

Plano de Trabalho Contrato de Gestão

União Saúde Apoio
CNPJ:09.486.578/0001-74

VIGÊNCIA: 08/09/2022 à 07/03/2023

Sumário

1. DADOS CADASTRAIS UNIÃO SAÚDE APOIO	4
2. TÍTULO – PLANO DE TRABALHO	5
3. ÁREA DE ATIVIDADE	17
4. ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS ASSISTENCIAIS.....	23
5. FORMAÇÃO TÉCNICA EM ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA	33
6. A PROMOÇÃO DA SAÚDE COMO BASE DAS AÇÕES DE SAÚDE COLETIVA.....	34
7. A PROMOÇÃO DA SAÚDE E O MODELO DA VIGILÂNCIA DA SAÚDE.	36
8. MEDIDAS DE CONTROLE E PREVENÇÃO EM VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (ESTÁ SOB RESPONSABILIDADE DO MUNICÍPIO DE IGARAPAVA).....	44
9. ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE IGARAPAVA.....	49
10. PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	54
11. ATENÇÃO BÁSICA:.....	54
12. SAÚDE DA FAMÍLIA PSF	65
13. ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS E FINANCEIRAS.....	66
14. Organização de Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME.....	67
15. SERVIÇO DE INFORMATIZAÇÃO	71
16. INVENTARIO DE EQUIPAMENTOS.....	74
17. CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO COM PRAZOS.....	75
18. REGULAMENTO DE COMPRAS DA UNIÃO SAÚDE APOIO	76
19. MONITORAMENTO E PRESTAÇÃO DE CONTAS	80
20. ESTRATÉGIAS QUE SERÃO ADOTADAS PARA O SUCESSO DA IMPLANTAÇÃO.	82
21. ORGANIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS.....	90
22. DO GERENCIAMENTO DO PESSOAL	94
23. ROTINA DE RH - CONCEITOS BÁSICOS.....	97
24. Descrição de Cargos.....	106
25. Organograma - SAÚDE DA FAMÍLIA PSF	113
26. Regimento Interno.....	113
27. PROPOSIÇÃO DE PROJETOS ASSISTENCIAIS E SOCIAIS RELACIONAMENTO COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA, COMUNIDADES, CAMPANHAS EDUCATIVAS PARA O USUÁRIO, ETC).....	121
28. AÇÕES VOLTADAS À QUALIDADE.....	121
29. NÚCLEO DE ACOMPANHAMENTO TÉCNICO.....	121
30. POP's;.....	122
31. Programa de Acolhimento e Classificação de Risco.	129
32. Parâmetros Mínimos Para A Obtenção Da Assistência Humanizada	133
33. ATENÇÃO A ACOMPANHANTES, IDOSOS, CRIANÇAS, ADOLESCENTES E PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS	135

34. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE	135
35. PESQUISA	158
36. PROJETO Software de Gestão.....	160
37. Qualificação técnica, “Atestados de Capacidade Técnica”.....	187
38. Dimensionamento da Equipe Mínima – salários base	201
39. Preço	202

1. DADOS CADASTRAIS UNIÃO SAÚDE APOIO

CNPJ N ° 09.486.578/0001-74.

Endereço

Rua Ibrahim Nobre, nº. 151, Vila Carlito, Campinas SP. CEP: 13043-070.
Telefone : 19 3396 8100

Dados Bancários

BANCO: **001 - Banco do Brasil.**

AGÊNCIA: 1890-2

CONTA CORRENTE: dedicada ao contrato, a ser aberta PRAÇA DE PAGAMENTO:
Campinas SP.

Dados do representante legal Carlos de Arruda Camargo RG.: 10.715.415-8

CPF: 085.139.478-73

PERÍODO DE MANDATO: 4 Anos

CARGO: Diretor Presidente

ENDEREÇO: Av. Júlio de Mesquita n. 590, apto 153, Cambuí, Campinas SP. CEP – 13.025-061

Celulares:

Corporativo (19) 994.290.620

Particular (19) 999.594.800

E-mails:

corporativo presidente@uniaosaudeapoio.org.br

particular carlosac25@gmail.com

2. TÍTULO – PLANO DE TRABALHO

Proposta Técnica e Econômica para organização, administração, gerenciamento e execução de ações e serviços de saúde em unidades com ESF – Estratégia de saúde da família e unidades de atenção básica de saúde do município de Igarapava, conforme edital de seleção nº001/2019.

PÚBLICO ALVO: A todos os Munícipes de Igarapava

OBJETO DA PARCERIA - Descrever o produto final do objeto do Contrato de Gestão.

OBJETIVO GERAL - Programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais frequentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda de cada área de abrangência das equipes de Saúde, através do desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida

OBJETIVOS ESPECÍFICOS - Objetivando a gestão das Unidades de Estratégia Saúde da Família do Município de IGARAPAVA SP. Com a Coordenação da Secretaria Municipal da Saúde

- **METODOLOGIA DE TRABALHO - MODELO GERENCIAL ADOTADO** Para o desenvolvimento das ações de gestão e execução dos serviços de saúde, desenvolvidos aos cidadãos no município de Igarapava, no que diz respeito a organização técnica e administrativa da mesma, delinearemos a seguir o modelo gerencial que será implantado.

- **Proposta do Modelo Gerencial**

Constituir-se á no modelo gerencial que será implantado, nas estratégias que serão adotadas para sua implantação sem causar impactos na continuidade dos serviços, na constante verificação dos indicadores, nas ferramentas e instrumentos que serão utilizados para a modernização gerencial e na linha de comunicação que será estabelecida entre a nossa Instituição e a Secretaria Municipal de Saúde de Igarapava.

- **Caracterização do Modelo Gerencial**

O Modelo Burocrático Weberiano é um modelo organizacional que representou uma disseminação nas administrações públicas por volta do século XX, e no mundo todo das organizações. Foi Max Weber que idealizou o Modelo Burocrático, pois analisou e sintetizou suas principais características. O Modelo Burocrático formalizado por Weber tem como característica a divisão entre planejamento e execução. Essa teoria é em fática na separação entre a política e a administração pública, na qual cada uma tem a sua responsabilidade. A política se responsabiliza pela elaboração de objetivos e administração pública pela transformação das decisões em ações concretas.

Assim a Administração Pública Burocrática foi instituída a fim substituir a Administração Patrimonialista, que foi fundamentada nas monarquias absolutas, na qual o patrimônio público e o privado eram confundidos. Nesse tipo de administração o Estado era entendido como propriedade do rei. O nepotismo, o empreguismo e a

corrupção eram normas.

Então o Patrimonialismo foi o principal fator que deu causa ao surgimento da burocracia. O modelo de Administração Pública Burocrática foi adotado em muitos países visando substituir àquele tipo de administração, no qual os patrimônios público e privado eram confundidos, porém insurgiu-se também, nesse tipo de ambiente, a oportunidade para o aparecimento do clientelismo, nepotismo, empreguismo e até mesmo da corrupção.

Da mesma forma o Modelo Burocrático Weberiano tornou-se alvo das mais ásperas críticas. O Modelo Burocrático foi considerado inadequado para o contexto institucional contemporâneo por sua presumida ineficiência, morosidade, estilo autorreferencial e descolamento das necessidades dos cidadãos. Assim substituir esse modelo foi uma reação de combate a essas práticas indevidas.

Dois modelos organizacionais e um paradigma relacional foram apresentados como alternativas ao Modelo Burocrático, a Administração Pública Gerencial (AGP) e o Governo Empreendedor (GE), que são modelos organizacionais que incorporam prescrições para a melhora da efetividade da gestão das organizações públicas. Já o movimento da Governança Pública (GP) se traduz em um modelo relacional, porque oferece uma abordagem diferenciada de conexão entre o sistema governamental e o ambiente que circunda o governo.

No longo prazo, esses modelos para reformas têm potencial para mudar o modo que as organizações públicas se administram e se relacionam.

Dessa forma, desde os anos 1980, as administrações públicas em todo o mundo realizaram mudanças substanciais nas Políticas de Gestão Pública (PGPs) e no Desenho de Organizações Programáticas (DOPs). Essas reformas administrativas consolidam novos discursos e práticas derivadas do setor privado e os usam como benchmarks para organizações públicas em todas as esferas de governo.

Hays e Plagens (2002) dão uma noção da magnitude dessas reformas: “Estratégias aclamadas de reforma têm vindo diretamente do setor privado numa onda que talvez possa ser considerada a mais profunda redefinição da administração pública, desde que esta emergiu como uma área de especialidade identificável”.

Os elementos apontados como ativadores dessas ondas de “modernização” são a crise fiscal do Estado, a crescente competição territorial pelos investimentos privados e mão de obra qualificada, a disponibilidade de novos conhecimentos organizacionais e tecnologia, a ascensão de valores pluralistas e neoliberais, a crescente complexidade, a dinâmica e a diversidade das nossas sociedades.

No velho continente, o processo de europeização também tem desempenhado um papel crucial no estímulo à adoção de novos modelos organizacionais e à revisão das PGPs nos níveis nacionais, regionais e municipais.

A partir desse axioma fundamental derivam-se três características, que são a formalidade, a impessoalidade e o profissionalismo, como segue:

● **Formalidade**

Está constituída de deveres e responsabilidades aos membros da organização, a configuração e legitimidade de uma hierarquia administrativa, as documentações escritas dos procedimentos administrativos, dos processos decisórios e a formalização das comunicações tanto internas quanto externas. As tarefas dos colaboradores são estabelecidas de maneira formal de modo a garantir a continuidade do trabalho e a

padronização dos serviços prestados, para evitar a discricionariedade individual na execução das rotinas administrativas padronizadas. É uma pequena liberdade concedida aos administradores públicos, para agirem de acordo com o que julgarem conveniente e oportuno, diante de determinada situação, não pautadas em diretrizes particulares, mas orientados para a satisfação dos direitos coletivos e respeito aos direitos individuais.

- **Impessoalidade**

A impessoalidade mostra que a relação entre os membros da organização, a própria organização e o ambiente externo, está baseada em funções e linhas de autoridade claras. O chefe ou diretor ou gerente é a pessoa que de maneira formal representa a organização. O chefe ou diretor ou gerente de um setor ou departamento tem a autoridade e responsabilidade de decidir e comunicar a seus subordinados esta decisão. Mais importante ainda, a impessoalidade vai implicar que as posições hierárquicas são próprias da organização (Organograma Funcional), e não a do chefe ou diretor ou gerente que as estão ocupando. Isso ajuda a evitar a apropriação do individual ao poder, prestígio, e outros tipos de benefícios, no momento que a pessoa deixa sua função ou a organização.

- **Profissionalismo**

O profissionalismo está ligado ao valor positivo da atribuição, como meio de justificá-la e diferenciá-la. As funções são dadas às pessoas que aspiram a um cargo por meio de competição justa, na qual os aspirantes ao cargo devem mostrar suas melhores capacidades técnicas e conhecimento. O profissionalismo é um princípio que ataca os efeitos negativos do nepotismo que antes dominavam os modelos burocrático e patrimonialista (Bresser, Pereira - 1996). A promoção do colaborador para postos mais altos na hierarquia vai depender da experiência na função (senioridade) e no desempenho (performance), ou seja, a ideal criação de uma hierarquia de competências com base na Meritocracia.

- **Outras características do Profissionalismo:**

Separação entre propriedade pública e privada; Trabalho remunerado;
Divisão racional das tarefas;
Separação dos ambientes de vida e trabalho.

Dessa maneira, a eficiência da organização e os valores da eficiência econômica, impõem a alocação racional dos recursos humanos e financeiros, que na teoria Weberiana, traduzia-se mais em uma preocupação especial com a alocação das pessoas dentro da estrutura organizacional. Então a eficiência administrativa, mostra obediência às prescrições formais das tarefas, em outras palavras, preocupações do como as coisas são feitas.

Assim sendo, nosso modelo gerencial será pautado em valores, tais como:

- ✓ Produtividade;
- ✓ Orientação aos serviços;

- ✓ Descentralização;
- ✓ Eficiência na prestação dos serviços;
- ✓ **Marketization** (esse termo é usual para referenciar-se a utilização de mecanismos de mercado dentro da esfera pública. Exemplos de mecanismos de mercado: liberdade de escolha de provedor por parte do usuário do serviço público e a introdução da competição entre gestores públicos e agentes privados);
- ✓ **Accountability** (Literalmente falando, significa prestação de contas por parte de quem foi incumbido de uma tarefa, àquele que solicitou a tarefa, ou seja, a relação entre o agente e o principal.
- ✓ **Accountability** pode ser considerada como a somatória dos conceitos de responsabilização, transparência e controle)

Em outras palavras, na nossa filosofia de administração a eficiência e o desempenho são valores que permanecerão. Esse tipo de filosofia administrativa é fundamentado em um conjunto de doutrinas e justificativas, sendo que as doutrinas são fórmulas de aplicabilidade da gestão e do desenho das organizações e as justificativas são as razões para as doutrinas, dando sentido racional para estas doutrinas. As bases dos valores doutrinários são:

- ✓ Eficácia;
- ✓ Competitividade;
- ✓ Ideologia, tendência ou movimento.
- **Existem três grupos de valores que dão base às justificativas, são eles:**
 - ✓ Eficiência, alocação racional de recursos
 - ✓ Limitação do desperdício
 - ✓ Simplicidade e clareza
 - ✓ Equidade, justiça, neutralidade, accountability e controle de abusos dos agentes (desonestidade, imperícia, imprudência, etc.);
 - ✓ Capacidade de resposta, resiliência sistêmica, flexibilidade e elasticidade.
- ✓ Diante do exposto, nota-se claramente que a abordagem do nosso modelo gerencial está calcada na Teoria Administrativa Moderna, trazendo para os administradores públicos a linguagem e ferramentas da administração privada.
- ✓ Estratégias que Serão Adotadas para o Sucesso da Implantação do Modelo
- ✓ Para o sucesso do modelo gerencial que será adotado na gestão operacional das

unidades de saúde, as seguintes estratégias serão adotadas:

- ✓ Implantação do trabalho em equipe – complementariedade, interdependência e sinergismo das ações;
- ✓ Definição com clareza dos objetivos e resultados individuais e do grupo a serem alcançados;
- ✓ Construção em conjunto, de um plano de trabalho de cada setor, de acordo com as metas estabelecidas;
- ✓ Compartilhamento por setor entre os colaboradores de: objetivos, decisões, responsabilidades e também resultados (produtividade);
- ✓ Implantação da avaliação constante dos processos e dos resultados pelas chefias (líderes), setores, comissões e staff central;
- ✓ Implantação da Educação Permanente para todos os colaboradores;
- ✓ Aprimoramento das relações interpessoais e valorização da comunicação entre os membros da equipe;
- ✓ Supervisão constante dos processos de trabalho em cada setor, realizada por cada chefia imediata;
- ✓ Motivação dos colaboradores através do reconhecimento dos resultados da produção do seu trabalho;
- ✓ Sistematização da pesquisa realizada pelo SAU – Serviço de Atendimento ao Usuário, como estratégia de aprimoramento dos processos de trabalho;
- ✓ Implantação e implementação do SIG – Sistema de Informações Gerenciais, visando a compilação e análise de dados, objetivando o fornecimento de informações precisas para a tomada de decisões;
- ✓ Acolhimento de 100% (cem por cento) da demanda espontânea e direcionada;
- ✓ Investigação o óbito de menores de 1 (um) ano, visando subsidiar intervenções para a redução da mortalidade nesta faixa etária;
- ✓ Esmero com toda a infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades de Saúde, considerando o uso racional de materiais, o cuidado com o mobiliário e com os equipamentos, para o conjunto das ações propostas;
- ✓ Colaboração com o fortalecimento e o desenvolvimento das redes locais e regionais de saúde para a integração da atenção básica aos demais níveis de atenção;

- ✓ Implantação de processo de monitoramento e avaliação;
- ✓ Manutenção e intensificação da vigilância sobre doenças e agravos de notificação compulsória, garantindo o adequado preenchimento da ficha de notificação/investigação;
- ✓ Monitoramento e avaliação do processo de planejamento, das ações implantadas e dos resultados alcançados, de modo a fortalecer o planejamento e contribuir para a transparência do processo;

- **Programação de iniciativas de melhoria das condições de trabalho e valorização dos colaboradores, desenvolvimento da autoestima, resultando em orgulho em trabalhar.**

Implantação e acompanhamento do processo de trabalho das equipes das Unidades de Saúde do município, de interesse recíproco, contemplando normas e diretrizes do Ministério da Saúde;

Sintonização com a programação de ações prioritárias da Vigilância em Saúde, estipulada pelo Ministério da Saúde e pela SMS de Igarapava;

Manutenção de informação à população sobre o funcionamento dos serviços, com foco na otimização do uso coletivo;

Constante trabalho pela melhoria da qualidade dos nossos recursos humanos e dos recursos humanos da SMS de Igarapava como um todo.

Planejamento das ações na Unidade no que tange a área médica, de forma articulada, em todos os níveis de atenção da SMS de Igarapava, de modo a estabelecer um sistema de prestação de serviços de atenção à saúde, compondo um sistema de referência e contra referência, aprimorando o atendimento universalizado à clientela do SUS;

Estímulo à prática das ações intersetoriais.

- **Indicadores de Impacto**

Os indicadores de impacto verificáveis serão compilados, dimensionados e analisados em relatórios distintos, enviados trimestralmente em 02 (duas) vias, 01 (uma) para a Secretaria Municipal de Igarapava e 01 (uma) para a Comissão de Avaliação do Contrato de Gestão, que também receberão os relatórios digitalizados. Servirão como objeto de estudo por parte de nossa Instituição, para planejamento de ações que objetivarão a constante melhora na qualidade e resolutividade da operação, assim como instrumento de avaliação para a Comissão de Avaliação do Contrato de Gestão, para o acompanhamento dos resultados das avaliações e das intervenções realizadas. Tais relatórios serão formatados seguindo o modelo abaixo descrito:

- **Quantidade**

Avaliação das metas quantitativas pactuadas no Contrato de Gestão, com a descrição dos serviços.

● **Ensino e Pesquisa**

Programação trimestral de eventos de educação continuada; programa de educação permanente para médicos, enfermeiros, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, equipe de apoio e demais colaboradores das Unidades.

Qualidade

Avaliação das pesquisas de satisfação dos usuários; avaliação de satisfação dos colaboradores; determinações das Comissões Multidisciplinares constituídas; análise de prontuário e fármaco - vigilância.

● **Gestão**

Redução do tempo médio de agendamento de consultas; redução da taxa de morte materna e infantil; humanização; redução e/ou otimização de custos; implantação de programa de capacitação e desenvolvimento de colaboradores, implantação de protocolos clínicos e implantação de protocolos de enfermagem.

Tais relatórios de avaliação demonstrarão paulatinamente a evolução dos seguintes itens:

- ✓ Acesso e disponibilidade;
- ✓ Acolhimento, triagem e classificação de risco;
- ✓ Relação usuário/profissional de saúde;
- ✓ Eficácia e resolubilidade;
- ✓ Infraestrutura; e
- ✓ Informação e participação na gestão.

No que tange qualidade, não podemos confundir com as pesquisas sobre satisfação, que também serão realizadas, pois a avaliação feita pelos usuários não acontece a partir da perspectiva da definição de conhecimentos técnicos e do que se deve entender por qualidade. Contudo, a avaliação sobre a satisfação dos usuários, entendida em sua conexão com a percepção de qualidade, pode ser considerada como um dos componentes da avaliação dos indicadores de resultados, concomitantemente aos descritos acima.

Tais indicadores serão compilados e disponibilizados, também para o auxílio em feedback à gestão das Unidades de Saúde, como para o acompanhamento dos mesmos pela SMS de Igarapava e pela Comissão de Avaliação do Contrato de Gestão.

Concomitantemente às ações de avaliação acima descritas, realizaremos periodicamente oficinas de trabalho, dinâmicas de grupo e treinamento continuado

permanente, onde iremos verificar o grau de dificuldade em cada setor e de cada colaborador. Ao final de cada encontro, ter-se-á uma conclusão consensual que fornecerá elementos para a complementação dos relatórios que subsidiarão a criação de Protocolos Operacionais Padrões (POP's.), além da atualização e aperfeiçoamento dos já existentes, que servirão para intervir com eficácia, aumentando constantemente a qualidade de atendimento e do trabalho.

• **Ferramentas e Instrumentos de Modernização Gerencial**

As ferramentas da gestão moderna passam obrigatoriamente pelos mecanismos de produção do trabalho e seus resultados. Para tanto, implantaremos as seguintes ferramentas e instrumentos de modernização gerencial:

- **Implantação e utilização de Sistemas por Georreferenciamento para os Agente Comunitário de Saúde com Tabletes - “Software de Gestão”**
- **Implantação e utilização de Sistemas de Informações Gestão;**
- **Implantação de Sistema de Gestão da Qualidade;**
- **Implantação de Capacitação Profissional;**
- **Supervisão constante das atividades e seus resultados;**
- **Avaliação de desempenho dos colaboradores.**

Instrumentos de Comunicação e Informação com a Secretaria Municipal de Saúde de Igarapava.

Será compreendido por um conjunto de sistemas de informações, que possibilitarão um canal direto de comunicação entre a OS e a Secretaria Municipal de Saúde de Igarapava, como:

- ✓ Sistema de acompanhamento integral (“Software de Gestão”) das famílias e visitas domiciliares, dos ACS em tempo real, identificação do perfil epidemiológicos por residência, área de abrangência de cada equipe e todo território do município de Igarapava coberto por visitas domiciliares.
- ✓ Relatório mensal de atividade, de produção e de metas;
- ✓ Reuniões periódicas entre os representantes da OS e da SMS de Igarapava e da Comissão Avaliação do Contrato de Gestão;
- ✓ Criação de um Portal de Transparência, que disponibilizará informações detalhadas sobre a execução do Objeto deste Plano de Trabalho.
- ✓ Limites de Responsabilidades

Ao se realizar a transferência de gestão pública para a gestão privada, através de uma Organização Social, torna-se indispensável ficarem bem definidas as responsabilidades entre a antiga e a nova gestora.

Para que a transição seja harmoniosa e transparente e para que não se tenha um sub - dimensionamento dos custos do novo modelo de gestão é indispensável consignar que a nova responsável pela gestão da unidade ESF não deverá ter qualquer

compromisso em cumprir com obrigações por ela não assumidas, de forma clara e expressa, notadamente a relação com fornecedores, prestadores de serviço e colaboradores.

Excetuam-se dessa regra os compromissos no tocante aos usuários que estejam em tratamento junto à unidade ESF na época da transição da gestão, uma vez que, apesar de terem sido admitidos em tratamento pelo ente público, naturalmente seu atendimento não poderá ser recusado pela nova gestora.

Contratos bem elaborados reduzem a possibilidade de desavenças entre as partes e consequências junto a terceiros, notadamente os usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, de tal sorte que é lícito serem ajustadas regras de transição e normas definitivas, admitindo-se, quando necessário, a celebração de termos aditivos.

Os ativos e passivos da antiga gestora deverão ser apurados através de levantamento específico, de forma a não causar interferência na gestão que se iniciará.

Deverão as partes estabelecer critérios a respeito dos direitos à marca, aos imóveis utilizados (se alugados, com aditamento aos contratos vigentes, ou se próprios, através de cessão de uso), os bens móveis, instalações, parcerias, contratos com terceiros (inclusive quanto aos direitos de imagem e autoral), etc.

Difícilmente se pode prever, em tese, todas as hipóteses, já que a complexidade do trabalho que se propõe geraria infinitas situações que por sua singularidade não poderiam estar descritas em normas de conteúdo fechado, específicas para cada caso.

Nesse tocante, em relação aos limites de responsabilidade, muito melhor que se criem regras princípio lógicas, baseadas em princípios e cláusulas gerais, de conteúdo aberto e que por sua técnica construtiva possam ser aplicadas aos mais diversos casos, aderindo-se às infinitas que possam ser geradas no cumprimento do Contrato de Gestão, permitindo-se que através de tais normas, que serão verdadeiros princípios, sejam obedecidos critérios pré-estabelecidos de conduta por parte da Organização Social, no tocante a cada um dos protagonistas envolvidos nesta complexa proposta de atuação de gestão, destacando-se principalmente a relação da OS com:

- ✓ Os usuários da Unidade de Saúde;
- ✓ Os recursos humanos;
- ✓ Os fornecedores;
- ✓ Os prestadores de serviço; e
- ✓ A Secretaria Municipal de Saúde de Igarapava.

Com base nessa premissa, quanto às responsabilidades das Organizações Sociais, alguns princípios devem ser estabelecidos:

- ✓ Pontualidade;
- ✓ Exatidão e confiabilidade dos dados gerados;
- ✓ Avaliação quantitativa e qualitativa contínua;
- ✓ Relação transparente e de confiança;

- **Qualificação e constante aprimoramento dos colaboradores e das atividades;**

Efetivação das metas e resultados estipulados pelo poder público.

Em cumprimento às suas obrigações, caberá à OS, além das obrigações constantes nas especificações técnicas impostas pelo Contrato de Gestão, aquelas estabelecidas na legislação referente ao SUS, bem como nos diplomas federais e estaduais que regem a presente contratação. Assim, destacamos abaixo as seguintes diretrizes: Prestação de serviços à população usuária do Sistema Único de Saúde – SUS, especialmente o disposto na Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1.990), com observância dos princípios veiculados pela legislação, e em especial, pautando todas as atividades pela:

Universalidade de acesso aos serviços de saúde;

Integralidade de assistência, entendida como sendo o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade ambulatorial do sistema, em atuação conjunta com os demais equipamentos de Sistema Único de Saúde existentes no município;

Gratuidade de assistência, sendo vedada a cobrança em face de pacientes ou seus representantes, responsabilizando-se a OS por cobrança indevida feita por seu empregado ou preposto;

Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

Direito de informação às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

Divulgação de informação quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

Fomento dos meios para participação da comunidade; e

Prestação dos serviços com qualidade e eficácia, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz.

Na prestação dos serviços descritos no item anterior, a OS observará:

Respeito aos direitos dos pacientes, atendendo-os com dignidade, de modo universal e igualitário;

Manutenção da qualidade na prestação dos serviços;

Esclarecimento dos direitos aos pacientes, quanto aos seus oferecidos;

Administrar os bens móveis e imóveis, cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto no Termo de Permissão de Uso, que deverá ser lavrado, onde deverá definir-se as responsabilidades da OS, até a sua restituição ao Poder Público;

A permissão de uso deverá ser realizada mediante a formalização de um Termo de Permissão de Uso específico e determinado, emitido pela Secretaria Municipal de Saúde de Igarapava, após detalhamento e identificação dos referidos bens;

O Termo de Permissão de Uso especificará os bens e o seu estado de conservação e definirá as responsabilidades da OS quanto a sua guarda e manutenção;

Os equipamentos e instrumental necessários para a realização dos serviços contratados deverão ser mantidos pela OS em perfeitas condições;

A OS deverá comunicar para a instância responsável da administração pública, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a sua ocorrência;

Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes que por ventura venham a ser adquiridos com recursos oriundos do Contrato de Gestão, deverão ser incorporados ao patrimônio público, não podendo ser retirados ao final do mesmo; e As benfeitorias realizadas nas unidades de saúde serão incorporadas ao patrimônio público, não importando sua natureza ou origem dos recursos.

Disponer, por razões de planejamento das atividades assistenciais, informação sobre o local de residência dos pacientes ou que lhe sejam referenciados para atendimento. Responsabilizar-se pela indenização de dano decorrente de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, ou de imperícia ou de imprudência, que seus agentes, nesta qualidade, causarem ao paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a estes vinculados, bem como bens públicos móveis e imóveis, objetos de permissão de uso, assegurando-se o direito do regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis. A responsabilidade de que trata este item, estende-se aos casos de danos causados por falhas relativas à prestação de serviços, nos termos dos Artigos 14º da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1.990 (Código de Defesa do Consumidor).

Administrar os bens móveis e imóveis cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto com os respectivos Termos de Permissão de Uso, até sua restituição ao poder público.

Transferir, integralmente à SMS de Igarapava, em caso de desqualificação da Organização Social, o patrimônio, os legados ou doações que lhe foram destinados em razão do Contrato de Gestão, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços, inclusive os bens imóveis cujo uso lhe fora permitido.

Proceder caso seja necessário, adaptações das normas do Estatuto Social da OS ao disposto na legislação municipal.

Contratar pessoal para a execução das atividades previstas no Contrato de Gestão, responsabilizando-se pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, resultantes da execução do objeto do Contrato de Gestão.

Utilizar, para a contratação de pessoal através de critérios exclusivamente técnicos, observando as normas legais vigentes - Processo Seletivo.

Contratar serviços de terceiros, sempre que necessário, responsabilizando-se pelos encargos daí decorrentes.

Respeitar a autonomia da Secretaria Municipal de Saúde de Igarapava em relação aos funcionários públicos cedidos à OS, nos termos da Lei.

Instalar na Unidade um "Serviço de Atendimento ao Usuário – SAU" (Ouvidoria), devendo encaminhar à administração pública relatório trimestral de suas atividades. Manter, em perfeitas condições de uso, os equipamentos e instrumentais necessários para a realização dos serviços contratados; bem como informar ao poder público sobre a necessidade de realizar manutenções nas edificações e seus equipamentos.

Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou ao seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão do Contrato de Gestão.

Manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico, pelo prazo mínimo de 05 (cinco) anos, ressalvados os prazos previstos em lei.

Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação. Atender os pacientes com dignidade e respeito de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços.

Afixar aviso, em lugar visível de sua condição de entidade qualificada como Organização Social e de gratuidade dos serviços prestados nessa condição.

Adotar o símbolo e o nome designado da unidade de saúde cujo uso lhe fora permitido, seguido pelo nome designativo "ORGANIZAÇÃO SOCIAL".

Justificar ao paciente ou ao seu representante as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional.

Esclarecer os pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos.

Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal.

Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos pacientes.

Em se tratando de serviços exclusivamente ambulatoriais, implantar Serviço de Agendamento, informando trimestralmente à SMS de Igarapava as estatísticas de atendimento.

Limitar suas despesas com o pagamento de remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos colaboradores da Organização Social e cedidos pela SMS de Igarapava, a 70% (setenta por cento) do valor global das despesas de custeio das Unidades de Saúde.

Realizar pesquisas para medir o nível de satisfação dos pacientes.

Em relação aos fornecedores e prestadores de serviços, a OS se compromete em valer-se do Regulamento de Compras e Contratações para buscar padrões máximos de qualidade a menor preço, mantendo lisura nas compras, através de sistema rígido de controle e gestão.

Modelo de Relacionamento Entre Nossos Diretores e os Gestores Públicos da SMS de Igarapava.

• O gerenciamento moderno entende as práticas do cotidiano de trabalho como processos resultantes das relações do homem com o trabalho, tendo como fatores intervenientes:

- ✓ Relações interpessoais;
- ✓ Comunicação;
- ✓ Transparência;
- ✓ Trabalho em equipe;
- ✓ Monitoramento de metas.

Assim estabeleceremos uma relação de trabalho, baseada na cumplicidade de saberes, na dialética, na avaliação constante da qualidade da gestão e nas tomadas de decisão compartilhadas.

Campo de Atuação da OS na Atenção da Básica na Estratégia Saúde da Família.

A OS desenvolve projetos e ações em logística, atividades, execução e gerenciamento em unidades de Estratégia Saúde da Família, que contemplam as visitas domiciliares, acolhimentos, atendimentos a acamados, serviços ambulatoriais pronto atendimento, consultas agendadas e demais serviços de apoio, em baixa, complexidade, buscando uma gestão calcada nos princípios da formalidade, impessoalidade e profissionalismo, com a visão de ser referência de qualidade como entidade especializada no desenvolvimento estratégico e serviços de gestão em saúde pública, através da:

Promoção e apoio no desenvolvimento de políticas públicas na área de saúde; Gestão, complementação e operacionalização de equipamentos integrantes do Sistema Único da Saúde, nas esferas municipais, conforme estabelecido nos distintos Contratos de Gestão;

Criação de oportunidades de intercâmbio de conhecimentos e experiências, em nível

local, nacional e internacional na área da saúde;
Prestação de consultoria e assessoramento técnico e especializado na área da Atenção Básica;
Promoção da capacitação dos recursos humanos dos setores públicos e privados para a área da saúde.

Observação aos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, expressos no artigo 198 da Constituição Federal e no artigo 7º da Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1.990, no desenvolvimento de trabalhos na área da saúde;

Firmação de contratos de prestação de serviços, Contratos de Gestão, convênios, termos de cooperação ou acordos com o poder público, em todos os níveis ou ainda com a iniciativa privada, para gestão pública de serviços de saúde, através da implantação, implementação e/ou desenvolvimento de programas do governo na área da saúde pública;

Colaboração com os poderes públicos sempre que sua atuação for solicitada em benefício da comunidade e atendimento humanizado nas unidades de saúde e de educação para melhor atendimento da população e especialmente aos portadores de necessidades especiais;

Prestação de serviços na área de assistência, promoção social e saúde, que promovam a proteção à família, à infância, à maternidade, à adolescência, aos adultos e idosos e aos portadores de necessidades especiais; e,

Promoção e realização de atividades de avaliação de estratégias e de impactos econômicos e sociais das políticas, programas e projetos científicos e tecnológicos.

Demonstração dos Indicadores Ressaltando os Elementos do Processo de Saúde e Doença Que se Quer Identificar e Sob o Qual se Deve Prioritariamente Intervir Assim, caso nos saíremos vencedores deste Processo de Seleção, aguardaremos o início dos trabalhos e do efetivo atendimento à população, para que possamos compilar os indicadores atuais e o perfil epidemiológico adstrito, como também o retrato atual da saúde da população abrangida. Através do compartilhamento destes dados e informações com a SMS de Igarapava, poderemos traçar metas factíveis, para num processo continuado, prezarmos pela melhoria da qualidade do atendimento, pela profilaxia das doenças, pelo planejamento de ações conjuntas e ordenadas, pela segurança dos usuários e colaboradores e pela solução sensata dos problemas, objetivando a qualidade para as Unidades de Estratégia Saúde da Família do Município de Igarapava.

3. ÁREA DE ATIVIDADE

Organização da atividade:

A UNIÃO SAÚDE APOIO atenderá com seus recursos humanos e técnicos exclusivamente aos usuários da secretaria municipal de saúde de Igarapava, oferecendo, segundo o grau de complexidade de assistência e capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades descritas neste Projeto Básico, sendo vedada a remuneração pelo atendimento ao usuário por qualquer outra fonte de pagamento, o que será objeto de apuração de responsabilidade.

A UNIÃO SAÚDE APOIO em toda sua gestão manterá a Política Nacional de Humanização

do Ministério da Saúde (PNH/MS), visando o cumprimento do modelo de atendimento humanizado, para fins de atendimento, sendo exclusivo aos usuários do sistema de saúde da Corporação.

Acolherá os usuários de acordo com as diretrizes emanadas no presente Projeto. Em especial, a Corporação poderá implantar a Política Interna de Humanização, não podendo contrariar os preceitos das normas mantenedoras acerca dos direitos consagrados aos usuários do Sistema de Saúde da Corporação.

A Gestão **UNIÃO SAÚDE APOIO** garantirá o funcionamento das Unidades de Estratégia Saúde da Família, cumprir as metas quantitativas e qualitativas constantes do Anexo (Sistema de Pagamentos e Metas) deste Projeto Básico;

Garantia do atendimento do usuário no acolhimento apenas por profissional de saúde de nível superior ou médio, para toda e qualquer informação; Garantir as Unidades de Estratégia Saúde da Família, o cadastrado e atualizado no banco de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, conforme legislação vigente e instituído pela Portaria MS/ SAS 376, de 03 de outubro de 2000, publicada no Diário Oficial da União, de 04 de outubro de 2000, em 30 (trinta) dias após a assinatura do Contrato de Gestão.

Esclarecimento aos usuários sobre seus direitos quanto aos serviços oferecidos; Utilização obrigatória da grade de medicamentos padronizada pelo devido órgão competente;

Garantia do sigilo dos dados e informações relativas aos usuários;

Manterá controle de riscos da atividade e seguro de responsabilidade civil nos casos pertinentes;

Seguirá programas estratégicos, para atingimento de metas e objetivos estratégicos, tendo como visão a qualidade dos serviços ofertados, buscando ser considerado referência em todos os seus níveis;

Apoiará e integrar o complexo da saúde da secretária municipal de saúde Igarapava; Respeito aos direitos dos usuários, atendendo-os com dignidade de modo especial igualitário;

Manutenção da qualidade na prestação dos serviços; e atender os princípios norteadores da licitação para aquisição de materiais;

Padronizar a utilização de impressos inerentes ao serviço ou entregues aos pacientes, sinalizações, uniformes, enxoval e demais itens de acordo com as orientações da secretária municipal de saúde de Igarapava, sendo vedada a colocação de quaisquer logomarcas ou símbolos diferentes do estabelecido;

A GESTÃO UNIÃO SAÚDE APOIO FORNECERÁ

- ✓ Limpeza e conservação das áreas especificadas pela secretária municipal de saúde de Igarapava,

- ✓ Monitoramento da Manutenção predial e Monitoramento ambiental realizados pela Prefeitura Municipal de Igarapava;

- ✓ Serviços de manutenção e suporte de Tecnologia de Informação – TI.

A **UNIÃO SAÚDE APOIO** demonstrará mensalmente os indicadores referidos no presente Projeto, dentro dos parâmetros determinados pela secretária municipal de saúde.

Realizará o monitoramento permanente da prestação dos serviços, especialmente nos itens necessários à apuração do cumprimento de suas obrigações.

Garantirá os itens condicionantes para o correto credenciamento e habilitação dos serviços e

exames realizados junto ao Serviço Nacional Educação Sanitária (SNES), tais como:

As despesas de taxas e tarifas de Água, Energia Elétrica, Telefone e Gás Natural, serão de responsabilidade da Prefeitura Municipal de Igarapava que deverá manter os pagamentos em dia para evitar interrupção no fornecimento;

Carga horária, Capacitação Brasileira de Ocupações (CBO), equipamentos e demais requisitos necessários;

A **UNIÃO SAÚDE APOIO** manterá atualizada quanto o cadastro de usuários do Sistema de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Igarapava;

Fornecerá conhecimento imediato à secretaria municipal de saúde de Igarapava, qualquer fato que altere de modo relevante o normal desenvolvimento do Contrato, ou que, de algum modo, interrompa a correta prestação do atendimento aos usuários do Sistema. Em caso da análise concreta do evento a Comissão de Execução de Contrato será provocada para avaliação dos fatos e poderá instaurar a competente apuração da ocorrência;

Elaborará mapas de produção e gráficos de interesse epidemiológico, informando mensalmente os resultados alcançados.

• **Instrumentos de Comunicação e Informação com a Secretaria Municipal de Saúde de Igarapava**

Será compreendido por um conjunto de sistemas de informações, que possibilitarão um canal direto de comunicação entre a OS e a Secretaria Municipal de Saúde de Igarapava, como:

Relatório mensal de atividade, de produção e de metas;

Reuniões periódicas entre os representantes da OS e da SMS de Igarapava e da Comissão Avaliação do Contrato de Gestão;

Criação de um Portal de Transparência, que disponibilizará informações detalhadas sobre a execução do Objeto deste Plano de Trabalho.

