525 

74

**RESOLUÇÃO SESA Nº 1420/2020**

**Consolidada**

Aprova a implantação dos parâmetros e

indicadores de Monitoramento e Avaliação do

Programa Estadual de Qualificação dos

Consórcios Intermunicipais de Saúde – QualiCIS,

destinado aos Consórcios que gerenciam

Ambulatório Médico de Especialidades – AME no

Paraná.

O **Secretário de Estado da Saúde,** no uso de suas atribuições legais que lhe conferem o art. 4°, inciso VI e XIII, da Lei Estadual n° 19.848, de 3 de maio de 2019, e o art. 8º, inciso IX, do anexo 113060\_30131, do Decreto Estadual nº 9.921, de 23 de janeiro de 2014, Regulamento da Secretaria de Estado da Saúde da Paraná, além do constante na Lei Estadual n° 13.331, de 23 de novembro de 2001, o Código de Saúde do Paraná, e considerando,

− A seção II, Capítulo II, do Título VIII, da Constituição Federal;

− As disposições constitucionais e da Lei Federal n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, que tratam das condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

− A Deliberação CIB n° 035/2020, de 02 de abril de 2020, que aprova o Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – QualiCIS, destinado aos consórcios que gerenciam Ambulatórios Multiprofissionais Especializados – AMMES no Paraná, assim como, o componente de incentivo de custeio conforme Anexo I da Deliberação, retificada pela Deliberação CIB n° 094/2020, de 10 de julho de 2020;

− A Resolução SESA n° 1418/2020, que institui as diretrizes do Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – QualiCIS, destinado aos consórcios que gerenciam Ambulatório Médico de Especialidades – AME no Paraná;

− A Resolução SESA n° 1419/2020, que institui as Comissões Estadual e Regional de Acompanhamento e Avaliação do Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – QualiCIS, destinado aos Consórcios que gerenciam Ambulatório Médico de Especialidades – AME no Paraná*.*

− A implantação das Redes de Atenção à Saúde no Paraná visando garantir a integralidade da assistência;

− A necessidade de ampliar o acesso e qualificar o atendimento ambulatorial multiprofissional especializado gerenciado pelos Consórcios Intermunicipais de Saúde, tendo em vista a implantação das Redes de Atenção à Saúde;

− A visão sistêmica e estratégica do SUS Estadual;

1

**GABINETE DO SECRETÁRIO**

Rua Piquiri, nº 170 – Rebouças – CEP: 80.230-140 – Curitiba – Paraná – Brasil – Fone: (41) 3330-4400

**www.saude.pr.gov.br** – **gabinete@sesa.pr.gov.br**

Assinado digitalmente por: **Carlos Alberto Gebrim Preto** em 04/12/2020 15:14. Inserido ao protocolo **16.447.535-2** por: **Willian Mol de Souza** em: 04/12/2020 15:10. Documento assinado nos termos do art. 18 do Decreto Estadual 5389/2016. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: **https://www.eprotocolo.pr.gov.br/spiweb/validarAssinatura** com o código: **468ba49fd56c7bbe0d9281a6c21bb3fe**.

526 

74

− A transparência e parceria com gestores locais;

− A celebração do convênio relativo ao Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – QualiCIS, destinado aos Consórcios que gerenciam Ambulatório Médico de Especialidades – AME no Paraná.

**RESOLVE:**

**Art. 1º** Aprovar a implantação do Sistema de Monitoramento e Avaliação do Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – QualiCIS, destinado aos Consórcios que gerenciam Ambulatório Médico de Especialidades – AME no Paraná.

**§ 1º** O monitoramento e avaliação do Programa QualiCIS tem como base as ações, atividades e indicadores conforme especificação disposta no ANEXO I e II, desta Resolução e demais documentos padronizados pela SESA.

**§ 2°** A Comissão Regional de Acompanhamento e Avaliação do QualiCIS deve preencher o Anexo I assim como a Ata da Avaliação em formato digitada conforme modelo SESA.

