

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 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. A má qualidade quase sempre aumenta os custos através da ineficiência, prolongamento da necessidade de cuidados, de tratamentos e cirurgias complementares.

Os programas de pagamento por desempenho visam a melhoria da qualidade, premiando a excelência ao mesmo tempo que promove 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 do TEIAS;
- Parte variável 02 - incentivo Institucional à unidade de saúde .
- Parte variável 03 - incentivo à equipe de saúde da família e saúde bucal

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 considerada na rubrica “Apoio a gestão do TEIAS – OSS” devendo a OSS apresentar à CAP 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 Coordenação de Área de Planejamento, alocado na rubrica “adaptação de unidades de atenção primária”.

(iii) cumprimento de menos de 60% das metas implica em destinação do total do recurso (2%), mediante plano de aplicação elaborado pela Coordenação de Área de Planejamento, alocado na rubrica “adaptação de unidades de atenção primária”.

.

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

3.1.1. Parte variável 01 - incentivo institucional à gestão do TEIAS;

Indicador	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade de da avaliação	Meta
01	Implantação de comissões de prontuários nas unidades	Proporção de unidades de saúde da família com comissões de prontuários implantadas	$\frac{\text{Nº de unidades com comissões implantadas}}{\text{Nº de unidades com equipes de Saúde da Família}} \times 100$	Relatórios da OS	A partir do 7º mês de contrato Trimestral	80% 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	90%
03	Porcentagem de consultas ao paciente pelo seu próprio médico de família	Proporção de consultas realizadas pelo próprio médico de família	$\frac{\text{N de consultas realizadas pelo médico do cadastro}}{\text{N de consultas realizadas}} \times 100$	Prontuário Eletrônico e SIA	A partir do 3º mês, periodicidade e mensal	80 %
04	Acompanhamento do plano de trabalho odontológico	Proporção de altas no tratamento odontológico, dos usuários cadastrados	$\frac{\text{Nº de altas realizadas}}{\text{total de usuários com tratamento iniciado}} \times 100$	Prontuário Eletrônico	Mensal (a partir do 6º mês de implantação da clínica)	80%
05	Programação anual de atividades das unidades	Proporção de unidades com programação (cronograma de atividades) entregue	$\frac{\text{Numero de programação recebidas}}{\text{total de unidades}} \times 100$	Relatório da OS	Anual	80%
06	Percentual de escolas no território com atividades de promoção, prevenção e assistência acompanhadas pelas ESF	Proporção de ESF que realizam atividades educativas nas escolas na área da unidade de saúde	$\frac{\text{Numero de ESF que realizaram ação de saúde no período}}{\text{100 total de ESF}} \times 100$	Relatório OS	Trimestral	80%
07	Informatização dos postos de trabalho	Proporção de consultórios e salas de procedimentos com terminais do prontuário eletrônico instalado e em funcionamento	$\frac{\text{Numero de consultórios e salas de procedimentos com terminais do prontuário eletrônico instalados e em funcionamento}}{\text{total de consultórios e salas de procedimentos}} \times 100$	Relatório OS	Trimestral	70%

			registradas no CNES			
08	Acesso a utilização de insumos para saúde bucal	Percentual de kits de Saúde Bucal distribuídos	Numero de kits distribuídos em ações coletivas ou individuais _____X pelo total de indivíduos cadastrados	Prontuário eletrônico	Trimestral	70%
09	Custo médio de medicamentos prescritos por usuário,	Custo médio de medicamentos prescritos por usuário,	Somatório do valor das prescrições _____ pelo numero de usuários atendidos	Prontuário eletrônico	Trimestral a partir do 7º mês de implantaç	Max R\$ 104,07
10	Custo médio de serviços de apoio a diagnóstico e terapia prescritos por usuário	Custo médio de serviços de apoio a diagnóstico e terapia prescritos por usuário	Somatório do valor das prescrições _____ pelo numero de usuários atendidos	Prontuario Eletronico	Trimestral a partir do 7º mês	Max R\$ 41,80
11	Abastecimento regular das unidades	Proporção de unidades de saúde com declaração que estão regularmente abastecidas pelo diretor/gerente	Numero de declarações de abastecimento adequado _____X 100 numero de unidades recebendo apoio a gestão	Relatório da OS com validação na CTA	Mensal	80%
12	Descentralização do fornecimento de insulina	Proporção de unidades que realizam o fornecimento (dispensação) de insulina	Numero de unidades que realizam o fornecimento ____X100 número total de unidades	Relatório OS	Trimestral	90%
13	Descentralização do fornecimento de medicamentos para asma	Proporção de unidades que realizam o fornecimento (dispensação) de medicamentos para asma	Numero de unidades que realizam o fornecimento____X 100 numero total de unidades	Relatório OS	Trimestral	80%
14	Descentralização do fornecimento de medicamentos antiretrovirais	Proporção de unidades que realizam o fornecimento.	Numero de unidades que realizam o fornecimento____X 100 numero total de unidades	Relatório OS	Trimestral	80%
15	Regularidade no envio dos sistemas de informação produção(BPA) e ambulatoriais(SIAB, HIPERDIA, SISPRENATAL,SISC OLO)	Proporção de unidades que informaram em dia.	Número de unidades com comprovação de envio pela SURCA (produção) e SAP (ambulatoriais) ____X100 numero total de unidades	Relatório OS	Mensal	100%