• **Limites de Responsabilidades**

Ao se realizar a transferência de gestão pública para a gestão privada, através de uma Organização Social, torna-se indispensável ficarem bem definidas as responsabilidades entre a antiga e a nova gestora.

Para que a transição seja harmoniosa e transparente e para que não se tenha um sub-dimensionamento dos custos do novo modelo de gestão é indispensável consignar que a nova responsável pela gestão das unidades ESF não deverá ter qualquer compromisso em cumprir com obrigações por ela não assumidas, de forma clara e expressa, notadamente a relação com fornecedores, prestadores de serviço e colaboradores.

Difícilmente se pode prever, em tese, todas as hipóteses, já que a complexidade do trabalho que se propõe geraria infinitas situações que por sua singularidade não poderiam estar descritas em normas de conteúdo fechado, específicas para cada caso.

Nesse tocante, em relação aos limites de responsabilidade, muito melhor que se criem regras princípio lógicas, baseadas em princípios e cláusulas gerais, de conteúdo aberto e que por sua técnica construtiva possam ser aplicadas aos mais diversos casos, aderindo-se às infinitas que possam ser geradas no cumprimento do Contrato de Gestão, permitindo-se que através de tais normas, que serão verdadeiros princípios,

sejam obedecidos critérios pré-estabelecidos de conduta por parte da Organização Social, no tocante a cada um dos protagonistas envolvidos nesta complexa proposta de atuação de gestão, destacando-se principalmente a relação da OS com:

- ✓ Os usuários da Unidade de Saúde;
- ✓ Os recursos humanos;
- ✓ Os fornecedores;
- ✓ Os prestadores de serviço; e
- ✓ A Secretaria Municipal de Saúde de Igarapava.

Com base nessa premissa, quanto às responsabilidades das Organizações Sociais, alguns princípios devem ser estabelecidos:

- ✓ Pontualidade;
- ✓ Exatidão e confiabilidade dos dados gerados;
- ✓ Avaliação quantitativa e qualitativa contínua;
- ✓ Relação transparente e de confiança;
- ✓ Qualificação e constante aprimoramento dos colaboradores e das atividades; e
- ✓ Efetivação das metas e resultados estipulados pelo poder público.

Em cumprimento às suas obrigações, caberá à OS, além das obrigações constantes nas especificações técnicas impostas pelo Contrato de Gestão, aquelas estabelecidas na legislação referente ao SUS, bem como nos diplomas federais e estaduais que regem a presente contratação. Assim, destacamos abaixo as seguintes diretrizes:

I. Prestação de serviços à população usuária do Sistema Único de Saúde – SUS, especialmente o disposto na Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1.990), com observância dos princípios veiculados pela legislação, e em especial, pautando todas as atividades pela:

- ✓ Universalidade de acesso aos serviços de saúde;
- ✓ Integralidade de assistência, entendida como sendo o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade ambulatoria do sistema, em atuação conjunta com os demais equipamentos de Sistema Único de Saúde existentes no município;
- ✓ Gratuidade de assistência, sendo vedada a cobrança em face de pacientes ou seus representantes, responsabilizando-se a OS por cobrança indevida feita por seu empregado ou preposto;
- ✓ Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- ✓ Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- ✓ Direito de informação às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- ✓ Divulgação de informação quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- ✓ Fomento dos meios para participação da comunidade; e

✓ Prestação dos serviços com qualidade e eficácia, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz.

✓ Na prestação dos serviços descritos no item anterior, a OS observará:

Respeito aos direitos dos pacientes, atendendo-os com dignidade, de modo universal e igualitário;

- ✓ Manutenção da qualidade na prestação dos serviços;
- ✓ Esclarecimento dos direitos aos pacientes, quanto aos seus oferecidos;
- ✓ Administrar os bens móveis e imóveis, cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto no Termo de Permissão de Uso, que deverá ser lavrado, onde deverá definir-se as responsabilidades da OS, até a sua restituição ao Poder Público;
- ✓ A permissão de uso deverá ser realizada mediante a formalização de um Termo de Permissão de Uso específico e determinado, emitido pela Secretaria Municipal de Saúde de Igarapava, após detalhamento e identificação dos referidos bens;
- ✓ O Termo de Permissão de Uso especificará os bens e o seu estado de conservação e definirá as responsabilidades da OS quanto a sua guarda e manutenção;
- ✓ Os equipamentos e instrumental necessários para a realização dos serviços contratados deverão ser mantidos pela OS em perfeitas condições;
- ✓ A OS deverá comunicar para a instância responsável da administração pública, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a sua ocorrência;
- ✓ Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes que por ventura venham a ser adquiridos com recursos oriundos do Contrato de Gestão, deverão ser incorporados ao patrimônio público, não podendo ser retirados ao final do mesmo; e
- ✓ As benfeitorias realizadas nas unidades de saúde serão incorporadas ao patrimônio público, não importando sua natureza ou origem dos recursos.
- ✓ Para todas as Implantações Ref. A Software deverá ser observada a estrutura existente para que o cronograma não seja afetado.

II. Dispor, por razões de planejamento das atividades assistenciais, informação sobre o local de residência dos pacientes ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando área de abrangência.

III. Responsabilizar-se pela indenização de dano decorrente de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, ou de imperícia ou de imprudência, que seus agentes, nesta qualidade, causarem ao paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a estes vinculados, bem como bens públicos móveis e imóveis, objetos de permissão de uso, assegurando-se o direito do regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis. A responsabilidade de que trata este item, estende-se aos casos de danos causados por falhas relativas à prestação de serviços, nos termos dos Artigos 14º da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1.990 (Código de Defesa do Consumidor).

IV. Proceder caso seja necessário, adaptações das normas do Estatuto Social da OS ao

disposto na legislação municipal.

V. Contratar pessoal para a execução das atividades previstas no Contrato de Gestão, responsabilizando-se pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, resultantes da execução do objeto do Contrato de Gestão.

VI. Utilizar, para a contratação de pessoal através de critérios exclusivamente técnicos, observando as normas legais vigentes - Processo Seletivo.

VII. Contratar serviços de terceiros, sempre que necessário, responsabilizando-se pelos encargos daí decorrentes.

VIII. Respeitar a autonomia da Secretaria Municipal de Saúde de Igarapava em relação aos funcionários públicos cedidos à OS, nos termos da Lei.

IX. Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou ao seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão do Contrato de Gestão.

X. Atender os pacientes com dignidade e respeito de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços.

XI. Afixar aviso, em lugar visível de sua condição de entidade qualificada como Organização Social e de gratuidade dos serviços prestados nessa condição.

XII. Adotar o símbolo e o nome designado da unidade de saúde cujo uso lhe fora permitido, seguido pelo nome designativo "ORGANIZAÇÃO SOCIAL".

XIII. Justificar ao paciente ou ao seu representante as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional.

XIV. Esclarecer os pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos.

XV. Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal.

XVI. Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos pacientes.

XVII. Limitar suas despesas com o pagamento de remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos colaboradores da Organização Social e cedidos pela SMS de Igarapava, a 70% (setenta por cento) do valor global das despesas de custeio das Unidades de Saúde.

● Modelo de Relacionamento Entre Nossos Diretores e os Gestores Públicos da SMS de Igarapava

✓ O gerenciamento moderno entende as práticas do cotidiano de trabalho como processos resultantes das relações do homem com o trabalho, tendo como fatores intervenientes:

- ✓ Relações interpessoais;
- ✓ Comunicação;
- ✓ Transparência;
- ✓ Trabalho em equipe; e
- ✓ Monitoramento de metas.

Assim estabeleceremos uma relação de trabalho, baseada na cumplicidade de saberes, na dialética, na avaliação constante da qualidade da gestão e nas tomadas de decisão compartilhadas.

- **Campo de Atuação da OS na Atenção das Unidades de Saúde Pública**

✓ A OS desenvolve projetos e ações extra muro, atividades coletivas, criação de grupos voltados as necessidades dos usuários, atividades coletivas e comemorativas e educativas, sempre voltado ao bem estar do usuário e na qualidade de vida, implantação de acolhimento em grupos específicos por técnico, enfermeiro e médico para triagem e encaminhamentos rápidos, detecção de necessidade de encaminhamentos ou execução de exames antes de agendamento para consulta, com grande resolutividade no atendimento do paciente na sua integralidade e agilidade de diagnósticos, otimizando o tempo de resposta do diagnóstico para o paciente e vagas de agendamentos, encaminhamento conforme a urgência para serviço de diagnóstico e demais serviços de apoio, em baixa, média e alta complexidade, buscando uma gestão calcada nos princípios da formalidade, impessoalidade e profissionalismo, com a visão de ser referência de qualidade como entidade especializada no desenvolvimento estratégico e serviços de gestão em saúde pública

✓ Colaboração com os poderes públicos sempre que sua atuação for solicitada em benefício da comunidade e atendimento humanizado nas unidades de saúde e de educação para melhor atendimento da população e especialmente aos portadores de necessidades especiais;

✓ Prestação de serviços na área de assistência, promoção social e saúde, que promovam a proteção à família, à infância, à maternidade, à adolescência, aos idosos e aos portadores de necessidades especiais; e,

✓ Promoção e realização de atividades de avaliação de estratégias e de impactos econômicos e sociais das políticas, programas e projetos científicos e tecnológicos.

4. ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS ASSISTENCIAIS.

Os Serviços Assistenciais a serem geridos pela UNIÃO SAÚDE APOIO contemplam os seguintes equipamentos de saúde abaixo citados localizados no município de Igarapava.

- **Ações de Saúde da Criança e do Adolescente**

Nas ações de Saúde da Criança são desenvolvidas atividades de vigilância nutricional que compreende o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, através da promoção do aleitamento materno e do combate as carências nutricionais, imunização com atenção para a manutenção do esquema de vacinação básico de rotina e realização de campanhas, assistência a doenças prevalentes na infância, como as infecções respiratórias agudas (IRA) e doenças diarreicas, assistência e prevenção às patologias bucais, abordagem em situações de violência.

Também devem ser estabelecidos os fluxos de referência para outros níveis de atenção de maior complexidade quando necessário.

Deve ser considerada, durante o planejamento das ações, na Saúde da Criança e Adolescente a mortalidade infantil e mortalidade materna seguindo o compromisso do Pacto pela Vida, de redução desses indicadores, especialmente a mortalidade infantil por doença diarreica, por pneumonia infantil e mortalidade neonatal.

Estas ações devem ser articuladas com o Comitê de Vigilância à Mortalidade Materna e Infantil visto que a investigação de óbito é uma importante ferramenta na identificação e prevenção das situações que expõe crianças menores de um ano ao risco de morte.

No tocante a Saúde do Adolescente é papel da Atenção Básica viabilizar aos adolescentes acesso às ações de acompanhamento de seu crescimento e desenvolvimento, orientação nutricional, imunização, atividades educacionais e identificação e tratamento de agravos e doenças prevalentes. Essas ações são implementadas através de atividades educativas periódicas de promoção da saúde e prevenção de doenças e consultas médicas, de enfermagem e de odontologia programáticas.

As atividades de promoção à saúde e prevenção de agravos poderão ocorrer tanto no interior das unidades quanto na comunidade, otimizando as oportunidades de contato com este grupo, abordando temas como violência, consumo de drogas, saúde sexual e reprodutiva e outros que forem identificados segundo as características da população assistida.

Especial atenção deve ser dada à temática da gravidez na adolescência e seus agravos, implicando na elaboração de estratégias que se aproximem da realidade social local.

São fundamentais estratégias de integração com as escolas e outras instituições voltadas ao adolescente que existam no território das unidades, bem como integração de ações com a rede de serviços de saúde existentes no município, visando apoiar e implementar ações que envolvam os adolescentes em atividades de promoção a saúde e prevenção de agravos, cidadania e qualidade de vida.

Devem ser implementadas, também, ações de educação permanente que possibilitem aos profissionais de saúde desenvolver competências que permitam prestar assistência aos adolescentes com qualidade e ética, respeitando sua autonomia e privacidade.

Nas unidades com ESF as ações de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente

são implementadas na rotina de trabalho das equipes de Saúde da Família através de visitas domiciliares mensais do agente comunitário de saúde (ACS), com preenchimento e atualização da Ficha A e Ficha C para identificação de fatores de risco e intervenções da equipe; atividades educativas periódicas de promoção da saúde e prevenção das doenças e consultas médicas, de enfermagem e de odontologia programáticas.

O planejamento dessas ações deve ser embasado nos indicadores de saúde da criança do território. Sendo assim, o acesso aos relatórios gerados pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) e outros são de extrema importância para que o trabalho desenvolvido seja efetivo.

• Ações de Saúde da Mulher

As ações de Saúde da Mulher estão focadas no pré-natal, no pós-parto, na prevenção do câncer de colo de útero e de mama e no planejamento familiar. Tais ações devem ser planejadas a partir da análise dos dados epidemiológicos gerados pelos Sistemas de Informação em Saúde ESUS para que sejam direcionadas às necessidades do território.

O acompanhamento específico da gestante e da mulher no pós-parto deve estar centrado nas ações descritas no Programa da Rede Cegonha, instituído pelo Ministério da Saúde, através da Portaria n.º 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, e alterações subsequentes, que dentre outras ações prevê:

Cabe ressaltar que a qualidade da assistência ao pré-natal é reforçada na ESF, através do acompanhamento mensal da gestante pelo ACS, com preenchimento da Ficha A e Ficha B da gestante, o que favorece a identificação de fatores de risco e intervenções da equipe.

Na prevenção do câncer de colo de útero e de mama destaca-se a importância do rastreamento dessas doenças através da busca ativa em consultas, visitas domiciliares, grupos educativos, campanhas de coleta de Papanicolau e exame da mama.

Já as ações de Planejamento Familiar devem estar focadas nas atividades educativas e assistenciais da equipe de Saúde da Família, com ênfase na disponibilidade de métodos contraceptivos transitórios e irreversíveis.

As ações de Saúde Bucal envolvem a prevenção dos problemas odontológicos em gestantes incluindo ações preventivas e curativas para doenças bucais e educação em saúde bucal.

Deve ser considerada, durante o planejamento das ações, na Saúde da Mulher, a mortalidade materna e por câncer de colo de útero seguindo o compromisso do Pacto pela Vida, de redução desses indicadores.

Há de se considerar também a importância de um pré-natal de qualidade com a oferta de consultas e exames necessários capaz de impactar na diminuição da mortalidade materna-infantil, bem como dar especial enfoque à gravidez na adolescência que traz mais risco para mortalidade infantil e materna.

É importante que haja uma articulação entre os serviços de urgência e emergência e as Unidades de Saúde da Família com o objetivo de avaliar o acolhimento de mulheres grávidas em situação de risco, mulheres com confirmação de gravidez sem início de pré-natal, mulheres há mais de um ano sem colher Papanicolau, mulheres com mais de 40 anos que se encontrem há mais de um ano sem fazer mamografia e que tenham fator de risco para o

câncer de mama, objetivando criar fluxos de atendimento e encaminhamentos e a qualidade da assistência prestada.

• **Saúde do Adulto – Controle da Hipertensão e Diabetes Mellitus**

- ✓ O controle da hipertensão e diabetes mellitus inclui
- ✓ o diagnóstico de casos em consultas médicas;
- ✓ busca ativa de novos casos;
- ✓ tratamento;
- ✓ diagnóstico precoce de complicações;
- ✓ atendimento à saúde bucal;
- ✓ diabéticos.
- ✓ monitoramento dos níveis glicêmicos para os atendimentos de urgência;

Vale ressaltar que as unidades básicas de saúde hoje trabalham com os indicadores do Previne Brasil, englobando nesse momento os hipertensos e os diabéticos.

A hipertensão é um dos problemas crônicos de saúde mais prevalentes na população brasileira. Além disso, é um elemento importante de aumento do risco cardiovascular, principalmente se não estiver devidamente acompanhada e compensada. Além de aumentar a mortalidade, sobretudo em pessoas idosas, é fator importante de hospitalização e custos do sistema de saúde.

Evidencia o contato entre a pessoa hipertensa e o serviço de saúde com a efetiva verificação de pressão arterial duas vezes ao ano (uma por semestre). Destaca-se, contudo, que, para um cuidado efetivo da pessoa hipertensa, mesmo que compensada, é necessário que a quantidade de aferições

seja, no geral, maior que essa. Ainda, verifica se a equipe consegue minimizar o subdiagnóstico da doença, evitando que pessoas hipertensas não sejam diagnosticadas devido à natureza pouco sintomática da doença. Nas unidades com ESF, após a confirmação do diagnóstico de hipertensão e/ou diabetes, o ACS deve incluir os usuários na ficha de acompanhamento – Ficha B – HA/DIA.

O diabetes mellitus é um transtorno metabólico de alta prevalência na população brasileira. Ele compõe um dos fatores de risco cardiovascular e sua importância vem aumentando devido às complicações agudas e crônicas. Por ser uma condição sensível à Atenção Primária à Saúde, o bom manejo dessa doença contribui para a diminuição das complicações e morte. A mensuração de hemoglobina glicada é o exame padronizado mais adequado para o acompanhamento de longo prazo desse problema de saúde.

Recomenda-se que haja um monitoramento contínuo destes usuários, pelas Unidades de Saúde, com o objetivo de controlar essas patologias, prevenindo as complicações e internações, estimulando a adesão ao tratamento além de contribuir para a programação de retornos destes usuários na Unidade, seja nas consultas ou em atividades educativas. Demonstra o acompanhamento regular, pela equipe de saúde, das pessoas com diabetes mellitus bem como a realização do exame padronizado de acompanhamento dessa doença, de maneira complementar à glicose sérica

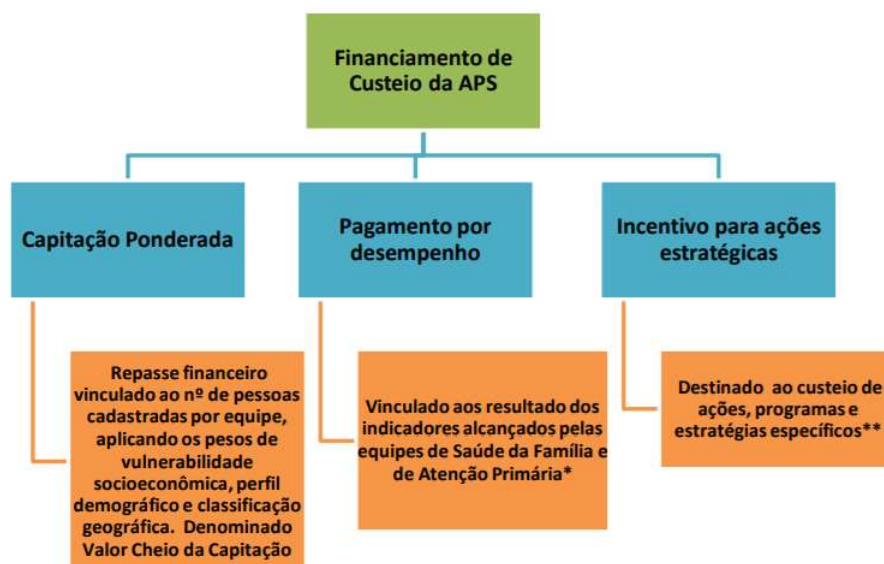
ou glicemia capilar, quando estes também forem necessários.

PROGRAMA PREVINE BRASIL NOVO MODELO DE FINANCIAMENTO DA APS NO SUS
Recentemente, a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) do Ministério da Saúde, por meio do Programa Previne Brasil, deu destaque ao emprego de indicadores, para auxiliar na avaliação de desempenho da APS. Destaca-se que a análise do desempenho será importante para que os municípios possam receber um montante diferenciado de recursos financeiros para custear as ações e serviços.

O novo modelo de financiamento de custeio da APS

Como será?

Modelo **misto de pagamento**, que busca estimular o alcance de resultados na APS e é composto pelos componentes: **capitação ponderada**, **pagamento por desempenho** e **incentivo para ações estratégicas**.



* O repasse de incentivo para as equipes que participavam do PMAQ será mantido até o início do pagamento por desempenho previsto para setembro de 2020. **Programa Saúde na Hora; Equipe de Saúde Bucal (eSB); Unidade Odontológica Móvel (UOM); Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD); Equipe de Consultório na Rua (eCR); Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF); Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR); Microscopista; Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP); Custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Situação de Privação de Liberdade; Programa Saúde na Escola (PSE); Programa Academia da Saúde; Programas de apoio à informatização da APS; Incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional; Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS); e outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico. A normativa sobre o novo modelo de financiamento indica que as mudanças nos repasses de recursos financeiros serão progressivas e que cada modalidade terá um regimento específico. De acordo com a legislação vigente, o cadastramento passará a ser cobrado a partir de maio de 2020, o pagamento vinculado ao monitoramento de indicadores será realizado a cada 4 meses, a partir de setembro de 2020 e o incentivo para ações estratégicas estará vinculado às regulamentações de suas portarias específicas

O financiamento de custeio federal da APS foi totalmente remodelado com o Programa Previne Brasil. Vale pontuar a extinção dos Pisos de Atenção Básica (PAB) Fixo e Variável, bem como de outras iniciativas de indução, como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), pois os recursos financeiros dessas ações foram redirecionados em função dos novos critérios adotados no Programa. Assim, é importante firmar que este Boletim não busca a análise crítica do possível impacto do novo Programa no financiamento da APS e as suas repercussões no processo de gestão e de atenção. Essas questões, certamente, precisam ser detalhadas e melhor compreendidas pelos gestores e equipes de saúde. De outro modo, este Boletim objetiva ressaltar a importância do uso de indicadores no processo de avaliação e planejamento em saúde e aprofundar a discussão sobre a proposta do MS, de atrelar uma das modalidades de financiamento da APS à análise de desempenho das equipes de APS/ESF, por meio de alguns indicadores. Outro ponto importante, diz respeito a necessidade de se analisar cuidadosamente as informações registradas nos sistemas de informação do SUS e que serão as principais fontes para a construção e verificação dos indicadores de saúde selecionados pelo MS: eSUS-AB, SINASC, SISAB, SCNES e SIGTAP. Em Ribeirão Preto-SP nota-se a peculiaridade do Sistema de Informação Hygiaweb que gera informações aos diversos sistemas do MS, necessários para o recebimento de recursos financeiros, além dos dados fundamentais para o gerenciamento, a programação, o monitoramento e o controle assistencial. Enfim, auxilia toda a gestão do sistema de saúde local e subsidia o planejamento em saúde. Ressalta-se também que o Programa Previne Brasil, em 2020, elegeu as populações de mulheres, crianças e portadores de doenças crônicas para serem o alvo de monitoramento e avaliação da atenção à saúde, por meio dos sete indicadores apresentados neste Boletim. Ainda, assinala-se que a normativa referente aos indicadores do pagamento por desempenho estabeleceu que os resultados alcançados pelas equipes cadastradas no SCNES serão aglutinados em um Indicador Sintético Final, que irá influenciar o incentivo financeiro, nesta modalidade, para os municípios e o Distrito Federal. Desta forma, entende-se que este Boletim busca estimular a reflexão acerca da gestão da informação em saúde para subsidiar a tomada de decisão na APS/ESF, ratificando a necessidade de qualificação dos registros, a garantia da completitude e a confiabilidade dos dados produzidos pelos trabalhadores da saúde, tanto dos dados clínicos, quanto epidemiológicos e gerenciais. Seguramente, as equipes de saúde ao discutirem a questão da gestão da informação no cotidiano de suas práticas terão melhor substrato para realizar a avaliação e a gestão da APS/ESF, dispondo de informações mais robustas sobre os resultados de suas ações, na situação de saúde da comunidade.

● Ações de Saúde Bucal

Conforme apontado nas Conferências Nacionais de Saúde Bucal, a Saúde Bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e está relacionada com as condições de vida, com acesso a informação e aos serviços de saúde.

As ações de Saúde Bucal incluem procedimentos clínicos da Atenção Básica em Saúde Bucal; atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;

atenção integral em saúde bucal individual e coletiva e ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais e devem estar integradas com as demais ações em saúde das Unidades.

Na perspectiva da universalização das ações, algumas estratégias para organização da demanda devem ser adotadas.

O tipo de estratégia a ser escolhida deve considerar fatores demográficos, capacidade instalada além dos indicadores epidemiológicos, ponderando a representação dos diversos grupos etários, mas garantindo assistência a todos os ciclos de vida.

O plano de tratamento deve, prioritariamente, ser realizado por quadrante, em todos os grupos etários, propiciando um aumento de rendimento por consulta.

As urgências odontológicas são prioritárias e o fluxo de atendimento para estes casos deve ser do conhecimento não apenas da equipe de saúde bucal, mas de toda a Unidade.

Triagem Saúde Bucal (específica para as unidades com ESF)

Experiências exitosas de Unidades de Saúde têm demonstrado que a avaliação dos fatores de risco a que a família está exposta, assim como a avaliação de risco individual para doenças bucais, são instrumentos valiosos na organização dos serviços, uma vez que permite garantir um dos princípios do SUS: a equidade.

A estratégia recomendável para as equipes de Saúde Bucal nas Unidades de Saúde é a realização de triagens.

Nas unidades com ESF o reconhecimento da realidade do território e o cadastro das famílias subsidiam o planejamento ao indicarem marcadores de risco para os mais diversos agravos, sejam agudos ou crônicos.

Nesses casos a triagem deve ser realizada a partir das informações do cadastro, juntamente com aspectos biológicos ligados ao risco individual, o que possibilita a classificação de risco dos indivíduos e das famílias, orientando a organização da demanda assistencial e das ações coletivas.

As unidades sem ESF utilizam prontuários individuais das pessoas inscritas na Unidade.

Nesses casos utilizam-se as informações do prontuário juntamente com informações advindas de uma anamnese cuidadosa para indicar o grau de risco familiar.

A partir da identificação de um caso de alto risco, podem-se criar mecanismos de abordar os demais componentes da família, inserindo-os em atividades educativas e ações preventivas e assistenciais, de forma a se interferir nos determinantes socioeconômicos - comportamental do processo saúde-doença bucal.

Estabelecido os grupos de risco, as ações básicas de tratamento individual serão planejadas de acordo com a realidade local e organizada a partir das necessidades encontradas, das maiores e mais graves para as menores e de menor gravidade.

O número de agendamentos dependerá da composição das equipes de Saúde Bucal e da organização do serviço considerando as prioridades constitucionais.

- **Vigilância à Saúde FICARÁ SOB RESPONSABILIDADE DO MUNICÍPIO DE IGARAPAVA – A OSS FORNECERÁ OS DADOS E RELATÓRIOS PERTINENTES QUANDO NECESSÁRIO E SOLICITADO A FIM DE AGILIZAR E PREVENIR AÇÕES VOLTADAS A SAÚDE.**

A Vigilância à Saúde tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população e a organização e execução de práticas adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes, inclui a vigilância e controle das doenças transmissíveis, a vigilância de doenças e agravos não transmissíveis, a vigilância da situação de saúde, a vigilância ambiental em saúde, a vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária.

As UBS, a partir de ferramentas da vigilância, devem desenvolver habilidades de programação e planejamento, de maneira a organizar ações programadas e de atenção à demanda espontânea, que garantam acesso da população em diferentes atividades e ações de saúde a fim de mudar a qualidade de vida da comunidade.

A integração entre as áreas de prevenção e controle e a rede assistencial deve ser fortalecida, considerando a mudança de perfis epidemiológicos.

A vigilância epidemiológica, por sua vez, tem como propósito fornecer orientação técnica permanente para os que têm a responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos.

Para qualificar a Atenção à Saúde a partir do princípio da integralidade, é fundamental que os processos de trabalho sejam organizados com vistas ao enfrentamento dos principais problemas de saúde-doença da comunidade, onde as ações de vigilância em saúde devem estar incorporadas no cotidiano dos serviços.

Nas unidades com ESF, o reconhecimento e o mapeamento do território são indispensáveis, pois permite eleger prioridades para o enfrentamento de problemas identificados nos territórios de atuação refletindo na definição de ações mais adequadas.

Implica em discutir ações a partir da realidade local e assumir o compromisso efetivo com a saúde da população.

- **Vigilância Sanitária FICARÁ SOB RESPONSABILIDADE DO MUNICÍPIO DE IGARAPAVA – A OSS FORNECERÁ OS DADOS E RELATÓRIOS PERTINENTES QUANDO NECESSÁRIO E SOLICITADO A FIM DE AGILIZAR E PREVENIR AÇÕES VOLTADAS A SAÚDE.**

A Vigilância Sanitária é entendida como um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse a saúde. É uma atividade de caráter intersetorial, pois a qualidade do seu trabalho depende da integração entre vários setores, do envolvimento de diferentes esferas de governo, da cooperação de organizações da sociedade civil. Além disso, precisa da parceria da sociedade para desenvolver suas tarefas cotidianas de fiscalização, controle e educação.

- **Vigilância Epidemiológica FICARÁ SOB RESPONSABILIDADE DO MUNICÍPIO DE IGARAPAVA – A OSS FORNECERÁ OS DADOS E RELATÓRIOS**

PERTINENTES QUANDO NECESSARIO E SOLICITADO A FIM DE AGILIZAR E PREVENIR AÇÕES VOLTADAS A SAÚDE.

O monitoramento das atividades de Vigilância Epidemiológica deve estar em consonância com a Lei Federal n.º 8.080, de 1990, as quais devem ser compreendidas como um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

Para qualificar a Atenção à Saúde a partir do princípio da integralidade, é fundamental que os processos de trabalho sejam organizados com vistas ao enfrentamento dos principais problemas de saúde-doença, onde as ações de vigilância devem estar incorporadas no cotidiano dos serviços.

A vigilância das doenças de notificação compulsória (DNC), como também o tratamento, deve ser descentralizada para as Unidades de Saúde da Família das áreas adstritas.

• Controle da Tuberculose FICARÁ SOB RESPONSABILIDADE DO MUNICIPIO DE IGARAPAVA – A OSS FORNECERÁ OS DADOS E RELATORIOS PERTINENTES QUANDO NECESSARIO E SOLICITADO A FIM DE AGILIZAR E PREVENIR AÇÕES VOLTADAS A SAÚDE.

O controle da tuberculose compreende
busca ativa de casos com identificação de sintomáticos respiratórios (SR), notificação de casos,
diagnóstico clínico de casos,
acesso a exames para diagnóstico e controle (laboratorial e radiológico),
tratamento dos casos supervisionados e auto administrado, atendimento às intercorrências,
busca de faltosos,
acompanhamento dos comunicantes e medidas preventivas.

Apesar dos importantes resultados obtidos nos últimos anos, a tuberculose ainda configura-se como problema de Saúde Pública, com percentuais de cura abaixo do esperado (não ultrapassando 75%), em decorrência principalmente do abandono do tratamento, portanto trata-se de uma prioridade nacional.

As equipes de Saúde da Família devem estar capacitadas para identificar o sintomático respiratório, realizar o diagnóstico precoce e iniciar rapidamente o tratamento, acompanhando os pacientes de modo a garantir-lhes a cura.

Considerando que a garantia da cura se configura como uma das maiores dificuldades das equipes é necessário desenvolver estratégias locais para aumentar a adesão, garantir o acesso ao tratamento adequado e concluir o caso com sucesso.

A forma mais efetiva de vigilância da tuberculose é o tratamento supervisionado (DOTS), que deve ser incentivado nas Unidades de Saúde.

Todos os serviços de saúde devem estar organizados e estruturados para realizar a busca ativa de casos, tanto na Unidade quanto na comunidade.

Após identificação do “tossidor”, deve-se encaminhá-lo para fazer o exame de escarro. Na priorização do diagnóstico precoce, apesar da importância da busca ativa, devem

ser levados em consideração os serviços de pronto atendimento e pronto socorro aonde ainda é detectada a maioria dos casos de tuberculose.

É necessária uma articulação forte da Rede na busca desse usuário, considerando que o tratamento feito precocemente traz melhores resultados e que estes usuários são focos ou potenciais focos de infecção e disseminação da doença.

É importante reforçar também a articulação das equipes com a Vigilância Epidemiológica considerando que o número de casos notificados não representa toda a realidade, dada à falta de diagnóstico ou ausência de registro de casos.

O caso de tuberculose deve ser notificado através da ficha de notificação do SINAN, pelo profissional de saúde que atendeu o paciente. Essa ficha deve ser encaminhada ao 1.º nível informatizado para digitação no SINAN, segundo fluxo e periodicidade estabelecidos no território.

Para controle da Unidade de Saúde, recomenda-se o registro dos casos no Livro de Controle de Tratamento de Casos de Tuberculose com informações atualizadas acerca do acompanhamento, baciloscopias e critério de alta.

Nas unidades com ESF, cabe a discussão dos casos novos em reunião de equipe enfatizando a importância do acompanhamento domiciliar realizado pelo ACS, com o preenchimento e atualização das Fichas A e B de tuberculose, para a identificação de abandono do tratamento e de comunicantes suspeitos.

Ressalta-se também a necessidade da utilização de relatórios gerados pelos sistemas de informação para ações direcionadas ao território.

A tuberculose é um exemplo da importância da descentralização das ações.

A experiência tem mostrado que quanto mais perto da residência o tratamento e a vigilância dessa doença, maior o impacto em certos indicadores com redução do abandono do tratamento.

Como uma das prioridades definidas no Pacto pela Vida, a cura de casos novos de tuberculose bacilífera deve ser uma prioridade monitorada nas Unidades de Saúde.

● **Eliminação da Hanseníase**

As ações para eliminação da hanseníase são focadas na:

busca ativa em atividades rotineiras e em campanhas específicas; notificação;

diagnóstico clínico;

tratamento supervisionado, com acompanhamento ambulatorial e visita domiciliar de profissionais de saúde.

Nas unidades geridas pela União saúde Apoio com ESF ocorre a visita domiciliar do ACS com preenchimento e atualização da Ficha A e Ficha B-HAN, curativos e atendimento de intercorrências; controle das incapacidades físicas com atividades educativas, vigilância de casos comunicantes e medidas preventiva.

A hanseníase é uma doença epidemiológica de notificação compulsória e de investigação obrigatória. Cada caso deve ser notificado através da ficha de notificação do SINAN, pelo profissional de saúde que atendeu o paciente.

Essa ficha deve ser encaminhada ao 1.º nível informatizado para digitação no SINAN,

segundo fluxo e periodicidade estabelecida no território.

A hanseníase deve ser assumida como uma prioridade nas Unidades de Saúde visando sua eliminação enquanto problema de saúde pública, conforme preconiza o Pacto pela Vida.

● **Imunização**

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) é uma prioridade nacional com responsabilidades dos Governos Federal, Estadual e Municipal. As atribuições referentes ao PNI no nível local são: planejamento e execução das ações de vacinação, integração da vacinação às ações básicas de saúde, acompanhamento e avaliação das metas de cobertura vacinal, garantia da homogeneidade das coberturas vacinais no Município e controle da Rede de Frio.

A manutenção da Rede de Frio é essencial para garantir a qualidade, eficácia e ação protetora das vacinas.

É necessário que as Unidades de Saúde mantenham os imunobiológicos constantemente refrigerados, uma vez que são produtos termolábeis, utilizando instalações e equipamentos adequados. No nível local, todas as vacinas devem ser conservadas entre +2°C e +8°C em refrigeradores domésticos, com capacidade mínima de 280 litros.

O Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização/Avaliação do Programa de Imunizações (SI-PNI/API) tem como objetivo fundamental possibilitar aos gestores envolvidos no programa uma avaliação dinâmica do risco quanto à ocorrência de surtos ou epidemias, a partir do registro dos imunobiológicos aplicados e do quantitativo populacional vacinado, que são agregados por faixa etária, em determinado período de tempo, em uma área geográfica.

Possibilita, também, o controle do estoque de imunobiológicos necessário aos administradores que têm a incumbência de programar sua aquisição e distribuição.

Para que os dados sejam coletados corretamente é importante que os serviços com sala de vacina estejam habilitados para preenchimento do mapa de registro de doses aplicadas, compilação dos mapas de registro de doses aplicadas no Boletim Mensal de Doses Aplicadas de Vacina e fluxo de envio das informações à Supervisão de Vigilância em Saúde e processamento dos dados no SI-PNI/API.

5. FORMAÇÃO TÉCNICA EM ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA

Formação Técnica em Acolhimento na Atenção Básica. A formação tem como objetivo intensificar o trabalho com os municípios e aprofundar os temas relativos às redes de atenção como eixo norteador no fortalecimento de formas de comunicação, de tecnologias relacionais e corresponsabilização de diferentes serviços e profissionais.

As Oficinas de Acolhimento na Atenção Básica têm ocorrido periodicamente envolvendo Articuladores de Humanização, representantes dos CDQs (Centro de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS) dos DRs, Articuladores da Atenção Básica e os representantes de alguns municípios.

As oficinas buscam fortalecer as Equipes da Atenção Básica, fomentando o encontro e a

pactuação coletiva de trabalhadores e usuários, estabelecendo uma condição favorável à problematização e reflexão sobre o modelo vigente de assistência à saúde.

A Formação Técnica em Acolhimento na Atenção Básica, mais do que propor instrumentos para uma atenção qualificada, problematiza o modelo de cuidado instituído que privilegia a atenção centrada na doença queixa/condução, convoca um olhar crítico para uma lógica que fragmenta o trabalho das equipes e da rede de assistência no cuidado, assim como desvaloriza o trabalhador e a relação deste com o usuário.

A proposta incentiva um modelo de atenção voltado à escuta ativa e qualificada, para além da queixa do paciente ou da demanda apresentada, bem como investe na transformação dos processos de trabalho com foco nas necessidades dos usuários.

As oficinas têm cumprindo uma função importante na mobilização das equipes para a avaliação dos modelos de assistência instituídos, fomentando a necessidade da construção de dispositivos de atenção ampliados e mais integrados, consequentemente mais resolutivos, além de fortalecer seu papel protagonista, pois ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Cronograma sobre formação técnica em acolhimento na Atenção Básica
Ações referente aos meses:

Setembro 2021: Acolhimento Humanizado na Atenção Básica - Recepção
Outubro 2021: Acolhimento de pessoas que sofreram perdas de entes queridos pelo covid -19 na atenção básica, público alvo: equipe esf. e comunidade
Novembro 2021: Acolhimento à demanda espontânea na atenção básica, público alvo: equipe esf. e comunidade
Dezembro 2021: Acolhimento a pessoas com resultado alterados na campanha fique sabendo e nos meses subsequentes na atenção básica, público alvo: equipe esf. e comunidade
Janeiro 2022: Acolhimento com classificação de risco e avaliação de vulnerabilidade, público alvo: equipe esf. e comunidade
Fevereiro 2022: Acolhimento aos adolescentes e crianças para volta a rotina pós pandemia covid-19, público alvo: equipe esf. e comunidade

6. A PROMOÇÃO DA SAÚDE COMO BASE DAS AÇÕES DE SAÚDE COLETIVA.

O primeiro aspecto a ser destacado, com vistas à compreensão de questões que envolvendo tema promoção da saúde, é o conceito que sustenta as propostas de atuação nesta área. Assim, para iniciar nossa discussão sobre as ações em saúde coletiva, é fundamental recuperarmos o entendimento do processo saúde-doença considerando-o resultante de determinada organização social e influenciado por diversos aspectos que caracterizam a inserção social dos indivíduos por e grupos em busca de melhor qualidade de vida.