**§ 3°** Os documentos devidamente preenchidos e assinados devem ser encaminhados ao Núcleo de Descentralização do SUS/Diretoria Geral/SESA, até o 10º (décimo) dia do mês em que ocorre a avaliação do QualiCIS, conforme cronograma;

**§ 4º** Para a avaliação deve ser levado em conta a planilha de programação de atendimentos, por Linha de Cuidado e Profissional, elaborada quando da aprovação do Termo de Adesão ao Programa que consta pactuada na Comissão Intergestores Regional – CIR e anexos ao Plano de Trabalho do Convênio.

**Art 2°** Todos os Consórcios Intermunicipais de Saúde que aderiram ao Programa QualiCIS referente ao incentivo de custeio, por meio de instrumento convenial, serão monitorados e avaliados pelas Comissões Estadual e Regional instituídas pela Resolução SESA n° 1419/2020**.**

**§ 1°** O Núcleo de Descentralização do SUS/Diretoria Geral/SESA é responsável pela sistematização das informações apresentadas pelas Comissões Regionais, e pela apresentação das mesmas para a homologação da Comissão Estadual de Acompanhamento e Avaliação do QualiCIS.

**§ 2º** O Núcleo de Descentralização do SUS/Diretoria Geral/SESA é responsável pelo encaminhamento da planilha com os valores referentes ao repasse financeiro de custeio, conforme homologação da Comissão Estadual do QualiCIS para o Fundo Estadual de Saúde.

**Art. 3°** As avaliações serão realizadas semestralmente e ocorrerão nos meses de Agosto e Fevereiro para todos os Consórcios Intermunicipais de Saúde que aderiram ao Programa QualiCIS, independente da data de assinatura do convênio.

2

**GABINETE DO SECRETÁRIO**

Rua Piquiri, nº 170 – Rebouças – CEP: 80.230-140 – Curitiba – Paraná – Brasil – Fone: (41) 3330-4400

**www.saude.pr.gov.br** – **gabinete@sesa.pr.gov.br**

Assinado digitalmente por: **Carlos Alberto Gebrim Preto** em 04/12/2020 15:14. Inserido ao protocolo **16.447.535-2** por: **Willian Mol de Souza** em: 04/12/2020 15:10. Documento assinado nos termos do art. 18 do Decreto Estadual 5389/2016. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: **https://www.eprotocolo.pr.gov.br/spiweb/validarAssinatura** com o código: **468ba49fd56c7bbe0d9281a6c21bb3fe**.

527 

74

**Parágrafo único** - a avaliação analisa os seis meses da seguinte forma:

| Mês da avaliação  | Meses avaliados |
| --- | --- |
| Agosto  | Janeiro, Fevereiro, Março, Abril, Maio, Junho |
|  Fevereiro  | Julho, Agosto, Setembro, Outubro, Novembro, Dezembro |

**Art. 4°** Conforme estabelecido em Resolução específica do Programa QualiCIS o recurso de incentivo de custeio será composto da seguinte forma: 70% fixo e 30% variável sendo que, o valor variável será definido de acordo com as avaliações semestrais. Os Consórcios que não atingirem a pontuação total estabelecida no Anexo I, a saber 76 pontos, terão desconto em sua parcela variável proporcionalmente a pontuação atingida. O desconto incidirá somente sobre a parte variável (30%) da parcela do convênio, conforme estabelecido no mesmo.

**Parágrafo Único -** O desconto apontado incide nas seis parcelas subsequentes a avaliação considerando que a mesma é semestral.

**Art. 5°** Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, e revoga a Resolução SESA nº 931/2020 de 28 de julho de 2020.

Curitiba, 04 de dezembro de 2020.