Estes indicadores deverão ser disponibilizados através de um painel em um Sistema de Informação on line pela OSS a S/SUBPAV.

No decorrer do Plano de Trabalho, caso algum Sistema de Informação oficial do Ministério da Saúde ou da SMSDC – Rio de Janeiro, venha a ser alterado, o mesmo deverá acontecer em relação as “Fontes” descritas nos Eixos 1 a 6 para cada indicador, tendo a OS 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 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.

3.2 - **Parte variável 02**

O cumprimento de indicadores específicos relacionados a cada unidade de atenção primária destinará um valor trimestral pré-estabelecido segundo o número de equipes, a ser aplicado na própria unidade de atenção primária. O valor é de R\$ 3.000/trimestre por equipe de saúde da família.

Exemplos: uma unidade que tenha três equipes de saúde da família, receberá $3 \times R\$ 3.000 = R\$ 9.000$ /trimestre; uma unidade de atenção primária que tenha oito equipes de saúde da família, receberá, $8 \times R\$ 3.000 = R\$ 24.000$ /trimestre.

A não apresentação dos indicadores estabelecidos para o trimestre (conforme box a seguir) ou o não cumprimento das metas acordadas acarretará na sua destinação à rubrica “adaptação de unidades de atenção primária”, devendo ser executado mediante plano de aplicação elaborado pela Coordenação de Área de Planejamento.

A matriz de indicadores a ser utilizada na contratualização da parte variável 02 é constituída por 18 indicadores agrupados em quatro grandes áreas: acesso, desempenho assistencial, qualidade percebida e desempenho econômico, conforme Quadro a seguir.

A fonte de informação para os indicadores da **variável 02** deve ser obtida dos registros no prontuário eletrônico.

Quadro descritivo dos indicadores que compõem a parte variável 02

Acesso

1. Percentagem de consultas realizadas pelo seu próprio médico de família,
2. Percentagem demanda espontânea (acolhimento da demanda não programada ou encaminhadas por outras unidades) em relação ao total de atendimentos.
3. Taxa de visitas domiciliares por 1.000 habitantes,
4. Taxa de atividades de grupos educativos realizados por ESF no período avaliado,
5. Taxa de itens da carteira de serviço implementados,

Desempenho Assistencial

1. Percentagem de mulheres entre os 20 e 59 anos com colpocitologia realizada e registrada nos últimos 3 anos.
2. Percentagem de diabéticos com pelo menos duas consultas registradas nos últimos doze meses, sendo pelo menos uma por semestre,
3. Percentagem de hipertensos com registro de pressão arterial nos últimos seis meses,
4. Percentagem de crianças com vacinas em dia aos 2 anos,
5. Percentagem de crianças com vacinas em dia aos 6 anos,
6. Percentagem de primeiras consultas de pré-natal no primeiro trimestre,
7. Percentagem de primeiras consultas de puericultura efetuadas até os 28 dias,
8. Proporção de altas, no tratamento odontológico, dos usuários com tratamentos iniciados.

