

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

B.1. CRITÉRIOS GERAIS PARA O ACOMPANHAMENTO DOS CONTRATOS	
B.1.1. Responsabilidade no Acompanhamento	
B.1.2. Comissão Técnica de Acompanhamento (CTA)	
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. Parâmetros de valores de metas para 1º ano de contrato – parte variável 02	
B.3.3.2. Contratualização dos Incentivos Financeiros com os Profissionais – parte variável 02	
B.3.3.3. Monitoramento dos Indicadores (parte variável 02)	
B.3.3.4. Orientações para Pagamento por Performance quanto a 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. CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	
B.4.1.3. SIA – Sistema de Informação Ambulatorial	
B.4.1.4. SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica	
B.4.1.5. SISPRENATAL – Sistema de Informação do Pré-natal	
B.4.1.6. SISCOLO - Sistema de Informação sobre Rastreamento de Citopatológico do Colo Uterino	
B.4.1.7. HIPERDIA – Sistema de Cadastramento do Hipertenso e do Diabético	
B.4.1.8. SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação	
B.4.1.9. SI-PNI/API – Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações/Avaliação do Programa de Imunizações	

B.1. CRITÉRIOS GERAIS PARA O ACOMPANHAMENTO DOS CONTRATOS

Este contrato de gestão tem como principal objetivo induzir a melhora do desempenho das unidades funcionais, através 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 para se poder alcançar maiores ganhos em 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 e Defesa Civil do Rio de Janeiro – SMSDC, através da CTA elaborará os instrumentos para o monitoramento e avaliação e realizará o acompanhamento dos contratos, juntamente com representantes da Subsecretaria responsável pelas ações e serviços de saúde.

B.1.1. RESPONSABILIDADE NO ACOMPANHAMENTO

A SMSDC/RJ como entidade CONTRATANTE é responsável de que se levem 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 será criada uma Comissão Técnica de Acompanhamento (CTA) que articule e efetive o processo de acompanhamento e avaliação.

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

A Comissão Técnica de Acompanhamento (CTA) realizará o seguimento e a avaliação do funcionamento dos serviços de saúde contratados de acordo com os critérios, parâmetros e calendário previamente acordados com a Organização Social.

A coordenação das reuniões da CTA caberá ao Coordenador da AP.

Sempre que necessário, outras pessoas poderão ser convidados para participar das reuniões de acompanhamento.

B.1.3. COMPOSIÇÃO

A CTA é constituída, no mínimo de 10 pessoas:

- 2 representantes da S/GAB;

- 2 representante da S/SUBPAV;
- 2 representantes da S/SUBPAV/SAP;
- 2 representantes do S/SUBG;
- 2 representantes da S/SUBPAV/CAP.

B.1.4. FUNÇÕES

As funções da comissão serão:

- Realizar reuniões periódicas, segundo calendário elaborado de forma consensual pelos membros que a compõem;
- Sempre que solicitado pelo SMSDC ou pela contratada, realizar reuniões extraordinárias;
- Registrar em ata todas as reuniões realizadas que deverão ser assinadas pelos componentes da CTA e participantes presentes;
- Avaliação dos indicadores de acompanhamento e avaliação pactuados e informação em geral sobre o funcionamento dos serviços, assim como, dos aspectos econômico-financeiros da atuação da instituição parceira, analisando os desvios ocorridos em relação ao orçamento estabelecido no Contrato de Gestão;
- Análises das causas que originaram desvios e ocorrências no funcionamento dos serviços;
- Análise da rotatividade dos profissionais de saúde;
- Observação direta e discussões com a entidade provedora sobre o funcionamento dos serviços;
- Estabelecer acordos e a implementação de mediadas corretivas, quando necessárias;
- Analisar preliminarmente propostas de implantação de novos serviços;
- Elaborar relatórios à SMSDC/RJ e ao Conselho Distrital sobre os dados analisados.

B.2. ÂMBITOS DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

B.2.1. ASPECTOS BÁSICOS ORGANIZACIONAIS

Caberá 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 SMSDC-Rio de Janeiro;
- Meios de acesso da população aos serviços de saúde ofertados;
- Recepção e encaminhamento dos usuários aos serviços;
- Registros a serem utilizados na atividade assistencial;
- Registros a serem utilizados nos procedimentos administrativos;
- 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 pela Política Nacional de Saúde, Plano Municipal de Saúde e Fundamentos da Atenção Básica (Política Nacional de Atenção Básica – PNAB(2006) – Ministério da Saúde).

B.2.2. BOA PRÁTICA CLÍNICA

As referências que apóiam 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 contratado ou a outros no âmbito territorial;
- Orientações estabelecidas pela SMSDC/RJ.
- As três práticas não são excludentes, e sim complementares e sua operatividade dependerá do que se determine em cada caso.
- Os parâmetros que se relacionam diretamente com a boa prática clínica e que possam ser objeto de avaliação por parte da CTA são:
 - Qualificação dos profissionais;
 - Utilização do prontuário clínico;
 - Uso de outros registros da atividade assistencial;
 - Respeito ao Plano de Educação Permanente da SMSDC-Rio de Janeiro e a PNAB(2006) / Ministério da Saúde;
 - Consenso sobre o diagnóstico e tratamento das patologias mais presentes na rede básica;
 - Consenso entre os profissionais dos serviços sobre o diagnóstico, tratamento e condições de referência, se procede, 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.

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 outros e os usuários;
- Incentivo a autonomia dos usuários;
- Tratamento individualizado e personalizado;
- 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 CONTRA-REFERÊNCIA

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 se dará de acordo com critérios estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil.

Para assegurar a continuidade no processo assistencial serão necessários:

- Consenso clínico sobre as patologias e os processos que possam ser solucionados nos serviços da rede básica;
- Utilização pelos profissionais de saúde das referências e contrareferências estabelecidas;
- Acordos entre os profissionais sobre a informação clínica necessária, tanto desde a rede básica até a atenção especializada como 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.

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 SUBPAV / SMSDC – 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 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.

B.3.1. Aspectos gerais

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 SMSDC 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, a partir dos registros no prontuário eletrônico, de acordo com o calendário vacinal adotado pelo município, o sistema deve interpretar se o calendário vacinal está atualizado ou não.

O sistema (Prontuário Eletrônico do Paciente ou 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 email pelo PEP para cada profissional de saúde ao final do mês. Somente deverá ser considerado implantado o PEP naquelas equipes em que estiver gerando os indicadores e enviando-os por email mensalmente aos profissionais.

A qualquer momento a CAP, a CTA ou a SMSDC poderão solicitar a memória de cálculo que levou a gerar os indicadores e a 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 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.

Quadro de indicadores da **Parte variável 01** - incentivo institucional à gestão do TEIAS.