*Assinado eletronicamente*

**Dr. Carlos Alberto Gebrim Preto**

**(Beto Preto)**

Secretário de Estado da Saúde

3

**GABINETE DO SECRETÁRIO**

Rua Piquiri, nº 170 – Rebouças – CEP: 80.230-140 – Curitiba – Paraná – Brasil – Fone: (41) 3330-4400

**www.saude.pr.gov.br** – **gabinete@sesa.pr.gov.br**

Assinado digitalmente por: **Carlos Alberto Gebrim Preto** em 04/12/2020 15:14. Inserido ao protocolo **16.447.535-2** por: **Willian Mol de Souza** em: 04/12/2020 15:10. Documento assinado nos termos do art. 18 do Decreto Estadual 5389/2016. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: **https://www.eprotocolo.pr.gov.br/spiweb/validarAssinatura** com o código: **468ba49fd56c7bbe0d9281a6c21bb3fe**.

528 

74

**Anexo I da Resolução nº 1420/2020**

**Consolidada**

**ANEXO I – Instrumento de Acompanhamento e Avaliação do Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – QualiCIS destinado aos Consórcios que gerenciam Ambulatório Médico de Especialidades – AME no Paraná**

| **Identificação Serviço** |
| --- |
| **Consórcio Intermunicipal de Saúde**  |  |
| **Cidade**  |  |
| **Regional de Saúde** |  |
| **Avaliação Nº \_\_\_** |
| **Data da Avaliação** |  |
| **Período Avaliado**  | Ex.: meses (semestral) |
| **Consórcio é referência para as Linhas de Cuidado (Deliberação CIR/Termo de Adesão)**  | **( ) Materno ( ) Infantil ( ) Idoso ( ) Hipertensão ( ) Diabetes ( ) Saúde Mental** |

| **Avaliação QualiCIS**  |
| --- |
| **Parâmetros para a Avaliação do AME** | **Pontuação** | **Descrição** |
| **2**  | **Conforme**: Atende 100% do item de verificação/requisito. | Item implantado na totalidade |
| **1** | **Parcial Conforme**: Atende parcialmente o item de verificação/requisito e apresenta Plano de Ação > 50%. O Plano de ação elaborado para o alcance do requisito, não poderá ultrapassar o prazo de 2 (duas) avaliações consecutivas, sendo que neste caso será co | Item em processo de implantação com apresentação do Plano de Ação para o alcance da conformidade. |
| **0**  | **Não Conforme**: Não atende ao item de verificação/requisito. | Item não existente – apresentar Plano de Ação para o desenvolvimento dos itens não conformes. |
| **AME – MACC** |
| **Item avaliado** | **Itens de verificação**  | **Conforme**  | **Parcial** **Conforme** | **Não** **Conforme** |
| **1**  | Território de Abrangência  | - Equipe conhece sua área de abrangência identificando os pontos de atenção na região, serviços ofertados e fluxos de encaminhamento. |  |  |  |
| - Equipe conhece os dados da população geral e por estrato de risco, estimada e acompanhada de cada município em relação ao % de encaminhamentos a AAE.  |  |  |  |
| **2**  | Comissões  | - Possui Grupo Técnico Consultivo - GTC. |  |  |  |
| **3**  | Ouvidoria | - Possui urna coletora para manifestações, disponibiliza número de telefone exclusivo em local visível, painel para divulgar as demandas recebidas e *status* para conhecimento da equipe e da população. |  |  |  |
| - Atinge meta mensal de pesquisas de satisfação realizadas.  |  |  |  |
| **4** | Sistema de Informação | - Possui prontuário clinico informatizado que atende às exigências dos órgãos de controle, é individual e único, garantindo o registro dos atendimentos de todos os profissionais da equipe multidisciplinar, e funcionalidades para a elaboração do plano de c |  |  |  |
| **5** | Sistema CARE Paraná | - Os registros das agendas de consultas, exames e procedimentos de média e alta complexidade estão disponibilizadas na Central de Acesso à Regulação do Paraná CARE-PR. |  |  |  |
| **6** | Protocolos Clínicos e de Acesso para cada Linha de Cuidado | - A equipe conhece e utiliza as Diretrizes Estaduais vigentes, Linhas Guia com critérios para estratificação de risco, compartilhamento do cuidado, transição do cuidado, critérios para estabilização clínico funcional e metas terapêuticas. |  |  |  |
| - O agendamento dos atendimentos favorecem a vinculação do usuário com a mesma equipe do AME possibilitando a continuidade do cuidado. |  |  |  |
| - O agendamento dos atendimentos subsequentes/retornos são realizados pelo AME após o termino do ciclo de atenção contínua e informados a equipe da UBS/APS.  |  |  |  |
| - Apoia os municípios na gestão da fila de espera com objetivo de monitorar o tempo de espera e a priorização da demanda dos municípios conforme grau de estabilidade. |  |  |  |
| - Organiza o fluxo da atenção contínua respeitando a proporção de aproximadamente, 30% para primeiros atendimentos e 70% para atendimentos de retorno. |  |  |  |
| **7**  | Plano de Cuidados  | - É elaborado Plano de Cuidados, pela equipe multidisciplinar, considerando todas as Linhas de Cuidado atendidas, conforme modelos recomendados pelo Estado |  |  |  |
| - É compartilhado 100% dos Planos de Cuidados com as equipes da UBS/APS. |  |  |  |
| **8** | Ações Educacionais e Supervisionais para as equipes da APS, AAE e Usuários | **APS** - São realizadas reuniões para discussão de casos clínicos, atendimento conjunto, supervisão e capacitações com relação ao manejo clínico dos usuários e autocuidado apoiado entre a AAE e APS.  |  |  |  |
| **AAE -** Possui cronograma anual para realização de ações educacionais com a equipe da AAE, da APS, planejadas priorizando as equipes com recorrência de inconformidades no compartilhamento do cuidado e manejo clínico.  |  |  |  |
| **Usuários** - São realizadas atividades de acolhimento coletivo no início dos turnos de atendimentos e atividades educativas para os usuários em todas as linhas de cuidado, utilizando a metodologia de sala de espera, com temas identificados pela própria equi |  |  |  |
| **9** | Indicadores e Metas | - Monitora percentual de absenteísmo, indicadores de processo relacionados ao compartilhamento do cuidado com as Equipes das UBS/APS, indicadores clínicos, de processo e de resultado referente aos usuários atendidos no ambulatório em todas as linhas de cu |  |  |  |
| **10** | Ponto de Apoio | - O ponto de apoio é um profissional, preferencialmente com dedicação exclusiva para as atividades, dispondo de profissional com qualificação semelhante para substituição na ausência do profissional titular. |  |  |  |
| **Pontuação atingida**  | **38** |

