

ANEXO C DO CONTRATO

MATERNIDADE DA RUA MONCORVO FILHO

ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO, AVALIAÇÃO E METAS PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE

A. CRITÉRIOS GERAIS PARA O ACOMPANHAMENTO DOS CONTRATOS

O presente contrato de gestão tem como principal objetivo induzir a melhora do desempenho das unidades assistenciais através da criação de instrumentos de monitoramento e avaliação e da atribuição de incentivos financeiros. Estes permitirão uma gestão rigorosa e ao mesmo tempo equilibrada que, consciente das necessidades da população, vise a mudança de perspectiva assistencial, com uma abordagem totalizante, gerando autonomia para os indivíduos e melhorando assim, o acesso da população 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 a identificação e a avaliação de problemas, discussão e negociação com as Organizações Sociais e a tomada de decisões sobre as ações que precisam ser implantadas. A Subsecretaria de Gestão - SUBG- da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil/SMSDC/RJ, através da CTAA, elaborará os instrumentos para o monitoramento e avaliação e realizará o acompanhamento dos contratos, juntamente com representantes da Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência - SUBHUE.

A.1. RESPONSABILIDADE NO ACOMPANHAMENTO

A SMSDC/RJ como entidade Contratante é responsável por monitorar a execução do contrato visando à qualidade e otimização dos recursos e a correção de possíveis desvios. Para tal será criada uma Comissão Técnica de Acompanhamento e Avaliação que articule e efetive o processo de acompanhamento e avaliação.

A.2. COMISSÃO TÉCNICA DE ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO

A Comissão Técnica de Acompanhamento e Avaliação - CTAA - realizará o monitoramento e a avaliação do funcionamento dos serviços de saúde contratados de acordo com os critérios, parâmetros e calendário previamente acordados com a Organização Social.

Os resultados atingidos com a execução do contrato de gestão serão analisados, periodicamente, pela CTAA que emitirá relatório de avaliação conclusivo, a ser encaminhado ao Secretário da SMSDC e aos órgãos de controle interno e externo.

A coordenação das reuniões da CTA caberá à Subsecretaria de Gestão, Coordenadoria de Organizações Sociais, Convênios e Contratos (SUBG/COSC).

Sempre que necessários 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.

A.3. COMPOSIÇÃO

A Comissão Técnica de Acompanhamento é constituída por profissionais de notória especialização, sendo no mínimo de 10 pessoas:

- 1 representante da SMSDC/ASSESSORIA/GAB
- 2 representante da SMSDC/SUBHUE;

- 2 representantes da SMSDC/SUBHUE/SHPM
- 2 representante da SMSDC/SUBG
- 2 representante da S/SUBPAV
-

A.4. FUNÇÕES

As funções da comissão serão:

- Realizar reuniões periódicas, segundo calendário elaborado de forma consensual pelos membros que a compõem;
- Realizar reuniões extraordinárias, sempre que solicitado pelo SMSDC/RJ ou pela contratada,
- Registrar em ata todas as reuniões realizadas que deverão ser assinadas pelos componentes da CTAA e participantes presentes;
- Avaliar os indicadores de acompanhamento e avaliação pactuados e as informações sobre o funcionamento dos serviços, assim como os relatórios econômico-financeiros apresentados pela instituição parceira, analisando os desvios ocorridos e suas possíveis causas em relação às metas e ao orçamento estabelecido no Contrato de Gestão;
- Analisar as ocorrências no funcionamento dos serviços, os possíveis desvios e suas causas, mormente em relação às metas e ao orçamento estabelecido no Contrato de Gestão.
- Indicar as medidas corretivas aos desvios observados e realizar discussões com a instituição parceira, quando necessárias;
- Analisar preliminarmente propostas de implantação, extinção, ampliação e otimização dos serviços executados;
- Avaliar a pontuação do quadro de indicadores de acompanhamento, avaliação e metas;
- Elaborar relatórios à SMSDC/RJ sobre os dados analisados.

