismo) (caso o paciente não seja tabagista, considerar este item atendido desde que tenha registro de não-tabagismo no prontuário).

F. Não ter recebido UC no Grupo de Ação 07 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
08	ACOMPANHAMENTO DE UMA PESSOA EM ALTA POR CURA DE TUBERCULOSE	08

TUBERCULOSE

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

A. Ter registro do número do SINAN no PEP para o paciente acompanhado.

B. Ter realizado pelo menos 2 consultas médicas e 4 de enfermagem no período do tratamento.

C. Ter alta por cura da tuberculose registrada no PEP.

D. Ter registro, no campo apropriado do PEP, do resultado de teste rápido molecular e/ou baciloscopia de escarro no momento do diagnóstico.

E. Ter registro, no campo apropriado do PEP, de resultado de teste/exame anti-HIV até o 2o mês de tratamento.

F. Ter registro, no campo apropriado do PEP, de avaliação de todos os contatos, com pelo menos uma consulta (CID Z20.1) e registro de raio X dentro dos 6 meses após o diagnóstico do caso índice.

G. Ter recebido pelo menos uma visita durante o período de tratamento, com intervalos de 30 dias entre as visitas.

H. Ter realizado pelo menos uma consulta odontológica ou participação em grupo educativo com dentista, TSB ou ASB, nos últimos 12 meses. Caso não haja ESB vinculada à equipe, este item não se aplica.

I. Não ter recebido UC no Grupo de Ação 08 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
----------------	-----------	----



Processo 09/52/000.151/2015

09	ACOMPANHAMENTO DE UMA PESSOA COM ALTA POR CURA HANSENIASE	10
HANSENIASE		
Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A e B e C e D e E e F e G]:		
A. Ter registro de alta por cura da hanseníase no PEP.		
B. Ter realizado pelo menos 3 consultas médicas e 7 de enfermagem para multibacilares e 2 consultas médicas e 4 de enfermagem para paucibacilares no período do tratamento.		
C. Ter recebido do ACS ao menos uma visita durante o período de tratamento da hanseníase, com intervalos de 30 dias entre as visitas (paucibacilares 6 meses, multibacilares 12 meses).		
D. Ter registro e encerramento do caso no PEP.		
E. Ter registro de avaliação de incapacidades físicas.		
F. Ter registro de exame clínico dos contatos intradomiciliares com vacinação BCG e exame dermatoneurológico.		
G. Não ter recebido UC no Grupo de Ação 09 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.		

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
10	ACOMPANHAMENTO DE UMA PESSOA COM TRANSTORNO OU NECESSIDADES RELACIONADAS AO CONSUMO DE ÁLCOOL E/OU OUTRAS DROGAS	04
Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras a condição [(A ou B) e C e D e E e F]:		
A. Ter diagnóstico de transtorno mental e comportamental devido ao uso de álcool e/ou outras drogas* (CID F10, F11, F12, F13, F14, F15, F16, F18, F19).		
B. Ter diagnóstico de tabagismo (CID F17- F17.9; Z72.0; T65.2).		
C. Ter realizado pelo menos 4 consultas médicas ou de enfermagem ou grupo terapêutico por profissional de nível superior, nos últimos 6 meses.		
D. Ter recebido do ACS no mínimo 3 visitas nos últimos 6 meses.		
E. Ter registro, no mínimo, de uma avaliação de profissional de saúde mental (psicólogo, psiquiatra ou assistente social) do NASF. Este item não se aplica para equipes que não tenham NASF.		
F. Ter realizado pelo menos uma consulta odontológica ou orientação em Saúde Bucal por dentista nos últimos 12 meses.		