4

**GABINETE DO SECRETÁRIO**

Rua Piquiri, nº 170 – Rebouças – CEP: 80.230-140 – Curitiba – Paraná – Brasil – Fone: (41) 3330-4400

**www.saude.pr.gov.br** – **gabinete@sesa.pr.gov.br**

Assinado digitalmente por: **Carlos Alberto Gebrim Preto** em 04/12/2020 15:14. Inserido ao protocolo **16.447.535-2** por: **Willian Mol de Souza** em: 04/12/2020 15:10. Documento assinado nos termos do art. 18 do Decreto Estadual 5389/2016. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: **https://www.eprotocolo.pr.gov.br/spiweb/validarAssinatura** com o código: **468ba49fd56c7bbe0d9281a6c21bb3fe**.

529 

74

| **AAE - LINHAS DE CUIDADO**  |
| --- |
| **Parâmetros para a avaliação por Linhas de Cuidado** | **Pontuação**  | **Descrição** |
| **2**  | Conforme – Implantado na totalidade  | 90% à 100%  |
| **1**  | Parcial Conforme – Apresentar Plano de Ação para evolução  | 71% até 89% |
| **0**  | Não Conforme – Apresentar Plano de Ação para evolução  | 0% à 70% |

| **Item avaliado**  | **Itens de verificação**  | **Conforme** | **Parcial** **Conforme** | **Não** **Conforme** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **11**  | Equipe Multiprofissional Especializada | **Equipe multiprofissional** |
| Materno |  |  |  |
| Infantil |  |  |  |
| Idoso |  |  |  |
| Hipertensão Arterial Sistêmica / HAS |  |  |  |
| Diabetes Mellitus / DM  |  |  |  |
| Saúde Mental / SM |  |  |  |
| **Qualificação da equipe multiprofissional** |
| Materno |  |  |  |
| Infantil |  |  |  |
| Idoso |  |  |  |
| Hipertensão Arterial Sistêmica / HAS |  |  |  |
| Diabetes Mellitus / DM  |  |  |  |
| Saúde Mental / SM |  |  |  |
| **12** | Atendimentos realizados pela Equipe Multiprofissional Especializada | **Número de atendimentos realizados considerando as meta prevista no Termo de Adesão** |
| Materno |  |  |  |
| Infantil |  |  |  |
| Idoso |  |  |  |
| Hipertensão Arterial Sistêmica / HAS |  |  |  |
| Diabetes Mellitus / DM  |  |  |  |
| Saúde Mental / SM |  |  |  |
| **13**  | Consultas e Exames | **ESPECIALIDADES** |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Pontuação atingida**  | **38** |

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

| **PONTUAÇÃO TOTAL DA AVALIAÇÃO**  | **76** |
| --- | --- |

| **AVALIAÇÃO DA COMISSÃO REGIONAL** |
| --- |
| Comissão Regional de Acompanhamento e Avaliação do Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – QualiCIS | **Nome**  | **Instituição**  | **Assinatura** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Nome e Instituição deverão ser digitados e constar rubrica em todas as folhas.

5

**GABINETE DO SECRETÁRIO**

Rua Piquiri, nº 170 – Rebouças – CEP: 80.230-140 – Curitiba – Paraná – Brasil – Fone: (41) 3330-4400

**www.saude.pr.gov.br** – **gabinete@sesa.pr.gov.br**

Assinado digitalmente por: **Carlos Alberto Gebrim Preto** em 04/12/2020 15:14. Inserido ao protocolo **16.447.535-2** por: **Willian Mol de Souza** em: 04/12/2020 15:10. Documento assinado nos termos do art. 18 do Decreto Estadual 5389/2016. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: **https://www.eprotocolo.pr.gov.br/spiweb/validarAssinatura** com o código: **468ba49fd56c7bbe0d9281a6c21bb3fe**.