B. ÂMBITOS DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

B.1. ASPECTOS BÁSICOS ORGANIZACIONAIS

Caberá à Organização Social descrever e executar:

- Mecanismos de informação e comunicação à população sobre
 - o Os serviços que oferta
 - o Indicadores de avaliação de desempenho destes serviços utilizando padrões estabelecidos pela SMSDC/RJ.
 - o Os meios de acesso da população aos serviços de saúde ofertados.
- Sistema gerencial de informação com acesso pela internet
 - o Registros a serem utilizados na atividade assistencial;
 - o Recepção e encaminhamento dos usuários aos serviços;
 - o Registros a serem utilizados nos procedimentos administrativos;

o Referência e contra-referência dos usuários a outros serviços ou outros níveis assistenciais, assim como os registros que se utilizarão. Todos os aspectos apontados anteriormente deverão estar em acordo com os critérios estabelecidos pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, instituído pelo Ministério da Saúde, através da Portaria/GM n.º 569, de 1/6/2000, Plano Municipal de Saúde/RJ e com os Planos e Protocolos assistenciais de Atenção Perinatal da SMSDC/RJ.

B.2. Diagnóstico físico e operacional dos recursos humanos, materiais e equipamentos dos serviços de Atenção Perinatal

Após dois meses de execução do diagnóstico, serão disponibilizados à OSS pela SMSDC/RJ os indicadores referentes a este item. O alcance das metas durante a execução do diagnóstico não faz jus às parcelas variáveis, servindo apenas para nortear o pagamento das parcelas fixas. As parcelas variáveis se aplicam apenas às atividades de coordenação dos serviços de Atenção Perinatal.

B.3. BOA PRÁTICA CLÍNICA

As referências que apóiam a boa prática clínica são:

- As melhores evidências disponíveis e aceitas de práticas clínicas baseadas em evidências;
- Manuais, protocolos e diretrizes clínicas do Ministério da Saúde para atenção obstétrica e neonatal;
- O consenso de sociedades científicas e associações profissionais;
- Processos de trabalho consensuados pelos profissionais que pertencem ao serviço de saúde contratado ou a outros serviços no âmbito territorial;
- Protocolos e linhas de cuidados estabelecidos pela SMSDC/RJ.

As cinco referências de boas práticas citadas acima não são excludentes, e sim complementares e sua operacionalidade dependerá do que a defina em cada caso.

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

- Qualificação dos profissionais;
- Utilização do prontuário clínico;
- Uso de outros registros da atividade assistencial;
- Respeito ao Plano de Educação Permanente e Excepcional da SMSDC, como no caso das capacitações para dengue, gripe A da SMSDC/RJ e Ministério da Saúde;
- Respeito aos Planos: Municipal de Saúde, Complementares ou Excepcionais da SMSDC;
- Respeito aos Planos de Emergências, Desastres e Contingências da SESDEC RJ e SMSDC RJ.
- Protocolos da unidade sobre Acolhimento e Classificação de Risco, sobre a atenção ao parto e nascimento e recém-nascido de baixo risco e sobre o diagnóstico e tratamento das patologias mais incidentes na Atenção Perinatal;

- Consenso entre os profissionais dos serviços sobre o diagnóstico, tratamento e condições de referência, caso proceda, dos agravos;
- Respeito às diretrizes da Política Nacional de Humanização – PNH e aos preceitos da Humanização da Atenção ao Parto e Nascimento e da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método do Canguru;
- Perfil de prescrição farmacêutica;
- Auto-avaliação assistencial pelos profissionais;
- Avaliação dos serviços de saúde pelos profissionais lotados nas unidades;
- Avaliação externa da prática assistencial;
- Avaliação externa da satisfação do usuário; e
- Respeito às necessidades dos pacientes através da disponibilização dos meios necessários para o tratamento, sejam estes recursos humanos, medicamentos, equipamentos ou outros relacionados.

B.4. ATENÇÃO AO USUÁRIO

Esses critérios 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;
- Garantia do direito ao acompanhante no pré-parto e parto normal;
- Incentivo à participação da família durante o período de internação materna e neonatal;
- Tratamento individualizado e personalizado;
- Percepção do usuário em relação ao funcionamento dos serviços de saúde através de pesquisas de satisfação, sendo a informação obtida através de questionário de pesquisa de opinião realizado pela instituição parceira ou por órgão designado ou contratado para tal fim.