Indicador	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade da avaliação	Meta	Observação
01	Manutenção de comissões de prontuários nas unidades	Proporção de unidades de saúde da família com comissões de prontuários mantidas	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ N° de unidades com comissões com atividade mensal (D) N° de unidades com equipes de Saúde da Família	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral (A partir do 7º mês de funcionamento da unidade)	100%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade se existe comissão de prontuário e a periodicidade das reuniões. Mínimo de reuniões para ser considerada ativa é de 1 reunião mensal.
02	Acompanhamento do cadastramento e atualização no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)	Proporção de profissionais de saúde cadastrados	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ N° de profissionais das equipes de SF e SB cadastrados no prontuário com correspondência ao SCNES (D) N° de profissionais das ESF e ESB cadastrados no prontuário	Prontuário Eletrônico (PEP) + arquivo exportação do CNES	Trimestral	90%	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.
03	Percentagem de consultas ao paciente pelo seu próprio médico de família	Proporção de consultas realizadas pelo próprio médico de família	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ N° de consultas médicas realizadas a pacientes da equipe pelo próprio médico da equipe (D) N° de consultas médicas realizadas a pacientes da equipe na unidade	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	60 a 90 %	Pretende-se avaliar a longitudinalidade do cuidado e vinculação além da intersubstituição na falta do profissional.
04	Acompanhamento do plano de trabalho odontológico	Proporção de altas no tratamento odontológico, dos usuários cadastrados	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ N° de altas realizadas (D) total de usuários que iniciaram o tratamento <i>(acumulativo para os últimos 12 meses para numerador e denominador)</i>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral (a partir do 7º mês de implantação de nova unidade de saúde / equipe)	80%	* considerar a possibilidade de a equipe de SB registrar "alta por abandono". * incluir uma nova coluna ao lado do denominador (D) para visualizar o número de altas por abandono no período.
05	Programação anual de atividades das unidades	Proporção de unidades com programação entregue até 05 de fevereiro do ano corrente ou até 30 dias após inauguração de nova clínica	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ N° de unidades com programação registrada (D) Total de unidades	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	100%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade a realização da programação anual das atividades. Esta programação deve ficar disponível para todos os profissionais da unidade pelo prontuário.
06	Acompanhamento do cronograma de atividades propostas pelas unidades	Proporção de atividades realizadas	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ N° de atividades realizadas (D) total de atividades previstas no trimestre	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral (a partir do 4º mês de implantação da clínica)	80%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade a realização da programação anual das atividades. Esta programação deve ficar disponível para todos os profissionais da unidade pelo prontuário.
07	Percentual de escolas no território	Proporção de escolas cobertas	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ N° de escolas que	Prontuário Eletrônico	Trimestral (considerar	80%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo

	com atividades de promoção, prevenção e assistência acompanhadas pelas ESF e ESB	na área da unidade	receberam alguma ação de saúde no período _____X 100 (D) Total de escolas da área	(PEP)	apenas meses letivos das escolas)		de cadastro da unidade as escolas e creches na área de abrangência com informações como 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.
08	Informatização dos postos de trabalho	Proporção de consultórios e salas de procedimentos com terminais do prontuário eletrônico	(N) Nº de consultórios e outros postos de trabalho com terminais do prontuário eletrônico _____X 100 (D) total de consultórios e outros postos de trabalho registrados no CNES (*)	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	100%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade a quantidade de postos de trabalho informatizados detalhando por sala. Como parâmetro cada unidade deve ter um computador com o prontuário instalado em cada consultório da unidade além dos demais postos de trabalho previstos descritos na observação (*).
09	Acesso a utilização de insumos para saúde bucal	Percentual de escovação dental supervisionada com entrega de kits de Saúde Bucal nas escolas e creches públicas no território	(N) Total de alunos com escovação supervisionada com entrega de kits individuais aos alunos das escolas e creches públicas _____X 100 (D) total de alunos das escolas e creches públicas da área de abrangência da unidade (**)	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	90%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade as escolas e creches na área de abrangência com informações como Endereço, Nome do estabelecimento, número de alunos. Cada equipe de SB deve registrar as atividades realizadas e número de kits individuais entregues a partir desse cadastro realizado.
10	Custo médio de medicamentos prescritos por usuário	Custo médio de medicamentos prescritos por usuário	(N) Somatório do valor das prescrições médicas das ESF nos últimos 3 meses (REMUME e não REMUME) _____ (D) Nº total de usuários atendidos pelos médicos das ESF nos últimos 3 meses	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral (a partir do 4º mês da clínica)	Máx R\$ 51,78	
11	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	(N) Somatório do valor dos exames de SADT solicitados por médicos das ESF (fonte valores tabela SIGTAP) _____ (D) Nº total de usuários atendidos pelos médicos das ESF nos últimos 3 meses	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral (a partir do 4º mês da clínica)	Máx R\$ 41,80	
12	Abastecimento regular das unidades	Proporção de unidades de saúde com declaração que estão regularmente abastecidas pelo diretor/gerente	(N) Nº de declarações de abastecimento adequado _____X 100 (D) nº de unidades recebendo apoio a gestão	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	100%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade mensalmente se o abastecimento dos insumos e equipamentos de atribuição da OSS (excluem-se os medicamentos) está regular em percentagem de itens. A avaliação é a média dos 3 meses.
13	Descentralização do fornecimento de	Proporção de unidades que	(N) Nº de unidades que realizam o fornecimento	Prontuário Eletrônico	Trimestral	100%	O prontuário deve gerar por mês a quantidade de itens de insulina distribuídos por unidade. Considera-

	insulina	realizam o fornecimento	registrados pelo prontuário $\frac{\quad}{\quad} \times 100$ (D) Nº total de unidades na área (***)	(PEP)			se que a unidade dispensa insulina se houver registro regular de dispensação deste item no prontuário. Deve permitir detalhar a lista de pacientes que recebem o insumo.
14	Descentralização do fornecimento de medicamentos para asma	Proporção de unidades que realizam o fornecimento	(N) Nº de unidades que realizam o fornecimento registrados pelo prontuário $\frac{\quad}{\quad} \times 100$ (D) Nº total de unidades na área (***)	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	100%	O prontuário deve gerar por mês a quantidade de itens de medicamento para asma distribuídos por unidade. Considera-se que a unidade dispensa medicamento para asma se houver registro regular de dispensação deste item no prontuário. Deve permitir detalhar a lista de pacientes que recebem o insumo.
15	Descentralização do fornecimento de medicamentos para tuberculose e hanseníase	Proporção de unidades que realizam o fornecimento	(N) Nº de unidades que realizam o fornecimento registrados pelo prontuário $\frac{\quad}{\quad} \times 100$ (D) Nº total de unidades na área (***)	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	100%	O prontuário deve gerar por mês a quantidade de itens de medicamento para tuberculose e hanseníase distribuídos por unidade. Considera-se que a unidade dispensa medicamento para tuberculose e hanseníase se houver registro regular de dispensação deste item no prontuário. Deve permitir detalhar a lista de pacientes que recebem o insumo.
16	Descentralização do fornecimento de medicamentos controlados	Proporção de unidades que realizam o fornecimento.	(N) Nº de unidades que realizam o fornecimento registrados pelo prontuário $\frac{\quad}{\quad} \times 100$ (D) Nº total de unidades na área (***)	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	80%	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.
17	Regularidade no envio da produção (BPA e SIAB)	Proporção de unidades que informaram em dia.	(N) Nº de unidades com comprovação de envio pelo prontuário $\frac{\quad}{\quad} \times 100$ (D) Nº total de unidades na área	Protocolo de envio pelo Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	100%	O calendário de envio para o SIAB é até dia 22 de cada mês e para o SIA é até 2º dia útil de cada mês. O prontuário deve gerar relação das unidades com a data e a competência de envio nos 3 meses em análise.
18	Regularidade no envio dos indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3), SIAB e SIA aos profissionais das equipes	Proporção de profissionais da ESF e ESB que receberam mensalmente por email pelo PEP o envio do resultado de indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3) de sua unidade, SIA e SIAB	(N) Nº de profissionais das ESF e ESB que receberam mensalmente por email pelo PEP o envio do resultado de indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3), SIA e SIAB de sua unidade $\frac{\quad}{\quad} \times 100$ (D) Nº total de profissionais de ESF e ESB na área	Protocolo de envio de email pelo Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	100%	Todos os profissionais das equipes devem receber mensalmente por email, automaticamente a partir do prontuário o resultado dos indicadores de desempenho, SIA e SIAB. 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 email, o email de cada um deles e o cargo dos mesmos.