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

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

- Produzir, analisar e divulgar informações sobre a situação de saúde da sua área de abrangência;
- Participar do processo de definição, elaboração e divulgação de indicadores para monitoramento da situação de saúde e para cada eixo de Indicadores (painel de monitoramento) e disponibilizar e divulgar essas informações segundo as necessidades das unidades de saúde, Coordenadoria Geral de Atenção Primária (CAP) e SMS.
- Implantar/atualizar os sistemas de informação definidos pela SMS/RJ; Organizar e definir procedimentos, fluxos e rotinas para coleta dos dados dos diferentes sistemas de informação em vigência ou a serem implantados;
- Organizar e definir os processos de trabalho para operação/alimentação dos diferentes sistemas de informação em vigência ou a serem implantados;
- Encaminhar as diferentes bases de dados conforme rotinas estabelecidas pela SMS.

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

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

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



Processo 09/52/000.151/2015

Todas as unidades de saúde sob apoio à gestão da Organização Social devem ter todos os postos de trabalho definidos pela SMS informatizados e com um Prontuário Eletrônico (PEP) instalado e em funcionamento.

Nessas unidades, o PEP deverá ser a fonte de dados única de registro de dados para qualquer sistema de informação oficial, permitindo a geração de arquivos com estrutura de dados (layout) compatíveis e relatórios consistentes.

Os campos número do CPF (para pessoas > 16 anos) e número da Declaração de Nascido Vivo (DN) ou CPF (para pessoas < 16 anos) e CNS (Cartão Nacional de Saúde) são de preenchimento obrigatório na Ficha de cadastro de usuários do Saúde da Família, devendo ser os primeiros campos a aparecerem no layout da ficha. Como mecanismo de busca de usuário (Ficha de cadastro), devem constar as opções "busca por CPF/DN/CNS".

O valor contratual unitário para os prontuários eletrônicos é estimado para cada ESF incluindo a) a conectividade, b) licença do produto; c) datacenter (servidor); d) suporte e treinamento; e) customizações; f) Business Intelligence (BI) para gestão da unidade de saúde, CAP/OSS e nível central; g) solução móvel (atendimento clínico médico e enfermeiro e cadastramento dos ACS em tablet ou smartphone); h) plataforma de autoatendimento (plataforma para os pacientes); i) totem de autoatendimento como gerenciador de filas.

Os prontuários devem funcionar satisfatoriamente durante todo o período de funcionamento das unidades de saúde. Para tanto deve haver plano de contingenciamento para quedas de conectividade e velocidades baixas de conexão.

Os prontuários devem permitir sincronização de todos os dados clínicos e cadastrais entre todas as unidades da mesma empresa no âmbito do município do Rio em no máximo 2 horas.

Os PEPs devem permitir gerar minimamente os seguintes relatórios para qualquer profissional da equipe:

- resultado dos indicadores por desempenho de cada ESF;



09-52000151-2015

625

Processo 09/52/000.151/2015

- lista de hipertensos com dados de acompanhamento;
- lista de diabéticos com dados de acompanhamento;
- lista de gestantes com dados de acompanhamento;
- lista de crianças menores de 2 anos com dados de acompanhamento;
- lista de pacientes com tuberculose com dados de acompanhamento;
- lista de pacientes femininas entre 25 e 64 anos com dados de acompanhamento de citopatológico;

Além disso, o prontuário deve possibilitar a impressão dos formulários padrões da SUBPAV (encaminhamentos, atestados, receituários, requisição de exames, etc);

Os PEP devem enviar mensalmente os indicadores do Pagamento por Desempenho por e-mail a cada um dos profissionais das equipes de saúde da família.