B.5. ARTICULAÇÃO COM OUTROS NÍVEIS ASSISTENCIAIS – REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

Uma efetiva articulação entre os níveis assistenciais comportará uma continuidade na linha de cuidado perinatal (pré-natal / atenção ao parto e nascimento) de acordo com as referências estabelecidas pelo Programa Cegonha Carioca. Esta articulação se dará com o apoio da SUBHUE e se fará entre a Instituição Parceira, a coordenação da Área de Planejamento, a rede de atenção básica responsável pelo atendimento pré-natal, as Maternidades da SMSDC/RJ, as Unidades de Urgência e Emergência, a UPA da região onde a Unidade está instalada e a Central de Regulação da SMSDC/RJ, bem como poderá contar com outros atores e parceiros componentes da rede assistencial.

Para assegurar a continuidade no processo assistencial serão necessários:

- Protocolos, consensos clínicos e linhas de cuidado sobre Acolhimento e Classificação de Risco e sobre as patologias e os processos que possam ser solucionados nas Unidades de Atenção Perinatal;
- Utilização pelos profissionais de saúde das referências e contra-referências estabelecidas;
- Acordos entre os profissionais sobre a informação clínica necessária 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.

C. INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS – Pagamento da Parte Variável

Nos últimos anos observou-se interesse crescente sobre pagamento por desempenho (*pay-for-performance* (P4P) ou "*value based purchasing*"), **principalmente no Saúde da Família, e nos sistemas universais como o SUS. Esta proposta tem por objetivo acelerar a melhoria** da qualidade dos cuidados de saúde, uma vez que a má qualidade quase sempre aumenta os custos através da ineficiência, prolongamento da necessidade de cuidados, de tratamentos e de cirurgias complementares.

Os programas de pagamento por desempenho visam à 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.

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

- Parte variável 01 – incentivo institucional à gestão;
- Parte variável 02 - incentivo Institucional à unidade;
- Parte variável 03 - incentivo às equipes de plantão.

3.1. Parte variável 01

A Parte Variável 01 tem como objetivo induzir boas práticas na gestão da OSS e alinhá-las às prioridades definidas pela SMSDC. 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 3.1.1 de Indicadores de Acompanhamento e Avaliação.

A **CONTRATADA** para fazer jus aos recursos orçamentários da parte variável 01, com periodicidade trimestral, que corresponde a até 2% do valor total conforme cronograma de desembolso (excluindo-se o item de adaptação de unidades), deverá apresentar um relatório contendo os indicadores pré-estabelecidos pela SMSDC/RJ, definidos no Quadro 3.1.1

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 repassada para a OSS, devendo esta apresentar à SUBHUE 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,

(ii) cumprimento de 60 a 79% das metas implica em destinação do total de 1% dos recursos orçamentários pré-definidos a OSS. O 1% restante deverá ser executado mediante plano de aplicação elaborado pela SUBHUE, alocado na rubrica "Custeio de rede".

(iii) cumprimento de menos de 60% das metas implica em destinação do total do recurso (2%), mediante plano de aplicação elaborado pela SUBHUE, alocado na rubrica "Custeio de Rede".

A avaliação do cumprimento do conjunto de metas estabelecidas será realizada trimestralmente pela Comissão Técnica de Acompanhamento e Avaliação – CTAA, que é parte integrante da SMSDC/RJ. Esta se reunirá periodicamente e analisará os documentos entregues pela **CONTRATADA**, já mencionados anteriormente.