(*) entende-se como **outros postos de trabalho, sala imunização, acolhimento mãe-bebê, sala da criança, sala da mulher, sala de hipertensão e diabetes, recepção (1 computador por equipe), sala de procedimentos, sala dos ACS e AVS (1 computador por equipe), farmácia, sala de administração, sala raio X (se houver) e sala ultrassonografia (se houver);**

(**) para o denominador que representa o número de alunos em escolas e creches públicas, o prontuário eletrônico deve disponibilizar um cadastro de escolas e creches na área de abrangência, com as informações do número de alunos, endereço do estabelecimento e equipes de SF e de SB que estão vinculadas com ações de saúde;

(***) considerando que a responsabilidade de compra de medicações não cabe às OSS, deve-se avaliar se há condições (estrutura, treinamento, etc) para a dispensação, além de solicitação regular da medicação bem como a dispensação propriamente dita; Caso tenham sido garantidas as condições acima e a SMSDC não tiver enviado a medicação por qualquer motivo, esse indicador não se aplica.

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 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 pré-estabelecido segundo o número de equipes, a ser aplicado na própria unidade de atenção primária. O valor é de 3.000/trimestre por equipe de saúde da família.

Exemplos: uma unidade que tenha três equipes de saúde da família, receberá $3 \times 3.000 = 9.000$ /trimestre; uma unidade de atenção primária que tenha oito equipes de saúde da família, receberá, $8 \times 3.000 = 24.000$ /trimestre. Caso uma das equipes não obtenha o cumprimento das metas na variável 2, nenhuma equipe da unidade receberá o valor.

A não apresentação dos indicadores estabelecidos para o trimestre (conforme caixa 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.

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

A) Acesso

- A1. Percentagem de consultas realizadas pelo seu próprio médico de família
- A2. Percentagem demanda espontânea (acolhimento da demanda não programada ou encaminhadas por outras unidades) em relação a programada (médicos, enfermeiros e dentistas)
- A3. Taxa de visitas domiciliares por 1.000 inscritos
- A4. Taxa de grupos educativos por 1.000 inscritos
- A5. Taxa de itens da carteira de serviço implementados
- A6. Percentagem de consultas agendadas por telefone, email ou plataforma web do

prontuário eletrônico

D) Desempenho Assistencial

- D1. Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia registrado nos últimos 3 anos
 D2. Percentagem de diabéticos com pelo menos duas consultas registradas nos últimos doze meses, desde que abranjam dois semestres
 D3. Percentagem de hipertensos com registro de pressão arterial nos últimos seis meses
 D4. Percentagem de crianças com calendário vacinal em dia (atualizado) aos 2 anos
 D5. Percentagem de crianças com calendário vacinal em dia (atualizado) aos 6 anos
 D6. Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre
 D7. Percentagem de primeiras consultas de puericultura efetuadas até aos 28 dias
 D8. Proporção de altas, no tratamento odontológico, dos usuários com tratamento iniciado (acumulativo para os últimos 12 meses)
 D9. Proporção de kits de saúde bucal (kits familiares) distribuídos para famílias com vulnerabilidade social

S) Satisfação dos Pacientes

- S1. Percentagem de usuários satisfeitos/muito satisfeitos (questionário padronizado pela SMSDC)

E) Eficiência

- E1. Custo médio de medicamentos prescritos por usuário
 E2. Custo médio de serviços de apoio a diagnóstico e terapia prescritos por usuário,
 E3. Percentagem de medicamentos prescritos da REMUME
 E4. Percentagem de pacientes encaminhados
 E5. Percentagem de absenteísmo nas consultas/procedimentos agendadas pelo SISREG

Para o item “D4. Percentagem de crianças com calendário vacinal em dia (atualizado) aos 2 anos” e “D5. Percentagem de crianças com calendário vacinal em dia (atualizado) aos 6 anos” a atualização cadastral deve ser interpretada de acordo com os registros de resultados de vacinação dos pacientes no PEP. Não será permitida interpretação binária (sim ou não) dos profissionais quanto à atualização vacinal. Ou seja, uma vez constando que a pessoa está com calendário vacinal atualizado, ou em dia, todos os registros de vacinas com base no calendário vacinal oficial do Município devem estar registradas para aquele paciente.

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.

	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade	Meta	Observação
A1	Acesso	Percentagem de consultas ao paciente pelo seu próprio médico de família	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ N° de consultas médicas realizadas a pacientes da equipe pelo próprio médico da equipe N° de consultas médicas realizadas a pacientes da equipe na unidade	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	60% a 90%	

A2	Acesso	Percentagem de demanda espontânea em relação à programada	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>Nº consultas realizadas sem agendamento prévio (demanda espontânea) por médicos, enfermeiros e dentistas da equipe</p> $\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>Nº total de consultas realizadas (médicos, enfermeiros e dentistas) pela equipe</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	mínimo 40%	Considera-se demanda espontânea aquela consulta que é realizada no mesmo dia, sem agendamento prévio. Não estão contemplados atendimentos coletivos, grupos ou outras atividades que não consultas.
A3	Acesso	Taxa de visitas domiciliares por 1.000 inscritos	$\frac{(N)}{(D)} \times 1.000$ <p>Nº de visitas domiciliares realizadas pela equipe em 3 meses (médicos, enfermeiros, tecn enf, ACS, CDs, ASB, TSB)</p> $\frac{(N)}{(D)} \times 1.000$ <p>nº de cadastrados na área da equipe</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 230 /1.000 (sem SB) ou 260 /1.000 (com SB)	Contar todas as VD's para: Médicos, enfermeiros, ACS, técnicos de enfermagem, CDs, ASBs e TSBs. Considerar para 3 meses : 230/1.000 sem SB e 260/1.000 com SB
A4	Acesso	Taxa de grupos educativos por 1.000 inscritos	$\frac{(N)}{(D)} \times 1.000$ <p>Nº de atividades educativas realizadas pela equipe em 3 meses (médicos, enfermeiros, tecn enf, ACS, CDs, ASB, TSB)</p> $\frac{(N)}{(D)} \times 1.000$ <p>Total de cadastrados na área da equipe</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 6 /1.000 (sem SB) ou 12 /1.000 (com SB)	Contar todas as atividades em grupos de: Médicos, enfermeiros, Tec. De Enfermagem, CDs, ASB e TSB. Considerar para 3 meses : 6/1.000 sem SB e 12/1.000 com SB
A5	Acesso	Taxa de itens da Carteira de Serviços implementados	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>Nº de ações da carteira de serviços executadas pela equipe de SF e SB</p> $\frac{(D)}{(D)} \times 100$ <p>Total de ações da carteira de serviços</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	mínimo 80%	O prontuário deve gerar automaticamente a informação a partir do registro de atividades das equipes para a maior parte dos itens da carteira de serviço. Os itens que não forem possíveis devem ser cadastrados no prontuário pelo gerente/diretor da unidade no módulo de cadastro da unidade (ex. se tem maleta de emergência, se tem responsável técnico, se tem receituário azul, etc).
A6	Acesso	Percentagem de consultas agendadas não presencialmente, por telefone, email ou plataforma web do prontuário eletrônico	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>Percentagem de consultas (médicos, enfermeiros e dentistas da ESF e ESB) agendadas por telefone, email ou plataforma web do prontuário eletrônico</p> $\frac{(D)}{(D)} \times 100$ <p>total de consultas (médicos, enfermeiros e dentistas) realizados no mês pelas ESF e ESB da unidade</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	mínimo 5%	Ao agendar a consulta o prontuário deve permitir classificar como foi realizada a consulta ("presencial", "pelo telefone", "por email", "plataforma web", "outro"). As consultas agendadas não presencialmente pelas modalidades acima devem entrar no cálculo. Caso seja agendada pela plataforma, essa informação deve ser registrada automaticamente. *Todo prontuário deve ter uma plataforma web que possibilite aos pacientes agendarem consultas com os profissionais das equipes.
D1	Desempenho assistencial	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia registrado nos últimos 3 anos	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>Nº 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</p> $\frac{(D)}{(D)} \times 100$ <p>Nº total de mulheres entre 25 e 64</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	mínimo 80%	Para o cálculo do indicador, considerar "mulheres" e não "procedimentos" (p. ex. se a mesma mulher realizou 3x o exame, considerar apenas 1x). Para fim de acompanhamento gerar nova coluna mostrando nº de procedimentos. Todo prontuário deve permitir a qualquer profissional gerar uma relação de mulheres entre 25 a 64 anos de sua