Atualmente, apesar de a saúde não mais ser considerada apenas como a inexistência de

doença, ainda podemos perceber, em diversas situações, que a prática dos serviços volta – se prioritariamente para uma atuação curativa que envolve ações relativas somente à doença, principalmente queixas específicas e pontuais.

Por exemplo, num serviço de Pronto-Atendimento a preocupação dos profissionais centra-se na queixa apresentada pelo paciente e a conduta a ser adotada procura apenas "solucionar" o problema, sem a preocupação de esclarecer suas causas.

A crítica que fazemos é que idêntica postura também ocorre em outras fases da assistência. Tal fato só ratifica a necessidade de que devemos desenvolver intervenções de prevenção e controle permanentes da saúde da população, visando à melhoria dos indicadores de saúde. O esquema apresenta a ideia de que saúde e doença são manifestações das formas de viver em sociedade, e não um acaso no destino das pessoas.

Ilustra o conceito de que o processo saúde-doença decorre da qualidade de vida das populações. As possibilidades de adoecimento e morte dependerão, em última instância, de como se vive em sociedade, sendo distintas em função da classe ou grupo social, da cultura, da raça, da geração e do gênero.

Esse entendimento está presente na definição de saúde que originou o Sistema Único de saúde (SUS), destacando a importância de que, para se ter um melhor nível de saúde na sociedade, faz-se necessário investir em melhorias na habitação, na renda, no consumo de alimentação de alimentos, no aumento da escolaridade e na construção de ambientes saudáveis. Ou seja, não basta investir apenas em serviços de saúde voltados para atender às doenças das pessoas, é preciso ampliar os espaços de promoção da saúde.

• ASPECTOS HISTÓRICOS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE.

Neste breve histórico, a qualidade de vida é entendida como uma condição relacionada ao modo de viver em sociedade, articulado o momento histórico, o grau de liberdade social, as conquistas técnico-científicas e a possibilidade de seu usufruto pela população.

Na ocasião, a promoção da saúde foi conceituada como "processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo".

Essa concepção faz com que a população deixe de ser apenas o alvo dos programas, passando a assumir uma posição atuante na definição dos problemas a serem enfrentados. Amplia-se a concepção de saúde referindo-a aos seus determinantes e, também, à possibilidade de intervenções que extrapolam o setor saúde.

Os campos de ação definidos na carta de Ottawa, documento elaborado nessa Conferência, incluem cinco eixos de atuação, quais sejam:

1. Elaboração de implementação de políticas públicas saudáveis;
2. Criação de ambientes favoráveis à saúde;
3. Reforço para a ação comunitária;
4. Desenvolvimento de habilidades pessoais;
5. Reorientação dos sistemas e serviços de saúde.

Fortalecimento das políticas públicas saudáveis, foi evidenciada a necessidade de ampliar o interesse e a preocupação de diferentes setores no sentido de ambientes favoráveis à vida.

Nas discussões, foi ainda destacado o conceito de equidade, como meta para a

superação das desigualdades decorrentes da inserção social diferenciada – e também ressaltada a importância do desenvolvimento de parcerias com vistas a ações intersetoriais capazes de causar impacto sobre as condições geradoras.

Por exemplo: no caso das doenças diarreicas, a ação intersetorial sobre os determinados poderia envolver, além das instituições de saúde, o setor de habitação e urbanismo (que verificaria o planejamento do crescimento das cidades, oferecendo moradias em locais que não prejudiquem o meio ambiente), os órgãos responsáveis por água e esgotos (com vistas à ampliação da oferta de água tratada com qualidade e disponibilizarão de rede de esgoto para a população), os órgãos ligados à comunicação e publicidade (para o incentivo ao aumento da prática de aleitamento materno e divulgação de medidas adequadas para limpeza

De verduras, frutas e o acondicionamento de outros alimentos), a vigilância sanitária (no tocante à fiscalização dos locais que comercializavam alimentos) e o setor de educação (que introduziria conceitos de higiene pessoal no conteúdo curricular, a partir das primeiras séries).

Apesar de muitos autores defenderem a capacitação da população no sentido de participar do controle e/ ou melhoria das condições de saúde – aspecto central no processo das mudanças necessárias -, isto ainda não é uma realidade, pois um sistema social e político saudável necessita de ações educativas associadas a ações gerências e econômicas.

No controle das doenças diarreicas, podemos perceber que a prática da educação em saúde centrava-se principalmente na orientação sobre higiene pessoal e alimentação para a população. Ema geral, tal orientação não modificava as condições que geravam ou perpetuavam os problemas, como a ausência de saneamento básico, por exemplo. Os programas educativos tendiam a focalizar somente a ação individual, e não as ações de alcance coletivo.

Outro aspecto que a União Saúde Apoio acredita ser muito importante na organização dos programas e na prática em saúde coletiva é a identificação das necessidades sentidas pela população-alvo.

Reconhecer os problemas sempre foi uma função dos profissionais de saúde, porém é necessário identificar o que a população considera problema e quais são os mecanismos para o seu enfrentamento.

Se a prática em saúde não considerar esse aspecto da realidade, as políticas poderão se tornar medidas não apropriadas para a população, com soluções tecnocráticas voltadas para problemas inexistentes ou pouco importantes para ela, a quem se destinam as ações.

Considerando-se que a qualidade de vida de população sofrerá modificações a partir da ação de diferentes instituições executoras de políticas públicas, faz-se indispensável a leitura das necessidades de saúde de uma população concreta.

7. A PROMOÇÃO DA SAÚDE E O MODELO DA VIGILÂNCIA DA SAÚDE.

No contexto brasileiro, o campo da promoção da saúde é recente, ainda em expansão, porém com enorme potencial dadas as demandas emergentes na década de 90, decorrentes da descentralização preconizada pelo SUS na Constituição de 1988, que favoreceram a descentralização e o fortalecimento da participação popular e o controle social da população nas questões de saúde.

A proposta do SUS, surgida após quase uma década de lutas pelas melhorias da saúde no

país – lutas que envolveram diversos segmentos da sociedade, como os movimentos populares de saúde, técnicos, sindicalistas, universidades e outros movimentos sociais -, incorpora princípios e diretrizes apontam para o compromisso do Estado com a promoção das condições necessária à saúde dos cidadãos.

Consideramos que o SUS é uma política pública avançada e tem como princípios, além do direito à saúde, a participação da população na gestão dos serviços, a integralidade e inequidade das ações.

A concretização destes princípios requer, entre outros aspectos, a estruturação de um novo modelo assistencial cujo foco de atenção esteja voltado para os determinantes das condições de saúde de uma população, e não apenas para o tratamento das doenças.

O novo modelo assistencial por nós considerando necessário para a implementação do SUS se estrutura a partir da maior capacidade de resolução dos problemas de saúde pelo nível local. É necessário, portanto, que os serviços se organizem em uma rede hierarquizada, por níveis de complexidade diferenciada.

Nessa rede, cabe ao nível básico atender aos problemas e, também, identificar as causas sócias, econômicas e culturais a eles relacionadas, para buscar posteriores intervenções junto aos outros setores – complementando, assim, a esfera de atuação sobre os determinantes das condições de saúde.

Nesse contexto insere-se a proposta da vigilância da saúde, entendida como um processo amplo e complexo voltado para o enfrentamento dos inúmeros problemas e agravos que comprometem a qualidade de vida dos diferentes segmentos populacionais.

A vigilância da saúde constitui o modelo assistencial capaz de reverter a lógica de atender somente as doenças, pois visa a articulação entre as ações preventivas e curativas, de caráter individual e de alcance coletivo, e ao reconhecimento das dimensões biológica, ambiental e social dos problemas de saúde.

É é nessa perspectiva que os profissionais de saúde podem construir uma assistência integral à população atendida nos serviços. Para tanto, a fim de promover a melhoria qualidade de vida, é fundamental que estejam aptos a reconhecer tanto as condições existenciais que geram os problemas de saúde da comunidade que compõe sua população-alvo como a atuar no sentido de diminuir as diferenças injustas e inaceitáveis.

Pode-se perceber, nessa conjuntura, que o objetivo das práticas em saúde se torna muito mais ampliado, exigindo que os profissionais de saúde considerem outros campos de conhecimento que não apenas o das ciências biológicas, como as ciências humanas (Sociologia, Antropologia, Filosofia, Educação), por exemplo.

A formação dos profissionais deve prepará-los para que se tornem sensíveis à conscientização dos problemas da realidade e para que incorporem, em sua prática, uma perspectiva de trabalho conjunto que se valha de outros saberes, buscando uma integração multidisciplinar.

Destaca-se, também, a necessidade de que os profissionais de saúde desenvolvem processos educativos que favoreçam a participação da comunidade, estimulando-a reconhecer seus problemas e intervir sobre eles, bem como a participar das discussões e decisões que lhe digam respeito. Esses processos são ações prioritárias do campo da promoção da saúde para lidar com as iniquidades evidenciadas.

Das Características das UBSs

As Unidades de Saúde (UBS) serão classificadas como Mistas por terem as seguintes configurações: Equipes de Estratégia de Saúde da Família acrescidas dos serviços das UBS

Tradicionais: saúde da criança e do adolescente, saúde do adulto, saúde da mulher e saúde da pessoa idosa.

São ofertados atendimentos básicos em Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem, Saúde Mental e Odontologia, conforme as instalações físicas da unidade.

A Organização Social deverá suprir com o recurso humano, as vagas de profissionais que se fizerem necessárias para a composição das equipes de ESF e ou contratação de prestadores de serviços mediante previsão definida neste edital.

O território de abrangência é contemplado pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

O trabalho em saúde coletiva requer dos Profissionais de todos os níveis uma postura participativa e criativa, prática em saúde coletiva o reconhecimento do território no qual a equipe de saúde atua, ou seja: área, população, número de domicílios, tipos de habitação, tipos de instituições públicas (escolas, creches, delegacia), representação da sociedade civil (associações de moradores, Conselhos de Saúde, conselhos de pais da escola, Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente) e presença de organizações não-governamentais (ONGs).

Esses dados são fundamentais para a construção dos perfis epidemiológicos, bem como para o planejamento das ações programáticas mais necessárias.

Assim, o Programa Saúde da família (PSF), pó exemplo, deve ser entendido como possibilidade para a produção de ações voltadas para a saúde, deste que contemplados os princípios que dão forma ao SUS.

Com esse Programa, é possível pôr em prática várias ações que auxiliam o fortalecimento da vigilância da saúde em locais periféricos (residências, escolas, creches, associações, igrejas) – e não de forma tradicional, atuando-se somente sobre uma demanda que procura os serviços para participar de uma ação programática ou mediante um problema em curso.

Nessa proposta, os profissionais de saúde conhecem a população de uma forma bem mais ampliada ou, pelo menos, dispõem de informações que lhes possibilitam reconhecer as condições de vida, o que anteriormente não acontecia.

Finalmente, o último aspecto que merece destaque é o encaminhamento da participação comunitária.

Conforme ressaltado anteriormente, esse é um dos elementos fundamentais na construção do novo modelo.

Nesse sentido, os Agentes Comunitários de Saúde poderiam contribuir para desencadear um processo de envolvimento das lideranças locais na discussão sobre os problemas de saúde e seus determinantes sociais, pois residem nas regiões de atuação das equipes.

● VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.

Durante muitos séculos, vários países tiveram suas populações atingidas por doenças transmissíveis que levam a morte.

A ideia sobre esse acontecimento baseava-se na teoria miasmática, que entendia que as doenças eram causadas pela movimentação do ar, pois este carregaria gases

pestilenciais originados da matéria orgânica apodrecida, resultado de águas pantanosas, "contaminando" o meio ambiente.

Mesmo não tendo noção da existência de microrganismos patogênicos, nem tampouco de suas formas de transmissão, os profissionais de saúde daquelas épocas implementavam medidas empíricas de isolamento social e confinamento em instituições (as "Santas Casas"), bem como limpeza das ruas e casas, aterro de águas paradas, controle das instalações de cemitérios e de estabelecimento para comércio do pão, vinho e carne e proibição da entrada de indivíduos contaminados pela peste

– particularmente pelos portos.

A partir da primeira metade do século XX, com o desenvolvimento de métodos de combate – como as vacinas – e o surgimento da noção de agente infeccioso, iniciou

– se uma prática científica de controle das doenças dando – se maior importância ao indivíduo portador e ao microrganismo. Anteriormente, acreditava-se que a doença era uma consequência natural da interação agente infeccioso – hospedeiro; nesse contexto, as medidas de controle voltavam – se prioritariamente para essa interação, ou seja, objetivavam exterminar o agente infeccioso e isolar o hospedeiro, sem considerar qualquer outro fator que pudesse influenciar o processo.

A partir desse quadro, em que havia grave acometimento de grandes parcelas populacionais por doenças transmissíveis, criou – se a necessidade de analisar as manifestações dessas doenças – o que propiciou o surgimento e desenvolvimento da ciência epidemiológica, que possibilitou o estudo da distribuição dos determinantes da frequência das doenças no homem.

Tornou-se, então, possível conhecer melhor as condições e fatores que favoreciam a ocorrência das moléstias -faixas etária (infância, velhice), sexo, lugares (meio urbano, proximidade com florestas), épocas do ano (estações, meses), ocupações (profissionais do sexo, operários da construção civil) e outras condições de interesse. Como saber então que tipos de enfermidades transmissíveis estavam surgindo e quantos eram os casos? Que doenças estariam sendo controladas com os procedimentos adotados?

Para que as informações necessárias à adoção de medidas pertinentes relacionadas ao controle e prevenção de doenças pudessem ser atualizadas constantemente, surgiram os serviços de vigilância epidemiológica, cuja objetivo era desenvolver atividades de coleta e análise de dados, determinando, assim, as medidas e serem aplicadas ao ambiente e aos doentes ou às pessoas em risco de adoecer.

As ações epidemiológicas direcionavam-se para o controle da transmissão do agente infeccioso, centradas no isolamento do hospedeiro e no extermínio do agente do ambiente.

Tais medidas melhoraram a assistência à população, mas ainda se relacionavam a uma visão restrita da epidemiologia.

Assim, tanto no Brasil como no mundo, a aplicação de medidas epidemiológicas viabiliza a redução do número de casos de doenças transmissíveis do agente infeccioso, centradas no isolamento do hospedeiro e no extermínio do agente do ambiente.

Tais medidas melhoraram assistência a população, mas ainda se relacionavam a uma visão restrita da epidemiológicas.

Assim, tanto no Brasil como no Mundo, a aplicação de medidas epidemiológicas viabilizar a redução dos números de casos de doenças transmissíveis, chegando-se

mesmo a eliminar algumas, como a poliomielite, e a erradicar outras, como a varíola – a partir do momento em que são controladas, perdem um pouco de sua importância interior.

A partir da obtenção de um controle relativo sobre as doenças transmissíveis, ocorreram importantes mudanças sócias, gerada pelo processo de industrialização, êxodo rural e crescimento das cidades. Começaram, então, a aumentar o número de casos de doenças não –transmissíveis e de indivíduos a cometidos por agravos, fortemente influenciados por fatores externos relacionados a um estilo de vida pouco saudável, tais como dieta inadequada, excesso de trabalho, vida sedentária, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, estresse, abuso de drogas, violência urbana e no trânsito, dentre outros.

O aumento da ocorrência dessas disfunções e agravos passou a despertar a atenção das autoridades sanitárias pelo impacto promovido na população economicamente ativa (PEA). O alto índice de pessoas afastadas do trabalho por longos períodos, bem como as ocorrências de pedidos de aposentadoria precoce por invalidez parcial ou total e aumento do número de óbitos a elas relacionados fizeram com que os profissionais de saúde comesçassem a questionar se também não seria necessária a elaboração de medidas de prevenção e controle das doenças não-transmissíveis e agravos.

Como nessas situações não havia um agente etiológico (causador), iniciou-se a discussão e valorização dos determinantes sociais como potenciais causadores de doenças não-transmissíveis e agravos.

O estilo de vida e as condições sociais, influenciando a existência desses acometimentos populacionais, levaram os profissionais de saúde a constatarem sua inter-relação com outros setores públicos – o que fez com que o planejamento das ações na promoção de condições que favorecessem a prevenção e o controle dessas doenças passasse a ser elaborado em conjunto com os órgãos responsáveis pelo saneamento, transporte, segurança, trabalho, agricultura, habitação e educação.

Essa nova forma de encarar as doenças, a organização dos profissionais em torno da discussão acerca desses temas e a emergência de uma reforma do setor saúde influenciam diretamente a reformulação do conceito de epidemiologia – a qual não mais irá somente considerar a distribuição das frequências das doenças, mas também incorporará a importância dos determinantes sociais no processo saúde-doença, redirecionando as ações relacionadas à prevenção e ao controle das doenças transmissíveis, bem como das doenças não-transmissíveis e agravos.

A atuação isolada ou em conjunto de cada um desses determinantes pode gerar um estímulo responsável pela ocorrência das doenças.

A partir daí, o Brasil passa a apresentar duas realidades de saúde que de terminam seu perfil epidemiológico: por um lado, o baixo investimento nas ações de prevenção e controle das doenças transmissíveis permitiu que estas voltassem a se manifestar, mesmo onde parecia já estarem eliminadas; por outro, a cada dia aumenta o número de pessoas afetadas por doenças não-transmissíveis e agravos – o que faz com que tenhamos o fenômeno da confluência de riscos, que expõe a população a várias possibilidades de adoecimento.

Dessa forma, para os setores de política pública e serviços de saúde que desenvolvem ações considerando o perfil epidemiológico da população assistida, surgem dois desafios:

-Voltar a intensificar ou até mesmo criar novas ações de vigilância epidemiológica que

atinjam as doenças transmissíveis; e

-Voltar a atenção da vigilância epidemiológica para as doenças não-transmissíveis (câncer, diabetes, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e outras) e agravos (mortes no trânsito, acidentes de trabalho, violência), cuja ocorrência aumenta diariamente, principalmente nas grandes cidades.

E quanto aos profissionais de saúde envolvidos nesse processo de redirecionamento das práticas assistenciais?

Cada vez lhes será requisitado que desenvolvimento de suas atividades junto à população assistida volte-se à identificação de grupos suscetíveis, exposto a sofrer alterações de saúde.

Dessa maneira, realça-se a importância de se estar atento aos determinantes que atuam favorecendo o surgimento de doenças transmissíveis, não-transmissíveis e agravos. Somente mediante a intervenção sobre os mesmos poderemos contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população, modificando seu perfil epidemiológico.

Por que estar atento às doenças e aos agravos? Que instrumentos possuímos para mantê-los sob vigilância?

Quando estamos supostamente saudáveis, não temos o hábito de procurar assistência objetivando prevenir alterações no organismo.

É bem mais frequente buscarmos atendimento apenas quando da existência de algum sintoma ou sinal preocupante.

E essa demanda serve como parâmetro aos serviços de saúde para a avaliação do perfil epidemiológico da população, procurando, assim, manter uma vigilância constante.

Portanto, vigiar as doenças e agravos é importante para conhecermos o seu modo de manifestação, que indivíduos têm maior facilidade para contrai-las, qual a faixa estaria mais atingida, em que épocas do ano ocorrem com mais frequência, que localidades apresenta maior número de casos de determinada doença e sobre quais determinantes faz-se necessário intervir para atender às necessidades de saúde da população.

A vigilância epidemiológica (VE) é um serviço que reúne um conjunto de ações que permite acompanhar a evolução das doenças na população.

Funciona como um "termômetro", um indicador de que ações devem ser priorizadas no planejamento da assistência à saúde.

Se, por exemplo, for detectado o aparecimento de muitos casos de sífilis congênita em uma maternidade localizada na área X, tal fato indica ser necessário que os gestores realizem maiores investimento em assistência pré-natal naquela área, visando controlar a incidência de casos.

Entretanto, para que a vigilância epidemiológica possa propor ações de prevenção e controle a partir do estudo do comportamento das doenças e agravos à população, é importante seguir algumas etapas:

Coleta de dados – consiste em buscar junto às fontes de dados (população, imprensa, serviços de saúde, escolas, creches, presídios e indústrias) as informações relevantes que possam colaborar na identificação de situações de risco.

Os dados podem ser agrupados como demográficos e ambientais, de morbidade e mortalidade.

As informações obtidas sobre casos de doenças, agravos e epidemias devem ser consideradas somente após prévia investigação para confirmar ou descartar o caso, pois muitas vezes sua divulgação, além de assustar a população, tem origem duvidosa;

Processamento dos dados – significa reunir dados coletados e agrupá-los de acordo com seu grau de importância e relevância.

As informações são organizadas em gráficos, quadros e tabelas, para permitirem melhor visualização dos problemas e seus determinantes.

Geralmente, são ordenados em ordem de ocorrência e separadas por mês, bairros de moradia do doente, unidade que notificou a suspeita do caso e região do município, estado e país;

Análise dos dados – busca interpretar as informações coletadas, procurando estabelecer as relações causais. Sua realização permite que os responsáveis pela vigilância epidemiológica relacionem os determinantes de doenças e agravos.

Por exemplo, ao se estudar o período de maior registro de doenças como câncer de pele, estabeleceu-se relação com o verão, época em que as pessoas permanecem mais tempo exposta ao sol forte: lavradores e vendedores ambulantes na praia, entre outras;

Recomendação de medidas de controle e prevenção – aponta que precauções podem ser recomendadas no controle e prevenção da ocorrência da doença.

As campanhas de vacinação, as campanhas educativas disseminadas pela televisão e na escola, a campanha de controle dos diabetes é exemplo de medidas empregadas com esse fim;

Promoção das ações de controle e prevenção – consiste em planejar e executar ações como vacinações, tratamento dos doentes, controle do ambiente, divulgação de informações sobre precauções para transmissão de doenças.

Avaliação da eficácia das medidas – é a análise dos resultados das ações, visando identificar se as metas propostas foram alcançadas e avaliar seu impacto na saúde coletiva, por meio dos indicadores de saúde.

Coletiva, por meio dos indicadores de saúde. Por exemplo: o Programa Saúde da família planeja atender um quantitativo de famílias em determinado território e em um dado período. Ao final do prazo estipulado, a equipe do PSF deve avaliar se conseguiu ou não atingir a meta proposta e que fatores responsáveis pelo alcance ou não da meta;

Divulgação das informações – objetiva mostrar os resultados alcançados de forma simples e clara, de modo que todos os interessados possam compreendê-los.

Após a realização de uma campanha de vacinação, é comum que as secretarias de saúde divulguem o número de doses de vacinas aplicadas e de pessoas vacinadas, para que se tenha a noção do impacto das medidas adotadas.

Os ambulatórios, unidades básicas de saúde e hospitais representam importantes fontes de informação para a realização da vigilância epidemiológica, em virtude de prestarem assistência direta à maioria da população.

Por esse motivo, realizam com maior frequência a notificação, entendida como "a comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde, feita à autoridade sanitária por profissionais de saúde ou qualquer cidadão (...)".

A notificação é essencial para o efetivo conhecimento da realidade vivida pela população assistida, bem como para adoção de medidas de intervenção pertinentes, sendo importante seu registro e divulgação.

Apesar desse fato, muitos profissionais desprezam a importância dessa prática na determinação das condições sanitárias populacionais, provocando, assim, uma subnotificação – quando o número de registros de ocorrência de casos de doenças é menor do que o realmente ocorrido -, o que impede o poder público atuar no

atendimento às reais necessidades da população.

Visando acompanhar a notificação de doenças de grande impacto coletivo, foi criada uma lista de doenças de notificação obrigatória em todo o nacional, a qual deve ser periodicamente atualizada. Denominada lista de doenças de notificação compulsória, é atualmente constituída apenas por doenças transmissíveis, o que é bastante questionável, haja vista o crescente aumento do número de pessoas acometidas por doenças crônicas não-transmissíveis e provocadas por causas externas, gerando doença e morte.

No entanto, estados e municípios podem incluir novas doenças na lista, desde que sejam claramente definidos o objetivo da notificação, os instrumentos e o fluxo da informação.

Outras importantes fontes de dados e de notificação são os sistemas nacionais de informação. Quando os profissionais ou a população não notificam as doenças ou agravos aos serviços de saúde (centro ou posto de saúde), o banco de dados pode ser alimentado por outras fontes e documentos como boletins de produção ambulatorial, atestados de óbito, declarações de nascido vivos, prontuários dos clientes ou autorizações para internação hospitalar, por exemplo. Tais documentos irão contribuir para a avaliação de alguns indicadores de saúde da população, sendo fundamentais para a determinação das prioridades assistenciais.

No Brasil, além do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) – que reúne todas as informações relativas aos agravos de notificação, alimentado pelas notificações compulsórias – existem outros sistemas de informações de interesse para a vigilância epidemiológica, dentre os quais se destacam:

- Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) – reúne os dados relativos aos óbitos ocorridos. Alimentado pelos atestados de óbito emitidos, possibilita o conhecimento da distribuição dos óbitos por faixa etária, sexo, causa e outras informações – variáveis de acordo com o interesse da consulta;
- Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) – permite conhecer quantas crianças nascem por ano e por região, bem como as características ligadas à saúde da mãe (idade gestacional, por exemplo) e do recém-nascido (presença de malformações congênitas ao nascer), apontando que necessidades assistenciais devem ser atendidas na região dos nascimentos para melhorar a qualidade da assistência pré-natal e à criança;

É importantíssimo para a definição do perfil epidemiológico da população assistida, pois muitos doentes hospitalizados não chegam a ser assistidos nas unidades básicas de saúde, principal fonte de notificação dos serviços de epidemiologia locais;

- Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) – reúne as informações obtidas com os atendimentos ambulatoriais, seja em unidades básicas de saúde, seja em hospitais. Permite, entre outros dados, verificar se todos os atendidos em um ambulatório são moradores da região, indicado a falta de serviços voltados para o atendimento das necessidades dos moradores que se deslocam de muito longe para obter serviços de saúde;
- Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) – permite conhecer o perfil das condições nutricionais. As informações disponíveis possibilitam constatar a ocorrência de desnutrição e sua distribuição, permitindo, assim, a determinação de medidas que controlem e previnam sua ocorrência.

Com o aumento dos casos de doenças não- transmissíveis, assume importância na

vigilância sobre a obesidade, fator determinante de risco cardiovascular;

- Sistema de Informações sobre Ações Básicas (SIAB) – criado mais recentemente, esse sistema destina-se a reunir informações acerca das atividades desempenhadas em nível de atenção básica. É utilizado para medir o impacto das ações básicas desenvolvidas, auxiliando na determinação das prioridades e avaliação do que já foi feito pelas equipes dos Programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde (PSF e PACS).

E muitos outros...

8. MEDIDAS DE CONTROLE E PREVENÇÃO EM VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (ESTÁ SOB RESPONSABILIDADE DO MUNICÍPIO DE IGARAPAVA)

As ações de vigilância epidemiologia são hierarquizadas, ou seja, cada nível assume responsabilidades para com o planejamento e execução das medidas e ações a serem empreendidas.

O nível central (Governo Federal/ Ministério da Saúde) é o grande responsável pela determinação e regulamentação nacional das ações de vigilância epidemiológica. Nele, as ações são discutidas para, somente após, serem recomendadas a todos os estados da Federação.

Detém as bases de dados dos sistemas de informação da vigilância epidemiológica – que reúnem todas as informações referentes à saúde e às doenças no Brasil.

Ao plano regional, correspondente aos estados da Federação (Secretarias de Estado de Saúde), cabe coordenar as ações de vigilância desenvolvidas pelos municípios, procurando estabelecer prioridades de acordo com as informações obtidas, prestando consultoria.

As centrais estaduais de regulação de transplante de órgãos são exemplo de ação de vigilância diretamente desenvolvida pelo nível de gestão regional.

Por seu intermédio as secretarias estaduais de Saúde controlam o número de doadores, os pacientes para os quais o transplante é prioritário, a localização dos possíveis doadores e que hospitais dispõem de estrutura para realizar a intervenção cirúrgica necessária.

Assim, é possível conhecer as necessidades relacionadas a um problema de saúde específico e intervir diretamente sobre ele, estabelecendo uma rede de comunicação entre as unidades locais coordenadas pelas centrais.

Ao nível local, traduzido na figura do município (secretarias Municipais de Saúde) e sua região administrativa (Distritos Sanitários), cabe executar as práticas de vigilância, desenvolvendo as ações mais diretamente relacionadas aos indivíduos, por meio dos serviços assistências oferecidas. Neste nível, principalmente, faz-se necessário que os serviços de saúde estejam informados da ocorrência doenças de notificação compulsória para possam, assim, planejar e implementar as medidas de promoção, prevenção e controle adequadas às necessidades da população local – o que chamados "informação para a ação".

As ações de vigilância epidemiológica variarão de acordo com os objetivos pretendidos, contribuindo para o controle e prevenção de determinada doença ou agravo – entretanto é sempre importante considerar em seu planejamento e adoção

que o sucesso dependera diretamente da proximidade com os determinantes causadores da doença ou agravo sobre os quais se pretende intervir. Algumas medidas de vigilância epidemiológica são mais conhecidas pelos profissionais devido à frequência com que são recomendadas e executadas, o que se explica pelo fato de, atualmente, as ações de

vigilância epidemiológica estarem centradas no controle e prevenção de doenças transmissíveis. Dentre as mais frequentemente recomendadas, destacamos:

A investigação epidemiológica – processo que permite acompanhar a ocorrência de uma doença ou agravo nos indivíduos, operacionalizada mediante um inquérito epidemiológico, ou seja, pelo preenchimento de ficha de investigação que reúne as informações sobre as condições relacionadas ao adoecimento do indivíduo, com vistas a implementar o máximo de medidas necessárias para garantir a prevenção e controle.

Nessa ficha, o profissional de saúde relata a conduta adotada em relação ao indivíduo acometido ou a seus comunicantes – em muitas localidades, é comum o auxiliar de enfermagem também ajudar nesta investigação.

A investigação epidemiológica deve ocorrer sempre que for notificado um caso suspeito de alguma doença. Significa que mesmo que o diagnóstico não confirmado deve-se realizar a investigação e executar as medidas de controle e prevenção da transmissão, recomendadas pelos serviços de epidemiologia e padronizadas pelo nível central (Ministério da Saúde);

A busca de casos e visita domiciliar – quando os serviços locais de epidemiologia, ao receberem notificações de doenças de clientes atendidos, procuram localizá-los por meio de aerograma, telefonema ou visita ao domicílio para realizar a investigação epidemiológica;

O apoio a procedimentos diagnósticos – quando da definição de suspeita ou confirmação de uma doença, a coleta de material biológico, realização de teste específicos e interpretação de seus resultados são procedimentos frequentemente desenvolvidos pelo auxiliar de enfermagem.

Por sua vez, as medidas de precaução em relação a transmissão de doenças podem incluir:

Vacinação de bloqueio – é a intensificação da administração de uma vacina, visando a impedir a transmissão de uma doença de um indivíduo doente para aqueles que com ele convivem em espaço restrito, como no trabalho, escola, creche ou quartéis.

Essa medida é usualmente utilizada quando há o acometimento por uma doença de transmissão fácil e contra a qual se dispõe de vacina, como a coqueluche ou sarampo. A febre amarela, por exemplo, teve vacinação de Bloqueio para que novos casos atingissem outras regiões do país;

Intensificação de vacina – é uma estratégia utilizada para aumentar o número de pessoas protegidas contra uma doença. Para tanto, podem ser modificados os critérios normalmente utilizados para a aplicação da vacina, aumentando-se o número de doses ou a faixa etária da população-alvo;

Indicação de restrição de circulação – o objetivo não é isolar o cliente, mas sim garantir que outras pessoas de seu convívio não corram o risco de contrair a doença por ainda não estarem protegidas;

Quimioprofilaxia – algumas vezes, o uso de vacinas para prevenir a transmissão de determinada doença não está disponível ou recomendado – casos em que são utilizados medicamentos para diminuir o risco de transmissão.

A adoção desta conduta é chamada quimioprofilaxia, geralmente adotada para os comunicantes de casos suspeitos ou confirmados de meningite meningocócica ou causada por hemofílicos, tuberculose ou leptospirose, e ainda frente à exposição acidental envolvendo objetos perfurocortantes potencialmente contaminados com material biológico.

- **PRINCIPAIS INDICADORES DE SAÚDE COLETIVA**

Para o planejamento de ações de prevenção e controle de doenças e agravos, é importante conhecer o perfil dos problemas de saúde da população assistida e das doenças

apresentadas – quais mais acometam a população, quais mais matam e quantas pessoas morrem.

- **Morbidade**

A morbidade refere-se ao comportamento das doenças numa população exposta ao adoecimento. Seus índices permitem conhecer que doenças existem habitualmente na área, no período e na população estudada (prevalência), e quais os novos casos das doenças na mesma área, período e população (incidência).

Dessa forma, a quantidade de casos de uma doença também permite estimar sua importância para aquela população. Estão relacionados à morbidade os termos: surto, endemia, epidemia e pandemia.

Surto é um aumento repentino do número de casos, dentro de limites muito restritos, como uma série de casos de rubéola em uma creche, vários indivíduos com conjuntivite em um quartel ou vários bebês com infecção respiratória em um berçário de hospital.

Também pode ser assim considerado o aumento do número de casos de uma doença em uma área específica, considerada livre da mesma.

Por exemplo, um único caso de poliomielite no Brasil seria suficiente para configurar um surto;

Endemia é a ocorrência de certo número de casos controlados em determinada região;

Epidemia é o aumento do número de casos de determinada doença, muito acima do esperado e não delimitado a uma região;

Pandemia, por sua vez, compreende um número de casos de doença acima do esperado, sem respeitar limites entre países ou continentes.

Os exemplos mais atuais são a Aids e a tuberculose.

A mortalidade é definida como a relação entre o número de óbitos e o número de pessoa exposto ao risco de morrer.

Dados esses que podem ser agrupados por características como sexo, idade, estado civil, causa, lugar, condição, dentre outras.

Os óbitos ocorridos podem estar classificados segundo a associação de duas ou mais dessas características.

- **Letalidade**

Permite conhecer a gravidade de uma doença, considerando-se seu maior ou menor poder para causar a morte.

A determinação da letalidade de certas doenças permite avaliar a eficácia de estratégias e terapias implementadas.

Por exemplo, espera-se que a vacina anti-as-ça. Se há muitos óbitos causados pelo sarampo, isto significa que as crianças não estão tendo acesso à estratégia de vacinação ou que a vacina não está desempenhando adequadamente seu papel na proteção à saúde.

Para que se possa avaliar o significado dos indicadores e compará-los frente a populações diferentes sem que haja distorção das informações, esses indicadores são calculados por meio de taxas, índices e coeficientes, e expressos em porcentagens. Traduzem, muitas vezes, as condições sócio econômicas e sanitárias locais, pois estão intimamente relacionados com as condições de vida e saúde da população.

Dessa forma, as ações de vigilância epidemiológica e os resultados obtidos com a sua implementação e divulgados através de suas bases de dados constituem um elemento percursos da elaboração e implementação de programas de saúde coletiva, ao permitirem a identificação de fatores de risco para a determinação dos processos de morbidade que atingem os grupos populacionais que recebem atenção específica dos serviços de saúde.

- **Abc de Saúde Coletiva:**

Equidade: é a condição da igualdade de oportunidades para uso de recursos existentes, com o objetivo de diminuir as consequências negativas associadas ao adoecimento, diferenciando o atendimento conforme sua complexidade.

Ações Intersetoriais: é a articulação entre os diferentes setores que executam políticas públicas para planejamento conjunto dos problemas da população **Relações Excludentes:** são situações que geram ou perpetuam a exclusão social, como dentre outras, o desemprego, o analfabetismo ou a escolarização insuficiente, a falta de moradia

População alvo: é a população que esperamos atingir com as ações de saúde **Soluções Tecnocráticas:** são soluções técnicas planejadas de forma burocrática em gabinetes, sem muitas vezes considerar a realidade sentida pela população.

Modelo Assistencial: é a forma como se organizam os diferentes serviços de saúde e, principalmente, a lógica que embasa essa organização.

Iniquidades: são as diferenças sociais injustas e inaceitáveis.

Competência técnica: é o conjunto de conhecimento e habilidades relacionados às práticas da profissão.

Medidas Empíricas: são medidas empregadas sem comprovação científica de sua eficácia. Em muitas regiões do país, as pessoas amarram fitas vermelhas no pescoço quando pegam caxumba, por exemplo.

Erradicar: significa reduzir totalmente o número de casos, de modo que nenhum indivíduo volte a ser acometido por ela.

As **doenças não-transmissíveis**, conhecidas como **crônico-degenerativas**, são aquelas que surgem em função de desequilíbrio orgânicos não-transmitidos, como a hipertensão ou a diabetes.

Agravos: são acometimentos de origem externa, geralmente ligada a situações acidentais, como uma queimadura causada por fogos de artifício, por exemplo.

Grupos suscetíveis: são grupos populacionais que, pelo comportamento ou condições de vida, se encontram expostas a determinada doença ou agravo. Os fumantes constituem um grupo suscetível ao câncer de pulmão, por exemplo.

Um indivíduo é considerado caso suspeito quando apresenta um conjunto de sinais e sintomas que induzem o profissional de saúde a desconfiar da presença de determinada doença – e fazer sua notificação.

Vigilância entomológica designa o conjunto de atividades que permite combater a proliferação de insetos vetores de doenças, como a fêmea do mosquito *Aedes aegypti* vetor do vírus da dengue.

Quando não há discriminação da causa relacionada aos óbitos ocorridos numa região, período e população, o indicador é denominado mortalidade geral.

Fique de olho:

- É bastante frequente o fato de muitos profissionais de saúde não notificarem os acidentes de trabalho, deixando assim, de contribuir com o planejamento das atividades

de educação continuada das equipes.

- A relação entre o número de doses aplicadas de uma vacina é expressa através de um cálculo denominado cobertura vacinal – através da qual os serviços de saúde avaliam o impacto do programa de imunização.

- Os laboratórios também representam uma fonte de dados. Os resultados de exames laboratoriais solicitados na rotina da vigilância epidemiológica são

Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) – reúne os dados relativos aos óbitos ocorridos. Alimentado pelos atestados de óbito emitidos, possibilita o conhecimento da distribuição dos óbitos por faixa etária, sexo, causa e outras informações – variáveis de acordo com o interesse da consulta;

- **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)** – permite conhecer quantas crianças nascem por ano e por região, bem como as características ligadas à saúde da mãe (idade gestacional, por exemplo) e do recém-nascido (presença de malformações congênitas ao nascer), apontando que necessidades assistenciais devem ser atendidas na região dos nascimentos para melhorar a qualidade da assistência pré-natal e à criança;

- **Sistema de Informações Hospitalares (SIH)** – reúne informações sobre a assistência prestada pelos hospitais. É alimentado principalmente pelos dados contidos nas autorizações de internações hospitalares e pelos relatos contidos nos prontuários dos pacientes.