Quadro de Indicadores, Avaliação e Metas

Indicador	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade da Avaliação	Meta
01	Implantação de comissões de prontuários nas unidades	Proporção de unidades de comissões de prontuários implantadas e de relatórios emitidos	$\frac{\text{Nº de unidades com comissões implantadas}}{\text{total de unidades instaladas}} \times 100$	Relatórios da OS	A partir do 3º mês de contrato Trimestral	100% de comissões instaladas
02	Acompanhamento do cadastramento no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)	Proporção de profissionais de saúde cadastrados	$\frac{\text{Nº de profissionais cadastrados}}{\text{Nº de profissionais contratados}} \times 100$	CNES	Mensal	100%
03	Serviço de Atendimento ao	Proporção de número de	N de usuários atendidos	Prontuário	A partir do 3º mês,	5 %

	Usuário. Pesquisa de satisfação	usuários atendidos e número de usuários entrevistados	_____ X 100 N de usuários entrevistados	Eletrônico e formulários de entrevistas	periodicidade trimestral	
04	Educação continuada em temas relevantes para a assistência obstétrica e neonatal de risco habitual, médio e alto risco.	Proporção de profissionais treinados	Nº de profissionais_____ _____ x100 total de profissionais capacitados	Relatório da CTAA com os profissionais contratados e o relatório com a presença dos profissionais nas atividades de capacitação	Trimestral (a partir do 1º mes de implantação do serviço)	90%
05	Informatização dos postos de trabalho	Proporção de consultórios, salas de procedimentos (aqui inclui o Centro Cirurgico) e clínicas especializadas de internação	Numero de consultórios e salas de procedimentos com terminais do prontuário eletrônico - _____X 100 total de consultórios,	Relatório OS	Trimestral	40%

		com terminais do prontuário eletrônico	salas de procedimento e clínicas especializadas constantes do projeto			
06	Relatório das Atividades Financeiras dentro dos Prazos estabelecidos pela SMSDC/RJ	Data da entrega em relação à data estabelecida	Numero de relatórios entregues dentro do prazo previsto____X 100 por (número de relatórios que devem ser entregues ao final de 3 meses)	Relatório	Trimestral	100%

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 SMSDC – Rio de Janeiro juntamente com a OS 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.

Mesmo após o cumprimento de todas as metas elencadas no Quadro de Indicadores, Avaliação e Metas, caso haja alguma queda na qualidade do atendimento em função de ação ou omissão imputável à administração da OSS, a CTAA, baseada em relatório fundamentado enviado pela SUBHUE, poderá descontar até 50% (cinquenta por cento) do valor da parte variável 01.

3.2 - Parte variável 02

O cumprimento de indicadores específicos relacionados a cada unidade de Atenção Perinatal destinará um valor trimestral pré-estabelecido equivalente a 1% do custeio fixo para a Maternidade, a ser aplicado na própria Maternidade.

A não apresentação dos indicadores estabelecidos para o trimestre ou o não cumprimento das metas acordadas acarretará na destinação do valor à rubrica **“custeio de rede”**, devendo ser executado mediante plano de aplicação elaborado pela SUBHUE.

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

Quadro descritivo dos indicadores que compõem a parte variável 02

Atendimento ao usuário

1. Percentagem de pacientes registrados e acolhidos – 100%
2. Tempo Médio entre o acolhimento e o atendimento médico, considerando os tempos preconizados pela Política Municipal de Acolhimento da SMSDC/RJ e pelo Módulo Acolhimento do Programa Cegonha Carioca.
3. Taxa de Usuários e Profissionais ouvidos pela ouvidoria com relatório cada 3 meses - 10%
4. Taxa de preenchimento completo de cadastro dos pacientes (100%).

Desempenho Assistencial

1. Mortalidade Materna, Morbidade Materna *Near Miss* e Mortalidade Neonatal avaliadas pela comissão dentro do esperado para unidades de Atenção Perinatal.
2. Inserção no Sistema de Regulação vigente dos pacientes – 100%

Satisfação dos Usuário/Pacientes

1. Percentagem de usuários satisfeitos/muito satisfeitos (questionário padronizado pela SMSDC). (Caso este indicador não seja alcançado os demais sequer serão analisados) – 60%

Eficiência

1. Percentual dos prontuários organizados e assinados pelo (s) profissional (ais) responsável (eis) – 90%
2. Percentual de postos de trabalho informatizados e operacionais – 95%

Após o primeiro ano do contrato de gestão as metas definidas pela SMSDC serão revistas pela SUBHUE juntamente com as unidades, que o farão de acordo com o histórico do ano anterior (linha de base).