			anos cadastradas na área de abrangência da equipe				equipe, com a idade, data do último exame colpocitológico, o número de exames nos últimos 3 anos e a data prevista para próximo exame, o endereço e os telefones. Deve ainda permitir relacionar as pacientes com atraso para busca ativa.
D2	Desempenho assistencial	% de diabéticos com pelo menos duas consultas registradas nos últimos 12 meses	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>Nº de diabéticos pertencentes a área de abrangência da equipe com pelo menos duas consultas registradas nos últimos 12 meses</p> <p>Nº total de diabéticos cadastrados na área de abrangência da equipe</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	mínimo 80%	<p>Para o cálculo do indicador, considerar como denominador (D) apenas diabéticos que tiveram diagnóstico validado pelo médico da equipe.</p> <p>Para fim de acompanhamento mostrar em nova coluna ao lado de (D) o no de diabéticos na área da equipe (pelo cadastro do ACS (ficha B) + aqueles que foram validados pelo médico).</p> <p>Todo prontuário deve permitir a qualquer profissional gerar uma relação de diabéticos de sua equipe com a data última consulta, nº de consultas últimos 12 meses, endereço e telefone.</p>
D3	Desempenho assistencial	% de hipertensos com registro de pressão arterial nos últimos 6 meses	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>Nº de hipertensos pertencentes a área de abrangência da equipe com registro de aferição de pressão arterial nos últimos 6 meses</p> <p>Nº total de hipertensos cadastrados na área de abrangência da equipe</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	mínimo 80%	<p>Para o cálculo do indicador, considerar como denominador (D) apenas hipertensos que tiveram diagnóstico validado pelo médico ou enfermeiro da equipe.</p> <p>Para fim de acompanhamento mostrar em nova coluna ao lado de (D) o no de hipertensos na área da equipe (pelo cadastro do ACS (ficha B) + aqueles que foram validados pelo médico ou enfermeiro).</p> <p>Todo prontuário deve permitir a qualquer profissional gerar uma relação de hipertensos de sua equipe, com a data última consulta, nº de consultas últimos 12 meses, PA última consulta, endereço e telefone.</p>
D4	Desempenho assistencial	% de crianças com vacinas em dia, atualizado aos 2 anos	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>Nº de crianças até 2 anos pertencentes a área de abrangência da equipe com registro de todas as vacinas do calendário vacinal em dia</p> <p>Nº total de crianças até 2 anos cadastrados na área de abrangência da equipe</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	mínimo 80%	<p>* Permitir que o médico, enfermeiro e técnico de enfermagem possam realizar atualização cadastral e aprazar as vacinas.</p> <p>* permitir gerar lista de pacientes com vacinas atrasadas na equipe.</p> <p>Todo prontuário deve permitir a qualquer profissional gerar uma relação de pacientes até 2 anos de sua equipe, com a situação vacinal ("em dia" ou "atrasada"), data da próxima vacina, endereço e telefone. Deve ainda permitir relacionar as pacientes com atraso para busca ativa.</p>
D5	Desempenho assistencial	% de crianças com vacinas em dia, atualizado aos 6 anos	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>Nº de crianças até 6 anos pertencentes a área de abrangência da equipe com registro de todas as vacinas do calendário vacinal em dia</p> <p>Nº total de crianças até 6 anos cadastrados na área de abrangência da equipe</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	mínimo 80%	<p>* Permitir que o médico, enfermeiro e técnico de enfermagem possam realizar atualização cadastral e aprazar as vacinas.</p> <p>* permitir gerar lista de pacientes com vacinas atrasadas na equipe.</p> <p>Todo prontuário deve permitir a qualquer profissional gerar uma relação de pacientes até 6 anos de sua equipe, com a situação vacinal ("em dia" ou "atrasada"), data da próxima vacina, endereço e telefone. Deve ainda permitir relacionar as pacientes com atraso para busca ativa.</p>