Dicionários de dados:

Os Prontuários Eletrônicos deverão encaminhar informações referentes à prática assistencial com base nos dicionários de dados previamente elaborados pela SUBPAV. Atualmente os dicionários de dados vigentes seguem orientação da Superintendência de Atenção Primária – S/SUBPAV/SAP:

1. Carteirômetro;
2. Indicadores das Variáveis do Pagamento por Desempenho;
3. Relação de Gestantes e dados de acompanhamento do Pré-Natal;
4. Relação de Diabéticos e Hipertensos cadastrados nas UBS do Município do Rio de Janeiro;
5. Informações de Saúde da Atenção Primária;
6. Relação de mulheres de 25 a 64a – Rastreamento de Câncer de Colo de Útero;



09-52000151-2015

626

Processo 09/52/000.151/2015

7. Relação de pacientes com diagnóstico de Tuberculose nas UBS do Município com dados de acompanhamento.
8. Produção Ambulatorial de profissionais médicos que atuam nas UBS do Município do Rio de Janeiro.
9. Fichas e-SUS com relatórios de inconsistências.
10. CPF como campo obrigatório.
11. Estado Nutricional (SISVAN).
12. Atividades Coletivas.
13. Bolsa Família e Cartão Família Carioca.
14. Relatório de exames solicitados e realizados com código da tabela SIGTAP.

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

O SCNES foi instituído pela Portaria MS/SAS 376, de 03/10/2000, publicada em 04/10/2000. Todos os estabelecimentos de saúde instalados em território nacional deverão ser cadastrados. O cadastro consiste de um conjunto de fichas cadastrais - FCES -, modelos de 1 a 14. Os profissionais de saúde vinculados ao estabelecimento deverão preencher e assinar o formulário FCES08.

Os dados deverão ser atualizados mensalmente.

Todos os cadastros de profissionais de saúde e de estabelecimentos de saúde devem estar em consonância com as regulamentações da SAS/MS ou qualquer outra legislação ou orientação vigente, em âmbito do Ministério da Saúde ou Municipal, sendo a mais atual vigente a Portaria SAS/MS nº 134 de 04 de abril de 2011, que constitui responsabilidades dos gestores quanto a correta atualização do SCNES.

Todo estabelecimento de saúde da Esfera de Administração Pública de atenção primária e secundária no Município do Rio de Janeiro deve estar devidamente cadastrado e com o seu cadastro atualizado no SCNES.



Processo 09/52/000.151/2015

Constitui responsabilidade da Organização de Saúde e dos Gestores da Secretaria Municipal de Saúde nos níveis Local, Regional e Central o cadastramento e o acompanhamento das atualizações das fichas cadastrais dos profissionais de saúde bem como dos dados de atualização dos estabelecimentos de saúde sob sua gestão. Caberá ao Coordenador de Área de Planejamento determinar as demais atribuições em relação a este sistema de informação, podendo ficar sob responsabilidade da Organização Social a inclusão, bem como a atualização de todos os profissionais no SCNES.

Os profissionais de saúde são corresponsáveis pelos seus dados cadastrais inseridos no CNES, devendo zelar pela correta informação, comunicando aos respectivos responsáveis pelo cadastramento toda e qualquer mudança de situação relativa a si.

Fica vedado o cadastramento no SCNES de profissionais de saúde em mais de 2 (dois) cargos ou empregos públicos, conforme disposto no Art. 37, inciso XVI, alínea 'c', da Constituição Federal de 1998.

No caso de cadastramento de profissional que exerça 2 (dois) cargos ou empregos privativos de profissionais de saúde, deve ficar comprovada a compatibilidade de horários, conforme disposto no Art. 37, inciso XVI, alínea 'c', da Constituição Federal de 1998.

Para o profissional pertencente à equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), além do cumprimento do disposto no 4 deste documento, ficam estabelecidas as seguintes regras:

- I - Fica vedado seu cadastramento em mais de 01 (uma) equipe da ESF;
- II - Para o cadastramento deste profissional em mais de 03 (três) estabelecimentos de saúde, independentemente da sua natureza, deverá haver justificativa e autorização prévia do gestor municipal, estadual ou do DF em campos específicos do SCNES.

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized, cursive script.



09-52000151-2015

628

Processo 09/52/000.151/2015

Será utilizada a base de dados do Conselho Federal de Medicina, disponível no endereço eletrônico: www.cfm.org.br, para a avaliação da compatibilidade entre o nome do profissional médico informado e o número de seu registro no Conselho.