O monitoramento **dos indicadores** deverá ser feito trimestralmente, de forma automatizada e referendada pelo coordenado médico da unidade.

As OSS devem enviar trimestralmente mapas de acompanhamento a CTAA e a unidade. Sempre que existirem incongruências entre os dados da OSS e os da SMSDC cujos motivos de discordância não forem apurados, os dados registrados deverão ser auditados pela SUBHUE.

Os indicadores que avaliam a satisfação dos usuários e dos profissionais pressupõem a **aplicação de questionários** – os modelos dos questionários elaborados pela OSS deverão ser submetidos e aprovados pela SUBHUE/SMSDC.

A unidade deverá elaborar um relatório de atividades onde deve estar explícito as razões pelas quais algumas metas podem 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 SMSDC 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 SUBHUE para validação.

Caberá às CTAA 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 SUBHUE, esta deverá negociar com a unidade de saúde, dentro dos prazos previstos, as alterações necessárias no referido plano.

3.3. Parte variável 03

O cumprimento de indicadores específicos relacionados a cada equipe de plantão destinará um valor variável de recursos a serem recebidos semestralmente por cada equipe a título de remuneração por desempenho. O valor repassado para o pagamento que a contratada efetue o pagamento desta parte variável estará limitado a, no máximo, 2% do custeio fixo. Caso a equipe atinja menos de 20% das metas acordadas para o trimestre, isto acarretará em destinação dos recursos orçamentários para utilização na rubrica "*Custeio de Rede*", tendo plano de aplicação definido pela SUBHUE.

Durante o ano de 2010, a PCRJ e a SMSDC identificou 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 alguns sistemas de saúde do mundo fizeram, avaliado o desempenho clínico de cada profissional da unidade e oferecendo a eles incentivos e gratificações associadas ao seu desempenho.

CONTRATUALIZAÇÃO DOS INCENTIVOS FINANCEIROS AOS PROFISSIONAIS (parte variável 03).

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

Uma equipe terá como teto o alcance de 300 unidades contábeis no trimestre e, como limite mínimo para receber o incentivo, 60 UC no trimestre (20%).

Baseado nos protocolos assistenciais existentes de Atenção Perinatal, nos protocolos de classificação de risco e no preenchimento adequado do Boletim de Atendimento, definiu-se as ações de saúde a serem remuneradas como parte variável dos vencimentos a ser paga trimestralmente pela OSS aos profissionais de saúde das equipes da Maternidade.

A compensação prevista está associada a assistência aos pacientes, segundo as orientações técnicas da SUBHUE/SMSDC, devendo contemplar os indicadores apresentados no quadro a seguir:

Quadro – indicadores da parte variável 03 – contratualização dos
incentivos financeiros aos profissionais

1. Humanização do Parto e Nascimento a. Percentual de gestantes com acompanhante no trabalho de parto (TP) (Meta 1º semestre Contrato > 80% - 2º semestre Contrato > 90%) Fórmula: $\frac{\text{Nº acompanhantes de gestantes em TP}}{\text{Nº total de gestantes em TP}} \times 100$ Nº total de gestantes em TP b. Percentual de gestantes com acompanhante no parto (Meta 1º semestre Contrato > 60% - 2º semestre Contrato > 80%) Fórmula: $\frac{\text{Nº acompanhantes no momento do parto}}{\text{Nº total de partos}} \times 100$ Nº total de partos c. Percentual de puérperas adolescentes com acompanhante no alojamento conjunto (Meta > 90%) d. Percentual de puérperas pós-cesárea com acompanhantes no alojamento conjunto (Meta > 70%) 2. Taxa de cesárea compatível com as boas práticas perinatais para o perfil de risco da população atendida na unidade a. Indicador i. % de cesárea no total de nascimentos (Meta < 25%) Fórmula: $\frac{\text{Número partos cesáreos}}{\text{Número total de partos}} \times 100$ Número total de partos 3. Taxa de Asfixia Perinatal a. Indicador i. Apgar no quinto minuto menor que 7 (Meta < 2%) Fórmula: $\frac{\text{Nº RNs com Apgar < 7}}{\text{Nº total de nascimentos}} \times 100$ Nº total de nascimentos 4. Atenção Humanizada ao RN de Baixo Peso – Método Canguru
--

a. Indicador

- i. Percentual de RNs elegíveis internados por, no mínimo, 05 dias na Unidade Canguru **(Meta > 70%)**