D6	Desempenho assistencial	% de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>Nº de gestantes pertencentes a área de abrangência da equipe em acompanhamento na unidade com registro de consulta no primeiro trimestre de gravidez</p> <p>(D) Nº total de gestantes acompanhando na área de abrangência da equipe</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	mínimo 80%	* considerar todas as gestantes da equipe em acompanhamento na unidade no período de análise (3 meses). Todo prontuário deve permitir a qualquer profissional gerar uma relação de pacientes gestantes de sua equipe, com a data da última consulta, nº de consultas realizadas, semana gestacional 1ª da consulta, data prevista do parto, endereço e telefone.
D7	Desempenho assistencial	% de primeiras consultas de puericultura efetuadas até 28 dias	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>Nº de crianças que completaram 3 meses no período em análise pertencentes a área de abrangência da equipe com registro de consulta realizada até 28 dias de vida</p> <p>(D) Nº total de crianças que completaram 3 meses no período em análise cadastradas na área de abrangência da equipe</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	mínimo 80%	* considerar todas as crianças que completaram 3 meses no período de análise (últimos 3 meses). Todo prontuário deve permitir a qualquer profissional gerar uma relação de pacientes recém nascidos até 28 dias de sua equipe com a data da última consulta, data do parto, nome da puerpera, endereço e telefone.
D8	Desempenho assistencial	Proporção de altas, no tratamento odontológico, dos usuários que iniciaram tratamento	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>Nº de altas odontológicas realizadas nos últimos 12 meses</p> <p>(D) total de usuários que iniciaram o tratamento nos últimos 12 meses (considerar 6 meses se nova unidade de saúde)</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral (a partir do 7º mês de implantação de nova unidade de saúde / equipe)	mínimo 80%	* considerar a possibilidade de a ESB registrar "alta por abandono". * incluir uma nova coluna ao lado do denominador (D) para visualizar o número de altas por abandono no período. * considera-se "alta por abandono" o paciente que se mudou ou que não pertence mais a lista de inscrites na unidade, ou seja, que não mais pertence à área de abrangência da unidade.
D9	Desempenho assistencial	Proporção kits odontológicos familiares distribuídos para famílias com vulnerabilidade social	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>Nº de "kits familiares" distribuídos pelos ACS ou Equipe de SB</p> <p>(D) total de famílias cadastradas com vulnerabilidade social na área da equipe de SF</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	100%	* O total de famílias cadastradas com vulnerabilidade social na área de abrangência da equipe de SF deve ser estipulada por cada equipe de SF e/ou SB (validada pela gerência e a CAP). * o registro de vulnerabilidade social deve ser registrado no prontuário, na Ficha A da família. Todo prontuário deve permitir a qualquer profissional gerar uma relação de pessoas com vulnerabilidade social de sua equipe, número da microárea, número da família, se recebe bolsa família, NIS, data última consulta, endereço e telefone.
S1	Satisfação dos usuários	Porcentagem de usuários satisfeitos/muito satisfeitos	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>Nº de usuários satisfeitos/muito satisfeitos atendidos na unidade de saúde</p> <p>(D) total de usuários que preencheram o registro de satisfação no período em análise</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	mínimo 80%	Questionário padronizado pela SMSDC. Deve ser utilizado "totem" de atendimento que deve utilizar o prontuário para registro. Informação pode ser preenchida ainda em plataforma web que os pacientes cadastrados podem manifestar o registro. Para que o indicador seja considerado satisfatório, no mínimo 5% dos usuários atendidos devem ter preenchido o inquerito de satisfação.
E1	Eficiência	Custo médio dos medicamentos prescritos por usuário	$\frac{(N)}{(D)}$ <p>Somatório do valor das prescrições pelo médico de cada equipe nos últimos 3 meses (REMUME e não REMUME)</p> <p>(D) nº total de usuários atendidos pelos médicos de cada equipe nos últimos 3 meses (com prescrição + sem prescrição)</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral (a partir do 4º mês da Clínica)	Max. R\$51,78	* Considerar como denominador (D) todos os usuários atendidos pelo médico de cada equipe (pacientes da área e atendidos fora de área pelo médico) independente de ter sido prescrita medicação ou não. * Apresentar nova coluna ao lado de (D) com o número de pacientes atendidos que tiveram medicação prescrita. *deve permitir detalhar os pacientes, a medicação que foi prescrita e o custo da prescrição a quantidade de medicamentos prescritos que foi entregue na farmácia da unidade.

E2	Eficiência	Custo médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia previstos por usuário	$\frac{(N)}{(D)}$ Somatório do valor dos exames de SADT solicitados pelos médicos de cada equipe (fonte valores tabela SIGTAP) $\frac{\text{---}}{\text{---}}$ (D) nº total de usuários atendidos pelos médicos de cada equipe nos últimos 3 meses	Prontuário Eletrônico (PEP) (*tabela SIGTAP como parâmetro)	Trimestral (a partir do 4º mês da Clínica)	Max. R\$41,80	* Considerar como denominador (D) todos os usuários atendidos pelo médico de cada equipe (pacientes da área e atendidos fora de área pelo médico) independente de ter sido solicitado exame ou não. * Apresentar nova coluna ao lado de (D) com o número de pacientes atendidos que tiveram solicitação de exames/procedimentos. *deve permitir detalhar os pacientes, o exame/procedimento que foi solicitado e o custo do exame/procedimento. * deve-se permitir registrar o resultado do exame e a data da realização do mesmo.
E3	Eficiência	% de medicamentos prescritos da REMUME	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ Nº de itens diferentes de medicamentos pertencentes a REMUME prescritos pelos médicos de cada equipe nos últimos 3 meses, --- X 100 (D) Nº total de itens diferentes de medicamentos prescritos pelos médicos de cada equipe últimos 3 meses	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	mínimo 90%	* Para visualização, apresentar nova coluna ao lado de (D) com o número de pacientes atendidos pelo médico de cada equipe. Para contabilizar, soma-se cada item de medicamento de cada prescrição, podendo os itens se repetir em prescrições dos demais pacientes;
E4	Eficiência	% de pacientes encaminhados em relação ao número de pacientes atendidos	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ 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 --- X 100 (D) Nº total de pacientes atendidos pelo médico de cada equipe (pacientes da área e fora de área) nos últimos 3 meses	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	máximo 10%	* deve-se permitir gerar relatório por profissional das especialidades mais encaminhadas . * deve-se permitir registrar se o paciente compareceu à consulta ao especialista com a data da consulta para cada encaminhamento.
E5	Eficiência	% de absenteísmo nas consultas/procedimentos agendados no SISREG	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ 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 --- X 100 (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	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	máximo 30%	* O prontuário deve permitir aos administrativos da unidade ou a qualquer outro componente da equipe, registrar o resultado dos exames ou contra-referência de encaminhamento. Deve permitir ainda registrar o não comparecimento à consulta de especialidade via SISREG ou a exame. * Apresentar nova coluna ao lado de (D) com o número de pacientes com encaminhamento ou solicitação de exames sem registro de resultado ou de falta pelo SISREG.

B.3.3.2. CONTRATUALIZAÇÃO DOS INCENTIVOS FINANCEIROS COM OS PROFISSIONAIS (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 SMSDC 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 SMSDC.

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 **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.

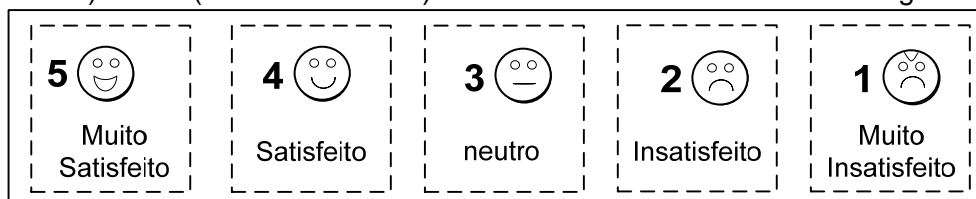
O Plano de Aplicação dos Incentivos deverá traduzir-se, nomeadamente, na distribuição de informação técnica, na participação em conferências, simpósios, colóquios e seminários sobre matérias de diferentes atividades da carteira de serviços da unidade, no apoio à investigação ou no aumento das amenidades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

B.3.3.4. ORIENTAÇÕES PARA PAGAMENTO POR PERFORMANCE QUANTO A SATISFAÇÃO DO USUÁRIO


A satisfação dos usuários é um dos indicadores que compõem a **variável 02** do Pagamento por Performance.

Os critérios mínimos para uniformização da avaliação desse indicador são os seguintes:

- A satisfação do usuário deve seguir escala gradual de satisfação que varia de '5' (*Muito Satisfeito*) até '1' (*Muito Insatisfeito*) de acordo com a escala visual a seguir:




- As seguintes informações devem ser coletadas no momento da pesquisa de satisfação da unidade, de acordo com o layout:



Saúde Presente

TERMINAL DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO



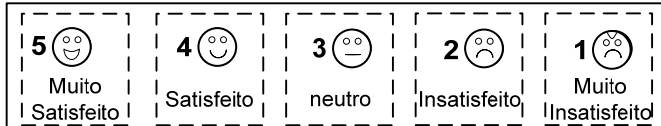
RIO
PREFEITURA
SAÚDE E DEFESA CIVIL

Caro usuário, sua opinião é muito importante para nós!!!!