**Sub**

**Item**

1

2

3

530 

74

**Anexo II da Resolução nº 1420/2020**

**Consolidada**

| **ANEXO II – Instrumento de Acompanhamento e Avaliação do Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – QualiCIS Destinado aos Consórcios que gerenciam Ambulatório Médico de Especialidades – AME no Paraná** **ITENS DE VERIFICAÇÃO** |
| --- |
| **Avaliação QualiCIS**  |
| **AME – MACC** |
| **Item**  | **Item avaliado**  | **Itens de verificação**  | **Forma de Verificação**  |
| **1**  | Território de Abrangência  | - Equipe conhece sua área de abrangência identificando os pontos de atenção na região, serviços ofertados e fluxos de encaminhamento. | Planilha de territorialização (Anexo 1 e 2) contendo as informações da região, municípios, UBS, informações demográficas, sociais, epidemiológicas e de acesso do território. Atualização Anual. Mapeamento dos Pontos de atenção (Anexo 3). Atualização Anual. |
| - Equipe conhece os dados da população geral e por estrato de risco, estimada e acompanhada de cada município em relação ao % de encaminhamentos a AAE.  | Planilha de dimensionamento da capacidade operacional (Anexo 4 e 5). Atualização semestral.  |
| **2**  | Comissões  | - Possui Grupo Técnico Consultivo - GTC.  | Resolução e atas das reuniões trimestrais. |
| **3**  | Ouvidoria | - Possui urna coletora para manifestações, disponibiliza número de telefone exclusivo em local visível, painel para divulgar as demandas recebidas e *status* para conhecimento da equipe e da população. | Formulário padronizado pela SESA/Ouvidoria (referenciar). Possui urna obrigatoriamente lacrada sob responsabilidade do ouvidor e número exclusivo em local visível para os usuários e nos materiais disponibilizados aos usurários.  Registro fotográfico. Painel contendo as solicitações recebidas, respondidas e em andamento. Foto.  |
| - Atinge meta mensal de pesquisas de satisfação realizadas.  | Planilha de Cálculo de Amostragem – Quadro 7 do Termo de Adesão. Apresentar pesquisas de satisfação.  |
| **4**  | Sistema de Informação | - Possui prontuário clinico informatizado que atende às exigências dos órgãos de controle, é individual e único, garantindo o registro dos atendimentos de todos os profissionais da equipe multidisciplinar, e funcionalidades para a elaboração do plano de cuidados, monitoramento da estabilização clinica de acordo com cada linha de cuidado e possui integração com as equipes da UBS/APS. | *Print* da tela, ou prontuario impresso. Verificação de 5 prontuários aleatórios de cada Linha de Cuidado. O Prontuário deve conter os campos específicos para os registros dos indicadores/marcadores clínicos.  A APS deve ter acesso aos prontuários mesmo quando se utilizar de outro sistema, (ex: Link de acesso restrito, interoperabilidades dos sistemas).  |
| **5**  | Sistema CARE Paraná | - Os registros das agendas de consultas, exames e procedimentos de média e alta complexidade estão disponibilizadas na Central de Acesso à Regulação do Paraná CARE PR. | Declaração da Regional de Saúde/SCRACA atestando que a integração está completa. Padrão apresentado pela SESA com vistas a integração com o Sistema de Regulação do Estado referentes aos recursos federal, estadual e municipal. |
| **6** | Protocolos clínicos e de Acesso para cada Linha de Cuidado | - A equipe conhece e utiliza as Diretrizes Estaduais vigentes, Linhas Guia com critérios para estratificação de risco, compartilhamento do cuidado, transição do cuidado, critérios para estabilização clínico funcional e metas terapêuticas. | Comprovação da disponibilização dos materiais, Linhas Guia, assim como amostragem de 5 prontuários aleatórios de cada Linha de Cuidado com registro do estrato de risco assim como dos marcadores clínicos relevantes.  |
| - O agendamento dos atendimentos favorecem a vinculação do usuário com a mesma equipe do AME possibilitando a continuidade do cuidado. | Sistema de informação/agendamento e verificação de 5 prontuários aleatórios de cada Linha de Cuidado. Garantir os atendimentos subsequentes sempre com a mesma equipe.  |