É importantíssimo para a definição do perfil epidemiológico da população assistida, pois muitos doentes hospitalizados não chegam a ser assistidos nas unidades básicas de saúde, principal fonte de notificação dos serviços de epidemiologia locais;

- **Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA)** – reúne as informações obtidas com os atendimentos ambulatoriais, seja em unidades básicas de saúde, seja em hospitais. Permite, entre outros dados, verificar se todos os atendidos em um ambulatório são moradores da região, indicado a falta de serviços voltados para o atendimento das necessidades dos moradores que se deslocam de muito longe para obter serviços de saúde;

- **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)** – permite conhecer o perfil das condições nutricionais. As informações disponíveis possibilitam constatar a ocorrência de desnutrição e sua distribuição, permitindo, assim, a determinação de medidas que controlem e previnam sua ocorrência.

Com o aumento dos casos de doenças não-transmissíveis.

A vigilância epidemiológica (VE), assume importância na vigilância sobre a obesidade, fator determinante de risco cardiovascular;

- **Sistema de Informações sobre Ações Básicas (SIAB)** – criado mais recentemente, esse sistema destina-se a reunir informações acerca das atividades desempenhadas em nível de atenção básica. É utilizado para medir o impacto das ações básicas desenvolvidas, auxiliando na determinação das prioridades e avaliação do que já foi feito pelas equipes dos Programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde (PSF e PACS).

AS PRINCIPAIS AÇÕES, PROCEDIMENTOS E PROCESSOS QUE COMPETEM ÀS UNIDADES BÁSICA DE SAÚDE SÃO:

- Consultas médicas em clínica geral, pediatria, ginecologia e obstetrícia.
- Consultas de enfermagem.
- Atendimento domiciliar de enfermagem e fisioterapia.
- Procedimentos de enfermagem como curativos, inalação, administração de medicamentos, coleta de Papanicolaou, vacinação, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças, pré-natal de baixo risco.
- Atendimento ao adolescente por equipe Inter e transdisciplinar composta por nutricionista, psicólogo, enfermeiro, ginecologista e obstetra.
- Atendimento odontológico.
- Assistência a diabéticos e hipertensos.
- Participação nas campanhas do Ministério da Saúde.
- Oficinas de desenvolvimento socioeducativo.
- Organização técnica- administrativa e regulação assistencial dos atendimentos de Saúde.

9. ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE IGARAPAVA.

No âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS é almejada a adoção de um modelo de gestão que atenda às necessidades da população obedecendo a pontos prioritários para a melhoria do Sistema de Saúde, aprimorando e avaliando os processos dos serviços, minimizando a demanda reprimida e melhorando a qualidade dos serviços ofertados.

A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

Esta Lei regula em todo o território nacional as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. A Lei 8.080/90 instituiu o Sistema Único de Saúde, constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público.

A iniciativa privada participa do Sistema Único de Saúde em caráter complementar. As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal vigente, obedecendo ainda princípios organizativos e doutrinários tais como:

- Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- Integralidade de assistência;

- Equidade;
- Descentralização Político-Administrativa com direção única em cada esfera de governo;
- Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- Participação da comunidade;
- Regionalização e hierarquização.

A Lei 8.080/90 trata:

da organização, da direção e da gestão do SUS;
das competências e atribuições das três esferas de governo;
do funcionamento e da participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde;

(d) da política de recursos humanos;

(e) dos recursos financeiros, da gestão financeira, do planejamento e do orçamento.

Entre as principais características observadas na NOB/SUS 01/96 temos:

- Transfere aos municípios habilitados como Plena da Atenção Básica, os recursos financeiros com base per capita relativos a esta responsabilidade, criando o PAB (Piso Assistencial Básico), repassado fundo a fundo de forma regular e automática, e com base em valor nacional per capita para a população coberta;
- Reorganiza a gestão dos procedimentos de média complexidade ambulatorial (Fração Ambulatorial Especializada - FAE);
- Reorganiza a gestão dos procedimentos de alta complexidade ambulatorial com a criação da Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (APAC);
- Incorpora as ações de Vigilância Sanitária, criando o Incentivo para as ações básicas de Vigilância Sanitária;
- Incorpora as ações de Epidemiologia e Controle de Doenças;
- Promove a reorganização do modelo de atenção, adotando-se como estratégia principal a ampliação de cobertura do Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde, com a criação de Incentivo financeiro; Conass. Projetos.
- Aprimora o planejamento e define a elaboração da Programação Pactuada e Integrada (PPI);
- Define as responsabilidades, prerrogativas e requisitos das Condições de Gestão Plena da Atenção Básica e Plena de Sistema Municipal de Saúde para os municípios, e Avançada do Sistema Estadual e Plena de Sistema Estadual para os Estados.
- Foi criada a Parte Variável do PAB que correspondia a incentivos destinados às seguintes ações e programas:
- Programa de Agentes Comunitários de Saúde;
- Programa de Saúde da Família;
- Programa de Combate às Carências Nutricionais;

- Ações Básicas de Vigilância Sanitária;

(f) Assistência Farmacêutica Básica;

- Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental;

O conjunto de estratégias apresentadas na NOAS/SUS 01/01 articula-se em torno do pressuposto de que, no atual momento da implantação do SUS, a ampliação das responsabilidades dos municípios na garantia de acesso aos serviços da atenção básica, a regionalização e a organização funcional do sistema são elementos centrais para o avanço do processo.

O objetivo da NOAS/SUS 01/01 é “promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção”.

Estabelece o processo de Regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade.

Institui o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada Estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com a necessidade da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção à saúde.

Cabe às secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal a elaboração do PDR, em consonância com o Plano Estadual de Saúde, devendo o mesmo ser aprovado pela Comissão Inter gestores biparti-te e pelo Conselho Estadual de Saúde. O PDR deve ser elaborado na perspectiva de garantir o acesso aos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços vinculados a: assistência pré-natal, parto e puerpério;

acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil;

cobertura universal do esquema preconizado pelo PNI para todas as faixas etárias;

ações de promoção da saúde e prevenção de doenças;

tratamento de intercorrências mais comuns na infância; atendimento de afecções agudas de maior incidência;

acompanhamento de pessoas com doenças crônicas de alta prevalência;

(h) tratamento clínico e cirúrgico de casos de pequenas urgências ambulatoriais; tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais frequentes;

(j) controle de doenças bucais mais comuns;

(k) suprimento e dispensação dos medicamentos da farmácia básica. Uma das partes integrantes do PDR é o Plano Diretor de Investimentos (PDI), que visa identificar prioridades e desenvolver estratégias de investimento de forma a promover a equalização da oferta de recursos assistenciais em todos os níveis de complexidade. Na elaboração do PDR, um dos passos mais importantes é a definição dos conceitos-chave, a ser feita de acordo com a realidade de cada Estado. São eles:

- Região de Saúde – base territorial de planejamento de atenção à saúde, a ser definida pela Secretaria de Estado da Saúde, de acordo com as especificidades e

estratégias de regionalização da saúde em cada Estado, considerando as características demográficas, socioeconômicas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, entre outras. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um Estado pode se dividir em regiões e/ou microrregiões de saúde.

- Módulo Assistencial – é o espaço territorial que disponha da resolutividade correspondente ao primeiro nível de referência, podendo ser constituído por um ou mais municípios, com área de abrangência mínima a ser estabelecida para cada Unidade Federada.

O Módulo Assistencial deve apresentar uma das seguintes características: (a) conjunto de municípios entre os quais há um Município-Sede habilitado em Gestão Plena de Sistema Municipal (observar alterações na NOAS/SUS 01/02) com capacidade de ofertar a totalidade dos procedimentos constantes do anexo 3 da NOAS/SUS 01/01, com suficiência para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos; ou (b) um município em Gestão Plena do Sistema Municipal com capacidade para ofertar com suficiência a totalidade dos procedimentos constantes do anexo 3 da NOAS/SUS 01/01 para a sua própria população, quando não necessitar desempenhar o papel de referência para outros municípios.

- Município-Polo de uma região ou microrregião – é aquele que de acordo com a definição da estratégia de regionalização de cada Estado, apresente papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção.

À direção municipal do Sistema Único de Saúde compete:

- Planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;
- Participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde, em articulação com sua direção estadual;
- Participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;
- Executar serviços de Vigilância Epidemiológica, de Vigilância Sanitária, de alimentação e nutrição, de saneamento básico e de saúde do trabalhador;
- Dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;
- Colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes para controlá-las;
- Formar consórcios administrativos intermunicipais;
- Gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;
- Colaborar com a União e os Estados na execução da Vigilância Sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- Celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;
- Controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;
- Normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação;
- Atendidos esses critérios, para efeito da aplicação dessa Emenda, são consideradas

despesas com ações e serviços públicos de saúde as relativas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, incluindo:

- Vigilância Epidemiológica e controle de doenças;
- Vigilância Sanitária;
- vigilância nutricional, controle de deficiências nutricionais, orientação alimentar, e a segurança alimentar promovida no âmbito do SUS;
- Educação para a saúde;
- Saúde do trabalhador;
- Assistência à saúde em todos os níveis de complexidade;
- Assistência farmacêutica;
- Atenção à saúde dos povos indígenas;
- Capacitação de recursos humanos do SUS;
- Pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, promovidos por entidades do SUS;
- Produção, aquisição e distribuição de insumos setoriais específicos, tais como medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados, e equipamentos;
- Saneamento básico e do meio ambiente, desde que associado diretamente ao controle de vetores, a ações próprias de pequenas comunidades ou em nível domiciliar, ou aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), e outras ações de saneamento a critério do Conselho Nacional de Saúde;
- Serviços de saúde penitenciários, desde que firmado Termo de Cooperação específico entre os órgãos de saúde e os órgãos responsáveis pela prestação dos referidos serviços. conass. progestores.
- atenção especial aos portadores de deficiência.
- ações administrativas realizadas pelos órgãos de saúde no âmbito do SUS e indispensáveis para a execução das ações indicadas nos itens anteriores

Agenda Nacional de Saúde A Agenda Nacional de Saúde para o ano de 2001 foi aprovada pela portaria MS/GM 393 de 29 de março de 2001 e estabeleceu como “Eixos Prioritários de Intervenção para 2001”:

redução da mortalidade infantil e materna; controle de doenças e agravos prioritários; reorientação do modelo assistencial e descentralização; melhoria da gestão, do acesso, e da qualidade das ações e serviços de saúde; desenvolvimento de recursos humanos do setor saúde; qualificação do controle social.

Cartão Nacional de Saúde
Sistema de Informações da Atenção Básica

O Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) foi desenvolvido para ser um instrumento de apoio ao Programa de Agentes Comunitários (PACS) e ao Programa Saúde da Família (PSF).

Por este sistema são cadastradas as famílias vinculadas aos programas e incluem dados demográficos, socioeconômicos, ambientais e culturais, além dos relativos à morbidade e à mortalidade.

Está em curso processo de compatibilização deste sistema com o Sistema do Cartão Nacional de Saúde, bem como maior integração com o SIA/SUS.

10. PROMOÇÃO DA SAÚDE.

Algumas estratégias têm sido desenvolvidas e obtido sucesso na mudança do modelo de atenção à saúde, levando em consideração o espaço territorial local, na busca da promoção da saúde.

A estratégia de políticas públicas saudáveis defendida nas Conferências Internacionais sobre a Promoção da Saúde tem se revelado como importante instrumento dessa mudança.

O movimento de Cidades Saudáveis vem ganhando força por sua capacidade mobilizadora, onde todos são levados a participar e decidir sobre um modo de vida mais saudável no seu território, a partir da constituição de uma rede formal e informal que articula múltiplos interesses a partir da própria comunidade.

Tendo claro que as cidades ou municípios, como tem sido tratado no caso brasileiro, podem desempenhar papel fundamental na manutenção da saúde de seus habitantes, a OMS, vem estimulando as administrações municipais à reflexão sobre os problemas de saúde e suas múltiplas determinações, visando à adoção de políticas públicas saudáveis, apontando que uma cidade saudável deve ter as seguintes características:

- Meio físico limpo e seguro
- Necessidades básicas asseguradas para todos
- Comunidade forte, integrada, sem exploração e com apoio mútuo
- Alto grau de participação pública na administração local
- Acesso à diferentes experiências, à interação e comunicação
- Promoção e celebração das tradições históricas e culturais

11. ATENÇÃO BÁSICA:

A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SUS.

A relevância da Atenção Básica, apresentada na literatura internacional como Atenção Primária à Saúde (APS), para a conformação dos sistemas nacionais de saúde tem levado alguns autores a classificá-la como uma megatendência mundial (Rubinstein, 2001).

Essa tendência tem como espelho no Brasil a valorização da Atenção Básica, em especial da estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Segundo Starfield (2001), a atenção primária, é talvez o mais importante componente dos sistemas de saúde, pois o desenho dos mesmos será diferente a partir da incorporação ou não dos seus princípios. A evolução do conceito da APS pode ser observada na classificação de Vuori (1985), detalhada por Starfield (1993), se comparados aos princípios da Atenção Primária propostos em Alma-Ata¹.

A autora apresenta a APS como estratégia organizativa da atenção à saúde, definida pelos princípios e diretrizes que esses serviços devem proporcionar, quais sejam:

- atenção generalizada, sem restrição à grupos de idade, gênero ou problemas de saúde;
- atenção acessível, integrada e continuada,
- trabalho em equipe;
- atenção centrada na pessoa e não na enfermidade;

- atenção orientada à família e à comunidade; atenção coordenada, incluindo o acompanhamento do usuário nos outros níveis de atenção, e apoio constante aos usuários nos aspectos relacionados à saúde e bem-estar.

Evidências internacionais destacam a importância de uma orientação dos sistemas nacionais de saúde nesse mesmo sentido. Segundo Starfield (2001), “não existe nenhuma sociedade que disponha de recursos econômicos ilimitados para custear os serviços de saúde. A atenção superespecializada é mais cara que a atenção primária e, portanto, têm menor acesso a ela as pessoas com dificuldade econômica”.

Assim, um sistema de saúde centrado na superespecialização põe em perigo a equidade. Essas discussões põem em xeque a cultura da procura direta ao especialista como símbolo de qualidade da atenção, própria do modelo médico hospital no centro. Países como Inglaterra, Holanda,

No Brasil, a organização da atenção básica está delegada à gestão municipal e os repasses dos recursos federais são automáticos, por meio do Piso da Atenção Básica (PAB), fixo e variável. Alguns Estados instituíram repasses específicos para o PSF e para o PACS, sejam de recursos diretos fundo a fundo, sejam pela contratação de profissionais e cessão dos mesmos aos serviços instalados e geridos pelos municípios. É importante ressaltar que o crescimento e a consolidação do PSF estão intimamente ligados ao relevante papel dos municípios no processo de sua implantação.

Também há que se destacar que todos os Estados da federação estabeleceram coordenações de PACS e PSF no início de sua implantação e, como no Ministério da Saúde, vários desses Estados evoluíram para a criação e organização de equipes não só voltadas ao PACS e PSF, mas também para todo o rol de ações próprias da atenção básica.

Mesmo com esses avanços, problemas estruturais para a mudança de um modelo de atenção e consolidação da atenção básica e de sua estratégia mais abrangente, que é o PSF, estão colocados para os gestores. Entre eles, a inadequação dos recursos humanos, o financiamento insuficiente, e a baixa capacidade de gestão de alguns municípios, entre outros, apontando desafios ainda a serem superados.

O HISTÓRICO DO PACS E DO PSF

O Programa de Saúde da Família teve sua implantação iniciada em 1994, como um avanço do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Naquela época realizava-se o repasse de recursos do PSF por meio de convênio entre a Fundação Nacional de Saúde e as secretarias municipais de Saúde.

A falta de um financiamento perene justificou a inclusão de códigos específicos para o PSF, com valores diferenciados, na tabela do SIA/SUS, para alguns procedimentos realizados pelas equipes do PSF, como consultas médicas e visitas dos agentes comunitários de saúde.

Em 1998, com a implantação da NOB/SUS 01/96 e do Piso de Atenção Básica, instituiu-se a lógica de financiamento per capita para o PACS e o PSF, por meio do PAB variável.

Esses programas têm suas normas e diretrizes definidas pela portaria GM/MS nº 1.886, que os reconhece como importante estratégia para o aprimoramento e consolidação do Sistema Único de Saúde, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar.

A publicação do “Manual para Organização da Atenção Básica”, em 1998, foi outro passo na

demarcação da importância da atenção básica para a organização dos sistemas de saúde. Para além do arcabouço jurídico-legal, avançou-se na definição de responsabilidades e na estratégia organizativa. conass. progestores 139 Nesse documento, a Atenção Básica é destacada pela sua importância no processo de reorganização dos sistemas municipais de saúde, sendo definida como “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação”.

É importante destacar que o Manual contempla orientações sobre o repasse, aplicação, acompanhamento e controle dos recursos financeiros da Atenção Básica, repassados pelo Ministério da Saúde.

Com a criação do Departamento de Atenção Básica (DAB), reforçou-se a importância estratégia do Programa de Saúde da Família e buscou-se a integração de áreas técnicas e outros programas existentes relacionados à atenção básica. Algumas Secretarias dos Estados e municípios também reformularam seus organogramas, definindo para a Atenção Básica esse papel articulador das várias iniciativas que compõe o seu escopo.

SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA ESTRATÉGIA DE MÚLTIPLOS OBJETIVOS

O **PSF** tem sido colocado como uma alternativa para a organização de sistemas de saúde, segundo os princípios do SUS.

A estratégia de Saúde da Família como forma de territorialização permite a demarcação de um espaço concreto de atuação da equipe de Saúde, tendo o núcleo familiar como base e unidade para o desenvolvimento de sua atuação.

Permite, assim, compreender a dinâmica do núcleo familiar, suas relações na sociedade, inclusive o modo social de produção, e avaliar que determinantes sociais contribuem para um melhor ou pior desenvolvimento do processo de saúde nessa comunidade.

Como orientadora das políticas intersetoriais, tem papel fundamental, uma vez que, pelas mesmas razões, é capaz de compreender que estruturas precisam ser modificadas visando ao bem-estar da sua comunidade.

Da mesma forma, é capaz de ser importante mobilizadora das forças sociais que nesse espaço atuam, de modo a interagirem com o governo local na busca de soluções para os seus problemas. Por sua capacidade de conhecer a realidade epidemiológica, utilizar as ferramentas informatizadas já disponíveis e traduzir temas para uma linguagem acessível à sua comunidade, é possível a construção de metas e pactos visando uma vida saudável e com saúde para os seus membros, com avaliação dos impactos produzidos a tempos determinados.

Por sua possibilidade de garantia de acesso, se mostra estrategicamente importante como a porta de entrada pela atenção básica no sistema de saúde, sendo capaz de acompanhar e garantir o acesso aos demais níveis de complexidade do sistema na medida que cada caso requerer, sem perder o vínculo original e a individualidade necessária

O Cartão Nacional de Saúde é um instrumento que possibilita a vinculação dos procedimentos executados no âmbito do Sistema Único de Saúde ao usuário, ao profissional que os realizou e também à unidade de saúde onde foram realizados. Para tanto, é necessária a construção de cadastros de usuários, de profissionais de saúde e de unidades de saúde. A partir desses cadastros, os usuários do SUS e os profissionais de saúde recebem um número nacional de identificação. Além dos cadastros, o Cartão Nacional de saúde é constituído por:

- (a) um cartão magnético do usuário;
- (b) um cartão magnético do profissional para a identificação dos profissionais de saúde perante o sistema;

Planos de cuidado (projetos terapêuticos individuais e familiares) ESF.

A gestão do cuidado é o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu bem-estar, segurança e autonomia. E, pressupõe as seguintes dimensões: individual, familiar, profissional e organizacional. Para a execução da integralidade da atenção à saúde, torna-se necessário a formação de vínculos e de responsabilização do cuidado por parte da equipe de saúde. Dessa forma respeitando o conceito ampliado de saúde, o médico utilizará tecnologias leves para o acolhimento dos indivíduos/famílias.

Portaria MS nº. 2488/113 a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral voltado para intervenção tanto nos diferentes níveis de atenção de saúde, quanto no enfoque individual e coletivo. Portanto, a Atenção Básica ao funcionar como principal porta de entrada para o acesso aos serviços de saúde deve estar inserida numa rede de serviços de saúde regionalizada e hierarquizada em busca do atendimento integral à população, onde a referência e a contra referência aconteça de maneira efetiva. A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia.

A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia de Saúde da Família e da organização desse modelo de atenção deverá seguir diretrizes específicas, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais⁴. Além dos princípios gerais da Atenção Básica, a estratégia Saúde da Família (ESF) deve nos seus pilares teóricos ter caráter substitutivo à rede de Atenção Básica tradicional; atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura proativa frente aos problemas de saúde-doença da população; desenvolver atividades de planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade; buscar a integração com instituições e organizações sociais reconstituir a ESF como um espaço de construção de cidadania. Para a qualificação da atenção à saúde da população, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), como forma de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços.

- O **NASF** é constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento (nutricionista, educador físico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social), para atuarem no apoio e em parceria com os profissionais das equipes de Saúde da Família.

Devemos trabalhar com o conceito ampliado de saúde e entender que a pessoa, a família e a comunidade são o centro das ações de saúde. diagnóstico, tratamento e reabilitação intervenção. O modelo de PTF adotado contém os seguintes elementos: localização da família; condições de moradia as ferramentas (Familiograma; ECOMAPA; História Individual de cada Membro; Planilha de Intervenção Familiar e Individual.

O Projeto Terapêutico individual e familiar é um instrumento de organização e sistematização do cuidado construído entre equipe de saúde e usuário, considerando singularidades do sujeito e a complexidade de cada caso. No Projeto Terapêutico individual e familiar r, a identificação das necessidades de saúde, a discussão do diagnóstico e a contratação do cuidado são compartilhados, o que leva a um aumento da eficácia dos tratamentos, pois a ampliação da comunicação traz o fortalecimento dos vínculos e o aumento do grau de corresponsabilização. A construção de contratos terapêuticos entre sujeitos não pode ser entendida, por outro lado, como ação que não deriva de embate produzido na tensa relação que se estabelece entre sujeitos que ocupam distintas posições nas relações de saúde, ou seja, usuários e trabalhadores da saúde (BRASIL, 2010) Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) PTS é entendido como um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultando de discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. É um movimento de coprodução e de cogestão do processo terapêutico de indivíduos ou coletivos, em situação de vulnerabilidade. O PTS implica em quatro momentos: Diagnóstico, Definição de metas, Divisão de Responsabilidades e Reavaliação. A necessidade de disparar mudanças nas práticas de saúde diversificando. O PTS implica em quatro momentos: Diagnóstico, Definição de metas, Divisão de Responsabilidades e Reavaliação. A necessidade de disparar mudanças nas práticas de saúde diversificando as ofertas de serviços de saúde, provocar processos de reflexão nos trabalhadores de saúde possibilitando repensarem no seu processo de trabalho, suas práticas e a instituição na qual estão inseridos. Diante ao exposto se faz necessário consolidar o dispositivo PTS nas USF como ferramenta de ajuda no processo de condutas terapêuticas articuladas e voltadas para a resolução do problema do sujeito. De acordo com a Cartilha da Política Nacional de Humanização (2008), a concepção de Clínica Ampliada e a proposta do Projeto Terapêutico Singular (PTS) acena para o entendimento de que as situações percebidas como de difícil resolução são situações que esbarram nos limites da Clínica Tradicional. Fazem parte da Clínica Ampliada o compromisso radical com o sujeito doente (singular), a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde, a intersetorialidade, o reconhecimento dos limites e a ética. É necessário, portanto, o desenvolvimento de 14 instrumentos, que vão além dos procedimentos técnicos normativos, para que os profissionais possam lidar consigo mesmos e com as necessidades dos sujeitos que procuram os serviços de saúde. Dessa forma, o PTS é uma variação da discussão de caso clínico, comumente utilizado em situações mais complexas, um conjunto de instrumentos, que vão além dos procedimentos técnicos normativos, para que os profissionais possam lidar consigo mesmos e com as necessidades dos sujeitos que procuram os serviços de saúde. Dessa forma, o PTS é uma variação da discussão de caso clínico, comumente utilizado em situações mais complexas, um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe multidisciplinar. O conceito de Projeto Terapêutico individual e familiar está em construção, desde o início dos anos 90, modificando-se junto com a história do SUS, do movimento sanitário e da reforma psiquiátrica (BRASIL, 2010). Um

conceito claro de Projeto Terapêutico individual e familiar: é um movimento de coprodução e de cogestão do processo terapêutico de indivíduos ou coletivos, em situação de vulnerabilidade. Segundo Ayres et al., 2003, vulnerabilidade implica em colocar no foco as possibilidades políticas, sociais e individuais expressas pelas pessoas e pelo coletivo em suas relações com o mundo, nos seus contextos de vida. Um olhar sobre vulnerabilidades, deve implicar, necessariamente, a consideração dos contextos singulares dos indivíduos envolvidos (OLIVEIRA, 2008). O usuário é o elemento estruturante de todo processo de produção da saúde, O usuário é o elemento estruturante de todo processo de produção da saúde, quebrando com um tradicional modo de intervir sobre o campo das necessidades, de forma compartimentada. Neste caso, o trabalho é integrado e não partilhado, reunindo na cadeia produtiva do cuidado um saber-fazer cada vez mais múltiplo. Além de organizar a linha do cuidado, do ponto de vista dos fluxos assistenciais, define-se que a equipe da UBS ou a ESF, que tem responsabilidades sobre o cuidado, é quem deve ser gestor do projeto terapêutico e portanto deverá acompanhá-lo, garantindo o acesso aos outros níveis de assistência, assim como a “contratransferência” para que o vínculo continue com a equipe básica, que tem a missão de dar continuidade aos cuidados ao usuário (HELVÉCIO, 2004). No PTS a palavra projeto deve ser entendida não apenas no seu sentido de plano, organização de atividades e ações orientadas pelas necessidades de resolução de um dado problema (NICÁCIO, 2003). Fazer PTS deve ser um processo de construção coletiva envolvendo, necessariamente, o profissional/equipe de saúde e o(s) usuário(s) em torno de uma situação de interesse comum. Deve haver uma formação de compromisso, como modo de responsabilidade, entre os sujeitos no PTS. Experiências constataam que o trabalho em equipe deve ser baseado nas necessidades dos usuários, na integralidade das ações e na interdisciplinaridade e, para tanto são propostas mudanças na forma de organização

e relações de poder entre os membros da equipe e desta com os usuários. Formular e opera um PTS demanda a realização de três movimentos: a coprodução da problematização (acesso dos sujeitos à singularidade do caso em discussão); a coprodução de projeto (oferta) e a cogestão avaliação do processo (garantia de continuidade, de avaliação e de reavaliação do processo terapêutico). Garantir a continuidade, de avaliação e de reavaliação do processo terapêutico, se que, no entanto, isso implique em burocratização do cuidado, do acesso e da organização do serviço representem grandes dificuldades e desafios para os serviços e para as equipes de saúde que se propõem a fazer o PTS. Como estratégia para favorecer essa articulação entre a formulação, ações e reavaliação e promover um dinâmica de continuidade do PTS, escolhendo um profissional como referência, não necessariamente é o que tem responsabilidade pelo caso, mas aquele que articula e “vigia” o processo, se informa do andamento das ações, procura a família quando necessário (OLIVEIRA, 2008). Isso não anula a necessidade de definir responsáveis a cada uma das ações desenhadas no PTS, incluindo pactuações de prazo par execução, definição de papéis e, algumas vezes, a definição de momentos de reavaliação do caso em equipe (BRASIL, 2010) Outras percepções a respeito da importância do projeto terapêutico como dispositivo de integração e organização de equipes de profissionais da saúde estão no campo da saúde mental. Não se limitar ao momento de crise”, mas dá continuidade da vida do usuário, buscando a reabilitação psicossocial.

O PTS desenvolvido pela equipe da assistência com a participação do usuário, também tem como objetivo ajudar o indivíduo a restabelecer relações afetivas e sociais, reconquistar direitos e poder social, buscar a autonomia afetivo-social e o incremento da incorporação desse na vida de relação social e política”. O tempo para reavaliação do caso PTS deve ser

o mínimo possível, para que as ações planejadas produzam o efeito esperado, e o máximo possível de tolerância que não signifique riscos ou danos ao sujeito ou que permita que a equipe perca a familiaridade com a problemática em questão

Gerenciamento de Doenças,

Diante do exposto, a organização da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas tem por objetivos gerais:

1. **Fomentar** a mudança do modelo de atenção à saúde, fortalecendo o cuidado às pessoas com doenças crônicas.
2. **Garantir** o cuidado integral às pessoas com doenças crônicas.
3. **Impactar** positivamente nos indicadores relacionados às doenças crônicas.
4. **Contribuir** para a promoção da saúde da população e prevenir o desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações. A partir do quadro epidemiológico apresentado, neste momento, serão priorizados na organização da rede os seguintes eixos temáticos, dentro dos quais serão desenvolvidas as linhas de cuidado para as doenças/fatores de risco mais prevalentes:
 - Doenças Reno cardiovasculares;
 - Diabetes;
 - Obesidade;
 - Doenças respiratórias crônicas;
 - Câncer (de mama e colo de útero).

A organização da RAS passa pela definição do modelo de atenção à saúde, ou seja, O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento da RAS, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade . O modelo de atenção à saúde é fundamental para a estruturação da rede. Ele define a forma como a atenção é realizada na rede e como os diversos pontos se comunicam e se articulam. De acordo com as diretrizes para a implementação da RAS, é necessária uma mudança no modelo hegemônico no SUS, que é centrado na doença e, em especial, no atendimento à demanda espontânea e na agudização das doenças crônicas. Ou seja, a implantação da RAS exige uma intervenção concomitante sobre as doenças agudas e crônicas, em uma organização que construa a intersetorialidade para a promoção da saúde, contemple a integralidade dos saberes com o fortalecimento do apoio matricial, considere as vulnerabilidades de grupos ou populações e suas necessidades, qualificando e fortalecendo as ações sobre as doenças Ele tem como princípios:

- Organização da atenção à saúde;
- Recursos da comunidade;

- Autocuidado apoiado;
- Desenho da linha de cuidado;
- Suporte às decisões clínicas;
- Sistema de informações clínicas

Na estrutura da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, a Atenção Básica à Saúde (ABS) tem caráter estratégico por ser o ponto de atenção com maior capilaridade e potencial para identificar as necessidades de saúde da população e realizar a estratificação de riscos que subsidiará a organização do cuidado em toda a rede. É responsável também por realizar ações de promoção e de proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde para a maior parte da população. Desse modo, o desenvolvimento do cuidado integral à saúde que impacte na situação de saúde, na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades passa por um papel central da ABS, de modo articulado com os demais pontos de atenção da rede. Para que a ABS desempenhe efetivamente seu papel de ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, é fundamental garantir sua expansão e qualificação em todo o território nacional. Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família é a principal estratégia de organização e expansão da ABS; o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade é o principal indutor da ampliação do acesso e da qualidade do cuidado; e o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde possibilita a qualificação da infraestrutura da ABS. As ações para a qualificação da ABS, sejam relacionadas à infraestrutura dos serviços, à oferta diagnóstica e terapêutica, ao processo de trabalho dos profissionais e outras, precisam ser desenvolvidas de forma coerente com a atuação em rede, respondendo de forma efetiva às necessidades de saúde da população adstrita. Nesse sentido, destaca-se a ABS forte e robusta, com boa cobertura populacional, enquanto item essencial para a constituição da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. Também assume importância a implantação dos serviços de ABS para populações específicas (equipes de Saúde da Família para populações ribeirinhas, Unidades Básicas de Saúde Fluviais, equipes de Consultório na Rua) e a expansão e aprimoramento do apoio matricial às equipes de referência da ABS por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Para ter sucesso, a ABS precisa de profissionais qualificados para atender, de maneira integral, aos principais problemas de saúde daquela população. Isso exige processos de educação permanente voltados para a realidade de trabalho daqueles profissionais. 15 Para que a ABS seja realmente resolutiva, em especial no cuidado às pessoas com doenças crônicas, é fundamental que a RAS disponha de fortes sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico. Os sistemas de tele consultoria são instrumentos importantes para a qualificação da atenção e podem ser também incorporados enquanto elementos para regulação na RAS. Outro importante apoio para a ABS são os equipamentos de telediagnóstico, que podem ampliar a oferta de serviços atualmente sobrecarregados ou que se concentram em poucos municípios, muitas vezes distantes dos usuários e das equipes da atenção básica. Nesse sentido, o programa Teles saúde Brasil Redes vem apoiar a integração dos pontos de atenção por meio de apoio diagnóstico e da segunda opinião formativa. Os sistemas de informação, como o uso do prontuário eletrônico, fornecem subsídios precisos para a estratificação de risco da população, planejamento e acompanhamento do cuidado na RAS, favorecendo também a comunicação entre a ABS e os diferentes pontos de atenção. No tocante ao apoio terapêutico, a garantia da assistência farmacêutica para atenção às doenças crônicas, tanto dos medicamentos da farmácia básica

quanto daqueles da farmácia especializada/estratégica, é fundamental. Mas também é preciso garantir outras ofertas terapêuticas na RAS, como as práticas integrativas e complementares (homeopatia, acupuntura, entre outras) e as práticas corporais. Nesse sentido, os polos do programa Academia da Saúde tornam-se espaços privilegiados para essas atividades. O apoio ao autocuidado também deve ser ofertado, a exemplo de outros países que utilizam com sucesso ferramentas como o call center para manter contato com os usuários que precisam de acompanhamento diferenciado, como após a alta hospitalar decorrente do processo de agudização de uma condição crônica, ou como forma de acompanhar a pessoa que está com dificuldade em praticar o autocuidado. A estrutura de call center é flexível, podendo ser um serviço mais estruturado ou uma ação mais simples, caracterizada apenas por uma ligação telefônica da equipe de atenção básica para saber como está a pessoa, suas dificuldades, conquistas e novas soluções. No âmbito da ABS, a promoção da saúde deve ser considerada como ação estratégica. Para isso, a articulação intersetorial com os demais equipamentos sociais do território (escolas, associações de moradores, igrejas) e as lideranças comunitárias é essencial para o desenvolvimento de estratégias conjuntas que impactem positivamente nas condições determinantes da saúde da população.

Infraestrutura é composta por equipamentos terminais, instalados nas unidades de saúde que compõem o SUS, por equipamentos servidores instalados nas secretarias estaduais e municipais de saúde e no Ministério da Saúde.

O sistema permite a coleta de uma série de informações vinculadas ao atendimento realizado, contribuindo para a organização de serviços de saúde e para ampliação e qualificação do acesso dos usuários aos mesmos.

Entre os objetivos do projeto, destacam-se:

- construção de uma base de dados de histórico clínico;
- imediata identificação do usuário, com agilização no atendimento;
- ampliação e melhoria de acesso da população a medicamentos;
- possibilidade de revisão do processo de compra de medicamentos;
- integração de sistemas de informação;
- acompanhamento dos fluxos assistenciais, ou seja, acompanhamento do processo de referência e contra referência dos pacientes;
- revisão dos critérios de financiamento e racionalização dos custos;
- acompanhamento, controle, avaliação e auditoria do sistema e serviços de saúde;

(i) gestão e avaliação de recursos humanos.

• **As equipes de ESF serão compostas minimamente por:**

01 médico generalista ou Especialista em Saúde da Família (40hs semanais),

01 enfermeiro generalista ou Especialista em Saúde da Família (40hs semanais), 02 auxiliares ou técnico de enfermagem (40hs semanais) e

04 agentes comunitários de saúde (40hs semanais).

Poderá ser composta, segundo a necessidade, equipes de ESF + ESB (Equipe de Saúde Bucal), com

01cirurgião-dentista generalista ou Especialista em Saúde da Família (40hs semanais) e
01 atendente de saúde bucal (40hs semanais).

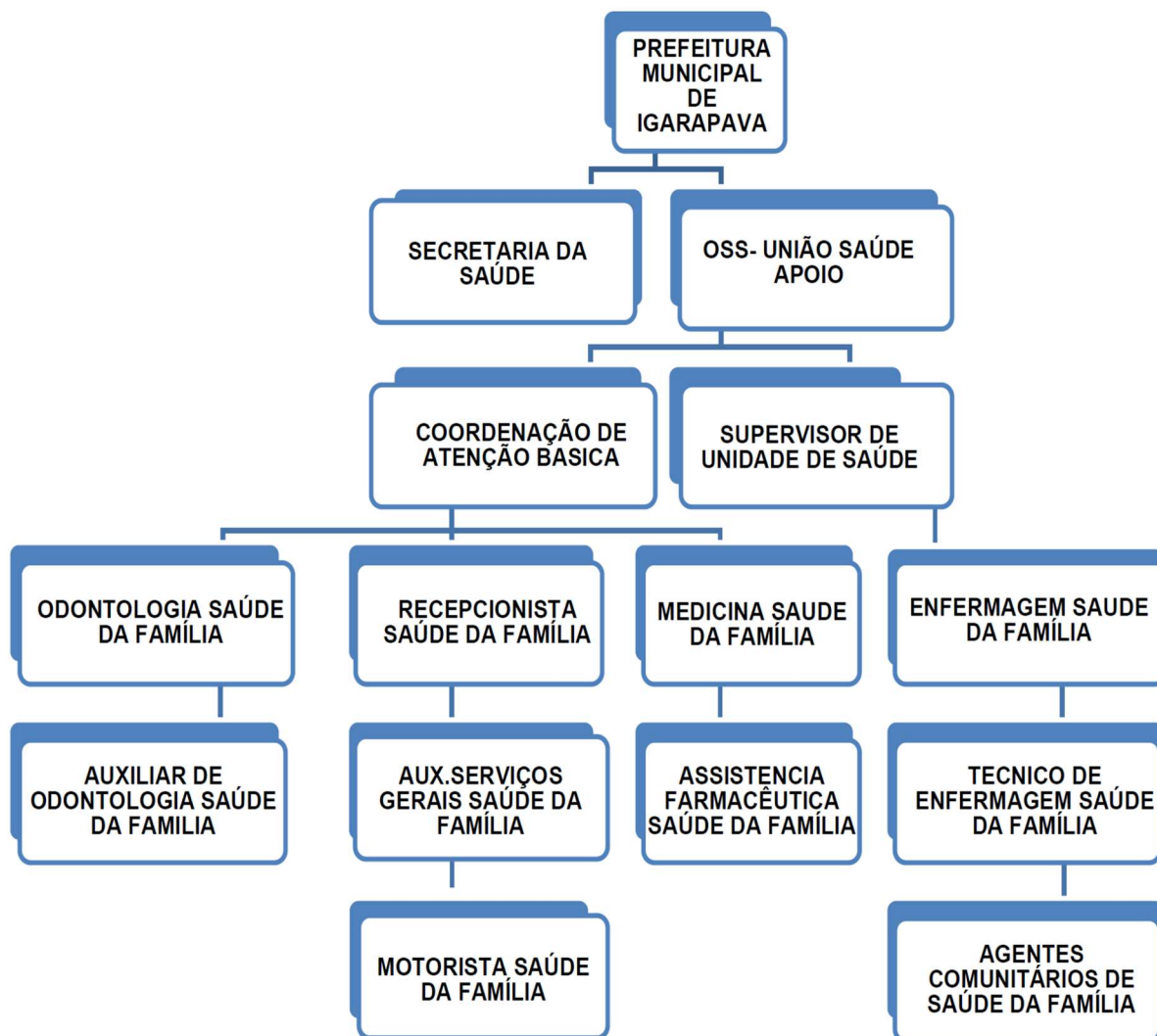
Conta ainda, com 01 (um) carro com motorista para suporte à Atenção Básica – PSF
(visita às unidades de saúde, entrega de insumos, transporte de técnico de
equipamentos).