Cada estabelecimento deve ter um **número único** de cadastro e **fica vedado o mesmo estabelecimento apresentar mais de um cadastro CNES para a mesma unidade de mesmo nível de complexidade**. Por exemplo, não é permitido cadastrar mais de um CNES para unidades mistas onde tenha serviço de Saúde da Família e Serviço especializado. Caso haja uma unidade de atenção primária funcionando em espaço físico contíguo com unidades de atenção secundária como CAPS ou Policlínica cada unidade de saúde deve ter seu próprio CNES.

As equipes NASF não são consideradas estabelecimentos de saúde, mas sim “serviço especializado” e devem ser cadastrados;

Preferencialmente as equipes de apoio especializado devem seguir as diretrizes do Ministério da Saúde através da Portaria GM 2.488 de 21 de outubro de 2011, tanto na sua composição quanto na proporção de apoio às equipes de saúde da família. Nesse caso, todas as equipes devem ser cadastradas no CNES como equipe NASF modalidade 1 (Núcleos de Apoio à Saúde da Família) na base do CNES. Os NASF só poderão estar vinculados aos estabelecimentos de Saúde da Esfera Administrativa Pública e somente no tipo a seguir: 02 – Centro de Saúde/Unidade Básica.

B.4.1.3. SIA – Sistema de Informação Ambulatorial

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



Processo 09/52/000.151/2015

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

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

O Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) fica instituído a partir da Portaria nº 1.412, DE 10 DE JULHO DE 2013.

O SISAB passa a ser o sistema de informação vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) do DAB/SAS/MS, reestruturando o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) para um sistema unificado, integrando todos os sistemas de informação para a Atenção Básica (AB) e garantindo o registro individualizado por meio do Cartão Nacional de Saúde (CNS).

A operacionalização do SISAB será feita por meio da estratégia do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS) denominada e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB).

O e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população.

Fichas de Cadastro Individual e Cadastro domiciliar (SISAB)

A Ficha de cadastro individual/domiciliar é preenchida nas primeiras visitas que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) faz às famílias de sua comunidade. As informações recolhidas - identificação da família, cadastro de todos os seus membros, situação de moradia e outras informações adicionais - permitem à equipe de saúde conhecer as condições de vida das pessoas da sua área de abrangência e a planejar melhor planejar suas intervenções. Todos os dados desta ficha devem ser atualizados sempre que houver alteração. O ACS deve estar atento para registrar, todo mês, a ocorrência de nascimentos, mortes e mudanças de atividade profissional (ocupação) dos membros da família e as condições de moradia e saneamento.



Processo 09/52/000.151/2015

Fichas B - Fichas para acompanhamento domiciliar

As fichas do grupo B são utilizadas para o acompanhamento domiciliar dos grupos prioritários para monitoramento das ações em saúde. A cada visita domiciliar os dados destas fichas devem ser atualizados e digitadas no prontuário eletrônico.

Instrumentos de trabalho do ACS:

- Ficha de cadastro individual e domiciliar;
- acompanhamento de gestantes - Ficha B-GES;
- acompanhamento de hipertensos - Ficha B-HA;
- acompanhamento de diabéticos - Ficha B-DIA;
- acompanhamento de pacientes com tuberculose - Ficha B-TB;
- acompanhamento de pacientes com hanseníase - Ficha B-HAN;
- acompanhamento de crianças - Ficha C (Cartão da Criança);

Ficha C Cópia da caderneta de vacinação;

B.4.1.5. SISPRENATAL – Sistema de Informação do Pré-natal

O SISPRENATAL é o aplicativo que foi desenvolvido pelo DATASUS, com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do Sistema Único de Saúde (DATASUS). No SISPRENATAL está definido o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada. Permite o acompanhamento das gestantes, desde o início da gravidez até a consulta de puerpério (DATASUS). O SISPRENATAL é obrigatório apenas para os municípios que aderiram ao Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento e produz informações que comprovam as condições necessárias ao repasse dos estímulos financeiros provenientes do MS:

- Ficha cadastramento da gestante e de registro diário dos atendimentos das gestantes no SISPRENATAL. Toda gestante que inicie o pré-natal na unidade, mesmo aquelas que estejam com mais de 120 dias de gestação deve ser cadastrada pelo profissional médico e/ou enfermeiro, através do preenchimento da ficha de cadastramento. Estas fichas preenchidas



Processo 09/52/000.151/2015

deverão ser digitadas no aplicativo SISPRENATAL e arquivadas no prontuário da gestante. Os atendimentos de pré-natal das gestantes cadastradas deverão ser registrados, a cada retorno na UBS, nos campos de registro diário dos atendimentos das gestantes no SISPRENATAL. Após a digitação das informações relativas ao acompanhamento, a ficha deverá ser rearquivada no prontuário da gestante de modo a estar acessível para a próxima consulta.

Para as unidades de atenção primária à saúde que estiverem com prontuário eletrônico (PEP) em funcionamento, todas as gestantes devem ser acompanhadas e ter todos os registros inseridos e atualizados diretamente no Prontuário Eletrônico (PEP), no módulo de pré-natal.

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

A numeração do SISPRENATAL deverá ser única para cada gestação de cada mulher e a série numérica deverá ser distribuída através da S/SUBPAV/SAP/GPM. Fica vedada a geração de numeração que não a autorizada pela S/SUBPAV/SAP/CLCPE/GPM para evitar duplicidade de numeração.

Todo profissional de saúde deve poder gerar uma lista nominal de todas as gestantes em acompanhamento pela sua equipe de saúde da família a qualquer momento.

B.4.1.6. SISCAN – Sistema de Informação sobre Rastreamento de Citopatológico do Colo Uterino

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



Processo 09/52/000.151/2015

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

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

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

B.4.1.7. SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN é um sistema de informação, que conta com um recurso informatizado para coletar e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde. Possibilita uma análise global integrada de todas as doenças e agravos que constituem objeto de notificação compulsória, interesse nacional, estadual e/ou municipal, sendo o principal instrumento de coleta.

Através do registro e processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo território nacional, fornece informações para análise do perfil da morbidade e contribui desta forma para a tomada de decisões em nível Municipal, Estadual e Federal.

Instrumentos de coleta de dados do SINAN:

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized letter 'A' followed by a vertical line.



09-52000151-2015

633

Processo 09/52/000.151/2015

- Ficha de notificação do SINAN. Deve ser preenchida pelo profissional que atendeu o paciente e fez a suspeita da doença ou agravo objeto de notificação;
- Ficha de investigação do SINAN. Esta ficha é específica para cada doença ou agravo. Deve ser preenchida pelo profissional designado para esta atividade após a realização da investigação epidemiológica, algumas vezes com o apoio de técnicos da Superintendência de Vigilância em Saúde –S/SUBPAV/SVS.

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

B.4.1.8. SI-PNI/API – Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações/Avaliação do Programa de Imunizações

O SI-PNI/API tem como objetivo acompanhar sistematicamente o quantitativo populacional vacinado por faixa etária, além de controlar as coberturas vacinais e taxas de abandono nos âmbitos Federal, Estadual e Municipal. O aplicativo informatizado é desenvolvido pelo DATASUS em consonância com orientações da Coordenação Nacional do PNI, subordinada à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

Instrumento de coleta de dados do API:

- Mapa de registro de doses aplicadas de vacina. Deve ser preenchida pelo profissional da sala de vacina que atendeu o paciente.



09-52000151-2015

634

Processo 09/52/000.151/2015

- Boletim mensal de doses aplicadas de vacina. Esta ficha é a compilação dos mapas de registro de doses aplicadas e deve ser preenchida pelo profissional da UBS responsável pela sala de vacina.