| - O agendamento dos atendimentos subsequentes/retornos são realizados pelo AME após o termino do ciclo de atenção contínua e informados a equipe da UBS/APS.  | Sistema de informação/agendamento e Fluxo de informação para APS/Município (e-mail).  |
| - Apoia os municípios na gestão da fila de espera com objetivo de monitorar o tempo de espera e a priorização da demanda dos municípios conforme grau de estabilidade. | Verificar no sistema existente (município e consórcio) a fila de espera por linha de cuidado e formulário de registro de apoio/suporte para APS/Municípios. Considerar o número de usuários, data de solicitação, grau de estabilidade e tipo de atendimento (inicial ou subsequente) comparando as informações do município e do CIS. Verificar se a oferta dos atendimentos por linha de cuidado estão refletindo o percentual de estratificação de cada município.  |
| - Organiza o fluxo da atenção contínua respeitando a proporção de aproximadamente, 30% para primeiros atendimentos e 70% para atendimentos de retorno. | Verificar agenda com a identificação do número de pacientes novos atendidos por mês.  |
| **7**  | Plano de Cuidados  | - É elaborado Plano de Cuidados, pela equipe multidisciplinar, considerando todas as Linhas de Cuidado atendidas, conforme modelos recomendados pelo Estado | Verificação de 5 prontuários aleatórios de cada Linha de Cuidado e comprovação de horário protegido para discussão dos Planos de Cuidado pela equipe. O Plano de Cuidados é elaborado a partir dos atendimentos individuais do ciclo de atenção contínua e de eventuais atendimentos compartilhados e preferencialmente após a discussão de caso entre os membros da equipe. |
| - É compartilhado 100% dos Planos de Cuidados com as equipes da UBS/APS. | Anexo 6 da Planilha matriciamento. O serviço possui a quantidade de planos de cuidados elaborados, meio de envio e registro do nome do profissional que recebeu o plano na UBS/APS. Verificar percentual de compartilhamento, registro, comprovação do envio dos Planos de Cuidado, monitoramento do recebimento pela UBS/equipe por Linha de Cuidado, Município e equipe da UBS/APS. |
| **8** | Ações Educacionais e Supervisionais para as equipes da APS, AAE e Usuários | **APS** - São realizadas reuniões para discussão de casos clínicos, atendimento conjunto, supervisão e capacitações com relação ao manejo clínico dos usuários e autocuidado apoiado entre a AAE e APS.  | Registro das atividades mensais, com listas de presença dos participantes, local, data, duração.   |
| **AAE -** Possui cronograma anual para realização de ações educacionais com a equipe da AAE, da APS, planejadas priorizando as equipes com recorrência de inconformidades no compartilhamento do cuidado e manejo clínico.  | Cronograma de cursos e registros das atividades semestral, com lista de presença dos participantes, local, data, duração, avaliação diagnóstica pré e pós capacitação. Anexo 6 da Planilha de matriciamento e ata de reunião e cronograma de ações de supervisão. As inconformidades no compartilhamento do cuidado são devidamente registradas em instrumento específico |
| **Usuários** - São realizadas atividades de acolhimento coletivo no início dos turnos de atendimentos e atividades educativas para os usuários em todas as linhas de cuidado, utilizando a metodologia de sala de espera, com temas identificados pela própria equipe na interação com os usuários e acompanhantes.  | Registro e roteiro das atividades, com cronograma do profissional responsável, local e duração. Ações orientativas sobre o funcionamento da unidade, a distribuição e organização dos espaços internos; a dinâmica de atendimento (atenção contínua, equipe multiprofissional, função do ponto de apoio, plano de cuidados, atendimentos subsequentes); a vinculação com as equipes da UBS/ APS; a pesquisa de satisfação do usuário, dentre outras. Foto. As atividades de acolhimento são diárias.  |