As Equipes de Saúde atuam nas Unidades de Saúde abaixo relacionadas:

INSERIR AS UNIDADES CONFORME EDITAL

Unidade de Saúde da Família “ESF” CENTRAL
Unidade de Saúde da Família “ESF” Evaristo Rodrigues Nunes
Unidade de Saúde da Família “ESF” Saudade
Unidade de Saúde da Família “ESF” Valda Maria dos Santos Souza
Unidade de Saúde da Família “ESF” Vila Gomes
Unidade de Saúde da Família “ESF” Waldir Dib Matar

QUADRO SAÚDE DA FAMÍLIA ESF



12. SAÚDE DA FAMÍLIA PSF

SAÚDE BUCAL.

Unidade de Atenção Odontológica ESF.

Durante anos o acesso dos brasileiros à saúde bucal sempre foi extremamente difícil e limitado. Esta demora na procura ao atendimento aliada aos poucos serviços odontológicos oferecidos faziam com que o principal tratamento oferecido pela rede pública fosse a extração dentária, perpetuando a visão da odontologia mutiladora e do cirurgião-dentista com atuação apenas clínica.

Em virtude dessa realidade a UNIÃO SAÚDE APOIO está realizando investimentos como ampliações dos espaços físicos e aquisição de equipamentos e materiais de consumo odontológico, com isso será possível garantir a ampliação e o acesso da população ao atendimento especializado, como o tratamento endodôntico (canal) que reflete diretamente na diminuição das extrações dentárias, fazendo com que o município alcance a meta.

Para fazer frente ao desafio de ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos que será implantado uma unidade de atenção odontológica, na unidade, uma equipe de saúde bucal para o atendimento qualificado da população de Caieiras.

unidade de atenção odontológica, estará preparada para oferecer à população, os seguintes serviços:

O Programa de Saúde da Família (PSF) constitui uma estratégia de reorganização do sistema de atenção à saúde à população brasileira. De acordo com o documento oficial que define as bases do programa, a Estratégia Saúde da Família (ESF) pauta suas ações priorizando a proteção e promoção à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades de forma integral e continua.

Ações das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família:

- Ações de promoção e proteção de saúde;
- Ações de recuperação;
- Prevenção e controle de câncer bucal;
- Incremento da resolução da urgência;
- Inclusão de procedimentos mais complexos na Atenção Básica;
- Inclusão da reabilitação protética na Atenção Básica;

Independente da modalidade adotado recomenda-se que os profissionais de Saúde Bucal, compartilhem a gestão e o processo de trabalho da equipe tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território que a ESF à qual integra, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes.

Brasil Sorridente

O Brasil Sorridente - Política Nacional de Saúde Bucal - é o programa do governo federal que tem mudado a Atenção da Saúde Bucal no Brasil. De modo

a garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal da população brasileira, o Brasil Sorridente reúne uma série de ações para ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os tratamentos oferecidos na unidade de atenção odontológica é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de atenção básica pelas equipes de saúde bucal.

Gerenciamento;

Organização, planejamento e execução das atividades que facilitam o processo de trabalho.

13. ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS E FINANCEIRAS

O SUS é uma rede hierarquizada, regionalizada e descentralizada sob comando único em cada nível de governo: federal, estadual e municipal.

É, pois, um sistema complexo, dinâmico e em constante evolução. Para acompanhar seu processo de crescimento, suas ações, seus indicadores e resultados, foram desenvolvidos diferentes sistemas e redes de informações estratégicos, gerenciais e operacionais, que permitem a tomada de melhores decisões.

O Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA) utiliza esses sistemas e redes como ferramentas para obtenção de dados, análise e suporte à realização de auditorias analíticas e auditorias operacionais (in loco). Dos sistemas e redes de informações disponíveis, os mais utilizados pelo SNA são:

- **Sinasc – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos Disponibiliza o número de nascidos vivos, as características da mãe, do parto e da criança ao nascer. Compõe os dados para o cálculo da taxa de mortalidade infantil, cujo denominador é o número de nascidos vivos.**

DENASUS DEPARTAMENTO NACIONAL DE AUDITORIA DO SUS.

✓ Sinan – Sistema Nacional de Agravos de Notificação Informa as doenças de notificação obrigatória (diarréias, dengue, malária, meningite) que estão ocorrendo, em qual localidade, a idade e o sexo das pessoas.

✓ Sisvan – Sistema de Informações de Vigilância Alimentar e Nutricional Fornece as características das crianças na faixa etária de 0 a 5 anos e das gestantes, identificando, inclusive, o número de gestantes desnutridas.

✓ Siab – Sistema de Informações de Atenção Básica Apresenta informações sobre os Programas: Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família, quanto ao número de nascidos vivos, número de crianças menores de 2 anos, pesadas e vacinadas, as gestantes cadastradas, número de hipertensos, diabéticos, hansenianos e tuberculosos, o número de visitas domiciliares e o número de consultas realizadas por médicos e enfermeiros.

✓ SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade Fornece o número de óbitos ocorridos no município e no estado, a causa determinante da morte por

idade, sexo e localidade. Subsidia também o cálculo da taxa de mortalidade infantil e mortalidade materna, dentre outras.

✓ Rnis – Rede Nacional de Informações em Saúde Integrada à internet, promove acesso e intercâmbio de informações em saúde para gestão, planejamento e pesquisa aos gestores, agentes e usuários do SUS.

✓ Ripsa – Rede Interagencial de Informações para a Saúde Disponibiliza dados básicos, indicadores e análises de situação sobre as condições de saúde e suas tendências no País, para melhorar a capacidade operacional de formulação, coordenação e gestão de políticas e ações públicas dirigidas à qualidade de saúde e de vida da população.

14. Organização de Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME

O arquivamento de prontuários será realizado eletronicamente através do SIG – Sistema de Informações Gerenciais que iremos implantar. Tal procedimento ocorrerá de forma eletrônica e automática na medida em que o sistema é alimentado, eliminando a necessidade de papéis, prateleiras e espaço físico.

O controle desse arquivamento será realizado pelo nosso Departamento de TI e a inspeção, o fornecimento de cópias aos pacientes quando requeridas, serão dirigidas pela CARP – Comissão de Análise e Revisão de Prontuários. Assim o Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME, não necessitará de espaço físico para estocagens de prontuários de papel, sendo que o resgate de informações ocorrerá de forma eletrônica, por meio de consultas no SIG.

Já a geração de estatísticas, poderá ser customizada de diversas formas possíveis que o SIG disponibilizará automaticamente, de várias formas personalizadas, customizadas de acordo com as determinações exigidas, através da formatação de relatórios gerenciais específicos de acordo com as necessidades de cada setor da Unidade

SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatística

Possibilita o controle de múltiplos locais de arquivamento de documentos SAME para cada unidade de saúde, controlando o acesso para cada operador e definindo os setores solicitantes;

Possibilita o cadastro dos documentos de cada usuário com arquivamento nos locais de SAME. Possibilitar informar o tipo e data do documento, data e horário de entrada, localização física, situação e motivo de baixa;

Possibilita o registro de solicitações de documentos SAME informando o local SAME, unidade de saúde, setor e profissional solicitante, motivo da solicitação, usuário e observações. Possibilitar a solicitação em lote dos documentos de todos os usuários com agendamentos de consultas conforme unidade de saúde, setor, profissional e data de atendimento. Possibilitar a impressão de documento de solicitações de documentos SAME;

Possibilita a saída de documentos SAME selecionando as solicitações pendentes por unidade de saúde e setor solicitante. Ao confirmar a saída identificar data, horário e

responsável. Possibilitar a impressão de documento de saídas de documentos SAME; possibilita o cancelamento de solicitações de documentos SAME;

Possibilita a transferência de documentos SAME selecionando as solicitações com devolução pendentes por unidade de saúde e setor solicitante. Informar unidade de saúde e setor de destino, profissional solicitante e motivo da solicitação. Identificar data, horário e responsável. Possibilitar a impressão de documento de transferências de documentos SAME;

Possibilita a devolução de documentos SAME selecionando as solicitações com devolução pendentes por unidade de saúde e setor solicitante. Ao confirmar a devolução identificar data, horário e responsável. Possibilitar a impressão de documento de devoluções de documentos SAME;

Possibilita a visualização de histórico de movimentações de documentos SAME por usuário e período. Mostrar informações de documentos SAME, solicitações e movimentações de documentos SAME do usuário;

Emite relatório de solicitações de documentos SAME por unidade de saúde e setor SAME, usuário, sexo, município, unidade de saúde solicitante, setor solicitante, profissional solicitante, motivo de solicitação e situação;

Emite relatório de transferências de documentos SAME por unidade de saúde e setor SAME, usuário, sexo, município, unidade de saúde solicitante, setor solicitante, profissional solicitante e motivo de solicitação;

Emite relatórios comparativos de solicitações de documentos SAME em anos e meses anteriores, com percentual de aumento ou diminuição nas solicitações em cada período.

Descrição de Procedimentos Para Análise de Rotinas e de Riscos à Saúde

O SAME, para fins de dados estatísticos, epidemiológicos e de uso primordial para futuras ações isoladas ou em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde – SMS e/ou Prefeitura Municipal de Igarapava, previstas ou não pela SMS e sua área técnica, informará todos os casos de notificação obrigatória, acompanhados de sua devida documentação obrigatória, dentro dos prazos preconizados pela Vigilância Epidemiológica do Município de Igarapava.

Os dados estatísticos, epidemiológicos e toda prevalência das moléstias identificadas durante o atendimento à população, serão enviados para SMS mensalmente através de relatórios circunstanciados.

Além disso, ficaremos a disposição para o desenvolvimento de ações em conjunto ou de projetos que sejam desenvolvidos e aplicados pela SMS, no combate a doenças ou na profilaxia das mesmas.

Como já dito, tais dados e informações serão relatorizados, para que em conjunto com a SMS, realizemos análises detalhadas de riscos às populações adstritas, com a intenção de se estabelecer junto aos departamentos técnicos da SMS, assim como junto à Vigilância Epidemiológica do Município, um celeiro com subsídios de dados e informações, para se estabelecer ações programadas e ordenadas, no sentido de minimizar os riscos à saúde de tais populações, constituindo-se num importante recurso de prevenção.

Os documentos deverão ser arquivados no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) da Unidade, que funcionará de segunda a sexta-feira, em horário comercial

das 08:00 às 12:00 e das 14:00 às 18:00h (exceto em dias feriados) e será responsável por fornecer e organizar os prontuários e viabilizar as atividades diárias de todas as especialidades médica da unidade. Esse departamento será dividido em três áreas centrais: ativa, semiativa e cadastro no ambulatório. O acervo de prontuários será guardado, de acordo com o Comitê de Ética da Unidade por 20 anos.

Os equipamentos utilizados para armazenagem no SAME ativo são arquivos deslizantes que acondicionam prontuários referentes aos últimos 8 anos e no semiativo serão utilizados estantes de aço que armazenará os anos anteriores. Todos os exames serão arquivados junto ao prontuário do paciente.

O SAME servirá de suporte para as pesquisas médicas e/ou multiprofissionais, desde que aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa que deverá ser implantado de acordo com o cronograma anual.

O prontuário físico será ainda necessário até a completa implantação do prontuário eletrônico, ao qual deverá ser organizado em pastas de forma eficiente, utilizando cores, etiquetas e divisões que facilitem o seu manuseio e a procura por informações do paciente.

Planos de gestão e reavaliação far-se-ão necessários para extrair a máxima eficiência do serviço. A OS objetiva anualmente realizar campanha de recadastramento com a finalidade de tornar mais fácil a comunicação e a localização dos pacientes que realizarão alterações cadastrais.

Os registros dos pacientes serão feitos dentro dos módulos do sistema integrado que será implantando da Unidade, e serão utilizados para registrar todos os processos de entrada do paciente, solicitação de internação e/ou transferência e alta de pacientes, visando garantir sua identificação permanente de todo seu histórico na unidade, com um único prontuário.

Para isso serão realizados os seguintes fluxos:

A – Fluxos Auxiliares (Recepção Entrada) A1. Pesquisa e cadastramento de pacientes.

Objetivo: Localizar um determinado paciente através de seu número de Registro Local do Paciente (RLP), de seu Cartão Nacional de Saúde (CNS) ou de seu nome, e, caso o paciente não se encontre cadastrado na base de dados, cadastrar esse paciente.

Descrição: Este fluxo se inicia quando é necessária a localização ou o cadastro dos dados de um paciente para preenchimento de solicitação de atendimento em uma unidade ESF, ambulatorial ou de um atendimento hospitalar com urgência.

A4. Consulta de atendimentos Anteriores na Unidade

Objetivo: Exibir os dados de atendimentos retroativos.

Descrição: Este fluxo se inicia sempre que é necessário consultar os dados de um atendimento pregresso (ou solicitação de internação) independentemente de sua situação.

A5. Emissão de relatórios

Objetivo: Exibir e imprimir relatórios operacionais relativos aos atendimentos

registradas pelo módulo do sistema integrado.

Uma vez que o paciente se encontre em observação e/ou internado, o leito utilizado por ele ficará ocupado até que seja liberado para novas alocações. Isto deve ser feito pela equipe assistencial no momento da alta do paciente. Lembre-se que a alta deve ser informada assim que ocorra para que o leito seja liberado.

B– Fluxos Administrativos (Serviço De Prontuários Do Paciente – SPP).

Objetivo: Fazer a conferência de toda documentação e providenciar arquivamento e guarda dos mesmos conforme preconizado em Lei.

Descrição: Todos os prontuários dos pacientes enviados pelo Faturamento deverão estar com a documentação em ordem conforme o preconizado pela Lei de arquivamento. Só serão recebidos no SPP, os prontuários já faturados e listados com nomes e número de prontuário para conferência no ato do recebimento.

O Serviço de Arquivo utilizará o sistema de arquivamento com base no método alfanumérico que é uma opção para a organização de registros e, como outros métodos de armazenamento, dá aos usuários um método sistemático para armazenar e acessar informações importantes. Trata-se de um sistema que é uma combinação de letras (organizadas de A até Z) e números (ordenados do menor ao maior).

O sistema alfanumérico utiliza uma combinação de nomes (geralmente um assunto) e dígitos. Quando grandes, eles geralmente utilizam acesso direto, ou seja, um índice ou um código deve ser consultado para recuperar um arquivo. Tais sistemas de larga escala são geralmente automatizados.

O Prontuário do paciente é o documento legítimo e individual deste, contendo dados e informações pessoais, bem como do ponto de vista médico social – tratamento clínico, resultados de exames, situação atual, descrição cirúrgica prévia, resultados e conclusões. É um instrumento dinâmico que uma vez iniciado permanece acerto por tempo indeterminado, atendendo sempre que o paciente recorrer à instituição.

Com o objetivo de garantir a continuidade do cuidado ao paciente admitido na Unidade, o prontuário acompanha o paciente em todo o processo de atendimento, que é padronizado e mantido no SAME.

Os documentos do paciente dispõem dos dados: data e hora da admissão, condições de admissão, antecedentes (clínicos, cirúrgicos, alérgicos, imunização), diagnóstico, conclusões ao final do tratamento, destino do paciente, condições do paciente no momento da alta ou transferência, orientações pós-alta para a continuidade do tratamento e retorno desejável para reavaliação.

O prontuário deverá ser composto de ficha de atendimento, impresso de classificação de risco, prescrição médica, evolução médica, prescrição de enfermagem e evolução de enfermagem, formulários específicos dos demais profissionais e registro de profissionais, termo de consentimento e ficha de controle de sinais vitais.

As informações contidas no prontuário pertencem ao paciente e estão sob a guarda e supervisão permanente da Unidade – Elas serão guardadas pelas seguintes

legislações:

Seção IV do código Penal: Artigos 153 e 207. Código Civil: Artigo 241.

Código Civil: Artigo 177.

Código de Ética Médica, Capítulo V – Artigos 69 e 70 e Capítulo IX – Artigo 108.

Conselho Federal de Medicina, Resolução 1.605, de 15/09/2000: Artigos de 1º a 9º.

Conselho Federal de Medicina (CFM) – Resolução 1.638 de 15/07/2002.

Conselho Federal de Medicina – Resolução 1.639 de 15/07/2002.

A criação e revisão de impressos deverá seguir um fluxo estabelecido pelo Arquivo para revisão ou criação de novos impressos, devendo ser controlado pela Coordenação do Arquivo, em relação aos padrões de formatação do documento, e fluxo de solicitação de impressos novos e revisados, avaliação, validação e aplicabilidade do conteúdo em conformidade com os padrões da Unidade

Deve contar com a participação dos líderes da equipe multiprofissional e validação da Alta Diretoria da Unidade.

O Arquivo deve auditar de maneira sistematizada, o nível de conformidade de preenchimento do prontuário.

A emissão de cópias de quaisquer informações do prontuário do paciente é proibida, a não ser que tenha consentimento por escrito do paciente ou seu representante legal. Esse consentimento deverá ser declarado em formulário próprio, fornecido pelo Arquivo, mediante a presença de duas testemunhas:

Esposo (a).

Representante legal atuante de direito. Filho (a) adulto (a).

Irmã (o) adulta (o) guardião (o) responsável.

A cópia deverá ser realizada nas dependências do Arquivo e, em condições excepcionais, poderá ser realizada em outro local, desde que acompanhada por um colaborador do arquivo (seguindo as normas estabelecidas pelo setor). Todos os prontuários xerocados, e suas respectivas cópias deverão ter suas páginas numeradas, frente e verso.

TECNOLOGIA COMO DIFERENCIAL

15. SERVIÇO DE INFORMATIZAÇÃO

A UNIÃO SAÚDE APOIO têm direcionado seus esforços no aprimoramento na área de informatização em saúde, buscando acompanhar o avanço tecnológico e a propagação rápida de informações e serviços.

As palavras de ordem, são descentralização administrativa, informalidade de comunicação com eficiência e responsabilidade, estimulando a renovação constante em busca da máxima eficiência de atendimento a consumidores e clientes, não importando a sua natureza e interesses.

Um Sistema de Informação pode ser definido como um conjunto de componentes inter-relacionados que coletam, processam, armazenam e distribuem informação para a tomada de decisões e controle.

A informatização requer implantação de um sistema integrado que seja capaz de gerenciar as áreas assistenciais, científicas, e administrativas, ou seja, uma solução modular que possa atender individualmente cada unidade, mas também interligada operacionalmente com todas as demais unidades, permitindo a interface das

informações e o controle geral da direção.

Na área da gestão de Saúde, vem-se desenvolvendo trabalhos que direcionam para a implementação de sistemas alternativos às gerências tradicionais existentes baseados em antigos modelos administrativos, visando manter a organização, a qualidade dos serviços prestados e a satisfação dos funcionários e clientes.

A mecanização e repetitividade do trabalho são contempladas por este modelo obsoleto de sistema, onde a falta de comunicação impera, provocando por vezes, um colapso na rede de atendimento.

O alto custo operacional é uma consequência inevitável de um modo de gerir defasado, baseado no excesso de informações desnecessárias e descentralizados.

No Brasil os sistemas de informação, tanto públicos quanto particulares, foram desenvolvidos e aperfeiçoados de maneira desordenada, esquecendo-se a padronização de dados e a compatibilização de informações, registrando dados de maneira incompleta e por muitas vezes desnecessária ou até mesmo descomprometida. A qualidade da implantação de um sistema de informações eficaz exige grande empenho dos profissionais da área de saúde, objetivando tornar as informações as mais claras possíveis, economizando tempo e aperfeiçoando a rede de atendimento à saúde.

Os sistemas de informação na área de saúde, independentemente de sua natureza, vêm sendo progressivamente considerado um elemento de crucial importância no entendimento adequado das necessidades reais da população. É inconcebível que um banco de dados em âmbito nacional ainda não esteja sendo utilizado, ou esteja sendo subutilizado no sentido da instrumentalização do setor de atendimento à saúde.

Fundamente-se essa afirmação no fato de que, observando-se as características dos sistemas de informação, que agregam um sem número de dados, como também o gradual crescimento da preocupação dos gestores de saúde em inteirar-se do funcionamento dos recursos tecnológicos avançados como ferramentas de gestão da saúde.

A UNIÃO SAÚDE APOIO acredita que para a realização de um serviço de alto nível de qualidade todos os serviços devem estar interligados através de um sistema único e eficiente, tornando as unidades de Igarapava em unidades digitais, para isso implantaremos o Serviço Integrado de Informações, fornecendo a Secretaria Municipal de Saúde de Igarapava, em tempo real, as informações básicas, relevantes e estratégicas para o seus planejamentos Anual e Emergencial. Garantindo a padronização nos procedimentos, precisão no diagnóstico e qualidade na assistência, Prontuário on line do Paciente.

A UNIÃO SAÚDE APOIO irá transformar as unidades de Igarapava, em unidades digitais por meio de:

- Medicina baseada em evidências;
- Eliminação do papel, eficiência ambiental;
- Foco no aumento da produtividade, qualificação e ensino continuado;
- Aumento na segurança do paciente, resolutividade;
- Responsabilidade no uso dos recursos públicos;

MELHORAS ADQUIRIDAS NA GESTÃO DA INFORMAÇÃO – UNIÃO SAÚDE APOIO.

Elimina a ociosidade das salas, consultórios e equipamentos de diagnósticos, aumentando a produtividade da equipe médica.

Reduz a probabilidade de erros médicos por meio do prontuário on line do paciente, com acesso fácil, rápido a todas as informações e histórico dos pacientes, permitindo maior assertividade na assistência.

Reduz o tempo de fechamento das contas, aumentando o faturamento e evitando perdas financeiras, através de um alto controle aplicado nas regras de negócios dos convênios e planos.

Assegura o correto ciclo de compras, eliminando os desperdícios e aumentando a eficiência na gestão de materiais, sejam produtos, equipamentos, medicamentos ou serviços.

Aumenta o capital de giro e reduz custos com a otimização do processo de compras baseado em níveis de estoque e histórico de consumo.

Reduz as filas de pacientes, descongestionando o serviço e humanizando o atendimento.

Benefícios

Viabiliza a gestão à vista de indicadores assistenciais, administrativos e financeiros para acompanhamento e controle dos resultados da instituição.

Facilita o acesso e distribuição de informações estratégicas em tempo real. Flexibiliza as formas de visualização de resultado, de acordo com as preferências do usuário.

Facilita a comunicação interna e o envolvimento de todos os colaboradores com foco em resultado.

Equaliza o conhecimento de todos os profissionais e estabelece foco para as metas a serem atingidas. Fornece transparência nas informações, facilitando o comprometimento da equipe.

Proporciona mobilidade aos gestores através de aplicativo para tablets e smartphones, garantindo acesso às informações a qualquer momento e em qualquer lugar.

Facilita a gestão com o monitoramento de tendências, resultados de indicadores e projetos.

Monitora o desempenho de cada colaborador frente à execução da estratégia por meio da gestão de responsabilidade.

Vincula todas as informações (objetivos, projetos, indicadores e pessoas) à estratégia, tornando fácil e ágil a tomada de decisões e a análise dos impactos.

Conduz a organização à melhoria dos seus processos através da metodologia PDCA.

Promove o desenvolvimento pessoal e profissional a partir da metodologia de diagnóstico e análise de desempenho individual ou em grupo.

Possibilita a análise de indicadores externos, viabilizando a prática de benchmarking.

Monitora os riscos através de mapas, gráficos e práticas de controle com auditorias.

Identifica os riscos que impactam na estratégia da organização e monitora os riscos ligados aos pacientes.

Monitora as não conformidades e registros de ocorrência e controla as avaliações de eficácia sobre as ações tomadas.

Contempla o monitoramento de ocorrências sentinelas, se antecipando a prováveis eventos adversos e agindo com prevenção.

16. INVENTARIO DE EQUIPAMENTOS

O conhecimento da quantidade e da qualidade dos equipamentos (de infraestrutura, apoio e aplicação direta ao paciente) existente é de fundamental importância para a estruturação de um departamento de manutenção. Embora exista uma tendência de se atribuir pouca importância à realização de um inventário, é recomendável aproveitar essa oportunidade, para a obtenção de dados que serão bastante úteis na elaboração da proposta de implantação e gerenciamento do departamento ou grupo de manutenção.

A equipe especializada da UNIÃO SAÚDE APOIO utilizará uma relação das informações obtidas através de um levantamento de cada equipamento que podem ser utilizadas na implantação, dimensionamento e gerenciamento do grupo de manutenção:

- ✓ Os tipos e a quantidade de equipamentos disponíveis no serviço ou unidade;
- ✓ Se existe a possibilidade de rearranjo dos equipamentos no serviço ou unidade;
- ✓ Se existem equipamentos de reserva por serviço ou unidade;
- ✓ Os problemas existentes para a operação dos equipamentos;
- ✓ A média diária de atendimentos;
- ✓ A capacidade ociosa do serviço;
- ✓ Os problemas e limitações existentes para a execução de um determinado serviço; Equipamentos Médico e o Gerenciamento da Manutenção;
- ✓ Tipo (preventiva e, ou corretiva), local (interna e, ou externa) e a qualidade da manutenção executada.
- ✓ O conjunto das informações acima é de grande importância para:
- ✓ O planejamento dos recursos necessários para a implantação do grupo de manutenção;
- ✓ A definição do perfil dos técnicos a serem contratados;
- ✓ A avaliação periódica do setor de manutenção;
- ✓ O estabelecimento de metas e cronogramas de execução de serviços de manutenção;
- ✓ O tipo de manutenção a ser executada por grupo de equipamentos;
- ✓ Os contratos de manutenção externos que devem ser mantidos;
- ✓ A elaboração de programa de manutenção corretiva;
- ✓ A elaboração do programa de manutenção preventiva;
- ✓ Os serviços que devem ser priorizados no atendimento de corretiva;
- ✓ Elaboração do programa de treinamento a ser feito por técnicos de manutenção;

A elaboração do programa de treinamento para os operadores de equipamentos. É possível também a elaboração de um estudo para programação da desativação e possível substituição de equipamentos em virtude da quantidade de quebra, tempo de ociosidade, (equipamento deixa de produzir durante o período de manutenção) e custos de manutenção envolvidos.

DO CONCEITO DE MATERIAL

Designação genérica de equipamentos, componentes, sobressalentes, acessórios, veículos em geral, matérias-primas e outros itens empregados ou passíveis de emprego nas atividades das organizações públicas federais, independentemente de qualquer fator, bem como, aquele oriundo de demolição ou desmontagem, aparas, acondicionamentos, embalagens e resíduos economicamente aproveitáveis.

DO CONCEITO DE MATERIAL DE USO E CONSUMO

Nos termos da Portaria Nr 448, de 13 de setembro de 2002, emanada pela Secretaria do Tesouro Nacional, Material de Consumo é aquele que, em razão de seu uso corrente e da definição da Lei Nr 4320/64, perde normalmente sua identidade física e/ou tem sua utilização limitada a 2 (dois) anos.

17. CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO COM PRAZOS

DESCRIÇÃO

primeiro trimestre

IMPLANTAÇÃO DE NORMAS E ROTINAS BÁSICAS

IMPLANTAÇÃO DE TODO O PROGRAMA DE ESF

ESTABELECIMENTO DO PROGRAMA DE COMISSONAMENTO DE APARELHOS, EQUIPAMENTOS E INSTRUMENTOS DISPONIBILIZADOS

SEGUNDO TRIMESTRE

IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE TÉCNICOS

IMPLANTAÇÃO DE TODOS SERVIÇO DE AUXILIARES

IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO ADMINISTRATIVO



18. REGULAMENTO DE COMPRAS DA UNIÃO SAÚDE APOIO

Art. 1 ° - O presente regulamento tem por finalidade estabelecer normas e critérios para compras e contratação de obras e serviços e aquisição de bens com emprego de recursos provenientes do Poder Público da UNIÃO SAÚDE APOIO, associação civil de caráter beneficente de promoção social à saúde, sem fins lucrativos, pessoa jurídica de direito privado, estabelecida na Rua Ibrahim Nobre, nº.151, Vila Carlito, Campinas SP, CEP: 13.043-070.

Parágrafo único. Este Regulamento se aplica a todos os dispêndios financeiros da Organização Social, inclusive os realizados por unidades descentralizadas.

Art.2° - Todos os dispêndios feitos pela Organização Social reger-se-ão pelos princípios básicos da moralidade e boa-fé, probidade, impessoalidade, economicidade e eficiência, isonomia, publicidade, legalidade, razoabilidade e busca permanente de qualidade e durabilidade, bem como pela adequação aos objetivos da entidade.

Art. 3 ° - O cumprimento das normas deste Regulamento destina-se a selecionar, dentre as propostas que atendem aos princípios do artigo anterior, a mais vantajosa para a Organização Social. Art.

4 ° - Todo o processo de compras, contratações de obras e serviços, aquisição de bens e locações de que trata este regulamento deve estar devidamente documentado, a fim de facilitar o acompanhamento, o controle e a fiscalização dos Contratos de Gerenciamento.

DAS COMPRAS

- Título I -Definição.

Art. 5 ° - Para fins do presente regulamento considera-se compra toda aquisição remunerada de bens de consumo e materiais permanentes para

fornecimento de uma só vez ou parceladamente, com a finalidade de suprir as unidades com os bens e materiais necessários ao desenvolvimento de suas atividades.

- Título II - Do procedimento de compras

Art. 6 ° - O procedimento de compras compreende o cumprimento das etapas a seguir especificadas:

- I - Solicitação de compras;
- II - Qualificação de fornecedores;
- III - Coleta de preço;
- IV - Apuração da melhor oferta;
- V - Emissão de ordem de compra.

Art. 7 ° - A qualificação do fornecedor candidato é composta pela verificação dos documentos legais e dos diplomas técnicos abaixo relacionados que deverão ser encaminhados via Correios ou entregues diretamente no departamento de compras de cada unidade ou na Central de Compras da UNIÃO SAÚDE APOIO, atualizados e dentro do prazo de validade.

CNPJ;

Inscrição Estadual;

Contrato Social com as alterações ou Estatuto; Autorização de Funcionamento Municipal;

CCM - Comprovante de Contribuintes Municipal.

Parágrafo único. Para o fornecimento de medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos são necessários também os documentos listados abaixo:

Cópia autenticada do registro no Ministério da Saúde publicada no Diário Oficial da União - obrigatório para fabricante e distribuidor;

Cartas de autorização de comercialização emitidas pelos fabricantes dos produtos, no caso de distribuidora ou representante;

Licença de Funcionamento emitida pela Vigilância Sanitária;

Certificado de Responsabilidade Técnica emitido pelo Conselho Regional de Classe, ou o protocolo de assunção desta responsabilidade técnica - obrigatório para fabricante e distribuidor;

Certificado de Boas Práticas de Fabricação e Controle de Produtos para Saúde, expedido pela ANVISA (renovação anual) - obrigatório para fabricante;

- Cópia autenticada da autorização especial para medicamentos da Portaria 344/98 SVSMS - obrigatório para fabricante e distribuidor.

Art. 8 ° - A coleta de preço será realizada por email ou fax, podendo também ser utilizado o Portal Eletrônico da Central de Compras da UNIÃO SAÚDE APOIO, com a participação de, no mínimo, 3 (três) fornecedores previamente qualificados pela unidade local.

Parágrafo Primeiro - O sistema de coleta de preço, que trata o caput deste artigo, e a qualificação de fornecedores, que trata o artigo 7.0 , serão dispensadas nos casos em que haja carência de fornecedor, exclusividade ou singularidade do objeto, necessidade emergencial de aquisição ou contratação de obra e/ou serviço e, ainda, no caso de ordem de compra ou contrato de pequeno valor, assim considerada aquela que não ultrapassar o valor de 8.000,00 (oito mil reais).

Parágrafo Segundo - Considera-se de urgência a aquisição de material/medicamento o inexistente no estoque ou cuja quantidade não atende ao estoque de segurança fixado para item, com imediata necessidade de utilização.

Art. 9 ° - A melhor oferta será apurada considerando menor preço ou a melhor técnica e preço, custo de transporte e seguro até o local de entrega, condição de pagamento, prazo de entrega, custo para operação do produto e disponibilidade para eventual necessidade de treinamento de pessoal.

Art. 10° - A ordem de compra ou contrato formal efetuado com o fornecedor encerra o procedimento de compras, devendo representar fielmente todas as condições realizadas na negociação.

DA CONTRATAÇÃO DE OBRAS E SERVIÇOS

- TÍTULO I - Definição Art.

11 ° - Para fins do presente Regulamento considera-se serviço toda atividade destinada a obter determinada utilidade de interesse da Organização Social, realizada por terceiros: demolição, conserto, instalação, montagem, operação, conservação, reparação, adaptação, manutenção, transporte, locação de bens, publicidade e seguro, consultoria, assessoria, hospedagem, alimentação, serviços técnicos profissionais especializados, produção artística, serviços gráficos, bem como obras civis, englobando construção, reforma, recuperação ou ampliação.

- TÍTULO II - Da contratação.

Art. 12º estabelecidas - Aplicam-se à contratação de serviços, no que couberem, todas as regras nos artigos 6.0 a 11º do presente Regulamento,

com exceção dos serviços técnicos profissionais especializados que ficam dispensados das exigências estabelecidas nos artigos 7.0 e 8.0 do presente Regulamento.

Art. 13º - Os contratos deverão estabelecer com clareza e precisão as condições de execução, aplicando-lhes as normas de direito civil, os princípios da teoria geral de contratos e as disposições do direito privado.

Art. 14º - A venda ou fornecimento de bens e serviços para a Organização Social implica a aceitação integral e irretratável dos elementos técnicos e instruções fornecidas aos interessados pela Organização Social, bem como a observância deste Regulamento e normas aplicáveis. Parágrafo único. Para todas as compras de bens e serviços deverão ser emitidas, pelo fornecedor, nota fiscal de venda ou nota fiscal/fatura de prestação de serviços.

Art. 15º - A critério da Organização Social poderão ser exigidas garantias de execução do contrato na modalidade de caução ou fiança bancária.

Art. 16º - A Organização Social caberá fiscalizar a execução dos contratos, podendo aplicar sanções previstas contratualmente, quando descumpridas as cláusulas pactuadas. Parágrafo único. A inexecução total ou parcial do contrato poderá acarretar a sua extinção respondendo a parte que a causou com as consequências contratuais e as previstas em lei.

● TÍTULO III - Dos Serviços Técnicos Profissionais Especializados.

Art. 17º - Para fins do presente Regulamento consideram-se serviços técnicos profissionais especializados os trabalhos relativos a:

- I - Estudos técnicos, planejamentos e projetos básicos ou executivos; II - Pareceres, perícias e avaliações em geral;
- III - assessorias ou consultorias técnicas, jurídicas e auditorias financeiras;
- IV - fiscalização, supervisão ou gerenciamento de obras ou serviços;
- V - Patrocínio ou defesa de causas judiciais ou administrativas; VI - treinamento e aperfeiçoamento de pessoal;
- VII - prestação de serviços de assistência à saúde em áreas específicas;
- VIII - informática, inclusive quando envolver aquisição de programas.

Art. 18º - A Comissão Permanente de Licitações deverá selecionar criteriosamente o prestador de serviços técnicos profissionais especializados, que poderá ser pessoa jurídica ou física, considerando a

idoneidade, a experiência e a especialização do contratado, dentro da respectiva área.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 19º - Para fins do presente Regulamento consideram Comissão Permanente de Licitações os associados da Organização Social de Saúde UNIÃO SAÚDE APOIO, indicados e aprovados pela Portaria ADM n º 001/2015, do Escritório Regional no Estado ou na Sede Social/Administrativa da UNIÃO SAÚDE APOIO.

Art. 20º - Os casos omissos ou duvidosos na interpretação do presente Regulamento serão resolvidos pela Comissão Permanente de Licitações, com base nos princípios gerais de direito.

19. MONITORAMENTO E PRESTAÇÃO DE CONTAS

O monitoramento de contas que consiste no acompanhamento das atividades previstas no contrato de gestão, na fiscalização da gestão da entidade e cumprimento de metas estabelecidas pelo contratante, garantindo a melhor gestão e assistência prestada aos usuários com evidência demonstrada e responsabilidade de melhoria contínua dos resultados, além da prestação de contas dos gastos no objeto do contrato de gestão e na equidade e economicidade das compras, verificando-se a prática de preços de mercado para os produtos adquiridos pela entidade.

Os recursos transferidos Pela Secretária Municipal De Saúde a UNIÃO SAÚDE APOIO serão mantidos por conta especialmente aberta para a execução do presente Contrato de Gestão em instituição financeira e os respectivos saldos serão obrigatoriamente aplicados.

O montante de recursos previstos e repassados à contratada a título de provisionamento deverá ser depositado em conta específica, em nome da UNIÃO SAÚDE APOIO, sendo vedada a utilização desses recursos para custear despesas que não sejam oriundas de processos rescisórios ou de provisionamentos obrigatórios, salvo expressa autorização pela contratante.

Na formulação da Proposta para Proposta Técnica para Organização, Gerenciamento Institucional e Prestação de Serviços e Ações de Saúde no XXX do Edital de Chamamento Público Nº01/2016, Processo Nº 054.001.938/2015, a UNIÃO SAÚDE APOIO irá computar todas as despesas e custos operacionais relacionados com os serviços a serem executados, especialmente os de natureza tributária (taxas e impostos), trabalhista, previdenciária e securitária (quadros de pessoal), bem como os gastos com o cumprimento das normas pertinentes à Saúde, Segurança e Medicina do Trabalho.

A contratada deve zelar pelo equilíbrio financeiro entre receita e despesa, de modo a evitar déficit orçamentário ou financeiro.

A PRESTAÇÃO DE CONTAS

As avaliações prestadas pela UNIÃO SAÚDE APOIO, serão monitoradas permanentemente por uma área da entidade supervisora que atuará junto a Governança da UNIDADES DE SAÚDE DE IGARAPAVA, bem como acompanhamento e direcionamento e acompanhamento da Estrutura de Governança da UNIÃO SAÚDE APOIO.

Através de Contrato de Gestão, o órgão auditor, estará periodicamente atualizado e receberá o relatório de gestão firmado para acompanhamento e estará efetivamente presente nas reuniões ordinárias a ser implantado para análise dos resultados e acompanhamento do desempenho da organização, baseando-se nos indicadores de gestão, qualidade e produtividade que são previstos no Contrato de Gestão estabelecido, bem como monitoramento das implantações e rotinas padronizadas de melhoria.

O controle é realizado permanentemente na fase de monitoramento, que consiste no acompanhamento das atividades previstas no contrato de gestão e na fiscalização da gestão da entidade, especialmente quanto à realização dos gastos no objeto do contrato de gestão e na equidade e economicidade das compras, verificando-se a prática de preços de mercado para os produtos adquiridos pela entidade.