Fica também claro que outros aplicativos já implantados ou que venham a ser desenvolvidos com vistas a subsidiar projetos e programas prioritários da SMS/RJ farão parte das atribuições.

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

B.4.1.9. SISREG – Sistema de Nacional de Regulação

O Prontuário Eletrônico (PEP) deve gerar informações através de arquivo com estrutura de dados (layout) compatível com o Sistema oficial do DATASUS, permitindo a importação e consolidação dos dados no Município.

Sistema on-line, ou seja, funciona com navegadores instalados em computadores conectados à internet. Esse sistema é oficial do Ministério da Saúde para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório, indo da rede de atenção primária à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e a otimização na utilização dos recursos, além de integrar a regulação com as áreas de avaliação, controle e auditoria.

Todo encaminhamento do Centro Municipal de Saúde ou Clínica da Família deve ser feito no formulário de "Encaminhamento (Referência e Contrarreferência)", exclusivamente via prontuário eletrônico.



Processo 09/52/000.151/2015

O profissional solicitante deve sempre carimbar e assinar a solicitação;

O profissional deve informar ao usuário o agendamento da consulta com, no mínimo, um dia de antecedência;

Não é necessária a assinatura e carimbo do diretor da unidade em nenhum Formulário. Também não é necessária a assinatura ou consentimento escrito do paciente para nenhum exame, incluindo HIV;

É importante preencher o formulário com o máximo de informações relevantes sobre dados clínicos e resultados de exames complementares;

Utilizar os protocolos clínicos para embasar as solicitações para os procedimentos. Sempre procurar utilizar as evidências clínicas mais atuais para tomada de decisão;

Os profissionais devem orientar os usuários quanto ao preparo para os procedimentos;

Cancelar o agendamento da consulta assim que o usuário informar a desistência.

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'A' followed by a vertical line and a loop.