NOME: _____

EQUIPE: *(preenchida automaticamente)*

Motivo de procura: *(preenchida automaticamente)*



5 Muito Satisfeito	4 Satisfeito	3 neutro	2 Insatisfeito	1 Muito Insatisfeito
-----------------------	-----------------	-------------	-------------------	-------------------------

Para o campo "**Motivo de Procura**" as opções são:

- CONSULTA
- PROCEDIMENTO
- FARMÁCIA
- EXAMES
- INFORMAÇÕES

Essas opções devem ser preenchidas de acordo com o tipo de motivo de procura na unidade.

- Para o registro da satisfação, deve-se utilizar um terminal de registro cuja base de dados deve estar vinculada ao prontuário eletrônico. O ideal é que seja instalado um totem com tela "touch screen" que facilite a visualização e a coleta das informações;
- O terminal de registros deve estar disponibilizada na recepção da unidade, em um espaço que permita privacidade aos usuários.
- Os usuários poderão registrar satisfação apenas uma vez para cada motivo de procura à unidade de saúde e apenas **no mesmo dia do atendimento**;
- O momento de coleta de informações é na saída da unidade de saúde. Para todo paciente que estiver saindo da unidade deve-se oferecer a opção de registro de satisfação no terminal de registro;

- 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 Coordenação de Área de Planejamento 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. O limite máximo de Unidades Contábeis (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 UCs a ser repassada está condicionada ao cumprimento de indicadores específicos relacionados a cada equipe de saúde da família e saúde bucal.

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 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

<p>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</p>

referencia 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 determinado unidade.

Durante os anos de 2010 a 2012, 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.

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 uma dezena de conjuntos 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 quantas gestantes que, além da captação precoce, as equipes realizaram um bom pré-natal em quantas gestantes? Para realizar um bom prenatal, além de realizar captação precoce da gestante, há alguns outros indicadores importantes, como ter realizado exames VDRL e HIV, ter realizado um mínimo de 6 consultas, dentre outros.

B.3.4.1. ORIENTAÇÕES PARA REPASSE DOS INCENTIVOS FINANCEIROS AOS PROFISSIONAIS (parte variável 03).

A remuneração por desempenho será calculada pelas Unidades Contábeis (UC) alcançadas pela equipe. Portanto em uma mesma unidade, as diferentes equipes de saúde da família poderão ter quantidade de UCs diferentes entre as equipes no trimestre.

A remuneração por desempenho incide apenas para 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 teto o alcance de 300 unidades contábeis no trimestre (sem limite mínimo a ser alcançado), 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 soma dos salários base do profissional no trimestre.

Exemplo 1 (valores e equipe fictícios)

Equipe	NOME PROFISSIONAL	CATEGORIA	SALÁRIO BASE DO PROFISSIONAL	No de UCS no TRIMESTRE	Valor R\$ no trimestre
3210	AAAAAAAAAAAAA	MEDICO	R\$ 7.500,00	200	R\$1.500,00
3210	BBBBBBBBBBBBB	ENFERMEIRO	R\$ 3.900,00	200	R\$780,00
3210	CCCCCCCCCCC	TECN ENFERMAGEM	R\$ 1.080,00	200	R\$216,00
3210	DDDDDDDDDDD	ACS	R\$ 810,00	200	R\$162,00
3210	EEEEEEEEEEEEE	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	IIIIIIIIIIIIIIIIII	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 e ambas atingem o mínimo trimestral

Equipe de SF	Unidades Contábeis no Trimestre atingidas pela ESF	Unidades Contábeis Proporcionalis 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 - calculo 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

BBBBBBBBBBBB	TSB	R\$ 1.080,00	150	R\$162,00
CCCCCCCCCCCC	ASB	R\$ 810,00	150	R\$121,50

Exemplo 3 - 1 ESB vinculada a 3 ESF e uma não atinge o mínimo trimestral

Equipe de SF	Unidades Contábeis no Trimestre atingidas pela ESF	Unidades Contábeis Proporcionais para ESB
A	100UC	=100 x 33,33% = 33UC
B	200UC	=200 x 33,33% = 67UC
C	40UC	=40 x 33,33% = 13 UC

TOTAL no TRIMESTRE: 113UC

Neste exemplo, a quantidade de UCs no trimestre para a ESB foi de 113 UCs. Observar que não há limite mínimo de UCs e que a ESB receberá o número de UCs proporcionalmente ao resultado de cada ESF a qual esta equipe estiver vinculada.

B.3.4.2. CONTRATUALIZAÇÃO DOS INCENTIVOS FINANCEIROS COM OS PROFISSIONAIS (parte variável 03).

As unidades de modelo A e B são unidades funcionais com maior transformações organizacionais onde o trabalho nas equipe 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**.

Baseado na reforma dos cuidado 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 acompanhamento 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 ao acompanhamento 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 de indicadores da **Parte variável 03** - incentivo à gestão da clínica

Grupo de ações	Descrição	UC
01	Acompanhamento em planejamento familiar, de uma mulher em idade fértil, por ano	01
02	Acompanhamento em planejamento familiar, de uma mulher em idade fértil, com inserção de DIU ou pré-operatório para laqueadura	03
03	Acompanhamento de uma gravidez	08
04	Acompanhamento de uma criança, no primeiro ano de vida, por ano	07
05	Acompanhamento de uma criança, no segundo ano de vida, por ano	03
06	Acompanhamento de uma pessoa diabética, por ano	04
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 paciente tabagista, alcoolista e outras drogas	4
11	As equipes com alunos de graduação (equipe docente assistencial)	10
12	As equipes com residentes (equipe docente assistencial)	20
13	As equipes que aderiram ao PMAQ (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica)	10

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

Grupo de ações	Descrição	UC
01	Acompanhamento em planejamento familiar, de uma mulher em idade fértil, por ano	01
<p><u>PLANEAMENTO FAMILIAR I</u></p> <p>Uma usuária é considerada neste grupo se for verdadeira a condição [A e B e C e D e E e F e G]: 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 um dos códigos do ICPC-2 que permitem codificar o planejamento familiar (W10, W11, W12, W13, W14 ou W15). 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;</p>		

G. Ter pelo menos um registro de atividade educativa em grupo de saúde registrada pelo ACS , pelo médico, pelo enfermeiro, dentista, TSB ou ASB .

Grupo de ações	Descrição	UC
02	Acompanhamento em planejamento familiar, de uma mulher em idade fértil, com inserção de DIU ou pré-operatório para vasectomia ou laqueadura	03

PLANEAMENTO FAMILIAR 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 e (H ou I)]: **uma mulher em idade fértil, por ano**

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 um dos códigos do ICPC-2 que permitem codificar o planejamento familiar (W10, W11, W12, W13, W14 ou W15).

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;

G. Ter pelo menos um registro de atividade educativa em grupo de saúde registrada pelo ACS , pelo médico, pelo enfermeiro, dentista, TSB ou ASB.

H. Consulta médica com a inserção de DIU.

I. Preparação para esterilização **masculina** ou **feminina** (aconselhamento, atividade educativa, consentimento informado, pré-operatório para laqueadura tubária) e registro no prontuário da realização do procedimento.

Grupo de ações	Descrição	UC
03	Acompanhamento de uma gravidez	08

SAÚDE MATERNA:

Uma usuária é considerada neste grupo se forem verdadeira a condição [A e B e C e D e E e F e G e H e I]:

A. Sexo feminino com pré-natal encerrado no período de vigência (deve ter sido cadastrada no prontuário eletrônico o número do SISPRENATAL para a gestação atual).