As seguintes atividades são consideradas essenciais para a Proposta Técnica para Organização, Gerenciamento Institucional e Prestação de Serviços e Ações de Saúde na UNIDADES DE SAÚDE DE IGARAPAVA:

- ✓ Aferição das metas quantitativas e qualitativas e, respectivos prazos;
 - ✓ Análise contínua dos resultados com consequente implantação contínua de boas práticas;
 - ✓ Cobrança de cumprimento de obrigações e responsabilidades;
 - ✓ Análise de situações não previstas como ferramenta de melhoria contínua dos processos de trabalho;
 - ✓ Análise da utilização dos recursos financeiros, humanos e materiais;
 - ✓ Acompanhamento das atividades a fim de se verificar a correta aplicação e alcance da política pública;
 - ✓ Acompanhamento contínuo junto a estrutura de governança, para análise, discussão e planejamento das ações de melhorias contínuas da UNIDADES DE SAÚDE DE IGARAPAVA, com foco a gestão diferenciada e reconhecida em processos de trabalho com qualidade;
- Garantia assistência multidisciplinar segura e humanizada aos pacientes;
Prestação de contas com transparência.

O monitoramento e avaliação são de competência dos seguintes Órgãos:

- ✓ Órgão Estatal da área de atuação da UNIÃO SAÚDE APOIO: em relação ao pactuado, exercendo o monitoramento permanente das atividades, a fim de garantir o cumprimento e a qualidade dos resultados previstos, emitindo pareceres e notas técnicas e relatórios sobre o andamento dos trabalhos;
- ✓ PRESIDENTE Executivo UNIÃO SAÚDE APOIO: em relação aos resultados atingidos, correspondentes ao objeto pactuado no contrato de gestão, como instância superior no âmbito do Órgão Estatal contratante, e como instância de

controle social;

PRESIDENTE Administrativo UNIÃO SAÚDE APOIO: em relação à correta utilização dos recursos públicos repassados através dos contratos de gestão, para a realização do objeto pactuado, e na avaliação dos trabalhos de monitoramento realizados pelo Órgão Estatal da área responsável pela Organização Social;

Poder Legislativo e Tribunais de Contas: em relação às suas atribuições e competências constitucionais e legais.

Para tanto são definidos os fluxos e conteúdo das informações a serem repassados, bem como os prazos previstos, e potenciais penalidades no caso do descumprimento de tais obrigações.

O processo de monitoramento e avaliação do Contrato de Gestão pela secretária municipal de saúde estará a cargo da Comissão de Avaliação de Desempenho - CAD. A intenção é manter a Comissão de Avaliação de Desempenho - CAD sempre atualizada, e com todas as informações sobre o Contrato de Gestão consolidado em seus arquivos, evitando também distorções e/ou duplicidade no fluxo de informações. Assim sendo, de forma regular, a UNIÃO SAÚDE APOIO deverá encaminhar informações à CAD comprovando o cumprimento das obrigações contratuais no que se refere à publicação de normas no Diário Oficial do Município De IGARAPAVA, de Incêndio, Documentação Fiscal e Termo de Doação de bens, equipamentos e materiais duráveis, a produção das unidades ESF, certidões negativas, documentações e comprovações de execuções econômico financeiras, indicadores de resultado e desempenho e solicitações de pagamento, nos prazos estipulados pela Secretária Municipal De Saúde, sob pena, em caso de descumprimento, de serem aplicadas as sanções e punições previstas no Contrato de Gestão.

20. ESTRATÉGIAS QUE SERÃO ADOTADAS PARA O SUCESSO DA IMPLANTAÇÃO.

Para o sucesso do modelo gerencial que será adotado na gestão operacional das unidades de saúde, as seguintes estratégias serão adotadas:

- ✓ Implantação do trabalho em equipe – complementariedade, interdependência e sinergismo das ações;
- ✓ Definição com clareza dos objetivos e resultados individuais e do grupo a serem alcançados;
- ✓ Construção em conjunto, de um plano de trabalho de cada setor, de acordo com as metas estabelecidas;
- ✓ Compartilhamento por setor entre os colaboradores de: objetivos, decisões, responsabilidades e também resultados (produtividade);
- ✓ Implantação da avaliação constante dos processos e dos resultados pelas chefias (líderes), setores, comissões e staff central;
- ✓ Implantação da Educação Permanente para todos os colaboradores;
- ✓ Aprimoramento das relações interpessoais e valorização da comunicação entre os membros da equipe;

- ✓ Supervisão constante dos processos de trabalho em cada setor, realizada por cada chefia imediata de cada categoria profissional;
- ✓ Motivação dos colaboradores através do reconhecimento dos resultados da produção do seu trabalho;
- ✓ Sistematização da pesquisa realizada pelo SAU – Serviço de Atendimento ao Usuário, como estratégia de aprimoramento dos processos de trabalho;
- ✓ Implantação e implementação do SIG – Sistema de Informações Gerenciais, visando a compilação e análise de dados, objetivando o fornecimento de informações precisas para a tomada de decisões;
- ✓ Implantação e busca por Certificações de Qualidade;
- ✓ Manutenção atendimento nas unidades IGARAPAVA, de forma ininterrupta, diuturnamente, todos os dias do ano;
- ✓ Acolhimento de 100% (cem por cento) da demanda espontânea e direcionada;
- ✓ Investigação o óbito de menores de 1 (um) ano, visando subsidiar intervenções para a redução da mortalidade nesta faixa etária;
- ✓ Esmero com toda a infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades de Saúde, considerando o uso racional de materiais, o cuidado com o mobiliário e com os equipamentos, para o conjunto das ações propostas;
- ✓ Colaboração com o fortalecimento e o desenvolvimento das redes locais e regionais de saúde para a integração da atenção básica aos demais níveis de atenção;
- ✓ Implantação de processo de monitoramento e avaliação;
- ✓ Manutenção e intensificação da vigilância sobre doenças e agravos de notificação compulsória, garantindo o adequado preenchimento da ficha de notificação/investigação;
- ✓ Monitoramento e avaliação do processo de planejamento, das ações implantadas e dos resultados alcançados, de modo a fortalecer o planejamento e contribuir para a transparência do processo;
- ✓ Programação de iniciativas de melhoria das condições de trabalho e valorização dos colaboradores, desenvolvimento da autoestima, resultando em orgulho em trabalhar para a SMS de Igarapava;
- ✓ Implantação e acompanhamento do processo de trabalho das equipes das Unidades de Saúde do município, de interesse recíproco, contemplando normas e diretrizes do Ministério da Saúde;
- ✓ Sintonização com a programação de ações prioritárias da Vigilância em Saúde, estipulada pelo Ministério da Saúde e pela SMS de Igarapava;
- ✓ Manutenção de informação à população sobre o funcionamento dos serviços, com foco na otimização do uso coletivo;
- ✓ Constante trabalho pela melhoria da qualidade dos nossos recursos humanos e dos recursos humanos da SMS de Igarapava como um todo;
- ✓ Planejamento das ações nas unidades de Igarapava no que tange a área médica, de forma articulada, em todos os níveis de atenção da SMS de

Igarapava, de modo a estabelecer um sistema de prestação de serviços de atenção à saúde, compondo um sistema de referência e contra referência, aprimorando o atendimento universalizado à clientela do SUS;

✓ Estímulo à prática das ações intersetoriais.

- Quantidade

Avaliação das metas quantitativas pactuadas no Contrato de Gestão, com a descrição dos serviços.

- Ensino e Pesquisa

Programação trimestral de eventos de educação continuada; programa de educação permanente para médicos, enfermeiros, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, equipe de apoio e demais colaboradores das unidades Igarapava

- Qualidade

Avaliação das pesquisas de satisfação dos usuários; avaliação de satisfação dos colaboradores; determinações das Comissões Multidisciplinares constituídas; análise de prontuário e farmacovigilância.

- Gestão

✓ Redução do tempo médio de permanência;
✓ Redução da taxa de infecção relacionada a assistência à saúde;
✓ Redução da taxa de mortalidade;
✓ Humanização; redução e/ou otimização de custos;
✓ Implantação de programa de capacitação e desenvolvimento de colaboradores; Implantação de modelo orçamentário, implantação de protocolos clínicos e implantação de protocolos de enfermagem.

Tais relatórios de avaliação demonstrarão paulatinamente a evolução dos seguintes itens:

✓ Acesso e disponibilidade;
✓ Acolhimento, triagem e classificação de risco;
✓ Relação usuário/profissional de saúde;
✓ Eficácia e resolubilidade;
✓ Infraestrutura;
✓ Informação e participação na gestão.

No que tange qualidade, não podemos confundir com as pesquisas sobre satisfação, que também serão realizadas, pois a avaliação feita pelos usuários não acontece a partir da perspectiva da definição de conhecimentos técnicos e do que se deve entender por qualidade. Contudo, a avaliação sobre a satisfação dos usuários, entendida em sua conexão com a percepção de qualidade, pode

ser considerada como um dos componentes da avaliação dos indicadores de resultados, concomitantemente aos descritos acima.

Tais indicadores serão compilados e disponibilizados, também para o auxílio em feedback à gestão das Unidades de Saúde, como para o acompanhamento dos mesmos pela SMS de IGARAPAVA, e pela Comissão de Avaliação do Contrato de Gestão.

Concomitantemente às ações de avaliação acima descritas, realizaremos periodicamente oficinas de trabalho, dinâmicas de grupo e treinamento continuado permanente, onde iremos verificar o grau de dificuldade em cada setor e de cada colaborador.

Ao final de cada encontro, ter-se-á uma conclusão consensual que fornecerá elementos para a complementação dos relatórios que subsidiarão a criação de Protocolos Operacionais Padrões (POP's.), além da atualização e aperfeiçoamento dos já existentes, que servirão para intervir com eficácia, aumentando constantemente a qualidade de atendimento e do trabalho.

- Ferramentas e Instrumentos de Modernização Gerencial

As ferramentas da gestão moderna passam obrigatoriamente pelos mecanismos de produção do trabalho e seus resultados. Para tanto, implantaremos as seguintes ferramentas e instrumentos de modernização gerencial:

- ✓ Implantação e utilização de Sistemas de Informações Gerenciais.
- ✓ Implantação de Sistema de Gestão da Qualidade;
- ✓ Implantação de Capacitação Profissional; (já implantado)
- ✓ Implantação de Educação Continuada; (já implantado)
- ✓ Implantação de Educação Permanente; (já implantado)
- ✓ Implantação das Comissões Multidisciplinares;
- ✓ Implantação de processos de comunicação eficazes, setoriais e intersetoriais;
- ✓ Motivação das equipes multidisciplinares;
- ✓ Supervisão constante das atividades e seus resultados; (já implantado)
- ✓ Avaliação de desempenho dos colaboradores. (já implantado)

Instrumentos de Comunicação e Informação com a Secretaria Municipal de Saúde de Igarapava será compreendido por um conjunto de sistemas de informações, que possibilitarão um canal direto de comunicação entre a OS e a Secretaria Municipal de Saúde de Igarapava, como:

- ✓ Relatório trimestral de atividade, de produção e de metas; (já implantado)
- ✓ Reuniões periódicas entre os representantes da OS e da SMS de Igarapava e da Comissão Avaliação do Contrato de Gestão; (já implantado)

Ao se realizar a transferência de gestão pública para a gestão privada, através de uma Organização Social, torna-se indispensável ficarem bem definidas as responsabilidades entre a antiga e a nova gestora.

Para que a transição seja harmoniosa e transparente e para que não se tenha um sub

- Dimensionamento dos custos do novo modelo de gestão é indispensável

consignar que a nova responsável pela gestão das unidades ESF não deverá ter qualquer compromisso em cumprir com obrigações por ela não assumidas, de forma clara e expressa, notadamente a relação com fornecedores, prestadores de serviço e colaboradores.

Excetuam-se dessa regra os compromissos no tocante aos usuários que estejam em tratamento junto as unidades ESF na época da transição da gestão, uma vez que, apesar de terem sido admitidos em tratamento pelo ente público, naturalmente seu atendimento não poderá ser recusado pela nova gestora.

Contratos bem elaborados reduzem a possibilidade de desavenças entre as partes e consequências junto a terceiros, notadamente os usuários do Sistema Único de Saúde.

– SUS, de tal sorte que é lícito serem ajustadas regras de transição e normas definitivas, admitindo-se, quando necessário, a celebração de termos aditivos.

Os ativos e passivos da antiga gestora deverão ser apurados através de levantamento específico, de forma a não causar interferência na gestão que se iniciará.

Deverão as partes estabelecer critérios a respeito dos direitos à marca, aos imóveis utilizados (se alugados, com aditamento aos contratos vigentes, ou se próprios, através de cessão de uso), os bens móveis, instalações, parcerias, contratos com terceiros (inclusive quanto aos direitos de imagem e autoral), etc. Dificilmente se pode prever, em tese, todas as hipóteses, já que a complexidade do trabalho que se propõe geraria infinitas situações que por sua singularidade não poderiam estar descritas em normas de conteúdo fechado, específicas para cada caso.

Nesse tocante, em relação aos limites de responsabilidade, muito melhor que se criem regras princípio lógicas, baseadas em princípios e cláusulas gerais, de conteúdo aberto e que por sua técnica construtiva possam ser aplicadas aos mais diversos casos, aderindo-se às infinitas que possam ser geradas no cumprimento do Contrato de Gestão, permitindo-se que através de tais normas, que serão verdadeiros princípios, sejam obedecidos critérios pré-estabelecidos de conduta por parte da Organização Social, no tocante a cada um dos protagonistas envolvidos nesta complexa proposta de atuação de gestão, destacando-se principalmente a relação da OS com:

- ✓ Os usuários da Unidade de Saúde;
- ✓ Os recursos humanos;
- ✓ Os fornecedores;
- ✓ Os prestadores de serviço; e
- ✓ A Secretaria Municipal de Saúde de Igarapava.

Com base nessa premissa, quanto às responsabilidades das Organizações Sociais, alguns princípios devem ser estabelecidos:

- ✓ Pontualidade;
- ✓ Exatidão e confiabilidade dos dados gerados;
- ✓ Avaliação quantitativa e qualitativa contínua;
- ✓ Relação transparente e de confiança;

✓ Qualificação e constante aprimoramento dos colaboradores e das atividades;
e

✓ Efetivação das metas e resultados estipulados pelo poder público.

Em cumprimento às suas obrigações, caberá à OS, além das obrigações constantes nas especificações técnicas impostas pelo Contrato de Gestão, aquelas estabelecidas na legislação referente ao SUS, bem como nos diplomas federais e estaduais que regem a presente contratação. Assim, destacamos abaixo as seguintes diretrizes:

- Prestação de serviços à população usuária do Sistema Único de Saúde – SUS, especialmente o disposto na Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), com observância dos princípios veiculados pela legislação, e em especial, pautando todas as atividades pela:

- ✓ Universalidade de acesso aos serviços de saúde;

- ✓ Integralidade de assistência, entendida como sendo o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade ambulatorial do sistema, em atuação conjunta com os demais equipamentos de Sistema Único de Saúde existentes no município;

- ✓ Gratuidade de assistência, sendo vedada a cobrança em face de pacientes ou seus representantes, responsabilizando-se a OS por cobrança indevida feita por seu empregado ou preposto;

- ✓ Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

- ✓ Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

- ✓ Direito de informação às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

- ✓ Divulgação de informação quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

- ✓ Fomento dos meios para participação da comunidade; e

- ✓ Prestação dos serviços com qualidade e eficácia, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz.

- Na prestação dos serviços descritos no item anterior, a OS observará:

- ✓ Respeito aos direitos dos pacientes, atendendo-os com dignidade, de modo universal e igualitário;

- ✓ Manutenção da qualidade na prestação dos serviços;

- ✓ Esclarecimento dos direitos aos pacientes, quanto aos seus oferecidos;

- ✓ Administrar os bens móveis e imóveis, cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto no Termo de Permissão de Uso, que deverá ser lavrado, onde deverá definir-se as responsabilidades da OS, até a sua restituição ao Poder Público;

- ✓ A permissão de uso deverá ser realizada mediante a formalização de um Termo de Permissão de Uso específico e determinado, emitido pela Secretaria Municipal de Saúde de Igarapava, após detalhamento e identificação dos

referidos bens;

✓ O Termo de Permissão de Uso especificará os bens e o seu estado de conservação e definirá as responsabilidades da OS quanto a sua guarda e manutenção;

✓ Os equipamentos e instrumental necessários para a realização dos serviços contratados deverão ser mantidos pela OS em perfeitas condições;

✓ A OS deverá comunicar para a instância responsável da administração pública, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a sua ocorrência;

✓ Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes que por ventura venham a ser adquiridos com recursos oriundos do Contrato de Gestão, deverão ser incorporados ao patrimônio público, não podendo ser retirados ao final do mesmo;

As benfeitorias realizadas nas unidades de saúde serão incorporadas ao patrimônio público, não importando sua natureza ou origem dos recursos.

Disponer, por razões de planejamento das atividades assistenciais, informação sobre o local de residência dos pacientes ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando o município de residência.

Responsabilizar-se pela indenização de dano decorrente de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, ou de imperícia ou de imprudência, que seus agentes, nesta qualidade, causarem ao paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a estes vinculados, bem como bens públicos móveis e imóveis, objetos de permissão de uso, assegurando-se o direito do regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis. A responsabilidade de que trata este item, estende-se aos casos de danos causados por falhas relativas à prestação de serviços, nos termos dos Artigos 14º da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1.990 (Código de Defesa do Consumidor).

Administrar os bens móveis e imóveis cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto com os respectivos Termos de Permissão de Uso, até sua restituição ao poder público.

Transferir, integralmente à SMS de Igarapava, em caso de desqualificação da Organização Social, o patrimônio, os legados ou doações que lhe foram destinados em razão do Contrato de Gestão, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços, inclusive os bens imóveis cujo uso lhe fora permitido.

Proceder caso seja necessário, adaptações das normas do Estatuto Social da OS ao disposto na legislação municipal.

Contratar pessoal para a execução das atividades previstas no Contrato de Gestão, responsabilizando-se pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, resultantes da execução do objeto do Contrato de Gestão.

Utilizar, para a contratação de pessoal através de critérios exclusivamente técnicos, observando as normas legais vigentes - Processo Seletivo.

Contratar serviços de terceiros, sempre que necessário, responsabilizando-se pelos encargos daí decorrentes.

Respeitar a autonomia da Secretaria Municipal de Saúde de IGARAPAVA, em

relação aos funcionários públicos cedidos à OS, nos termos da Lei.

Instalar nas unidades IGARAPAVA, um "Serviço de Atendimento ao Usuário – SAU" (Ouvidoria), devendo encaminhar à administração pública relatório trimestral de suas atividades.

Manter, em perfeitas condições de uso, os equipamentos e instrumentais necessários para a realização dos serviços contratados; bem como informar ao poder público sobre a necessidade de realizar manutenções nas edificações e seus equipamentos.

Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou ao seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão do Contrato de Gestão.

Manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico, pelo prazo mínimo de 05 (cinco) anos, ressalvados os prazos previstos em lei.

Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação. Atender os pacientes com dignidade e respeito de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços.

Afixar aviso, em lugar visível de sua condição de entidade qualificada como Organização Social e de gratuidade dos serviços prestados nessa condição.

Adotar o símbolo e o nome designado da unidade de saúde cujo uso lhe fora permitido, seguido pelo nome designativo "ORGANIZAÇÃO SOCIAL".

Justificar ao paciente ou ao seu representante as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional.

Esclarecer os pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos.

Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal.

Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos pacientes.

Em se tratando de serviços exclusivamente ambulatoriais, implantar Serviço de Agendamento, informando trimestralmente à SMS de Igarapava as estatísticas de atendimento.

Limitar suas despesas com o pagamento de remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos colaboradores da Organização Social e cedidos pela SMS de Igarapava, a 70% (setenta por cento) do valor global das despesas de custeio das Unidades de Saúde.

Realizar pesquisas para medir o nível de satisfação dos pacientes.

Em relação aos fornecedores e prestadores de serviços, a OS se compromete em valer-se do Regulamento de Compras e Contratações para buscar padrões máximos de qualidade a menor preço, mantendo rigoroso controle de estoque e lisura nas compras, através de sistema rígido de controle e gestão.

Modelo de Relacionamento Entre Nossos Diretores e os Gestores Públicos da SMS de Igarapava.

✓ O gerenciamento moderno entende as práticas do cotidiano de trabalho como processos resultantes das relações do homem com o trabalho, tendo como

fatores intervenientes:

- ✓ Relações interpessoais;
- ✓ Comunicação;
- ✓ Transparência;
- ✓ Trabalho em equipe; e
- ✓ Monitoramento de metas.

Assim estabeleceremos uma relação de trabalho, baseada na cumplicidade de saberes, na dialética, na avaliação constante da qualidade da gestão e nas tomadas de decisão compartilhadas.

Demonstração dos Indicadores Ressaltando os Elementos do Processo de Saúde e Doença Que se Quer Identificar e Sob o Qual se Deve Prioritariamente Intervir Assim, caso nos sagremos vencedores deste Processo de Seleção, aguardaremos o início dos trabalhos e do efetivo atendimento à população, para que possamos compilar os indicadores atuais e o perfil epidemiológico adstrito, como também o retrato atual da saúde da população abrangida. Através do compartilhamento destes dados e informações com a SMS de Igarapava, poderemos traçar metas factíveis, para dos usuários e colaboradores e pela solução sensata dos problemas, objetivando para um futuro próximo a acreditações de qualidade para as Unidades de Saúde do Município de Igarapava.

num

21. ORGANIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS.

• POLÍTICA DE GESTÃO DE PESSOAS.

A UNIÃO SAÚDE APOIO disponibilizará de recursos humanos qualificados, com as requeridas habilitações técnicas e legais, e em quantitativo suficiente para o perfil da UNIDADES DE SAÚDE DE IGARAPAVA e para adequado cumprimento dos serviços pactuados, em acordo com as legislações vigentes normatizadas pelo Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego, assim como pelos diferentes Conselhos Profissionais de Saúde.

O dimensionamento de pessoal está alinhado com a proposta assistencial colocada, podendo ser modificada a partir da realidade apreendida ao serem iniciadas as atividades previstas no contrato a ser gerido pela UNIÃO SAÚDE APOIO, em comum acordo com a Corporação.

• POLÍTICA DE RECRUTAMENTO, SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO DE PESSOAL, PLANO DE CARGOS E SALÁRIOS

CAPÍTULO I. DA INTRODUÇÃO

Art. 1º. O presente regulamento tem por finalidade estabelecer normas e critérios para o recrutamento, seleção, contratação e avaliação de desempenho de profissionais, bem como fixação de diretrizes para o estabelecimento de normas para plano de cargos, salários e benefícios da UNIÃO SAÚDE APOIO é de caráter beneficente de promoção social à saúde, sem fins lucrativos, pessoa jurídica de direito privado.

Art. 2º. Todas as normas aplicáveis ao recrutamento, seleção, contratação e avaliação de pessoal para integrarem junto à metodologia diferenciada e qualificada da UNIÃO SAÚDE APOIO, reger-se-ão pelos princípios básicos da moralidade, integralidade, probidade, impessoalidade, economicidade e eficiência, isonomia, publicidade, legalidade, razoabilidade e busca permanente de qualidade e competência de profissionais, bem como pela adequação aos objetivos da entidade.

Art. 3º. Todo o processo de recrutamento, seleção, contratação e avaliação de pessoal de que trata esta Política, deve estar devidamente documentado, a fim de facilitar o acompanhamento, o controle e a fiscalização das instâncias pertinentes.

CAPÍTULO II.DO PROCESSO SELETIVO

Parágrafo Único: Os candidatos interessados em participar de processos seletivos conduzidos pela UNIÃO SAÚDE APOIO deverão observar os critérios e requisitos ora fixados nesta Política.

CAPÍTULO III.DAS INSCRIÇÕES

Art. 4º. Os candidatos poderão inscrever-se:

Art. 5º. Encaminhando seu Curriculum Vitae através do e-mail específico a ser divulgado quando do recrutamento de pessoal;

Art. 6º. Entregando pessoalmente seu Curriculum Vitae no endereço a ser divulgado quando do recrutamento de pessoal, respeitando dias e horários estabelecidos.

CAPÍTULO IV. DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO E SELEÇÃO DE PESSOAL

Art. 7º. O Processo de avaliação e seleção de pessoal será dividido nas seguintes etapas:

I. Etapa I – Análise do Curriculum Vitae frente aos requisitos mínimos exigidos pela vaga e convocação destes para participação no processo de avaliação;

II. Etapa II – A avaliação dos candidatos convocados na Etapa I será realizada, mediante pertinência técnica e juízo de conveniência do avaliador, conforme os procedimentos seguintes:

a) Aplicação de prova de conhecimentos específicos e situacionais.

b) Aplicação de prova de redação;

c) Avaliação psicológica: entrevistas, aplicação de testes psicológicos e dinâmicas de grupo;

III. Etapa III – Os candidatos aprovados na Etapa II do processo seletivo serão convocados para entrevista final;

IV. Etapa IV – Preencherão as vagas disponíveis os candidatos aprovados na entrevista final, a critério da UNIÃO SAÚDE APOIO;

Art. 8º. O candidato deve respeitar o prazo informado para apresentação da documentação requerida, sob pena de perder a vaga;

Art. 9º. A aprovação no processo seletivo não garante contratação compulsória, tampouco confere direito subjetivo a vaga, apenas qualifica o candidato ao perfil da vaga podendo, tal processo, servir para cadastro de candidatos potencialmente aptos.

Parágrafo Único: A critério da UNIÃO SAÚDE APOIO e consoante a especificidade dos

cargos a serem selecionados, as etapas anteriores poderão ser ampliadas ou reduzidas, para melhor adequação ao processo seletivo desses profissionais.

CAPÍTULO V.DAS COTAS PARA PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA.

Art. 10º. Será assegurado aos portadores de deficiência o direito de participação no Recrutamento e Seleção, de acordo com as proporções estabelecidas no art. 93 da Lei 8.213/91.

CAPÍTULO VI. DOS CARGOS, SALÁRIOS E BENEFÍCIOS.

Parágrafo Único: A estrutura dos cargos, salários e benefícios deverá observar as diretrizes fixadas pelo Conselho Administrativo da UNIÃO SAÚDE APOIO, as normas técnicas aplicáveis e a legislação trabalhista vigente, de tal sorte a assegurar remunerações compatíveis com as atividades exercidas pelos profissionais, pela competitividade do mercado, pela localização geográfica em que inserida a organização de seus conselhos de classe e por outras variáveis que impactarem as dimensões econômicas, administrativas e jurídicas, dentre outras.

CAPÍTULO VII.DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 11º. Os empregados serão admitidos sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), conforme carga horária previamente informada para cada cargo/função, podendo variar para os períodos diurno, noturno, misto, na forma de revezamento ou escala de serviço;

Art. 12º. A admissão de ex-colaboradores da Organização Social somente poderá ocorrer após o decurso do prazo de 6 (seis) meses entre o desligamento e a readmissão, devendo referido profissional ser submetido ao processo seletivo supra descrito.

Art. 13º. É permitida a contratação de empresa especializada em recrutamento e seleção de pessoal, sempre que a demanda do processo seletivo estiver acima da condição operacional própria da UNIÃO SAÚDE APOIO, seja pelo volume ou especificidade da(s) vaga(s) existente(s).

Art. 14º. A abertura e fechamento de vagas é uma decisão da diretoria da Organização Social, bem como a especificação do perfil de cada vaga.

Art. 15º. Os candidatos aprovados na entrevista final e que não forem contratados em razão do número de vagas disponíveis, ficarão cadastrados no Banco de Currículos por um período de até 12 (doze) meses e poderão ser aproveitados quando do surgimento de novas oportunidades.

Art. 16º. Terá seu contrato de trabalho extinto o empregado que, dentre outras hipóteses legais ou regulamentares, não cumprir a jornada de trabalho, carga horária semanal, não apresentar bom desempenho em suas atividades profissionais ou não cumprir as metas estabelecidas.

Art. 17º. Os casos omissos ou duvidosos na interpretação do presente Regulamento serão resolvidos pela Diretoria, com base nos princípios gerais de direito.

Art. 18º. Para fins da presente Política consideram Diretoria o profissional contratado para administrar a Organização Social da UNIÃO SAÚDE APOIO a ser formalmente

nomeado.

Art. 19º. A presente Política entrará em vigor a partir da data da sua publicação e pode ser aditado ou retificado a exclusivo critério da Organização Social.

GESTÃO PESSOAS VERSUS GESTÃO DE DESEMPENHO

A gestão de pessoas vem passando por um processo de transformação na medida em que os sistemas tradicionalmente utilizados, centrados em cargos, vêm demonstrando fragilidade diante do ambiente turbulento e mutável pelo qual vem passando as organizações. Antes as pessoas eram vistas como peças substituíveis de uma máquina, e as soluções combinavam à rígida supervisão com sistemas de remuneração.

Com a perspectiva voltada para o negócio, a UNIÃO SAÚDE APOIO utiliza como ferramenta o levantamento do perfil e competências profissionais das pessoas para a obtenção da competitividade saudável, objetivando a diferenciação e a obtenção de vantagem competitiva.

Para isso, a UNIÃO SAÚDE APOIO busca nas gestões dos serviços de saúde a visão voltada na Gestão de Pessoas a Gestão de Desempenho, estratégia diferenciada para que as pessoas que resultem na prestação de serviços com qualidade, alcancem os resultados e favorecem a assistência e saúde dos pacientes.

Os processos de recursos humanos, na visão da UNIÃO SAÚDE APOIO são:

- ✓ Agregar pessoas: processos utilizados para incluir novas pessoas;
- ✓ Aplicar pessoas: processos utilizados para desenhar as atividades a ser desempenhadas pelas pessoas, orientar e acompanhar seu desenho;
- ✓ Recompensar pessoas: processos utilizados para incentivar as pessoas e satisfazer as suas necessidades individuais mais elevadas;
- ✓ Desenvolver pessoas: processos utilizados para capacitar e incrementar o desenvolvimento profissional e pessoal;
- ✓ Manter pessoas: processos utilizados para criar condições ambientais e psicologias satisfatórias para as atividades das pessoas;
- ✓ Monitorar pessoas: processos utilizados para acompanhar e controlar as atividades das pessoas e verificar resultados.

No processo de monitorar as pessoas pela Gestão da UNIÃO SAÚDE APOIO está incluindo a avaliação de desempenho, ferramenta que serve de controle, verificação de resultados e planejamento de ações de melhorias de forma contínua.

➤ RECRUTAMENTO E SELEÇÃO

• DOS OBJETIVOS

Considerando a necessidade de desenvolver uma Política de Recursos Humanos (RH) Padrão para a OSS PROPONENTE, o presente documento tem como objetivo definir as normas dos processos seletivos a serem aplicados em todas as categorias profissionais, a fim de garantir a idoneidade dos mesmos, tendo em vista as especificidades de cada local e de cada cargo, garantindo a qualidade em todas as fases de recrutamento de Recursos Humanos.

- **Das normas de divulgação**

Mediante o surgimento de vagas para qualquer categoria profissional, em qualquer projeto sob responsabilidade da OSS, em razão de Contratos de Gestão firmados, é imprescindível a divulgação do processo seletivo em meio de comunicação pertinente.

O material de divulgação além de vinculado em meios de comunicação locais deverá ser afixado em pontos estratégicos (Sede da OSS, Secretarias em que faz parte o Parceiro Público ligado ao projeto).

Entretanto, nos novos contratos com a Administração Pública, havendo absorção da mão de obra já existente, a entidade poderá eximir-se de fazer um processo seletivo para não comprometer o andamento dos serviços essenciais de natureza continuada.

- **Da seleção de pessoal:**

A seleção de pessoal será realizada através da análise curricular e acervo técnico dos candidatos, levando em consideração perfil profissional e capacidade de atuação em grupo e individualizada respeitando sempre os critérios técnicos requeridos por cada função.

22. DO GERENCIAMENTO DO PESSOAL

DA CONTRATAÇÃO

- **O candidato à vaga só será admitido mediante aprovação no exame médico, realizado no SESMT - Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho e entrega de documentação;**

- Agendamento do médico do trabalho - Elaboração do Cadastro - Recebimento dos documentos - Preenchimento do Livro de Registro - Impressão do Contrato de Trabalho, Impressão da opção de Vale Transporte e colhimento de assinaturas.

- A admissão do candidato será realizada a título de experiência de 90 dias, dividido em dois períodos de 45 dias e sob regime da CLT.

Registro em Carteira Profissional Assinatura em Carteira Profissional Durante o período de experiência após avaliação do superior imediato, deverá informar quanto a: Efetivação do contrato de Trabalho, ou a Rescisão do contrato de trabalho;

Avaliação

- Durante os primeiros 45 dias, caso o superior imediato avalie que o profissional não atende as necessidades deverá informar ao setor de Recursos Humanos do Projeto antes do término do período de avaliação, para as devidas providências.

DOS DEVERES

➤ Do horário de trabalho

Deverá ser observado o registro em Folha de Frequência e/ou Cartão de Ponto, conforme definido em Contrato de Trabalho.

O prazo de entrega das Folhas de Frequência e Cartão de Ponto é até o dia 20 de cada mês.

Não serão aceitas frequências rasuradas e sem assinaturas da Chefia imediata e do Profissional.

As ausências a serem justificadas, terão sempre tratamento em conformidade com a CLT.

As ausências e atrasos serão apontados e assinados pelo superior imediato.

DOS DIREITOS

➤ Do pagamento de salário

Será realizado o pagamento de salário no quinto dia útil de cada mês, através de depósito bancário. O demonstrativo de pagamento deverá ser entregue nas Unidades mediante assinatura de recebimento do próprio profissional e/ou chefia imediata.

Das Férias

➤ Após 12 meses trabalhados (período aquisitivo), o profissional terá o direito a gozar férias, devendo entrar com pedida da mesma.

As escalas de férias são encaminhadas à Diretoria de Saúde para autorização prévia (2

meses). Havendo necessidade de quaisquer alterações, as mesmas poderão ser anotadas nas escalas mensais e entregue na OSS para providencias pertinentes.

O Recibo de Férias será encaminhado para o profissional para assinatura e devolução juntamente com a carteira de trabalho para registros pertinentes.

Dos Afastamentos

➤ Atestados Médicos

O atestado médico deverá conter: identificação do funcionário, identificação da Instituição que o emitiu, com endereço e telefone da mesma, identificação do médico com carimbo constando o número do CRM, identificação da doença através do CID; caso o atestado médico exceda a 15 dias, o funcionário será encaminhado para auxílio doença junto ao INSS.

Acidente de Trabalho Ocorre quando o funcionário está a serviço da OSS, podendo ocorrer dentro ou fora do local que atua provocado direta ou

indiretamente lesão, perturbação funcional, doença ou que interfira no andamento normal do trabalho. É considerado também Acidente de Trabalho, o Acidente de Trajeto (casa para trabalho ou vice-versa).

É necessário que seja encaminhado ao setor de Pessoal do Projeto o Comunicado de acidente de trabalho preenchido pela Chefia imediata no prazo máximo de 24 horas para elaboração da CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), preenchido pelo setor de Pessoal da OSS, junto ao INSS para as devidas providências.

Licença Maternidade

➤ É obrigatório a funcionária ou responsável comparecer ao setor de Pessoal do Projeto para entregar o Atestado Médico de 120 dias de afastamento e a Carteira de Trabalho; Quando do término da Licença Maternidade, a funcionária precisa comparecer ao setor de Pessoal do Projeto para que seja realizado o exame de retorno ao trabalho, retirar a CTPS, antes de retornar ao trabalho.

Licença Amamentação

➤ A funcionária poderá se ausentar do trabalho 30 minutos no início da jornada de trabalho e 30 minutos no final da jornada de trabalho, ou converter em 1 hora no início ou final do expediente; até o filho (a) completar seis meses de idade. A opção pela funcionária juntamente com a ciência da chefia imediata.

Dispensa para cursos, congressos e palestras

As solicitações de dispensa para cursos, congressos e palestras deverão ser encaminhadas à chefia imediata, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias da data do evento, para análise e manifestação, com posterior encaminhamento ao setor de Pessoal do Projeto.

Os critérios para avaliação da dispensa serão: Tempo de serviço superior a 1 ano; assiduidade e pontualidade; cursos, congressos e palestras voltadas às atividades fim (capacitação profissional); concessão do número de dias de dispensa por ano.

DAS PENALIDADES

➤ A transgressão de qualquer disposição prevista na Consolidação das Leis do Trabalho CLT importa aplicação criteriosa e justa das penalidades cabíveis, entre elas: Relatório de ocorrência; Advertência Verbal (registrada, documentada e assinada pelas partes envolvidas); Advertência Escrita; Suspensão disciplinar; Demissão.

DESLIGAMENTO

Quando o profissional passa a não mais atender as necessidades do serviço. Neste momento a chefia imediata e o responsável pelo Projeto, solicita o desligamento do funcionário ao setor de Pessoal da 055, informando se a demissão será com ou sem cumprimento do Aviso Prévio, juntamente com a solicitação da reposição da vaga em aberto;

Quando do recebimento do ofício pelo setor de Pessoal, o funcionário será convocado a comparecer para realização do exame dimensional e assinatura do Aviso Prévio.

A rescisão do contrato de trabalho poderá resultar de:

- Livre e espontânea vontade do profissional (Pedido de Demissão);
- Vontade Unilateral do empregador (rescisão sem justa causa);
- Rescisão com justa causa após processo interno de apuração de ocorrência.

23. ROTINA DE RH - CONCEITOS BÁSICOS

• EMPREGADOR

Segundo o artigo 2º da CLT - Consolidação das Leis do Trabalho, considera-se empregador a Empresa, individual ou Coletiva, que assume os riscos da atividade econômica que em que atua. É aquele que admite, assalaria e dirige a prestação pessoal de serviços.

• EMPRESA

É a organização de capital e trabalho que desenvolve atividade econômica de forma organizada, com o objetivo econômico.

• ESTABELECIMENTO

É o local onde os empregados executam os serviços, onde se realiza materialmente a finalidade econômica da empresa.

• EMPREGADO

É toda pessoa física que presta serviço ao empregador sob a Dependência deste, com as seguintes características:

Pessoalidade, serviço não eventual, subordinação e pagamento de salário.

• LIVRO DE REGISTRO DE EMPREGADO OU FICHA DE REGISTRO DE EMPREGO

Livro de Registro ou Ficha de Registro de Empregados são documentos legais exigidos pelo Artigo 41 da CLT, para que o empregador de qualquer ramo de atividade efetue o registro de seus empregados, onde o contrato individual de trabalho é transcrito.

- **LIVRO DE INSPEÇÃO DO TRABALHO**

Deverá permanecer na empresa à disposição da fiscalização quando solicitado.

- **RETENÇÃO DE DOCUMENTOS**

É ilícito, segundo a legislação vigente, e passível de punição, a retenção da Carteira de Trabalho pelo empregador que admitir, o qual terá prazo de 48 horas para nela efetuar as devidas anotações.

Portanto, é necessário fazer uso do recibo de entrega e devolução de CTPS.

- **CARTEIRA DE TRABALHO**

São proibidas as anotações desabonadoras à conduta do empregado porque fere a liberdade de trabalho, impondo a dificuldade de obtenção de novo emprego, bem como rasuras no seu preenchimento.

- **SALÁRIO E REMUNERAÇÃO**

Salário é contraprestação direta devida pelo empregador ao empregado em virtude do serviço prestado em face do contrato de trabalho, podendo ser fixa ou variável.

Remuneração é todo provento legal e habitualmente auferido pelo empregado, em virtude do contrato de trabalho, pago pelo empregador ou pago por terceiro.