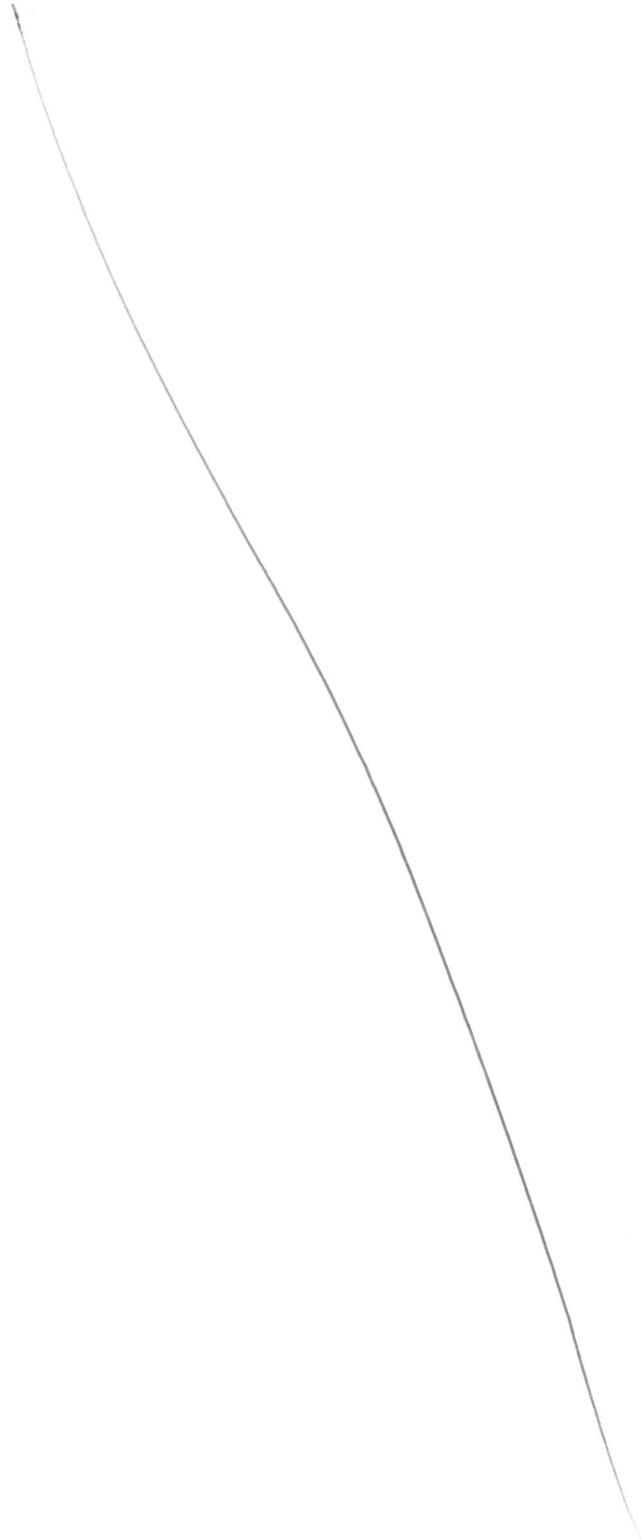


09-5200-0151-2015

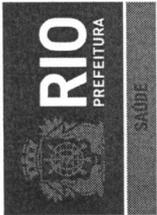
636

Processo 09/52/000.151/2015

**ANEXO TÉCNICO E DO CONTRATO DE GESTÃO
CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO E METAS FÍSICAS**



Processo 09/52/000.151/2015



Item	Unidade de medida	Estratégia de Saúde da Família e CAPS					TOTAL
		MÊS 21 (Março/2017)	MÊS 22 (Abril/2017)	MÊS 23 (Maio/2017)	MÊS 24 (Junho/2017)		
		R\$ 146.653,26	R\$ 146.653,26	R\$ 146.653,26	R\$ 153.985,92	R\$ 2.790.767,16	
a1) Apoio a Gestão da CAP - Saúde da Família (*)	nº de equipes	180	180	180	180	R\$ 13.963.786,01	
a2) Apoio a gestão do TEIAS - OSS - Saúde da Família (*)	nº de equipes	180	180	180	180	R\$ 214.095.706,93	
a3) Rh Equipes de Saúde da Família	nº de equipes	180	180	180	180	R\$ 45.767.740,80	
a4) Contratos, consumo e promoção - unidades de atenção primária	nº de equipes	180	180	180	180	R\$ 16.747.484,97	
a5) Serviços de Oftalmologia Basica, Raio X e Ultrassom e Proteze Dentaria	nº de equipes	180	180	180	180	R\$ 4.662.002,83	
a6) Sistemas de Informação / prontuário eletrônico e Telefonia Saúde da Família	nº de equipes	180	180	180	180	R\$ 297.017.478,71	
A) Equipes de Saúde da Família		R\$ 15.613.520,98	R\$ 15.613.520,98	R\$ 15.613.520,98	R\$ 15.390.533,33	R\$ 64.802.805,85	
b1) Rh Equipes de Serv Apoio Especializado/NASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado/NASF	10	10	10	10	R\$ 14.802.805,85	
b2) Sistemas de Informação / prontuário eletrônico e Telefonia - NASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado/NASF	10	10	10	10	R\$ 319.032,79	
B) Serviços de Apoio Especializado e Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF)		R\$ 646.105,81	R\$ 646.105,81	R\$ 646.105,81	R\$ 678.776,77	R\$ 16.121.838,64	
c1) RH - CAPS		0	0	0	0	R\$ 0,00	
c2) Contratos e Consumo - CAPS		0	0	0	0	R\$ 0,00	
c3) Apoio a gestão CAPS		0	0	0	0	R\$ 0,00	
C) Centro de Atenção Psicossocial - CAPS		R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	
D1) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos	nº de Unidades	4	0	0	0	R\$ 3.000.000,00	
D) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos		R\$ 1.200.000,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 3.000.000,00	
E) Subtotal parte Fixa (E)=A+B+C+D		R\$ 17.459.626,80	R\$ 16.259.626,80	R\$ 16.259.626,80	R\$ 17.069.310,10	R\$ 316.139.317,56	
F) Parte variável - 1 (2% de A+B) / mês		R\$ 326.192,54	R\$ 326.192,54	R\$ 326.192,54	R\$ 341.388,20	R\$ 6.032.586,76	
G) Parte variável - 2 (unidade de saúde)	Até R\$ 3.000/ESF/trimestre Total dos salários-base de uma equipe (R\$)	R\$ 180.000,00	R\$ 180.000,00	R\$ 180.000,00	R\$ 180.000,00	R\$ 2.878.000,00	
H) Parte variável - 3 (profissional)		R\$ 823.730,07	R\$ 823.730,07	R\$ 823.730,07	R\$ 823.730,07	R\$ 14.209.105,65	
I) Total (I) = (E)+F+G+H		R\$ 18.788.549,40	R\$ 17.588.549,40	R\$ 17.588.549,40	R\$ 18.414.426,38	R\$ 338.259.005,65	
		R\$ 18.788.549,40	R\$ 17.588.549,40	R\$ 17.588.549,40	R\$ 18.414.426,38	R\$ 321.189.456,68	
Item	R\$						
Valor do Atual do Contrato de Gestão - Fonte SIG		R\$ 359.803.338,24					
Valor do Contrato de Gestão após Ajuste de Metas Físicas e Redução de 10%		R\$ 321.189.456,68					
Valor Acréscimo/Redução		-R\$ 38.613.882,55					
Valor do Cronograma Exercício 2016		R\$ 150.446.569,97					