Satisfação dos Pacientes

1. Percentagem de usuários satisfeitos/muito satisfeitos (questionário padronizado pela SMSDC).

Eficiência

1. Custo médio de medicamentos prescritos por usuário atendido,
2. Custo médio de serviços de apoio a diagnóstico e terapia solicitados para cada usuário atendido,
3. Percentagem de medicamentos prescritos da REMUME (em relação ao total de medicamentos prescritos),
4. Percentagem de pacientes encaminhados (em relação ao número de atendidos),
5. Percentagem de absenteísmo nas consultas/procedimentos agendadas pelo

SISREG (em relação ao número de encaminhamentos totais).

A definição das metas depende da negociação 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 SMSDC definirá as metas, no segundo ano, as próprias CAPs juntamente com as equipes deverão revisá-las de acordo com o histórico do ano anterior (linha de base).

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 SMSDC.

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 **aplicação de questionários** – modelo definido pela SUBPAV / SMSDC, de modo a permitir comparações entre as AP's. O indicador final que medirá a satisfação dos usuários será oriundo de um *casemix* pré-estabelecido pela SMSDC.

A unidade deverá elaborar um relatório de atividades que indique o compromisso assistencial realizado em relação ao contratualizado e remeter-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 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 CAP para validação.

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

O Plano de Aplicação dos Incentivos deverá traduzir-se, nomeadamente, na distribuição de informação técnica, na participação em conferências, simpósios, 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.

3.3. Parte variável 03

O cumprimento de indicadores específicos relacionados a cada equipe de saúde da família e saúde bucal destinará um valor variável de recursos a serem recebidos trimestralmente por cada equipe a título de remuneração por desempenho, sendo este de no máximo 10% do salário-base mensal. Caso a equipe atinja menos de 20% das metas acordadas para o trimestre, isto acarretará em destinação dos recursos orçamentários para utilização na rubrica *“adaptação de unidades de atenção primária”, tendo plano de aplicação definido pela respectiva Coordenação de Área de Planeamento.*

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) como o pilar central do sistema de saúde. Os centros de saúde com equipas de saúde da família e saúde bucal constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde e prevenção da

doença, assistência e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados.

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

Os Centros de Saúde e as Clínicas da Família são unidades operativas das CAPs com autonomia funcional e técnica que devem garantir aos cidadãos inscritos uma carteira básica de serviços definida pela Superintendência de Atenção Primária da SMSDC.

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 – Tipos de modelos de atenção primária existentes no município do Rio de Janeiro no ano de 2010

Modelo A. Todo o território é coberto pelas equipes de saúde da família e saúde bucal, nesta unidade todo usuário deve saber nominalmente os profissionais de referência para cada área, a unidade está dividida por equipes.

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

Modelo C. A unidade ainda não trabalha na estratégia de saúde da família.

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

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 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, decorrente da facilitação do acesso a ações de formação, e ao atribuir aos profissionais gratificações associadas ao desempenho.

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

As unidades de modelo A e B são unidades funcionais com maiores transformações organizacionais onde o trabalho nas equipes de saúde família já estão adequados a política nacional de atenção básica (PNAB, 2006). Nesta os profissionais os profissionais deverão a aceitar um nível de contratualização de **patamares de desempenho mais exigentes**.

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 UCs no trimestre (20%).

Baseado na reforma dos cuidados primários em Portugal, na matriz de avaliação da atenção primária no *National Health Service* (NHS) inglês, na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2006, Ministério da Saúde), definimos um conjunto de ações de vigilância a serem remuneradas como parte variável dos vencimentos a ser pago trimestralmente pela OSS aos profissionais de saúde das equipes de saúde da família e saúde bucal.

A compensação prevista está associada a vigilância dos usuários vulneráveis e de

risco, segundo as orientações técnicas da Coordenação de Linha de Cuidado e Programas Especiais (CLCPE) da SAP/SUBPAV/SMSDC, nos termos apresentados no quadro a seguir:

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

Grupo de ações	Descrição	UC
01	A vigilância, em planejamento familiar, de uma mulher em idade fértil, por ano	01
02	A vigilância, em planejamento familiar, de uma mulher em idade fértil, com inserção de DIU ou pré-operatório para laqueadura	03
03	A vigilância de uma gravidez	08
04	A vigilância de uma criança, no primeiro ano de vida, por ano	07
05	A vigilância de uma criança, no segundo ano de vida, por ano	03
06	A vigilância de uma pessoa diabética, por ano	04
07	A vigilância de uma pessoa hipertensa, por ano	02
08	A vigilância de uma pessoa em alta por cura de tuberculose	08
09	A vigilância de uma pessoa em alta por cura de hanseníase	10