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 por qualquer médico ou qualquer enfermeiro, com a descrição de "revisão do puerpério".

C. Ter efetuado a primeira consulta de gravidez antes das 12 semanas - [0; 12[de gestação.

D. Ter realizado pelo menos 6 consultas de pré-natal médicas e/ou de enfermagem até à 38ª semana - [0; 39[semanas - de gravidez. Estas consultas

devem ter registro parametrizado que permitem codificar gravidez (W78, W79 ou W84).

E. Ter registro de resultado de VDRL realizado até a 24ª semana de gestação.

F. Usuária deve estar cadastrada na equipe.

G. Ter registro de ter pelo menos 2 visitas do ACS até a 38ª semana - [0; 39[de gravidez.

H. Ter pelo menos um registro de resultado anti-HIV realizado até a 24ª semana de gestação [24[.

I. Ter realizado pelo menos um registro de atendimento (procedimento odontológico individual ou atividade educativa em grupo de saúde) registrado pelo CD, TSB ou ASB. Caso não haja ESB vinculada a equipe, não considerar este item.

* toda gestante com mais de 40 dias da data prevista de parto deve ser automaticamente excluída da lista de gestantes ativas do prontuário.

* para considerar uma gestante ativa no prontuário, basta o profissional registrar uma consulta com o código do CID10 de gestação (Z348) ou o procedimento SIASUS de consulta a gestante;

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 28º dia de vida [0, 28 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 1 registro parametrizado de avaliação do desenvolvimento psicomotor até os 11 meses de vida - [0, 330] dias. Podem ser realizados por médico ou por enfermeiro.

E. Ter recebido ao menos duas visitas domiciliares do ACS, sendo a primeira realizada até os primeiros 10 [0, 10] dias de vida e a segunda até aos 11 meses 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 do resultado do teste do pezinho (realizado entre 4º e 7º dias de vida) e realização do reflexo vermelho.

H. Ter avaliação do risco nutricional em toda consulta (registro de peso e altura).

I. Ter registro de orientação por qualquer profissional da equipe ESB.

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	04

vida, por ano	
<p><u>SAÚDE INFANTIL - 2º ANO DE VIDA</u></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]:</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 parametrizados de avaliação do desenvolvimento psicomotor (por médico/enfermeiro) entre os 12 e os 24 meses de vida -]365, 730] dias. D. 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, E. Estar com o calendário vacinal completo e todos os registros preenchidos no prontuário eletrônico, F. Ter realizado no mínimo 1 consulta, ou grupo educativo com dentista, ou TSB ou ASB nos últimos 24 meses, G. Não ter recebido UC no grupo de ação 05 para o mesmo paciente.</p>	

Grupo de ações	Descrição	UC
06	O acompanhamento de uma pessoa diabética, por ano	06
<p><u>DIABETES</u></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 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, F. Ter pelo menos um registro de resultado de hemoglobina A1C inferior ou igual a 9%, realizado durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise, E. Ter pelo menos uma visita do ACS, realizada durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise, F. Ter pelo menos 1 registro de resultados de colesterol total (código 02.02.01.029-5) E colesterol HDL (código 02.02.01.027-9) E triglicerídeos (código 02.02.01.067-8), 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 com registro de fundoscopia no último ano (não necessariamente realizada pelo próprio médico da equipe),</p>		

- I. Ter registro de orientação por qualquer profissional da equipe ESB.
 J. Ter realizado pelo menos um registro de atendimento nos últimos 12 meses (procedimento odontológico individual ou atividade educativa em grupo de saúde) registrado pelo CD, TSB ou ASB.
 K. 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
<p><u>HIPERTENSÃO</u></p> <p>Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras a condição [A e B e C e D e E e F]:</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) durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise, sendo pelo menos um deles com valor de pressão arterial sistólica inferior ou igual a 150 mmHg e de pressão arterial diastólica inferior ou igual a 90 mmHg, D. 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. E. Ter registro de entrada no programa do tabagismo da unidade (caso o paciente não seja tabagista, considerar este item atendido desde que não tenha registro tabagismo no prontuário), F. Não ter recebido UC no grupo de ação 07 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.</p>		

Grupo de ações	Descrição	UC
08	Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de tuberculose	08
<p><u>TUBERCULOSE</u></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]:</p> <p>A. Ter registro do número do SINAN no prontuário para o paciente acompanhado, B. Ter realizado pelo menos 5 consultas médicas ou de enfermagem no período do tratamento, C. Ter alta por cura da tuberculose registrado no prontuário e no SINAN (*), D. Ter registro do resultado de pelo menos duas baciloscopias de escarro,</p>		

- E. Ter registro de resultado de exame anti-HIV até o 2º mês de tratamento,
 F. Ter registro de avaliação de todos os contactantes,
 G. Ter recebido do ACS pelo menos 12 visitas (ao menos uma em cada mês), durante o período de análise,
 H. Ter realizado pelo menos um registro de atendimento nos últimos 12 meses (procedimento odontológico individual ou atividade educativa em grupo de saúde) registrado pelo CD, TSB ou ASB.
 I. Não ter recebido UC no grupo de ação 08 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.

*o SINAN deve está acessível pela CAP além do site www.subpav.com.br

Grupo de ações	Descrição	UC
09	Acompanhamento de uma pessoa com alta por cura hanseníase	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 e H e I]:

- A. Ter registro de alta por cura da hanseníase no prontuário eletrônico,
 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 acompanhamento 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 pelo menos um registro de atendimento nos últimos 12 meses (procedimento odontológico individual ou atividade educativa em grupo de saúde) registrado pelo CD, TSB ou ASB.
 H. Não ter recebido UC no grupo de ação 08 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.
 I. 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 paciente tabagista, alcoolista e outras drogas	04

Paciente **Tabagista, Alcoolista ou outras drogas**

Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras a condição [(A ou B ou C) e D e E e F e G e H e I e J e K]:

- A. Ter diagnostico de uso crônico e abusivo de álcool
 B. Ter diagnostico de tabagismo
 C. Fazer uso crônico de outras drogas (crack, etc)
 D. Ter realizado pelo menos 6 consultas médicas ou de enfermagem (ou grupo

terapêutico) nos últimos 6 meses.

E. Ter recebido do ACS ao menos 6 visitas de vigilância nos últimos 6 meses (para tabagismo não se aplica)

F. Ter registro de anti-HIV nos últimos 12 meses (caso usuário de droga injetável).

G. Ter registro de ao menos uma consulta familiar nos últimos 6 meses (para tabagismo não se aplica)

H. Ter vacinação anti-tetânica em dia (para tabagismo não se aplica)

I. Ter registro de vacinação para Hepatite em dia.

J. Ter realizado pelo menos um registro de atendimento nos últimos 12 meses (procedimento odontológico individual ou atividade educativa em grupo de saúde) registrado pelo CD, TSB ou ASB.

K. Ter registro no prontuário de vinculação ao programa de controle do tabagismo (caso tabagista)

*** Se o paciente for usuário crônico de álcool e/ou outras drogas e realizar desintoxicação na unidade de saúde, por período maior de 3 semanas consecutivas, acrescentar 10 UC.**

**** Se o paciente for Tabagista e realizar tratamento na unidade de saúde, por período maior de 3 semanas consecutivas, acrescentar 5 UC.**

Grupo de ações	Descrição	UC
11	As equipes com alunos de graduação (equipe docente-assistencial)	10
<u>EDUCAÇÃO EM SAÚDE</u>		
A equipe recebe o número fixo de 10 UCs no mês caso tenha registro de aluno por mais de 15 dias no mês, atuando na equipe.		