Processo 09/52/000.151/2015



Item	Unidade de medida	Estratégia de Saúde da Família e CAPS											
		MES 13 (Julho/2016)	MES 14 (Agosto/2016)	MES 15 (Setembro/2016)	MES 16 (Outubro/2016)	MES 17 (Novembro/2016)	MES 18 (Dezembro/2016)	MES 19 (Janeiro/2017)	MES 20 (Fevereiro/2017)	MES 21 (Março/2017)	MES 22 (Abril/2017)	MES 23 (Maio/2017)	MES 24 (Junho/2017)
A) Equipes de Saúde da Família													
a1) Apoio a Gestão da CAP - Saúde da Família (*)	nº de equipes	144	144	156	160	160	160	162	162	162	162	180	180
a2) Apoio a gestão do TEIAS - OSS - Saúde da Família (*)	nº de equipes	144	144	156	160	160	160	162	162	162	162	180	180
a3) Rh Equipes de Saúde da Família	nº de equipes	144	144	156	160	160	160	162	162	162	162	180	180
a4) Contratos, consumo e promoção - unidades de atenção primária	nº de equipes	144	144	156	160	160	160	162	162	162	162	180	180
a5) Serviços de Oftalmologia Básica, Raio X e Ultrassom e Professe Dentária	nº de equipes	144	144	156	160	160	160	162	162	162	162	180	180
a6) Sistemas de Informação / prontuário eletrônico e Telefonia Saúde da Família	nº de equipes	144	144	156	160	160	160	162	162	162	162	180	180
B) Serviços de Apoio Especializado e Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF)													
b1) Rh Equipes de Serv Apoio Especializado/NASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado/NASF	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
b2) Sistemas de Informação / prontuário eletrônico e telefonia - NASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado/NASF	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
C) Centro de Atenção Psicossocial - CAPS													
c1) RH - CAPS		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
c2) Contratos e Consumo - CAPS		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
c3) Apoio a gestão CAPS		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
D) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos													
D1) Adaptações de instalações / Aquisição de Equipamentos	nº de Unidades	0	2	2	0	0	0	0	0	4	0	0	0