5. Obtenção do Título Hospital Amigo da Criança

a. Indicador

- i. Processo de avaliação em curso **(Meta: 1ª avaliação externa entre 6º e 8º mês)**
ii. Obtenção do Título **(Meta: Certificação até o 12º mês do contrato)**

6. Manutenção das taxas das IRAS dentro dos parâmetros definidos pela equipe técnica da S/SUBHUE/SHPM

a. Indicadores

- i. Envio mensal dos relatórios de acompanhamento das taxas de IRAS de origem materna e de origem hospitalar com as informações discriminadas abaixo **(Meta: 90% dos relatórios entregues no prazo estipulado):**

1. Taxa de incidência acumulada de IRAS de origem materna estratificada em cinco faixas de peso ao nascimento: <750g, 750-999g, 1.000-1499g, 1.500-2.499g, ≥2.500g
2. Taxa de densidade de incidência de IRAS de origem hospitalar estratificada em cinco faixas de peso ao nascimento: <750g, 750-999g, 1.000-1499g, 1.500-2.499g, ≥2.500g
3. Taxa de densidade de incidência de infecções associadas a dispositivos invasivos (taxa de infecção da corrente sanguínea associada a cateter umbilical, taxa de infecção da corrente sanguínea associada a cateter vascular central, taxa de pneumonia associada à ventilação mecânica), estratificadas em cinco faixas de peso ao nascimento: <750g, 750-999g, 1.000-1499g, 1.500-2.499g, ≥2.500g
4. Taxa de densidade de incidência de colonização e infecção por microrganismos multirresistentes em pacientes neonatais
5. Taxa de incidência acumulada de infecção do sítio cirúrgico e em episiotomia em puérperas
6. Taxa de incidência acumulada de IRAS em gestantes e puérperas

7. Incidência de retinopatia da prematuridade **(Meta < 2,5%)**

Fórmula: $\frac{\text{Número de RN } <1500\text{g com ROP} > 3}{\text{Total de RN}} \times 100$

Número de RN admitidos com <1500 g

8. Incidência de displasia broncopulmonar (**Meta < 4%**)

Fórmula: $\frac{\text{RN} < 1500 \text{ g de PN c/ O}_2 \text{ com IGC de 36 sem}}{\text{Número de RN admitidos com menos de 1500g}} \times 100$

Número de RN admitidos com menos de 1500g

9. Recuperação de peso de nascimento em RN < 1500g (**Meta > 80%**)

Fórmula: $\frac{\text{N}^\circ \text{ RN} < 1500\text{g que atingiram PN com 15 dias}}{\text{N}^\circ \text{ RN} < 1500 \text{ g internados no período}} \times 100$

Nº RN < 1500 g internados no período

10. Seguimento das diretrizes clínicas para atenção obstétrica e neonatal

a. Indicadores

- i. Utilização da Corticoterapia Antenatal em gestantes em risco de parto prematuro - semanas IG (**Meta > 90%**)
- ii. Utilização do Sulfato de Magnésio na Pré-eclâmpsia grave (**Meta = 100%**)
- iii. Utilização do Surfactante na primeira hora de vida para os RNs com menos de 31 semanas. (**Meta > 90%**).
- iv. Utilização de ocitocina no trabalho de parto (**Meta < 30%**)
- v. Utilização de ocitocina intramuscular no pós-parto imediato (**Meta > 95%**)
- vi. Utilização de métodos não farmacológicos para o alívio da dor no pré-parto (**Meta > 30%**)

11. Inserção da maternidade no Programa Acolhimento Mãe-Bebê

a. Indicador

- i. Percentual de mães encaminhadas para o Acolhimento Mãe-Bebê nas unidades básicas de referência (**Meta > 95%**)