Grupo de ações	Descrição	UC
12	As equipes com residentes (equipe docente-assistencial)	20
<u>EDUCAÇÃO EM SAÚDE</u>		
A equipe recebe o número fixo de 20 UCs no mês caso tenha registro de residente por mais de 15 dias no mês, atuando na equipe.		

Grupo de ações	Descrição	UC
13	As equipes que aderiram ao PMAQ (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica)	10
<u>PMAQ</u>		

A equipe recebe o número fixo de 10 UCs no mês caso a adesão ao PMAQ (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) tenha sido efetivada.

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 e Defesa Civil 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, Coordenação da AP local e Coordenação de Saúde da Família;
- 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.

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.

Todas as unidades de saúde sob apoio à gestão da Organização Social devem ter todos os postos de trabalho definidos pela SMSDC 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. Deve permitir gerar arquivos com estrutura de dados (layout) compatíveis

B.4.1.2. SCNES – Sistema de 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.

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;

Constitui responsabilidade da Organização de Saúde 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.

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.

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;

O Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF é considerado um “serviço especializado” e portanto não pode ter um número CNES exclusivo de estabelecimento de saúde, mas sim cadastrado em uma unidade de saúde. Quanto às unidades, este poderá ser implantado apenas nos estabelecimentos de Saúde da Esfera Administrativa PÚBLICA e somente nos tipos de estabelecimentos a seguir:

- 02 – Centro de Saúde/Unidade Básica,**
- 15 – Unidade Mista;**
- 03 – Policlínica;**
- 36 – Clínica Especializada/Ambulatório de Especialidade,**
- 71 – Centro de Apoio a Saúde da Família;**

Os estabelecimentos isolados onde funciona apenas este serviço especializado deverão ser cadastrado como Tipo de Estabelecimento 71-Centro de Apoio a Saúde da Família;

Para unidades de Atenção Primária, somente serão permitidas dois tipos de unidades de saúde:

TIPO UNIDADE NACARTEIRA DE SERVIÇOS	ABREVIÇÃO	TIPO UNIDADE NO CNES
Clínica da Família	CF	02 - Centro de Saúde/Unidade Básica
Centro Municipal de Saúde	CMS	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).

Este sistema possui três componentes:

- Cadastro - desde julho/03 é atualizado a partir da Ficha de Cadastro de Estabelecimento de saúde – FCES, através do aplicativo DePara executado no nível central pela SMSDC/RJ;
- Programação - Ficha de programação físico-orçamentária – FPO. Praticamente toda alteração cadastral implica em uma alteração na FPO, que deverá ser encaminhada à Coordenação de Planejamento Local, através de formulário próprio, que posteriormente enviará à Gerência de Processamento de Dados SUS, até o 15º dia do mês competência, para alteração correspondente no SIA;
- Registro da produção - Boletim de produção ambulatorial – BPA e/ou APAC (subsistema específico para procedimentos de alta complexidade, que exigem identificação do usuário).

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 SMSDC.

B.4.1.4. SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

O SIAB é o sistema obrigatório para os municípios que, enquanto reorganização da Atenção Básica, optaram pela estratégia do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS/Programa de Saúde da Família - PSF. É um sistema de informação voltado às equipes de PACS ou de PSF e tem um caráter basicamente gerencial, devendo ser implantado apenas nas unidades que possuam equipes do PSF e/ou do PACS.

Instrumentos de coleta de dados do SIAB:

- Ficha A (Cadastro da família). Este instrumento deve ser preenchido para as famílias de cada micro-área (cada micro-área é de responsabilidade de um ACS). O preenchimento deve ocorrer no início da implantação do PSF/PACS, com a finalidade de fazer o diagnóstico da situação de vida e saúde da população adstrita ao território da equipe. As fichas A e as atualizações deverão ser preenchidas fisicamente em formulário de cadastramento dos cidadãos e digitadas diretamente no Prontuário Eletrônico (PEP). Somente será considerado para fins de número populacional de área de abrangência os registros inseridos no prontuário;
- Ficha B (Hanseníase, Diabéticos, Hipertensos, Gestantes e Tuberculose). As fichas B são utilizadas para acompanhamento domiciliar dos grupos prioritários para monitoramento, só devendo ser abertas para os casos confirmados. Os dados destas fichas deverão ser atualizados a cada visita mensal do ACS. Estas fichas também deverão ser guardadas no prontuário da família, devendo ser digitadas no prontuário eletrônico. Cada ACS fica responsável pelo preenchimento do consolidado de sua microárea e cabe ao Enfermeiro e/ou ao Médico da equipe de SF efetuar o consolidado do SSA2 da área (constando o SSA2 de cada microárea) em ficha física (papel).
- Ficha C Cópia da caderneta de vacinação;
- Ficha D Registro da atividade de cada profissional e de marcadores para da situação de saúde. As Fichas D do médico, dos auxiliares e da enfermeira de cada equipe devem ser consolidadas no final de cada mês e em seguida digitadas no aplicativo SIAB – Relatório PMA2 - e no SIASUS. As fichas D de cada agente comunitário devem ser consolidadas no final de cada mês.

Todas as equipes de Saúde da Família do Município são obrigadas a alimentar os dados referentes ao SIAB e informar mensalmente para o nível central (S/SUBPAV/SAP/CSF), dados sobre a produção (PMA2), acompanhamento de pacientes pelos ACS (SSA2) e os cadastros de usuários (FICHA A).

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 SMSDC.

Mensalmente as unidades devem gerar o arquivo SIAB da competência vigente e enviar ao nível central S/SUBPAV/SAP seguindo cronograma estabelecido. Além disso, deve gerar um arquivo em meio eletrônico, a partir do prontuário eletrônico (PDF) um relatório de todos os indicadores (PMA2, SSA2 e ficha A) por unidade de saúde, por equipe e por microárea (SSA2 e Ficha A). Esses relatórios devem ser impressos e colhidas assinaturas dos membros da equipe, de ciência e concordância dos resultados obtidos e esses devem ser arquivados na unidade de saúde por 5 anos.

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 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 SMSDC.

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. SISCOLO – 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.

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 SMSDC.

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 SMSDC.

B.4.1.7. HIPERDIA – Sistema de Cadastramento do Hipertenso e do Diabético

O sistema informatizado permite cadastrar e acompanhar os portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde, gerando informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde. O Sistema de cadastramento e acompanhamento dos portadores, Sistema HiperDia, é uma ferramenta útil para profissionais da rede básica e para gestores do SUS no enfrentamento destas doenças (DATASUS). Este sistema é obrigatório apenas para os municípios que aderiram ao Programa de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus.

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.

Instrumento de coleta de dados do HIPERDIA:

- Ficha de Cadastramento dos hipertensos e diabéticos.

O profissional médico deve cadastrar no prontuário eletrônico (PEP) todos os usuários portadores de hipertensão e/ou Diabetes Mellitus, com diagnóstico confirmado em sua área de abrangência e registrar o acompanhamento desses pacientes.

B.4.1.8. 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, algumas vezes com o apoio de técnicos da SVS / SUBPAV.

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 SMSDC.

B.4.1.9. 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.
- 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 SMSDC/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 SMSDC.