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

6

**GABINETE DO SECRETÁRIO**

Rua Piquiri, nº 170 – Rebouças – CEP: 80.230-140 – Curitiba – Paraná – Brasil – Fone: (41) 3330-4400 **www.saude.pr.gov.br** – **gabinete@sesa.pr.gov.br**

Assinado digitalmente por: **Carlos Alberto Gebrim Preto** em 04/12/2020 15:14. Inserido ao protocolo **16.447.535-2** por: **Willian Mol de Souza** em: 04/12/2020 15:10. Documento assinado nos termos do art. 18 do Decreto Estadual 5389/2016. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: **https://www.eprotocolo.pr.gov.br/spiweb/validarAssinatura** com o código: **468ba49fd56c7bbe0d9281a6c21bb3fe**.

531 

74

| **9**  | Indicadores e Metas | - Monitora percentual de absenteísmo, indicadores de processo relacionados ao compartilhamento do cuidado com as Equipes das UBS/APS, indicadores clínicos, de processo e de resultado referente aos usuários atendidos no ambulatório em todas as linhas de cuidado.  | Relatório mensal com a apresentação do absenteísmo por Linha de Cuidado, por Município e por equipes da UBS/APS com registro de discussão no GTC e CIR. Registro das ações de busca ativa. Relatório com a sistematização dos motivos/temas de inadequação dos encaminhamentos, que não atendem aos critérios de estratificação de risco para o acesso ao ambulatório, e número de Planos de Cuidados que retornaram com algum comentário/ajuste/autocuidado  apoiado por Linha de Cuidado, Município e equipes da UBS/APS com registro de discussão no GTC e CIR quando for o caso. Relatório com a apresentação dos dados dos pacientes em acompanhamento no AME e seus indicadores clínicos, de processo e resultado estabelecidos no Termo de Adesão para cada Linha de Cuidado, Município e equipes da UBS/APS com registro de discussão no GTC e CIR. |
| --- | --- | --- | --- |
| **10** | Equipe Multiprofissional Especializada | - O ponto de apoio é um profissional, preferencialmente com dedicação exclusiva para as atividades, dispondo de profissional com qualificação semelhante para substituição na ausência do profissional titular. | Comprovação de carga horária exclusiva para a função (edital de credenciamento, descrição da função) e de profissional capacitado para a substituição, em caso de férias, atestado eu licença.  |