Fórmula: $\frac{\text{N}^\circ \text{ encaminhamentos ao Acolhimento Mãe-Bebê}}{\text{N}^\circ \text{ total binômios de alta hospitalar}} \times 100$

Nº total binômios de alta hospitalar

12. Inserção da maternidade no Programa Acolhimento Mulher

a. Indicador

- i. Percentual de mulheres encaminhadas para o Acolhimento Mulher nas unidades básicas de referência (**Meta > 95%**)

Fórmula: $\frac{\text{N}^\circ \text{ encaminhamentos ao Acolhimento Mulher}}{\text{N}^\circ \text{ total mulher de alta hospitalar s/ RN}} \times 100$

Nº total mulher de alta hospitalar s/ RN

13. Atendimento a Vitimas de Violência Sexual

a. Indicadores

- i. Percentual de atendimento emergencial às vítimas de violência sexual **(Meta > 95%)**

Fórmula: $\frac{\text{N}^\circ \text{ atendimento emergencial a VVS}}{\text{N}^\circ \text{ total demanda de VVS}} \times 100$

Nº total demanda de VVS

- ii. Percentual de atendimento sequencial às vítimas de violência sexual **(Meta > 90%)**

Fórmula: $\frac{\text{N}^\circ \text{ encaminhamento ambulatorial a VVS}}{\text{N}^\circ \text{ total de atendimento emergencial a VVS}} \times 100$

Nº total de atendimento emergencial a VVS

- iii. Realização do aborto legal, conforme previsto no Art. 128 do Código Penal Brasileiro

14. Atendimento Humanizado ao Abortamento

a. Indicador

Percentual de AMIU realizadas nas mulheres em processo de abortamento, de acordo com a recomendação do Protocolo da SMSDC/Rio **(Meta = 100%)**

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

A OSS deverá desenvolver, em consonância com as diretrizes gerais da SUBHUE / SMSDC, as seguintes ações:

☐ ☐ Produzir, analisar e divulgar informações sobre a situação de saúde das suas áreas de abrangência;

☐ ☐ Implantar/atualizar os sistemas de informação definidos pela SMSDC/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 SMSDC- Rio de Janeiro.

4.1. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

4.1.1. CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

O CNES foi instituído pela Portaria MS/SAS 376, de 03/10/2000, publicada em 04/10/2000. Todos os estabelecimentos de saúde instalados em território nacional deverão ser cadastrados. 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.

4.1.6. 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:

☐ ☐ 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, com o apoio de técnicos da SVS / SUBPAV.

Os itens discriminados na tabela de avaliação serão analisados em datas comunicadas pela SMSDC/RJ, a partir do início de vigência do Contrato de Gestão.

Os relatórios gerais e específicos deverão ser entregues pela Organização Social até o 3o dia útil do mês subsequente. Os relatórios de produção deverão ser diários com consolidados semanais entregues a SUBHUE/SMSDC/RJ.

D.1.4 SISREG - Sistema Nacional de Regulação.

Sistema on-line, ou seja, funciona com navegadores (*Internet Explorer, Mozilla Firefox*, etc.) instalados em computadores conectados à internet. Esse software é disponibilizado pelo Ministério da Saúde para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório, indo da rede básica 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. Existe ainda um espaço on-line denominado ambiente de treinamento para que gestores estaduais, municipais, profissionais de saúde e profissionais de informática naveguem e conheçam o escopo de funcionalidades que permitem compor uma central de regulação de maneira rápida e prática.

Este sistema é composto por dois módulos principais:

Central de Marcação de Consultas (CMC)

Visa atender ao processo regulatório dos procedimentos especializados como as consultas médicas e exames de média/alta complexidade e para tal, utiliza sistema próprio de agendamento destes procedimentos.

Central de Internação Hospitalar (CIH)

Visa o atendimento das internações hospitalares, com o controle central de leitos da rede permitindo o gerenciamento do processo de regulação e autorização das solicitações para internações, tanto emergenciais quanto eletivas.

Operacionalização do Sistema:

O sistema é operacionalizado através da inter-relação entre as Centrais de Regulação e as Unidades Solicitantes e Executantes.