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

Grupo de ações	Descrição	UC
01	A vigilância, em planejamento familiar, de uma mulher em idade fértil, por ano	01
<p>PLANEAMENTO FAMILIAR I</p> <p>Uma usuária é considerada neste grupo se forem verdadeiras as condições [A e B e C e D e E e F]: uma mulher em idade fértil, por ano</p> <p>A. Sexo feminino, B. Ter entre [15; 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 uma das rubricas da ICPC-2 que permitem codificar o planejamento familiar (W10, W11, W12, W13, W14 ou W15), D. Nas mulheres com idades entre [25, 59[anos, ter pelo menos um registro de resultado de colpocitologia nos 36 meses que antecedem a data fim do período em análise, E. Ter sido realizada pelo menos uma consulta médica ou de enfermagem na unidade de saúde no período em análise, F. Estar com o calendário vacinal atualizado, G. Não ter recebido UC no grupo de ação 01 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.</p>		

Grupo de ações	Descrição	UC
02	A vigilância, em planejamento familiar, de uma mulher em idade fértil, com inserção de DIU ou pré-operatório para laqueadura	03
<p>PLANEAMENTO FAMILIAR II</p> <p>Uma usuária é considerada neste grupo se forem verdadeiras as condições [A e B e C e D e E e F e (G ou H) e I e J]: uma mulher em idade fértil, por ano</p> <p>A. Sexo feminino, B. Ter entre [15; 59[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 uma das rubricas da ICPC-2 que permitem codificar o planejamento familiar (W10, W11, W12, W13, W14 ou W15). Ver alíneas A e B de "OBSERVAÇÕES", D. Nas mulheres com idades entre [20, 59[anos, ter pelo menos um registro de resultado de colpocitologia (MCDT com código B003.5) nos 36 meses que antecedem a data fim do período em análise, E. Ter sido realizada pelo menos uma consulta médica ou de enfermagem na unidade de saúde no período em análise, F. Ter pelo menos um registro de atividade educativa em grupo de saúde (planejamento familiar) registrada pelo ACS, pelo médico ou pelo enfermeiro dentista, TSB ou ASB, G. Ter realizado a consulta médica para inserção de DIU (registrado no prontuário eletrônico), H. Preparação para esterilização masculina ou feminina (aconselhamento, atividade educativa, consentimento informado, pré-operatório para laqueadura tubária) e registro no prontuário da realização do procedimento, I. Estar com o calendário vacinal atualizado, J. Não ter recebido UC no grupo de ação 02 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.</p>		

Grupo de ações	Descrição	UC
03	A vigilância de uma gravidez	08
<p>SAÚDE MATERNA:</p> <p>Uma usuária é considerada neste grupo se forem verdadeiras as condições [A e B e C e D e E e F e G e H e I e J]:</p> <p>A. Sexo feminino e cadastro no SISPRENATAL, B. Ter efetuado consulta médica ou de enfermagem de revisão do puerpério no período em análise e, no máximo, 20 dias após o parto, registrada no prontuário com a descrição de "revisão do puerpério", C. Ter efetuado a primeira consulta de gravidez antes das 12 semanas - [0; 12[semanas, D. Ter realizado pelo menos 7 consultas (médicas e de enfermagem, sendo pelo menos 3 consultas médicas) de pré-natal até a 38ª semana - [0; 39[semanas - de gravidez. Estas consultas devem ter registro parametrizado no prontuário que permitem codificar gravidez (W78, W79 ou W84), E. Ter registro de 2 resultados de VDRL até a 24ª semana de gestação, F.Usuária deve estar cadastrada na equipe,</p>		

G. Ter registro de ter pelo menos 3 visitas do ACS até à 38ª semana - [0; 39[semanas - de gravidez.
H. Ter registro de pelo menos dois resultados anti-HIV durante a gestação, sendo o primeiro realizado até [16] semanas de gestação.
I. Ter registro no prontuário do encaminhamento à maternidade referenciada antes do parto,
J. Ter registro de uma consulta de saúde bucal ou procedimento coletivo.
Obs: Caso tenha registro de uma consulta médica ou de enfermagem com o pai, haverá um somatório de 02 UC, totalizando 10UC.