18

19

| **AAE - LINHAS DE CUIDADO** |
| --- |
| **Item avaliado**  | **Itens de verificação**  | **Forma de Verificação**  |
| **11** | Equipe Multiprofissional Especializada | **Dimensionamento da equipe multiprofissional** | Conforme Parametrização no Termo de Adesão - Quadro 1 **–** Composição da equipe da AAE e formação/qualificação nas Linhas de Cuidado no QualiCIS. |
| Materno |
| Infantil |
| Idoso |
| Hipertensão Arterial Sistêmica / HAS |
| Diabetes Mellitus / DM  |
| Saúde Mental / SM |
| **Qualificação da equipe multiprofissional** | Conforme Parametrização no Termo de Adesão - Quadro 1 – **C**omposição da equipe da AAE e formação/qualificação nas Linhas de Cuidado no QualiCIS. |
| Materno |
| Infantil |
| Idoso |
| Hipertensão Arterial Sistêmica / HAS |
| Diabetes Mellitus / DM  |
| Saúde Mental / SM |
| **12** | Atendimentos realizados pela Equipe Multiprofissional Especializada | **Número de atendimentos realizados considerando as meta prevista no Termo de Adesão** | Conforme Parametrização no Termo de Adesão Planilha de programação da AAE, por Linha de Cuidado e Profissional Quadro 2, 3, 4, 5 e 6. Conforme = 90% à 100% Parcial Conforme = 71% até 89% Não Conforme = 0% à 70% |
| Materno |
| Infantil |
| Idoso  |
| Hipertensão Arterial Sistêmica / HAS |
| Diabetes Mellitus / DM  |
| Saúde Mental / SM |
| **13**  | Consultas e Exames  | **ESPECIALIDADES** | Conforme Programação prevista no Termo de Adesão Conforme = 90% à 100% Parcial Conforme = 71% até 89% Não Conforme = 0% à 70% |
| Ex:Cardiologia  |
| Ex:Pediatria  |
| Ex:Pneumologia |
| Ex:Ressonância |
| Ex:Ultrassonografia |
|  |

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

Os Anexos citados na Forma de Verificação serão disponibilizados pelo NDS/DG/SESA.

7

**GABINETE DO SECRETÁRIO**

Rua Piquiri, nº 170 – Rebouças – CEP: 80.230-140 – Curitiba – Paraná – Brasil – Fone: (41) 3330-4400

**www.saude.pr.gov.br** – **gabinete@sesa.pr.gov.br**

Assinado digitalmente por: **Carlos Alberto Gebrim Preto** em 04/12/2020 15:14. Inserido ao protocolo **16.447.535-2** por: **Willian Mol de Souza** em: 04/12/2020 15:10. Documento assinado nos termos do art. 18 do Decreto Estadual 5389/2016. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: **https://www.eprotocolo.pr.gov.br/spiweb/validarAssinatura** com o código: **468ba49fd56c7bbe0d9281a6c21bb3fe**.

531a 

74

Documento: **142016.447.5352 Consolidada.pdf.**

Assinado digitalmente por: **Carlos Alberto Gebrim Preto** em 04/12/2020 15:14.

Inserido ao protocolo **16.447.535-2** por: **Willian Mol de Souza** em: 04/12/2020 15:10.

Documento assinado nos termos do art. 18 do Decreto Estadual 5389/2016. 

A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço:

**https://www.eprotocolo.pr.gov.br/spiweb/validarAssinatura** com o código:

**468ba49fd56c7bbe0d9281a6c21bb3fe**.