Art. 458 - Além do pagamento em dinheiro compreende-se no salário, para todos os efeitos legais, a alimentação, habitação, vestuário ou outras prestações in natura que a empresa, por força do contrato ou de costume, fornece habitualmente ao empregado.

- **EXAME MÉDICO**

A NR7 - Norma Regulamentadora estabelece a obrigatoriedade da elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições, que tenham empregados registrados em seu quadro funcional, do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO, com o objetivo de promoção da saúde dos trabalhadores.

- ✓ Admissional;
- ✓ Periódica;
- ✓ De retorno ao trabalho;
- ✓ Admissional.

- **SALÁRIO FAMÍLIA**

O salário família é um direito previsto no art. 7º da Constituição Federal, onde estabelece que será pago em razão do dependente do trabalhador de baixa renda. Sendo devido mensalmente, ao segurado empregado e ao trabalhador avulso, na proporção do respectivo número de filhos ou equiparados, desde que tenham salário de contribuição inferior ou igual ao limite máximo

permitido pela Previdência Social, exceto para os empregados domésticos.

- O direito ao salário família cessa automaticamente, quando o filho ou equiparado completar 14 anos ou se houver a morte do mesmo. Se o marido e mulher forem empregados do mesmo empregador, receberão as cotas distintamente do salário família.

- **LICENÇA PATERNIDADE**

A licença Paternidade possui previsão no Art. 10, § 1º do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, o qual prevê o prazo da licença paternidade de cinco dias.

- **SALÁRIO MATERNIDADE**

A empregada gestante tem direito à licença maternidade de 120 (cento e vinte) dias, sem prejuízo do emprego e do salário, e sua estabilidade é contada a partir da confirmação da gravidez até cinco meses após o parto.

- **PRORROGAÇÃO DA LICENÇA MATERNIDADE**

Poderá ser prorrogada por mais 60 dias, desde que a empresa seja do regime de lucro real e cadastrada como Empresa Cidadã na Receita Federal.

- **VALE TRANSPORTE**

De acordo com a legislação, o Vale Transporte constitui benefício que o empregador antecipará só trabalhador para utilização no deslocamento residência-trabalho e vice-versa.

- O Empregador poderá efetuar um desconto de até 6% do salário base do empregado. Não receberá o benefício o trabalhador que utiliza meios próprios de transporte.

- **VALE ALIMENTAÇÃO/ ALIMENTAÇÃO – PAT**

O Programa de Alimentação do Trabalhador - PAT foi instituído pela Lei nº 6.321/1976, e regulamentado pelo Decreto nº 5/1991, que priorizam o atendimento aos trabalhadores de baixa renda, isto é, aqueles que ganham até cinco salários mínimos mensais.

Este Programa, estruturado na parceria entre Governo, empresa e trabalhador tem como unidade gestora a Secretaria de Inspeção do Trabalho / Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho.

- **DOCUMENTOS**

ADMISSIONAIS DO EMPREGADO

Carteira de Trabalho e Previdência Social; RG;

CPF;

Título de Eleitor;

Certificado de Reservista, quando do sexo masculino; Comprovante de Cadastramento do PIS; Comprovante de Residência;

Fotografia;

Certidão de Nascimento dos Filhos menores de 14 anos de idade; Cartão da Criança dos filhos com até 7 anos de idade;

Após os 7 anos até os 14 anos, comprovante de escolaridade, ou seja, declaração frequência escolar solicitada nos meses de maio e novembro de cada ano;

Exame Médico Admissional.

Ficha ou Livro de Registro de Empregado; Contrato de Trabalho;

Ficha de Salário família;

Formulário para Informações do Vale Transporte; Declaração de Dependentes para Imposto de Renda; Termo de Responsabilidade do Salário Família; Acordo Individual de compensação de horas;

Recibo de entrega e Devolução da CTPS; Formulário de Entrega de Uniforme;

Formulário de Entrega de EPI; (quando houver); Recibo de Entrega de documentos admissionais;

Preenchimento da Ficha Cadastral; (formulário próprio de cada empregador).

● **CONTRATO DE EXPERIÊNCIA**

É uma modalidade de contrato por prazo determinado, que tem o objetivo verificar por parte da empresa a aptidão para exercer a função para a qual o empregado foi

contratado, assim como o empregado, na vigência do referido contrato, verificará a

adaptação, à estrutura do empregador.

Não poderá exceder 90 dias, podendo ser prorrogado dentro do limite máximo.

Deve ser obrigatoriamente anotado na parte do "Contrato de Trabalho", bem como em "Anotações Gerais" na CTPS.

É a única modalidade de contrato que permite a rescisão de empregado gestante e de empregado acidentado. A extinção desses contratos ocorre no seu término.

No afastamento por doença, o Contrato de Experiência flui normalmente durante os primeiros 15 dias de afastamento, e após o 16 dia fica suspenso, completando-se o cumprimento do Contrato de Experiência quando o empregado retornar, após obter alta do INSS.

● **CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO**

Pode ser constituído mediante cláusula de convenções e acordos coletivos de trabalho, independentemente das condições estabelecidas, em qualquer atividade desenvolvida pela empresa ou estabelecimento para admissões que representem acréscimo no número de empregados.

Não poderá ser superior a 2 anos. Dentro deste período pode sofrer sucessivas prorrogações, sem ocasionar o efeito previsto no art. 451 da CLT.

É obrigatória, por parte do empregador, a anotação em CTPS da sua condição de contratado por prazo determinado, com indicação do número da Lei de regência.

É devido ao empregado contratado nesta modalidade, a título de remuneração, o piso mínimo da sua categoria profissional, fixado em convenção coletiva de trabalho.

- **INDIVIDUAIS**

O objetivo do gozo das férias é proporcionar o descanso do Trabalhador, após o período do exercício da atividade laboratorial.

As férias visam preservar a saúde do trabalhador, permitindo o convívio familiar e social.

- **PERÍODO AQUISITIVO**

N. de Faltas Injustificadas no período aquisitivo.

Período de gozo de férias

Até 5 faltas	30 dias corridos
De 6 a 14 faltas	24 dias corridos
De 15 a 23 faltas	18 dias corridos
De 24 a 32 faltas	12 dias corridos

- **PERÍODO AQUISITIVO**

*acima de 32 faltas injustificadas no período aquisitivo, o empregado perderá o direito ao gozo das férias.

As férias individuais não poderão ser concedidas antes que o empregado complete o seu período aquisitivo.

Portanto não há que se falar em antecipação ao gozo das férias individuais. Caso o empregador venha concedê-las antes do período dos 12 meses e houver uma rescisão contratual, não terá como proceder o desconto, visto que inexistia o direito, sendo considerada se houver fiscalização como licença remunerada.

A concessão das férias individuais será a que melhor consulte os interesses do empregador.

Os membros de uma família, que trabalharem no mesmo estabelecimento ou empresa, terão direito a gozar férias no mesmo período, se assim o desejarem e se disto não resultar prejuízo para o serviço, conforme disposto no art. 136, § 1 da CLT.

Conforme disposto no art. 134, § 2 da CLT, aos menores de 18 (dezoito) anos e aos maiores de 50 (cinquenta) anos de idade, as férias serão sempre concedidas de uma só vez, ou seja, 30 dias.

O empregado estudante, menor de 18 (dezoito) anos, terá direito a fazer coincidir suas férias com as férias escolares, incluindo-se aqui o menor aprendiz.

A concessão das férias deverá ser comunicada, por escrito, ao empregado, com antecedência de, no mínimo, 30 (trinta) dias.

• FALTAS JUSTIFICADAS

A legislação dispõe que o empregado terá direito de faltar ao trabalho não constituindo estes dias como faltas e nem desconto do DSR, portanto poderá ausentar-se de forma legal.

As faltas justificadas só deverão ser contadas a partir do dia útil e consecutivo de trabalho.

• MOTIVOS:

Até 2 (dois) dias consecutivos, em caso de falecimento do cônjuge, a cedente, descendente, irmão ou pessoa que, declarada em sua carteira de trabalho e previdência social, viva sob sua dependência econômica;

Até 3 (três) dias consecutivos, em virtude de casamento;

5 dias, em caso de nascimento de filho (licença paternidade);

Por 1 (um) dia, após 12 (doze) meses de trabalho, em caso de doação voluntária de sangue devidamente comprovada;

Até 2 (dois) dias consecutivos ou não, para a emissão do Título de eleitor, no Termo da Lei respectiva;

No período de tempo em que tiver de cumprir as exigências do Serviço Militar;

Nos dias em que estiver comprovadamente realizando provas de exames vestibular para ingresso em estabelecimento de ensino superior;

Pelo tempo que se fizer necessário, quando tiver que comparecer em juízo;

As horas em que o empregado faltar ao serviço para comparecimento necessário como parte na Justiça do Trabalho (Enunciado TST n. 155);

Nos dias em que foi convocado para serviço eleitoral; Período de licença-maternidade ou aborto não criminoso; Atrasos decorrentes de greve das empresas de transporte; Os dias em que estiver de atestado médico ou odontológico;

Atrasos decorrentes de acidentes de transportes, comprovados mediante atestado da empresa concessionária;

Outras faltas dispostas em acordos ou convenções coletivas de trabalho.

• DOCUMENTOS E FORMULÁRIOS DA EMPRESA PARA ADMISSÃO

Férias Proporcionais	Até 5 faltas	De 6 a 14 faltas	De 15 a 23 faltas	De 24 a 32 faltas
-------------------------	-----------------	---------------------	-------------------------	-------------------------

1/12	2,5 dias	2 dias	1,5 dias	1 dia
2/12	5 dias	4 dias	3 dias	2 dias
3/12	7,5 dias	6 dias	4,5 dias	3 dias
4/12	10 dias	8 dias	6 dias	4 dias
5/12	12,5 dias	10 dias	7,5 dias	5 dias
6/12	15 dias	12 dias	9 dias	6 dias
7/12	17,5 dias	14 dias	10,5 dias	7 dias
8/12	20 dias	16 dias	12 dias	8 dias
9/12	22,5 dias	18 dias	13,5 dias	9 dias
10/12	25 dias	20 dias	15 dias	10 dias
11/12	27,5 dias	22 dias	16,5 dias	11 dias
12/12	30 dias	24 dias	18 dias	12 dias

DIMENSIONAMENTO DAS UNIDADES

O dimensionamento das Unidades de Saúde da Família – ESF - será de acordo com o estabelecido nos quadros 1, 2 ,3, 4 e 5 do anexo I do Edital de Chamamento Público 001/2019 – Edital de Seleção – Processo Administrativo 001/2019.

• Descrição de Cargos

CARGO	SUPERVISOR DAS UNIDADES DE SAÚDE
ATRIBUIÇÕES DO CARGO	- Monitoramento e Avaliação da Atenção à Saúde tem a missão de aprimorar o processo de monitoramento, de forma que permita a realização da avaliação da estrutura, processos e resultados da atenção à saúde, competindo-lhe: - Elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da atenção à saúde; - Monitorar e avaliar as ações relevantes à atenção à saúde, para orientar a tomada de decisão.
CARGO	AUXILIAR DE ODONTOLOGIA

ATRIBUIÇÕES DO CARGO	- Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde; - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; - Executar limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho; - Auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas; - Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal; - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
CARGO	TECNICO DE ENFERMAGEM
ATRIBUIÇÕES DO CARGO	-Operacionalizar procedimentos técnicos de enfermagem. -Auxiliar o Enfermeiro no gerenciamento dos insumos necessários ao adequado funcionamento
CARGO	AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA
ATRIBUIÇÕES DO CARGO	-Esclarecer a comunidade sobre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares, orientando-a sobre as medidas de prevenção. - Rastrear a hipertensão arterial em indivíduos com mais de 20 anos, pelo menos, uma vez ao ano, mesmo naqueles sem queixa. -Encaminhar à consulta de enfermagem os pacientes indivíduos suspeitos de serem portadores de hipertensão. - Verificar o comparecimento dos pacientes hipertensos às consultas agendadas na unidade de saúde. -Verificar a presença de sintomas de doença cardiovascular, cerebrovascular ou outras complicações de hipertensão arterial, e encaminhar para consulta extra. - Perguntar, sempre, ao paciente hipertenso se o mesmo está tomando, com regularidade, os medicamentos e se está cumprindo as orientações de dieta, atividades físicas, controle de peso, cessação do hábito de fumar e da ingestão de bebidas alcoólicas. -Registrar, em sua ficha de acompanhamento, o diagnóstico de hipertensão e risco cardiovascular global estimado de cada membro da família.
CARGO	ENFERMAGEM PLANTONISTA

ATRIBUIÇÕES DO CARGO	Executar serviços de enfermagem nas unidades de Pronto Atendimento de média e alta complexidade; prestar atendimento aos pacientes priorizando os que chegam em piores condições de saúde, encaminhando aos cuidados médicos; elaborar plano de enfermagem a partir de levantamento e análise das necessidades prioritárias de atendimento aos clientes doentes e sadios; planejar, organizar, dirigir e avaliar os serviços de enfermagem, atuando técnica e administrativamente, a fim de garantir um elevado padrão de assistência;- desenvolver tarefas de enfermagem de maior complexidade técnica na execução de programas de saúde pública e no atendimento aos pacientes doentes e sadios;- participar de equipe multiprofissional na elaboração de programas de saúde pública;- coletar e analisar dados sócio sanitários
CARGO	RECEPCIONISTA SAÚDE DA FAMÍLIA
ATRIBUIÇÕES DO CARGO	Realizar as tarefas e rotinas administrativas da unidade -Conferência de documentos, distribuição interna de processos, - Arrumação e acondicionamento de materiais, serviço de circulação de documentos e recepção e procedimentos de baixa complexidade; executar serviços de digitação.
CARGO	AUX.SERVIÇOS GERAIS SAÚDE DA FAMÍLIA
ATRIBUIÇÕES DO CARGO	-Limpar e arrumar as dependências e instalações do estabelecimento de saúde, a fim de mantê-lo em condições de asseio requeridas; -Recolher o lixo da unidade em que serve, acondicionando detritos e depositando-os de acordo com as determinações definidas; -Percorrer as dependências do estabelecimento de saúde, abrindo e fechando janelas, portas e portões, bem como ligando e desligando pontos de iluminação, máquinas. -Verificar a existência de material de limpeza e alimentação e outros itens relacionados com seu trabalho, -Manter arrumado o material sob sua guarda; comunicar ao superior imediato qualquer irregularidade verificada, bem como a necessidade de consertos e reparos nas dependências, móveis e utensílios.
CARGO	RECEPCIONISTA SAÚDE DA FAMÍLIA

ATRIBUIÇÕES DO CARGO	Realizar as tarefas e rotinas administrativas da unidade -Conferência de documentos, distribuição interna de processos, - Arrumação e acondicionamento de materiais, serviço de circulação de documentos e recepção e procedimentos de baixa complexidade; executar serviços de digitação.
----------------------	--

24. Descrição de Cargos

CARGO	SUPERVISOR DE UNIDADE DE SAÚDE
ATRIBUIÇÕES DO CARGO	- Monitoramento e Avaliação da Atenção à Saúde tem a missão de aprimorar o processo de monitoramento, de forma que permita a realização da avaliação da estrutura, processos e resultados da atenção à saúde, competindo-lhe: - Elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da atenção à saúde; - Monitorar e avaliar as ações relevantes à atenção à saúde, para orientar a tomada de decisão.
CARGO	SUPERVISOR DO CONTRATO E PROJETOS DA OSS
ATRIBUIÇÕES DO CARGO	- Operacionalizar assistência integral do Contrato de Gestão como representante da OSS e responsável pela implantação dos projetos e programas e acompanhamento dos treinamentos com os devidos técnicos de cada área. Planejar, dirigir, controlar e executar projetos do campo da administração de gestão de recursos humanos, e educação continuada. - Responsável pelo acompanhamento implantação, treinamentos e testes do projeto de Tecnologia da Informação com uso de Tablets para os Agentes Comunitário de Saúde. - Acompanhamentos das equipes saúde em reuniões mensais técnicas, objetivando o acompanhamento das metas e a qualidade dos serviços prestados aos usuários e suas famílias na unidade ou domicílio. - Quando solicitado, participação em reuniões ou grupos nos espaços comunitários, eventos que envolvam a comunidade, como representante da OSS, construindo o vínculo e desenvolvendo ações conforme o perfil local.
CARGO	TECNICO DE ENFERMAGEM

ATRIBUIÇÕES DO CARGO	-Operacionalizar procedimentos técnicos de enfermagem. -Auxiliar o Enfermeiro no gerenciamento dos insumos necessários ao adequado funcionamento
CARGO	AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA
ATRIBUIÇÕES DO CARGO	-Esclarecer a comunidade sobre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares, orientando-a sobre as medidas de prevenção. - Rastrear a hipertensão arterial em indivíduos com mais de 20 anos, pelo menos, uma vez ao ano, mesmo naqueles sem queixa. -Encaminhar à consulta de enfermagem os pacientes indivíduos suspeitos de serem portadores de hipertensão. - Verificar o comparecimento dos pacientes hipertensos às consultas agendadas na unidade de saúde. -Verificar a presença de sintomas de doença cardiovascular, cerebrovascular ou outras complicações de hipertensão arterial, e encaminhar para consulta extra. - Perguntar, sempre, ao paciente hipertenso se o mesmo está tomando, com regularidade, os medicamentos e se está cumprindo as orientações de dieta, atividades físicas, controle de peso, cessação do hábito de fumar e da ingestão de bebidas alcoólicas. - Registrar, em sua ficha de acompanhamento, o diagnóstico de hipertensão e risco cardiovascular global estimado de cada membro da família.
CARGO	RECEPCIONISTA SAÚDE DA FAMÍLIA
ATRIBUIÇÕES DO CARGO	Realizar as tarefas e rotinas administrativas da unidade -Conferência de documentos, distribuição interna de processos, - Arrumação e acondicionamento de materiais, serviço de circulação de documentos e recepção e procedimentos de baixa complexidade; executar serviços de digitação.
CARGO	ENFERMAGEM

ATRIBUIÇÕES DO CARGO	-Capacitar os técnicos de enfermagem e os agentes comunitários e supervisionar, de forma permanente, suas atividades; -Realizar consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, tratamento não-medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando o indivíduo ao médico, quando necessário; -Desenvolver atividades educativas de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade; desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com os pacientes hipertensos; - Estabelecer, junto à equipe, estratégias que possam favorecer a adesão (grupos de hipertensos e diabéticos);
	-Solicitar, durante a consulta de enfermagem, os exames mínimos estabelecidos nos consensos e definidos como possíveis e necessários pelo médico da equipe; -Repetir a medicação de indivíduos controlados e sem intercorrências; -Encaminhar para consultas mensais, com o médico da equipe, os indivíduos não-aderentes, de difícil controle e portadores de lesões em órgãos-alvo (cérebro, coração, rins, olhos, vasos, pé diabético, etc.) ou com comorbidades
CARGO	TECNICO DE ENFERMAGEM
ATRIBUIÇÕES DO CARGO	-Verificar os níveis da pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal, em indivíduos da demanda espontânea da unidade de saúde. -Orientar a comunidade sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida, ligadas à alimentação e à prática de atividade física rotineira. -Orientar as pessoas da comunidade sobre os fatores de risco cardiovascular, em especial aqueles ligados à hipertensão arterial e diabete. -Agendar consultas e reconsultas médicas e de enfermagem para os casos indicados. -Proceder as anotações devidas em ficha clínica. -Cuidar dos equipamentos (tensiômetros e glicosímetros) e solicitar sua manutenção, quando necessária. -Encaminhar as solicitações de exames complementares para serviços de referência. - Controlar o estoque de medicamentos e solicitar reposição, seguindo as orientações do enfermeiro da unidade, no caso de impossibilidade do farmacêutico. Fornecer medicamentos para o paciente em tratamento, quando da impossibilidade do farmacêutico.

• **Cargos**

CARGO	COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO BASICA
-------	-------------------------------

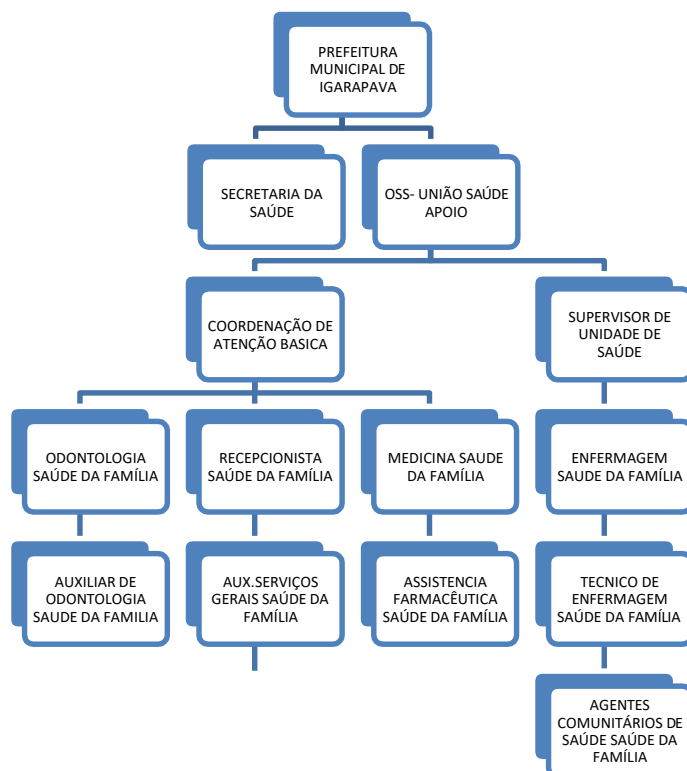
ATRIBUIÇÕES DO CARGO	- Coordenar os trabalhos das suas unidades; - Propor, coordenar, monitorar e avaliar políticas de atenção primária à saúde; - Articular processos intra e intersetorial, tendo como objetivo qualificar a atenção primária à saúde no estado; - Propor e implementar ações para a reorganização e qualificação da atenção primária, tendo a saúde da família como estratégia prioritária para o fortalecimento desse nível de atenção; -
CARGO	SUPERVISOR DE UNIDADE DE SAÚDE
ATRIBUIÇÕES DO CARGO	- Monitoramento e Avaliação da Atenção à Saúde tem a missão de aprimorar o processo de monitoramento, de forma que permita a realização da avaliação da estrutura, processos e resultados da atenção à saúde, competindo-lhe: - Elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da atenção à saúde; - Monitorar e avaliar as ações relevantes à atenção à saúde, para orientar a tomada de decisão.
CARGO	ODONTOLOGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
ATRIBUIÇÕES DO CARGO	- Participar do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas no território de abrangência das unidades básicas de saúde da família - Identificar as necessidades e expectativas da população em relação à saúde bucal; - Estimular e executar medidas de promoção da saúde, atividades educativas e preventivas em saúde bucal; - Executar ações básicas de vigilância epidemiológica em sua área de abrangência; - Organizar o processo de trabalho de acordo com as diretrizes do PSF e do plano de saúde municipal; -
CARGO	AUXILIAR DE ODONTOLOGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

ATRIBUIÇÕES DO CARGO	- Realizar, sob a supervisão do cirurgião-dentista, procedimentos preventivos nos usuários para o atendimento clínico, como escovação supervisionada, evidênciação de placa bacteriana, aplicação tópica de flúor, selantes, raspagem, alisamento e polimento. - Realizar procedimentos reversíveis em atividades restauradoras, sob supervisão do cirurgião-dentista - Auxiliar o cirurgião-dentista (trabalho a quatro mãos). Registrar na Ficha D – Saúde Bucal, do Sistema de Informação da Atenção Básica - Acompanhar e apoiar o desenvolvimento dos trabalhos da equipe de saúde da família no tocante à saúde bucal.
CARGO	MEDICINA SAÚDE DA FAMÍLIA
ATRIBUIÇÕES DO CARGO	-Realizar consulta para confirmação diagnóstica, avaliação dos fatores de risco, identificação de possíveis lesões em órgãos-alvo e comorbidades, visando à estratificação do portador de hipertensão; -Solicitar exames complementares, quando necessário; - Prescrever tratamento não-medicamentoso; -Tomar a decisão terapêutica, definindo o início do tratamento medicamentoso; - Programar, junto à equipe, estratégias para a educação do paciente; - Encaminhar às unidades de referências secundária e terciária as pessoas que apresentam hipertensão arterial grave e refratária ao tratamento, com lesões importantes em órgãos-alvo, com suspeita de causas secundárias e aqueles que se encontram em estado de urgência e emergência hipertensiva; - Perseguir, obstinadamente, os objetivos e metas do tratamento (níveis pressóricos, glicemia pós-prandial, hemoglobina glicada, controle dos lipídeos e do peso).
CARGO	AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA

ATRIBUIÇÕES DO CARGO	-Esclarecer a comunidade sobre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares, orientando-a sobre as medidas de prevenção. - Rastrear a hipertensão arterial em indivíduos com mais de 20 anos, pelo menos, uma vez ao ano, mesmo naqueles sem queixa. -Encaminhar à consulta de enfermagem os indivíduos rastro suspeitos de serem portadores de hipertensão. - Verificar o comparecimento dos pacientes hipertensos às consultas agendadas na unidade de saúde. -Verificar a presença de sintomas de doença cardiovascular, cerebrovascular ou outras complicações de hipertensão arterial, e encaminhar para consulta extra. - Perguntar, sempre, ao paciente hipertenso se o mesmo está tomando, com regularidade, os medicamentos e se está cumprindo as orientações de dieta, atividades físicas, controle de peso, cessação do hábito de fumar e da ingestão de bebidas alcoólicas. -Registrar, em sua ficha de acompanhamento, o diagnóstico de hipertensão e risco cardiovascular global estimado de cada membro da família.
CARGO	ENFERMAGEM SAUDE DA FAMÍLIA
ATRIBUIÇÕES DO CARGO	-Capacitar os técnicos de enfermagem e os agentes comunitários e supervisionar, de forma permanente, suas atividades; -Realizar consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, tratamento não-medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando o indivíduo ao médico, quando necessário; -Desenvolver atividades educativas de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade; desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com os pacientes hipertensos; - Estabelecer, junto à equipe, estratégias que possam favorecer a adesão (grupos de hipertensos e diabéticos); -Solicitar, durante a consulta de enfermagem, os exames mínimos estabelecidos nos consensos e definidos como possíveis e necessários pelo médico da equipe; -Repetir a medicação de indivíduos controlados e sem intercorrências; -Encaminhar para consultas mensais, com o médico da equipe, os indivíduos não-aderentes, de difícil controle e portadores de lesões em órgãos-alvo (cérebro, coração, rins, olhos, vasos, pé diabético, etc.) ou com comorbidades
CARGO	TECNICO DE ENFERMAGEM SAÚDE DA FAMÍLIA

ATRIBUIÇÕES DO CARGO	- Verificar os níveis da pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal, em indivíduos da demanda espontânea da unidade de saúde. -Orientar a comunidade sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida, ligadas à alimentação e à prática de atividade física rotineira. -Orientar as pessoas da comunidade sobre os fatores de risco cardiovascular, em especial aqueles ligados à hipertensão arterial e diabetes. -Agendar consultas e reconsultas médicas e de enfermagem para os casos indicados. -Proceder as anotações devidas em ficha clínica. -Cuidar dos equipamentos (tensiômetros e glicosímetros) e solicitar sua manutenção, quando necessária. -Encaminhar as solicitações de exames complementares para serviços de referência. - Controlar o estoque de medicamentos e solicitar reposição, seguindo as orientações do enfermeiro da unidade, no caso de impossibilidade do farmacêutico. - Fornecer medicamentos para o paciente em tratamento, quando da impossibilidade do farmacêutico.
CARGO	AUX.SERVIÇOS GERAIS SAÚDE DA FAMÍLIA
ATRIBUIÇÕES DO CARGO	-Limpar e arrumar as dependências e instalações do estabelecimento de saúde, a fim de mantê-lo em condições de asseio requeridas; -Recolher o lixo da unidade em que serve, acondicionando detritos e depositando-os de acordo com as determinações definidas; -Percorrer as dependências do estabelecimento de saúde, abrindo e fechando janelas, portas e portões, bem como ligando e desligando pontos de iluminação, máquinas. -Verificar a existência de material de limpeza e alimentação e outros itens relacionados com seu trabalho, -Manter arrumado o material sob sua guarda; comunicar ao superior imediato qualquer irregularidade verificada, bem como a necessidade de consertos e reparos nas dependências, móveis e utensílios.
CARGO	RECEPCIONISTA SAÚDE DA FAMÍLIA
ATRIBUIÇÕES DO CARGO	Realizar as tarefas e rotinas administrativas da unidade -Conferência de documentos, distribuição interna de processos, - Arrumação e acondicionamento de materiais, serviço de circulação de documentos e recepção e procedimentos de baixa complexidade; executar serviços de digitação.

25. Organograma - SAÚDE DA FAMÍLIA PSF



Total da Equipe 40 Horas
semanais

Enfermeiro:	1
Aux. /Téc. Enf:	2
Médico: Dentista	1
Auxiliar de	1
Dentista	1
Agente de	4
Saúde:	
Auxiliar/recepção	1

26. Regimento Interno

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1.º Este regimento atende as normas instituídas pela alta administração da OS, autoridade que otimiza os serviços de saúde e promove o aperfeiçoamento da gestão da Unidade

Art. 2.º As boas práticas de funcionamento do serviço de saúde são componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados.

Art. 3.º Para efeitos deste regimento a Qualidade é entendida "como um processo dinâmico, ininterrupto e de exaustiva atividade permanente de identificação de falhas nas rotinas e procedimentos, que devem ser periodicamente revisados, atualizados e difundidos, com participação da alta administração da OS junto aos seus Coordenadores e funcionários mais básicos".

Art. 4.º O Núcleo da Qualidade tem como pontos básicos: foco no cliente, trabalho em equipe permeando toda a organização, decisões baseadas em fatos e dados e a busca constante da solução de problemas e da diminuição de erros.

Art. 5.º Considerar-se-á Gestão por Processos o conjunto de operações sucessivas ou paralelas que proporcionam um resultado definido. Parágrafo único. O monitoramento dos processos é fundamental para garantir resultados positivos e segurança, com atividades como: padronização de documentos, mapeamento de processos, gerenciamento de indicadores e análise de dados, determinação de conceitos e metodologias para gerenciamento de riscos, acompanhamento e implantação de melhorias, capacitação de gestores e colaboradores

Art. 6.º Nas unidades são estabelecidas sistemáticas para tratamento e prevenção de falhas, com aplicação de ferramentas para gerenciamento de riscos associados aos cuidados prestados.

Parágrafo único. Além disso, fluxos e métodos são padronizados para execução das atividades clínicas e administrativas, evidenciados em documentos oficiais com o objetivo é fortalecer a interface entre profissionais de disciplinas diversas, com foco na integração assistencial e monitoramento contínuo dos resultados.

Art. 7.º A acreditação é um método de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que busca garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos.

Parágrafo único. Terá caráter educacional e não fiscal para determinar se a instituição atende aos requisitos elaborados para melhorar a segurança e a qualidade do serviço.

Art. 8.º O Núcleo da Qualidade está alicerçado nos pilares fundamentais da Qualidade, segundo Donabedian (1990):

I - Eficácia: é a habilidade da ciência médica em oferecer melhorias na saúde e no bem-estar dos indivíduos;

II- Efetividade: é a relação entre o benefício real oferecido pela assistência e o resultado potencial, representado por estudos epidemiológicos e clínicos;

III- eficiência: é a relação entre o benefício oferecido pela assistência médica e seu custo econômico;

IV- Otimização: é o estabelecimento do ponto de equilíbrio relativo, em que o benefício é elevado ao máximo em relação ao seu custo econômico. É a tentativa de evitar benefícios marginais a custos inaceitáveis;

V- Aceitabilidade: é a adaptação dos cuidados médicos e da assistência à saúde às expectativas, desejos e valores dos pacientes e suas famílias. Este atributo é composto por 5 conceitos: acessibilidade, relação médico-paciente, amenidades, preferências do paciente quanto aos efeitos da assistência e preferências do paciente quanto aos custos da assistência;

VI- Legitimidade: é a possibilidade de adaptar satisfatoriamente um serviço à comunidade ou à sociedade como um todo. Implica conformidade individual, satisfação e bem-estar da coletividade;

VII- Equidade: é a determinação da adequada e justa distribuição dos serviços e benefícios para todos os membros da comunidade.

• **Do Núcleo da Qualidade**

Art. 9.º O NQ tem o compromisso de introduzir a Gestão da Qualidade como uma ferramenta permanente de aprimoramento institucional, reorganizando suas práticas e diminuindo riscos para pacientes, profissionais e colaboradores, monitorando periodicamente os indicadores para subsidiar os responsáveis da Unidade Mista nas tomadas de decisão a fim de consolidar os processos.

Art. 10. O NQ tem por objetivo assegurar que a Gestão da Qualidade da Unidade seja estabelecido, implantado e mantido, de acordo com requisitos da qualidade estabelecidos no processo de Acreditação da ONA.

Art. 11. O NQ, durante as ações de implantação, implementação e a manutenção, obedecerá às normas vigentes para cada processo trabalhado.

• **DA NATUREZA E FINALIDADE**

Art.12. O NQ é uma instância colegiada, de natureza consultiva e deliberativa, é diretamente ligado a Superintendência da unidade.

Art. 13. O NQ é um conjunto de programas gerenciais que sistematiza o planejamento, a formulação e a operacionalização dos processos assistenciais e de apoio, necessários para garantir a excelência nos serviços prestados.

Art. 14. O NQ tem por finalidade assessorar a promoção de ações institucionais de melhoria contínua na gestão dos processos, elevando o padrão dos serviços prestados por meio de indicadores da qualidade, avaliação da satisfação dos usuários, definição de metodologias e ferramentas da qualidade e controle dos instrumentos administrativos que compõem a estrutura organizacional.

• **DA COMPOSIÇÃO**

Art.15. O NQ, composto por colaboradores da Unidade e nomeado pelo Superintendente em Portaria, é formado:

I- Coordenador;

II - Dois representantes da alta administração; III - grupo técnico/executor:

a) três representantes do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

- b) dois representantes da Administração das Unidades para planejamento estratégico;
- c) um representante da Divisão de Enfermagem; V - secretário.

Art. 16. Fica facultada ao coordenador do Núcleo propor a participação de novos profissionais para atuarem como apoio técnico e operacional na implementação dos processos.

• DOS DEVERES E RESPONSABILIDADES

Art. 17. São deveres e responsabilidades dos membros do NQ:

- I - Participar das reuniões, discussões e deliberações sobre quaisquer assuntos constantes da pauta;
- II- Propor assuntos para a pauta das reuniões; III - solicitar reunião extraordinária do NQ;
- IV- Colaborar com estudos e propostas ao NQ, que contribuam para a implantação de medidas que venham a assegurar a estruturação organizacional mais adequada à execução dos processos e das atividades do NQ;
- V- Colaborar com estudos e debates visando ao aperfeiçoamento permanente dos processos e das atividades do NQ;
- VI- Coordenar a implantação, na sua área de atuação, das medidas e processos aprovados pelo NQ;
- VII- colaborar com as outras áreas de atuação do NQ na implantação das medidas e processos aprovados;
- VIII- Participar da apreciação e deliberação sobre propostas apresentadas por membros do NQ, a serem levadas às reuniões do Núcleo;
- IX- Pedir vistas de assuntos em discussão.

Art. 18. Eventuais conflitos de interesse, efetivos ou potenciais, que possam surgir em função do exercício das atividades dos membros do Núcleo deverão ser informados aos demais integrantes ao abrir o item de pauta.

Art. 19. As matérias examinadas nas reuniões do Núcleo têm caráter sigiloso, ao menos até sua deliberação final, quando será decidida sua forma de encaminhamento.

Parágrafo único. Os membros do Núcleo não poderão manifestar-se publicamente sobre quaisquer assuntos tratados neste fórum, cabendo ao Coordenador do Núcleo o encaminhamento de assuntos a serem publicados para apreciação da Superintendência.

Art. 20. As atribuições dos representantes do NQ são as seguintes atividades: 1 - Representantes da alta administração:

- 1. Assegurar que os processos e requisitos necessários à implantação e implementação do Sistema de Gestão da Qualidade sejam estabelecidos;

2. Assegurar a promoção da conscientização sobre os requisitos do cliente em toda a organização;
3. Servir como contato para organizações externas no que se refere NQ II - Coordenador;
4. Convocar e coordenar as reuniões ordinárias e extraordinárias do NQ;
5. Consolidar a pauta definitiva das reuniões do NQ;
6. Colocar em discussão qualquer matéria urgente ou de alta relevância, ainda que não constante da pauta de convocação;
7. Representar o NQ junto à Gestão Superior e entidades da sociedade;
8. Delegar atribuições aos demais membros do NQ;
9. Constituir grupo(s) de trabalho(s), se e quando necessário, indicando para cada grupo um relator;
10. Expedir todos os atos necessários à efetivação das deliberações do NQ;
11. Convidar, a seu critério ou por indicação dos membros do NQ, autoridades ou técnicos de notória competência profissional, para participar das reuniões, sem direito à participação nas deliberações do NQ;
12. Conceder visto de matérias aos membros do NQ, quando solicitado;
13. Supervisionar as atividades exercidas pelo Secretário do NQ;
14. Convocar e coordenar as reuniões de análise crítica do sistema e na periodicidade prevista no Manual da Qualidade;
15. Fazer cumprir este Regimento. III - grupo técnico/executor;
16. Consolidar a pauta preliminar das reuniões do NQ, e submeter ao coordenador;
17. Estudar e propor ao NQ, medidas para assegurar a estruturação dos processos organizacionais, adequando-os ao cumprimento da missão institucional;
18. Mapear e monitorar a implantação das medidas e da estruturação dos processos organizacionais estabelecidos e aprovados pelo NQ;
19. Realizar estudos e debates visando o aperfeiçoamento permanente dos processos e da estrutura organizacional visando o cumprimento da missão institucional;
20. Apreciar e deliberar sobre propostas apresentadas por membros do NQ, a serem levadas às reuniões do Núcleo;
21. Representar o NQ junto aos setores;
22. Apoiar, acompanhar e controlar todas as ações voltadas para a implantação e manutenção do sistema da qualidade;
23. Assegurar a realização das reuniões de análise crítica do sistema e na periodicidade prevista;
24. Acompanhar os indicadores de desempenho do Sistema da Gestão da Qualidade para a tomada de decisão que garanta a eficácia do sistema;
25. Promover a integração do NQ com os demais setores, sendo interlocutor que

viabilize a consolidação dos ajustes necessários à implantação das medidas que assegurem a estruturação dos processos organizacionais, adequando-os ao cumprimento da missão institucional;

26. Prestar serviço de consultoria interna em desenvolvimento organizacional e qualidade ao NQ;
27. Acompanhar os Planos Anuais de Auditoria Interna visando assegurar a sua realização;
28. Prestar assistência ao processo de desenvolvimento e manutenção do NQ, buscando informações e feedback que possibilitem avaliação dos programas e procedimentos implantados.
29. Programar e executar o treinamento de todos os funcionários nas atividades relacionadas as atividades de suas funções, visando a multiplicação dos conhecimentos e facilitar a implementação dos programas;
30. Organizar eventos internos e externos relativos ao Sistema de Gestão da Qualidade, visando promover o treinamento dos colaboradores;
31. Elaborar os fluxogramas de documentação do NQ, visando a correta comunicação e registro das informações;
32. Desenvolver material de apoio, tais como apostilas, cartilhas, cartazes, visando otimizar os treinamentos e a divulgação do programa;
33. Ministrando treinamentos internos relacionados com a qualidade. IV - Secretário:
34. Controlar as ocorrências relacionadas com a qualidade, digitando dados, para elaboração de relatórios com estatísticas de produção;
35. Participar da elaboração e redação dos procedimentos relacionados com a qualidade;
36. Manter controles dos registros da qualidade;
37. Controlar os certificados de qualidade de matérias-primas recebidas;
38. Verificar os prazos dos certificados de aferição de instrumentos por entidade credenciada;
39. Distribuir e controlar as cópias de manuais da qualidade;
40. Preparar a proposta de pauta das reuniões do NQ, fazendo constar as sugestões encaminhadas previamente pelos membros do Comitê, e consolidá-la com o Coordenador;
41. Expedir convocação para as reuniões do NQ, anexando a pauta e a documentação necessária para as deliberações;
42. Providenciar a organização do local das reuniões, a infraestrutura necessária e a comunicação aos membros do NQ;
43. Elaborar as atas ou notas de reuniões e encaminhá-las aos membros do NQ, num prazo máximo de 7 dias;
44. Organizar a comunicação, o arquivo e a documentação da qualidade, de forma a garantir o acesso rápido e seguro às informações.