Grupo de ações	Descrição	UC
04	A vigilância de uma criança, no primeiro ano de vida, por ano	06
<p>SAÚDE INFANTIL - 1º ANO DE VIDA</p> <p>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 e J e K]:</p> <p>A. Ter completado um ano de vida durante o período em análise, B. Ter tido a primeira consulta médica ou de enfermagem até o 15º dia de vida [0, 20 dias]. C. Ter realizado pelo menos 7 consultas do médico ou do enfermeiro (pelo menos 4 consultas médicas) de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (puericultura) até os 12 meses de vida - [0, 365] dias, D. Ter registro parametrizado de avaliação (pelo médico ou enfermeiro) do desenvolvimento psicomotor em cada consulta até aos 11 meses de vida - [0, 330] dias, E. Ter recebido ao menos uma visita domiciliar do ACS até os primeiros 7 [0, 7] dias de vida e mais duas até os 11 meses de vida - [0, 330] dias, F. Estar com o calendário vacinal em dia, G. Ter realizado e registrado a coleta do teste do pezinho entre o 3º e o 5º dia de vida, H. Ter registro do resultado dos testes do pezinho e reflexo vermelho, I. Ter avaliação do risco nutricional em toda consulta, J. Ter registro que o profissional de saúde ofereceu orientações em relação ao crescimento e desenvolvimento, K. Não ter recebido UC no grupo de ação 04 para o mesmo paciente.</p>		

Grupo de ações	Descrição	UC
05	A vigilância de uma criança, no segundo ano de vida, por ano	04
<p>SAÚDE INFANTIL - 2º ANO DE VIDA</p> <p>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]:</p> <p>A. Ter completado dois anos de vida durante o período em análise, B. Ter realizado pelo menos 1 consulta médica e 1 consulta de enfermagem de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (puericultura) entre os 12 e os 24 meses de vida -]365, 730] dias com registro de peso e altura, C. Ter pelo menos 2 registros parametrizado de avaliação do desenvolvimento psicomotor (por médico/enfermeiro) entre os 12 e os 24 meses de vida -]365, 730]</p>		

dias.

D. Usuário pertencente à equipe de saúde da família em questão,

E. Ter recebido do ACS ao menos duas visitas de vigilância em saúde infantil entre os 12 e os 24 meses de vida -]365, 730] dias,

F. Estar com o calendário vacinal completo,

G. Ter realizado no mínimo 3 consultas, ou grupo educativo com dentista, ou TSB ou ASB nos últimos 24 meses,

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

Grupo de ações	Descrição	UC
06	A vigilância de uma pessoa diabética, por ano	06
<p>DIABETES</p> <p>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 e J e K e L]</p> <p>A. Ter o diagnóstico de Diabetes Mellitus na lista de problemas, B. Não ter recebido UC no grupo de ação 06 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses, C. Ter realizado pelo menos duas consultas médicas ou de enfermagem durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise, D. Ter pelo menos dois registros de pressão arterial (realizados em dias diferentes) durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise, E. Ter pelo menos dois registros de resultado de glicemia sérica realizados durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise, F. Ter pelo menos um registro de resultado de hemoglobina A1C inferior ou igual a 10 %, realizado durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise, G. Ter pelo menos uma visita de vigilância do ACS, realizada durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise, H. Ter pelo menos um registro de resultado de colesterol total, colesterol HDL e triglicérides realizados durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise, I. Ter ao menos uma avaliação dos pés realizada e registrada durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise, J. Estar com o calendário vacinal atualizado, K. Ter realizado pelo menos uma consulta com registro de fundoscopia, L. Ter registro de orientação, revelação de placa e escovação supervisionada, por qualquer profissional da equipe de ESB.</p>		

Grupo de ações	Descrição	UC
07	A vigilância de uma pessoa hipertensa, por ano	02
<p>HIPERTENSÃO</p> <p>Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras a condição [A e B e C e D e (E ou F) e G e H e I]:</p> <p>A. Ter o diagnóstico de hipertensão arterial (códigos K86 ou K87 da ICPC-2) na lista de problemas, com estado ativo, B. Ter realizado pelo menos 2 consultas médicas ou de enfermagem durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise, C. Ter pelo menos 2 registros de pressão arterial (realizados em dias diferentes)</p>		

durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise,
D. Ter pelo menos 1 registro de pressão arterial durante o período em análise com valores de pressão arterial sistólica inferior ou igual a 150 mmHg e de pressão arterial diastólica inferior ou igual a 90 mmHg,
F. Ter pelo menos 1 registro de resultados de colesterol total (código 02.02.01.029-5), colesterol HDL (código 02.02.01.027-9) e triglicérides (código 02.02.01.067-8) realizados durante os 24 meses que antecedem a data final do período em análise.
G. Estar com o calendário vacinal atualizado.
H. Ter registro de entrada no programa do tabagismo da unidade (caso o paciente não seja tabagista, considerar este item atendido desde que tenha registro de não-tabagismo no prontuário),
I. Não ter recebido UC no grupo de ação 07 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.

Grupo de ações	Descrição	UC
08	A vigilância de uma pessoa em alta por cura de tuberculose	08
<p>TUBERCULOSE</p> <p>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 e J]:</p> <p>A. Ter registro do resultado de pelo menos duas baciloscopias de escarro, B. Ter alta por cura da tuberculose, C. Ter realizado pelo menos 5 consultas médicas ou de enfermagem no período do tratamento, D. Ter recebido do ACS pelo menos 12 visitas (ao menos uma em cada mês), durante o período de análise, E. Ter registro e encerramento do caso no SINAN, F. Ter registro de resultado de exame anti-HIV, G. Ter registro de avaliação de todos os contactantes, H. Ter realizado ao menos uma consulta de saúde bucal, nos últimos 12 meses, I. Ter recebido tratamento supervisionado, J. Não ter recebido UC no grupo de ação 08 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.</p>		

Grupo de ações	Descrição	UC
09	A vigilância de uma pessoa com alta por cura de hanseníase	10
<p>HANSENIASE</p> <p>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]:</p> <p>A. Ter registro de alta por cura da hanseníase no prontuário, B. Ter realizado pelo menos 7 consultas médicas ou de enfermagem no período do tratamento, C. Ter recebido do ACS ao menos 7 visitas de vigilância para hanseníase, D. Ter registro e encerramento do caso no SINAN, E. Ter registro de vacinação BCG em todos os contactantes, F. Ter registro de avaliação e de prevenção de incapacidades, G. Ter realizado ao menos uma consulta de saúde bucal, nos últimos 12 meses, H. Não ter recebido UC no grupo de ação 08 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.</p>		

Grupo de ações	Descrição	UC
10	A vigilância de pessoa tabagista, alcoolista e ou outras drogas	04
<p>Alcoolista e outras drogas</p> <p>Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [(A ou B ou C) e D e E e F e G e H e I e J e K e L e (M ou N)]:</p> <p>A. Ter diagnóstico de uso crônico e abusivo de álcool, B. Ter diagnóstico de tabagismo, C. Ter diagnóstico de uso crônico de outras drogas, D. Ter realizado pelo menos 6 consultas médicas ou de enfermagem nos últimos 6 meses, E. Ter recebido do ACS ao menos 6 visita de vigilância nos últimos 6 meses, F. Ter recebido ao menos duas consultas sem agendamento nos últimos 6 meses, G. Ter registro de anti-HIV nos últimos 12 meses, H. Ter registro de pelo menos uma consulta familiar nos últimos 6 meses, I. Ter vacinação anti-tetânica em dia, J. Ter vacinação para Hepatite B em dia (para itens A ou C), K. Ter realizado ao menos uma consulta de saúde bucal, nos últimos 12 meses, L. Ter registro no prontuário de vinculação ao programa de atenção ao uso abusivo de álcool, M. Ter registro no prontuário de vinculação ao programa de controle do tabagismo (se item B) N. Não ter recebido UC no grupo de ação 10 para a mesma condição (subitens A, B e C) para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.</p> <p>Obs.: Para cada usuário desinstitucionalizado acompanhado que preencher os requisitos acima, acrescentar mais 10 UC.</p>		