• **Assessor de planejamento e qualidade:**

- a) Substituir o Coordenador nas suas ausências ou afastamentos temporários;

b) Assessorar o Coordenador e o grupo da Qualidade em todos os assuntos de sua competência;

c) Assessorar os gerentes e facilitadores na implantação das atividades do NQ, visando garantir sua execução dentro dos padrões estabelecidos.

• **DAS COMPETÊNCIAS DO NÚCLEO DE QUALIDADE**

Art. 21. Estudar e propor à representantes da alta administração e da comunidade, medidas para assegurar a estruturação dos processos organizacionais, adequando-os ao cumprimento da missão institucional.

Art. 22. Assegurar a implantação e manutenção dos processos organizacionais estabelecidos e aprovados, inclusive através da viabilização, junto à alta administração.

Art. 23. Incentivar estudos e debates com as lideranças, visando o aperfeiçoamento permanente da estrutura e dos processos organizacionais, definidos para estes serviços.

Art.24. Assegurar a implantação das medidas aprovadas.

Art. 25. Garantir que o Núcleo de Qualidade (NQ) orientará os processos de trabalho elencados prioritariamente:

I - Desenvolver o mapeamento dos processos essenciais;

II- Estabelecer a cultura da elaboração documental e sua aplicação;

III- manter programas para o gerenciamento de riscos e eventos adversos, com vistas a contemplar as Metas Internacionais de Segurança do Paciente;

IV- Capacitar os profissionais para a prática com qualidade e segurança;

V- Sedimentar a cultura e a prática de qualidade e segurança na instituição.

VI- Garantir o gerenciamento de riscos na instituição, através das diretrizes das Gerências de Risco, CCIRAS e NSP;

VII- garantir a implementação das metas internacionais de segurança;

VIII- obter efetividade nas ações voltadas para a melhoria da qualidade e segurança do paciente;

IX- Mapear, revisar e monitorar os processos estabelecidos buscando a melhoria institucional contínua;

X- Monitorar os indicadores de qualidade dos serviços, na aferição da melhoria dos processos;

XI- garantir que o monitoramento e a intervenção em todos dos processos estabelecidos, sejam realizados pelas lideranças, buscando as melhorias exigidas;

XII - garantir a manutenção das melhorias alcançadas com seus respectivos registros e divulgação a toda comunidade;

XIII - promover a comunicação dos processos de melhoria da qualidade em toda a instituição.

• **DAS REUNIÕES**

Art. 26. As reuniões do NQ serão realizadas quinzenalmente com o grupo técnico, executor e assessor e mensalmente com os membros da alta administração em caráter ordinário, em dia, local e horário pré-estabelecido, de acordo com a conveniência de seus membros, na sala do NQ, devendo estas, serem comunicadas com no mínimo 48 horas de antecedência.

Art. 27. As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Coordenador ou a pedido de qualquer membro da Comissão.

Art. 28. Na convocação para reunião deverá constar a pauta, podendo esta ser proposta por qualquer um dos membros da Comissão.

Art. 29. O NQ mensalmente apresentará nas suas reuniões, trabalhos propostos em andamento e concluídos, com entrega de relatórios podendo para isto contar com a participação de convidados de sua escolha.

Art. 30. As reuniões serão realizadas com qualquer número de participantes, a critério do Coordenador, ficando as resoluções na dependência da presença da metade, mais um, dos membros presentes à reunião.

Art. 31. De cada reunião será lavrada Ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença.

Art. 32. Os membros da comissão que faltarem a 3 (três) reuniões consecutivas, injustificadamente, serão automaticamente consideradas desligados e o pedido de sua substituição encaminhado ao Superintendente.

• DAS DELIBERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Art. 33. As deliberações do NQ serão preferencialmente estabelecidas por consenso entre os seus membros:

I - As votações, quando necessárias, serão abertas e acompanhadas de defesa verbal registradas em ata;

II- As decisões serão tomadas em votação por maioria simples dos presentes;

III- em caso de empate na votação, a decisão final caberá ao Coordenador do NQ.
DO SUPORTE AO FUNCIONAMENTO

Art. 34. O apoio administrativo ao NQ será realizado pelo trabalhador administrativo terceirizado a ser contratado.

Art. 35. São consideradas atividades administrativas:

I - Prestar subsídios e informações relacionadas as atividades do NSP;

II- Elaborar e arquivar atas, processos, relatórios, documentos, correspondências e a agenda do NSP;

III- realizar o agendamento, a preparação e a expedição das convocações para as reuniões e o provimento do apoio logístico para as mesmas.

• DOS GRUPOS DE TRABALHO

Art. 36. O NQ poderá criar grupos de trabalho para tratamento de assuntos específicos.

Parágrafo único. Os grupos de trabalho serão compostos por pessoas de reconhecido saber e competência profissional no tema, todos indicados pelo coordenador do NQ e nomeados pela Superintendência.

Art. 37. Cada grupo de trabalho será coordenado por um representante do NQ. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 38. Este regulamento poderá ser modificado no todo ou em parte, por proposta dos membros do núcleo, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

Art. 39. Os casos omissos serão resolvidos pelo núcleo em reunião para isto convocada com a presença do Diretor Geral.

Art. 40. O presente Regulamento entra em vigor na data de sua aprovação e publicação.

27. PROPOSIÇÃO DE PROJETOS ASSISTENCIAIS E SOCIAIS RELACIONAMENTO COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA, COMUNIDADES, CAMPANHAS EDUCATIVAS PARA O USUÁRIO, ETC)

A partir do perfil epidemiológico da UNIDADES DE SAUDE BASICA DE IGARAPAVA, avaliando as necessidades mais prementes do dia a dia da unidade, será possível implantar programas e campanhas que sejam complementares a gestão.

Estas ações devem ser estabelecidas a partir do contato com gestores públicos, com a própria população e a partir da sensibilidade do Coordenador, para que essa complementariedade seja impactante, necessária e principalmente traga resultados concretos.

A proposta da OS é implantar pelo menos cinco ações permanentes, ligadas ao perfil epidemiológico da cidade.

Sem contar as ações obrigatórias do Calendário do Ministério da Saúde.

Portanto, mais importante que definir as ações a priori, é identificar carências e conhecer profundamente a realidade local e as lacunas de saúde existentes.

28. AÇÕES VOLTADAS À QUALIDADE

Definição de metas quantitativas, qualitativas, operacionais, indicativas de melhorias da eficiência e qualidade do serviço, no tocante aos aspectos econômico, operacional e administrativo, bem como os respectivos prazos e cronograma de execução e definição de indicadores para avaliação do desempenho e de qualidade na prestação dos serviços.

- Qualidade Objetiva: aquela que está orientada a obter e garantir a melhor assistência possível, dado o nível de recursos e tecnologia existentes. O ente interessado estabelecerá em sua oferta, entre outras:

29. NÚCLEO DE ACOMPANHAMENTO TÉCNICO

• NÚCLEO

Deverá ser observado, as atividades de assistência aos pacientes e os processos de trabalho interno na Unidades ESF, como instrumento de gestão oferecendo subsídios a Diretoria de Gestão à Saúde.

O Núcleo será composto pelo Coordenador geral e pela Coordenadora de Projetos, com a responsabilidade de analisar e produzir dados e protocolos dentro de suas especificidades e suas atribuições devem ser definidas e validadas em forma de Regimentos Internos, para assim gerenciar e garantir o funcionamento das unidades EFS em conformidade com as resoluções do CREMESP, CFM, ANVISA e Ministério da Saúde e Normativas e Portarias vigentes.

30. POP's;

Implantação de Protocolos a fim de prevenção de acidentes e doenças ocasionadas no trabalho visando à saúde dos trabalhadores do ESF bem como;

Mortalidade Materna, tem como objetivo principal a elucidação das circunstâncias da ocorrência dos óbitos infantis e fetais, identificar e propor melhorias na qualidade da assistência à saúde para a redução da mortalidade perinatal e infantil.

Segurança ao Paciente: tem a finalidade de identificar, monitorar, analisar e prevenir os riscos potenciais que os pacientes estão sujeitos ao longo do processo de assistência.

• INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DO SERVIÇO NA UNIDADES DE SAÚDE DE IGARAPAVA

A análise dos Indicadores Quantitativos relacionados no Quadro, abaixo que, permitirá calcular o valor da Transferência de Recursos Mensal, considerando as metas quantitativas contratadas.

Critérios para definição do valor da Transferência de Recursos Mensal relacionados aos Indicadores Quantitativos

ATIVIDADE	VOLUME REALIZADO	TRANSFERÊNCIA RECURSOS
Média dos últimos 6 (seis) meses de Produção Assistencial	100% do volume contratado	100% X Transferência Recursos Mensal
	90% do volume contratado	90% X Transferência Recursos Mensal
	Igual a 80% ou superior a 70% do volume contratado	80% X Transferência Recursos Mensal

Atividade = Produção Assistencial nas UNIDADES DE SAÚDE DE IGARAPAVA.

Transferência de Recursos Mensal = 1/12 do Valor do Orçamento do Custeio

Os desvios para menor da produção efetivamente realizada serão analisados em relação às metas quantitativas contratadas (Quadro 1) e gerarão uma variação no valor da Transferência de Recursos Mensal, conforme Quadro 2, tendo em conta série histórica dos últimos 6 (seis) meses.

Todavia, no caso do volume médio realizado nos últimos 3 (três) meses vier a ultrapassar em mais de 15% (quinze por cento) da meta de produção contratada, então, deverá ser providenciada a elaboração de um novo quadro de referência para as metas, substituindo-se o Quadro 1 que serve de base para a contratação e, em consequência, também se procederá o cálculo para reequilíbrio financeiro contratual em favor da OSS.

De igual forma, no caso do volume médio realizado nos últimos 3 (três) meses ficar inferior em mais de 15% (quinze por cento) da meta de produção contratada, então, deverá ser providenciada a elaboração de um novo quadro de referência para as metas, substituindo-se o Quadro 1 que serve de base para a contratação e, em consequência, também se procederá o cálculo para reequilíbrio financeiro contratual, em favor da secretaria municipal de saúde de Igarapava.

• INDICADORES DE DESEMPENHO

A avaliação da OSS, quanto ao alcance de metas qualitativas, será feita com base nos seguintes Indicadores de Desempenho, a partir do efetivo início do novo modelo de gerenciamento a operação da UNIDADES DE SAÚDE DE IGARAPAVA, conforme discriminado abaixo.

QUADRO: Indicadores de Desempenho.

INDICADOR	METAS	MEMÓRIA DE CÁLCULO	PONTOS/MÊS
Taxa de Profissionais cadastrados no CNES	90%	(Número de profissionais médicos cadastrados no CNES/ Número de profissionais médicos cadastrados) X 100	20

(*) -Observação: Ressalvadas as ocorrências excepcionais, devidamente justificáveis, fruto de eventos imprevisíveis, tipo acidentes com vítimas, epidemias, desabamentos com vítimas, incêndios com vítimas e outros de semelhante natureza e gravidade.

Os Indicadores de Desempenho serão avaliados mensalmente e de forma dicotômica (cumpru a meta / não cumpru a meta) e pontuados conforme o Quadro 3.

A avaliação qualitativa mensal da OSS UNIÃO SAÚDE APOIO será realizada pela soma dos pontos obtidos no mês.

A cada mês, a OSS UNIÃO SAÚDE APOIO terá seu desempenho qualitativo avaliado e, caso o somatório de pontos seja inferior a 70%, receberá Notificação da Secretaria Municipal da Saúde para a apresentação de justificativas e repactuação do Contrato de Gestão;

O Conceito Semestral de Desempenho da OSS UNIÃO SAÚDE APOIO será obtido pela média aritmética dos pontos alcançados no período de seis meses, podendo situar-se em 2 faixas, conforme o Quadro 4, a seguir:

QUADRO 4: Conceito Semestral de Desempenho da Contratada – Medida da Pontuação Alcançada.

MÉDIA DE PONTOS SEMESTRAL	CONCEITO SEMESTRAL
---------------------------	--------------------

00 – 69	B
70 – 100	A

A critério da Secretaria Municipal da Saúde, os indicadores e as metas estabelecidas para cada indicador poderão ser revistos a cada seis meses, ou sempre que exigir o interesse público, de forma a melhor refletir o desempenho desejado para a OSS UNIÃO SAÚDE APOIO.

A critério da Secretaria Municipal da Saúde, outros indicadores poderão ser substituídos ou introduzidos, ou ainda repactuados, no Contrato de Gestão, conforme reavaliação das metas e da realidade retratada pelo contrato

Indicadores selecionados, sistemáticas de aplicação de ações corretivas.

• **MONITORAMENTO DE INDICADORES DE DESEMPENHO DE QUALIDADE, DE PRODUTIVIDADE E ECONÔMICO-FINANCEIROS**

Apresentamos a seguir o detalhamento das características e estratégias, assim como das ações voltadas à apuração e monitoramento de indicadores associados à forma de acompanhamento do desempenho quantitativo, qualitativo e econômico-financeiros especificando os indicadores selecionados, as sistemáticas de aplicação de ações corretivas e outros aspectos considerados relevantes.

A forma mais didática de se demonstrar o Sistema de Monitoramento de Indicadores é postulando e descrevendo o Sistema de Informações Gerenciais – SIG que iremos implantar, pois nele, ocorrerá a sistematização de forma padronizada, desde o atendimento, até a execução. Consequentemente, através da emissão dos relatórios gerenciais e estatísticos que o SIG pode emitir de forma customizada e personalizada, o monitoramento de indicadores ocorrerá em tempo real, dessa forma descrevendo as características do Sistema de Informações Gerenciais – SIG, poderemos demonstrar como será a forma de acompanhamento do desempenho quantitativo, qualitativo e econômico-financeiros especificando os indicadores selecionados e ações corretivas.

Vale lembrar que a quantidade de atividades previstas por serviço de saúde existente, diante da capacidade instalada e dos objetivos abordados neste Plano de Trabalho, corresponderá com as exigidas no documento recebido na ocasião da nossa Visita Técnica, ou seja, a equipe médica, a equipe de enfermagem, a equipe de apoio e os serviços terceirizados, serão mais que suficientes para executar as quantidades descritas, levando-se em conta tanto a capacidade técnica instalada da unidade de pronto atendimento, como a capacidade instalada de nossa central administrativa, assim como os objetivos a serem atingidos em termos de produtividade, qualidade e resultados esperados. Assim o monitoramento de indicadores deve ser confrontado frente a esse conjunto de ações já delimitadas, sendo que havendo o aumento de demanda, obrigatoriamente deverá ocorrer o aumento do aporte financeiro, para que esse equilíbrio não seja comprometido.

• **Atenção ao Usuário**

A meta para o primeiro trimestre é apresentar o projeto de estruturação do Serviço de Atenção ao Usuário e a meta para os demais trimestres é a resolução de 80% das queixas recebidas, e o envio consolidado da pesquisa de satisfação do usuário.

Entende-se por queixa o conjunto de reclamações recebidas por qualquer meio, necessariamente com identificação do autor, e que deve ser registrada adequadamente. Entende-se por resolução o conjunto de ações geradas por uma queixa no sentido de solucioná-la e que possa ser encaminhada ao seu autor como resposta ou esclarecimento ao problema apresentado.

A pesquisa de satisfação do usuário sobre o atendimento na unidade de pronto atendimento, destina-se à avaliação da percepção de qualidade de serviço pelos usuários e/ou acompanhantes. Em cada trimestre será avaliada a pesquisa de satisfação do usuário, por meio dos questionários específicos, que deverão ser aplicados mensalmente em pacientes atendidos e acompanhantes abrangendo 10% do total de pacientes atendidos em consulta na unidade de pronto atendimento, e 10% do total de pacientes atendidos para a realização de SADT Externo.

A pesquisa será feita verbalmente, registrada em papel, sendo obrigatoriamente anônima, apenas com identificação numérica. Os modelos dos questionários deverão ser avaliados e aprovados pelo Órgão Fiscalizador/Secretaria de Saúde.

Controle de Origem do Paciente

Avalia a existência de uma sistematização do processo de identificação de origem de pacientes referenciados a unidade de pronto atendimento primeira consulta médica e destina-se a um melhor conhecimento de demanda dos diversos serviços de saúde, fluxo de pacientes e sua organização nas diferentes regiões.

Deve contemplar os pacientes encaminhados a unidade, informando a procedência, no mês de competência, Gerenciamento dos SADT Externo

Acompanha o desperdício dos primeiros exames disponibilizados para a rede referenciada.

Cálculo: diferença percentual entre o total de primeiros exames disponibilizado para a rede e o total de primeiros exames agendados na unidade de pronto atendimento. Este indicador é aferido mensalmente com base nos dados apontados no sistema de informação da unidade de pronto atendimento. Permite estratificação por especialidade de exame.

Taxa de Absenteísmo

Acompanha a não efetivação dos exames previamente agendados para atendimento na unidade de pronto atendimento decorrente da ausência do paciente.

Cálculo: diferença percentual entre o total de exames realizados e o total de exames agendados na unidade de pronto atendimento. Este indicador é aferido mensalmente com base nos dados apontados no sistema de informação da unidade de pronto atendimento. Permite estratificação por especialidade de exame.

Descrição do Monitoramento dos Indicadores de Desempenho, Qualidade, Produtividade e Econômico-Financeiro

O monitoramento dos indicadores da unidade de pronto atendimento será realizado pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente e analisado pelos responsáveis de cada área. Ao término da compilação dos dados, os resultados dos indicadores serão apresentados para a alta direção da Unidade até o 5º dia útil de cada mês.

Desempenho de Indicadores Estratégicos

Os indicadores estão relacionados a qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da Unidade.

A complexidade dos indicadores é crescente e gradual, considerando o tempo de funcionamento da unidade. Com o passar do tempo, a cada ano, novos indicadores são introduzidos e o alcance de um determinado indicador no decorrer de certo período torna este indicador um pré-requisito para que outros indicadores mais complexos possam ser avaliados; desta forma, os indicadores que são pré-requisitos para os demais continuam a ser monitorados e avaliados, porém já não tem efeito.

A seguir alguns exemplos de indicadores de qualidade e referencial proposto. O referencial poderá ser modificado para atender as metas contratuais ou mediante o perfil da Unidade ou ainda para ser comparado com unidades do mesmo perfil:

Taxa de satisfação – mínimo de 80%;

Taxa de prontuários médicos corretamente finalizados após atendimento dos usuários – 100%;

Taxa de transferência de usuários menor ou igual 1%;

Taxa de Revisão de Prontuários e análise de Óbito – 100%; Taxa de Revisão de Prontuários, pela CCIH – 100%;

Densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a CVC – ANAPH 2012 – 0,6%;

Densidade de incidência de ITU associada a cateter vesical de demora – HIAE 2012 – 1,5/1000 Cateter/Dia;;

Taxa de infecção geral - CQH - 2013 – 2,11% natureza públicos – 3,0%; Taxa de mortalidade institucional – ANAPH 2012 – 1,31%;

Taxa de adesão global aos protocolos de segurança do paciente – Meta 80%;

Número de eventos notificados – 100%;

Média geral de permanência – ANAHP 2012.

Este relatório permite o acompanhamento sistematizado do desempenho dos indicadores estratégicos referidos no mapa estratégico.

Abaixo se encontram alguns indicadores estatísticos, que devem ser adequados ao perfil da Unidade.

Média de paciente-dia por unidade:

Total de paciente-dia por n° de dias do período (28, 30 ou 31 dias) Média Geral =
Total de pacientes / Dia “A”

N° dias do período

Nota: A mesma lógica deverá ser aplicada em paciente-dia por especialidade.

Atendimentos por Procedência: Essa informação será colhida através do Mapa de Atendimento, observando-se, todavia, os Municípios de procedência dos pacientes.

Atendimento por faixa etária: Essa informação será colhida através do Mapa de Atendimento, observando-se, todavia, as faixas etárias dos pacientes que foram atendidos no período.

Consultas simples: Atendimento prestado sem consumo de materiais/ medicamentos. É o atendimento prestado apenas no consultório médico.

Consultas com procedimento: Atendimentos que implicam, além da consulta com o médico, consumo de materiais (agulhas, gesso, ataduras, sondas) e/ou medicamentos para tratamento imediato do paciente, o qual, em seguida, será liberado.

Procedimentos realizados: É lançado no Plano Estatístico o total de procedimentos realizados na Unidade, no período.

Média Diária: Divide-se o total de procedimentos realizados na unidade no mês pelo

total de dias do mês.

Taxa de transferência de usuários: Taxa de pacientes que foram atendidos na Unidade e necessitaram transferência para outro serviço.

Nota: Fórmula - Total de usuários transferidos dividido por total de funcionários atendidos, multiplicado por 100.

Taxa de usuários adultos classificados quanto ao risco, por enfermeiro: Total de pacientes adultos atendidos na Unidade que foram classificados quanto ao risco, pelo profissional enfermeiro.

Auxiliares de diagnóstico e tratamento: As informações solicitadas de tais serviços referem-se basicamente ao número total de exames/sessões realizados, bem como, ao número de exames/sessões por especialidade solicitante.

Indicadores dos Serviços Administrativos Índices em Administração de Pessoal:

Funcionários em férias: deve ser lançada a quantidade de funcionários em férias no período.

Funcionários de Licença/Afastamentos: deve ser lançada a quantidade de funcionários que estiveram de licença e atestados no período.

Admissões/demissões: deve ser lançada a quantidade de funcionários admitidos e demitidos (transferidos), no período.

Faltas em dia: n° de faltas em dias no período.

Índice de Absenteísmo: designa a relação entre o total de faltas em dias e o produto dos dias totais do período considerado pelo total de funcionários da organização:

Índice de Absenteísmo = $\frac{\text{N}^\circ \text{ de faltas no período} \times 100}{\text{Efetivo médio} \times \text{período considerado}}$

Horas Extras: quantidade em horas extras utilizadas no período. Atrasos em horas: quantidade de atrasos em horas no período.

Índice de rotatividade: Representa a flutuação de pessoal dentro de uma organização, ou seja, é o volume de pessoas que ingressam e que saem de uma organização dentro de um mesmo período de tempo e relacionado ao volume médio do funcionário da organização.

Este índice é calculado pelo próprio setor de Estatística através da fórmula percentual:

Admitidos + Demitidos

Índice de rotatividade = $\frac{\text{Admitidos} + \text{Demitidos}}{\text{Efetivo Médio} \times 2} \times 100$

(*) Efetivo Médio

$\text{N}^\circ \text{ de funcionários início do período} + \text{N}^\circ \text{ de funcionários no final de período} \div 2$

Nota: Atentar ao uso do Efetivo Médio, e não do número de funcionários ao final do período. Tal medida visa considerar as oscilações de pessoal pertinentes ao período, buscando-se uma média na quantidade de funcionários realmente representativa. (CATEGORIA) Sobre o Total de Funcionários: Demonstra com exatidão a

representatividade do corpo de Enfermagem em relação ao total de funcionários, como mostra a fórmula:

$\% \text{ sobre o total de funcionários} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de funcionários da categoria}}{\text{Total de funcionários do Pronto Socorro}} \times 100$

Indicadores De Desempenho

Dentre os itens de desempenhos, temos os indicadores gerados pelas Comissões os que se encontram descritos no projeto, bem como indicadores de satisfação que encontram descritos no item “Organização de serviço de atendimento ao usuário e pesquisa de satisfação”.

Sistemática De Aplicação De Ações Corretivas De Desempenho A Partir Do Monitoramento

As sistemáticas de aplicação de ações corretivas serão feitas por meio de reuniões onde serão analisadas as ações a serem tomadas bem como as atividades preventivas.

De acordo com a NBR ISO 9001:2008, um sistema de gestão deve dispor de ferramentas para atender os requisitos de monitoramento do processo.

A organização deve aplicar métodos adequados para monitoramento e, quando aplicável, para medição dos processos do SGQ.

Esses métodos devem demonstrar a capacidade dos processos em alcançar os resultados planejados.

Ferramentas para A Solução De Problemas:

- ✓ Uso inadequado de equipamento;
- ✓ Processo incompleto;
- ✓ Pessoas em lugares inadequados;
- ✓ Ausência de padronização;
- ✓ Conflito de informação;
- ✓ Equipamentos obsoletos.

Antes de nos aprofundarmos em uma metodologia de como tratar Ações Corretivas e Preventivas, cabe apresentar e citar as ferramentas de identificação e análise de problemas.

- ✓ As ferramentas utilizadas serão:
- ✓ Formação de equipe;
- ✓ Fluxograma;
- ✓ Brainstorming;
- ✓ Diagrama de causa e efeito;
- ✓ Folha de verificação;
- ✓ Diagrama de Pareto.

• METODOLOGIA

Selecionar e registrar os problemas a serem comparados;

Listar os itens da esquerda para a direita no eixo horizontal, em ordem de grandeza

decrecente da unidade de medição. As categorias que contém o menor número de itens podem agrupadas em uma “outra” categoria.;

Fazer dois eixos verticais, um em cada extremidade do eixo horizontal. A escala do lado esquerdo deve ser calibrada na Unidade de medição.

A escala do lado direito tem de possuir a mesma altura e ser calibrada de 0% a 100%; desenhar um retângulo acima de cada item, cuja altura representa a magnitude da unidade de medição do item;

Construir a linha de frequência cumulativa, somando a magnitude de cada item da esquerda para a direita;

As sistemáticas de aplicação de ações corretivas serão feitas por meio de reuniões onde serão analisadas as ações a serem tomadas bem como as atividades preventivas.

Cronograma Das Ações Corretivas

Ações	1° Sem	2° Sem	3° Sem	4° Sem
Recebimento de relatório de indicadores	X			
Reunião para análise dos dados	X			
Definição de Plano de Ação		X		
Reunião com equipe envolvida para apresentação do Plano de Ação		X	X	
Início das ações corretivas		X	X	X

31. Programa de Acolhimento e Classificação de Risco.

HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO e POLÍTICAS DE HUMANIZAÇÃO

- Diretrizes Gerais para a Implementação da PNH**

Demandas acolhidas através de critérios de avaliação de risco, garantindo o acesso referenciado aos demais níveis de assistência;

Garantida a referência e a contra referência, resolução da urgência e emergência, provido o acesso a estrutura hospitalar e a transferência segura conforme a necessidade dos usuários;

Definição de protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando a individualidade do sujeito.

Implantação do Modelo de Acolhimento Interdisciplinar

O usuário será recepcionado por um colaborador (orientador de fluxo/recepcionista) no momento da sua chegada e também após as suas orientações sobre o atendimento.

Ainda na Recepção, ele (o paciente) e/ou seu acompanhante é encaminhado para a Consulta de Enfermagem que, após ser avaliado, é conduzido a uma das salas correspondentes a sua classificação.

Oficinas com os funcionários serão realizadas para apresentar a proposta de criação da equipe de acolhimento.

Essas oficinas ocorrerão ao longo do ano, somando quatro ciclos, nos quais durante uma ou duas semanas serão realizados encontros com toda equipe em horários diferentes para permitir a participação da maior parte dos profissionais. Nessas oficinas, os profissionais e gestores poderão discutir o andamento do trabalho, os problemas e ideias para resolvê-los. Também acontecerá reuniões só com a equipe médica e só com a equipe de enfermagem, conduzidas pelos seus respectivos diretores.

Ao longo do ano e com a participação dos profissionais, serão aprimorados os processos para o acolhimento, pretendendo estabelecer as atividades das equipes.

Instrução com Indicação das Formas de Notificação, Recepção, Orientação Social e Apoio Psicossocial aos Usuários e Familiares.

Afim de garantir um atendimento eficiente e humanizado, a equipe da unidade de saúde será capacitada para atendimento especializado em situações que demandem atendimento diferenciado. Para isso, a UNIÃO SAÚDE APOIO elaborou alguns protocolos com o intuito de padronização das ações, promovendo acessibilidade ao conhecimento destas práticas para toda a equipe interdisciplinar da Unidade.

- **Implantação do Programa de Acolhimento e Classificação de Risco**

O acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde, a partir da análise dos processos de trabalho, Acolhimento: postura e prática para um SUS humanizado favorece a construção de relação de confiança e compromisso entre as equipes e os serviços.

Também avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial para a população brasileira.

A ideia de acolhimento já acumula uma farta experiência em diversos serviços de saúde oferecidos pelo SUS.

Esta experiência é heterogênea como o próprio SUS e tem acúmulos positivos e negativos.

Reconhecer esta longa trajetória ao falar do acolhimento significa legitimar que grande parte do que sabemos hoje se deve a este acúmulo prático.

Tradicionalmente, a noção de acolhimento pode se restringir a uma atitude voluntária de bondade e favor por parte de alguns profissionais; a uma dimensão espacial, que se traduz em recepção administrativa e ambiente confortável; ou também a uma ação de triagem (administrativa, de enfermagem ou médica) com seleção daqueles que serão atendidos pelo serviço naquele momento.

Tais perspectivas, quando tomadas separadamente dos processos de trabalho em saúde, reduzem o acolhimento a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e produção de vínculo.

É preciso não restringir o conceito de acolhimento ao problema da recepção da demanda.

O acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se o entendermos como parte do processo de produção de saúde, como algo que qualifica a relação e que, portanto, é passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro no serviço de saúde.

O processo de acolhimento deve, portanto, ocorrer em articulação com as várias diretrizes propostas para as mudanças nos processos de trabalho e gestão dos serviços: Clínica Ampliada, Cogestão, Ambiência, Valorização do Trabalho em Saúde. A palavra “acolher”, em seus vários sentidos, expressa “dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito, agasalhar, receber, atender, admitir” (FERREIRA, 1975).

O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa uma ação de aproximação, um “estar com” e “perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão, de estar em relação com algo ou alguém.

É exatamente no sentido da ação de “estar com” ou “próximo de” que queremos afirmar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância política, ética e estética da Política

Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Política porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros.

Ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, dores, alegrias, modos de viver, sentir e estar na vida. Estética no que diz respeito à invenção de estratégias, nas relações e encontros do dia-a-dia, que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade.

Podemos deste modo dizer que temos, como um dos nossos desafios, reativar nos encontros nossa capacidade de cuidar e de estar atentos para acolher, tendo como princípios norteadores:

O coletivo como plano de produção da vida;

O cotidiano como plano ao mesmo tempo de reprodução, de experimentação e de invenção de modos de vida;

A indissociabilidade entre o modo de nos produzirmos como sujeitos e os modos de estarmos nos “verbos da vida” (trabalhar, viver, amar, sentir, produzir saúde, etc.).

Temos visto que, apesar dos avanços e conquistas do SUS, ainda existem grandes lacunas no acesso e no modo como o usuário é acolhido nos serviços de saúde.

O grande desafio a ser enfrentado por todos nós – trabalhadores da saúde, gestores e usuários – na construção e efetivação do SUS como política pública é transpor os princípios aprovados para o setor Saúde e assegurados nos textos constitucionais para os modos de operar o trabalho da atenção e gestão em saúde.

É preciso restabelecer no cotidiano, por exemplo, o princípio da universalidade/equidade para o acesso e a responsabilização das instâncias públicas pela saúde dos cidadãos. Quando falamos em acesso, é preciso entendê-lo em suas várias dimensões, quais sejam:

Acesso às unidades e serviços (garantia do cuidado);

Acesso à qualidade da/na assistência
(escuta/vínculo/responsabilização/resolutividade);

Acesso à continuidade do cuidado;

Acesso à participação nos projetos terapêuticos e de produção de saúde (autonomia e protagonismo do cidadão– usuário e sua rede social);

Acesso à saúde como bem com “valor de uso” e não como mercadoria (formas dignas/potentes de viver a vida com autonomia).

Isso deve ser implementado com a constituição de vínculos solidários entre os profissionais e a população, empenhados na construção coletiva de estratégias que promovam mudanças nas práticas dos serviços, tendo como princípio ético a defesa e afirmação de uma vida digna de ser vivida.

Essa construção requer, ainda, o envolvimento das três esferas de governo – municipal, estadual e federal – e a articulação entre os trabalhadores da saúde, os gestores, a sociedade civil e as instâncias de participação e de controle social do SUS em cada contexto.

O acolhimento traz sua contribuição na medida em que incorpora a análise e a revisão cotidiana das práticas de atenção e gestão implementadas nas unidades do SUS. Os processos de produção de saúde dizem respeito, necessariamente, a um trabalho coletivo e cooperativo entre sujeitos e se fazem numa rede de relações que exigem interação e diálogo permanentes.

Cuidar dessa rede de relações, permeadas como são por assimetrias de saber e de poder, é um imperativo fundamental no trabalho em saúde. Pois é em meio a elas, em seus questionamentos, e por intermédio delas que construímos práticas de corresponsabilidade e de autonomia das pessoas implicadas, afirmando, assim, a indissociabilidade entre a produção de saúde e a produção de sujeitos.

- **Humanização e Direitos do Paciente**

A UNIÃO SAÚDE APOIO presa pelo direito do paciente, para isso conta com uma equipe qualificada afim de garantir a humanização e satisfação do paciente e seus familiares

Reclamações, Queixas, Sugestões, Elogios e Solicitações Ouvidoria ficara por conta do poder municipal.

Sala da Ouvidoria: Está disponível na secretaria de saúde aos munícipes. Pelo Telefone: (16)

131

www.uniaosaudeapoio.org.br

• (19)3396 • 8100 • CNPJ:09.486.578/0001-74 •

• Rua Ibrahim Nobre, 151 • Vila Carlito • Campinas • SP- CEP: 13043-070 •

3172-3086

Obs: Os pacientes podem solicitar, através da equipe de enfermagem, a presença do ouvidor durante seu atendimento.

“A Instituição quer melhorar cada vez mais os serviços prestados aos pacientes e acompanhantes, por isso, precisa muito saber a sua opinião.

Participe da nossa Pesquisa de Satisfação!

É importante preencher o formulário e devolver no momento da alta a equipe de enfermagem.”

- **Princípios Norteadores Da Política De Humanização**

A UNIÃO SAÚDE APOIO utiliza como ferramenta de gestão os princípios norteadores da Política de Humanização:

Valorização da dimensão subjetiva, coletiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às reivindicações de gênero, cor/etnia, orientação/expressão sexual e de segmentos específicos (populações negra, do campo, extrativistas, povos indígenas, remanescentes de quilombos, ciganos, ribeirinhos, assentados, etc.);

Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a

transversalidade e a grupalidade;

Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;

Construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS;

Corresponsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção; Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS;

Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos trabalhadores da saúde, estimulando processos de educação permanente; Valorização da ambiência, com organização de espaços saudáveis e acolhedores de trabalho.

Política nacional de humanização - PNH

Com a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH), a Gestão da **UNIÃO SAÚDE APOIO** para com a Unidade de saúde de IGARAPAVA objetiva alcançar resultados englobando as seguintes direções:

Garantir assistência igualitária sem discriminação de qualquer natureza;

Prestação de ações e serviços para o SUS nas respectivas especialidades, sempre que estas estejam previstas no Programa de Trabalho apresentado pela UNIÃO SAÚDE APOIO.

Garantir a presença de acompanhante para crianças, adolescentes, gestantes, idosos e indígenas, de acordo com as legislações específicas;

Possuir ferramentas que garantam informações sobre as intervenções, solicitando ao usuário consentimento livre e esclarecido para a realização procedimentos terapêuticos e diagnósticos, de acordo com legislações específicas;

Serão reduzidas as filas e o tempo de espera, com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco;

As Unidades de saúde de IGARAPAVA garantirão os direitos dos usuários, orientando-se pelas conquistas já asseguradas em lei e ampliando os mecanismos de sua participação ativa, e de sua rede sócio familiar, nas propostas de intervenção, acompanhamento e cuidados em geral;

A **União Saúde Apoio** garantirá gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, com investimento na educação permanente dos trabalhadores, na adequação de ambiência e espaços saudáveis e acolhedores de trabalho, propiciando maior integração de trabalhadores e usuários em diferentes momentos (diferentes rodas e encontros);

Serão implementadas atividades de valorização e cuidado aos trabalhadores da saúde.
Ações De Humanização

Para a viabilização dos princípios e resultados esperados, a UNIÃO SAÚDE APOIO segue os princípios e recomendações do Humaniza SUS e PNH, operando com os seguintes dispositivos, aqui entendidos como “tecnologias” ou “modos de fazer” que serão implantados e/ou alinhados nas Unidade de saúde de Igarapava:

- **Acolhimento com classificação de risco;**

Sistemas de Escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de “porta aberta”, ouvidorias, grupos focais e pesquisas de satisfação;
Programa de Formação em Saúde e Trabalho e Comunidade Ampliada de Pesquisa; Programas de Qualidade de Vida e Saúde para os Trabalhadores da Saúde;
Grupo de Trabalho de Humanização.

- **Estratégias Aplicadas Para Assistência Humanizada**

A implementação da assistência humanizada pressupõe vários eixos de ação que objetivam institucionalização, difusão da estratégia e, principalmente, a acompanhamento dos resultados no que se refere:

No eixo assistencial do objeto, pretende-se que a PNH faça parte do Plano Nacional, dos Planos Estaduais e Municipais dos vários governos, sendo pactuada na agenda de saúde (agenda de compromissos) pelos gestores e pelo Conselho de Saúde correspondente;

No eixo da gestão do trabalho, propõe-se a promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando os trabalhadores, sua motivação, o autodesenvolvimento e o crescimento profissional;

No eixo do financiamento, propõe-se a integração de recursos vinculados a programas específicos de humanização e outros recursos de subsídio à atenção, unificando-os e repassando-os fundo a fundo mediante o compromisso dos gestores com a PNH;

No eixo da atenção, propõe-se uma política incentivadora de ações integrais, promocionais e intersetoriais de saúde, inovando nos processos de trabalho que busquem o compartilhamento dos cuidados, resultando em aumento da autonomia e protagonismo dos sujeitos envolvidos;

No eixo da educação permanente, indica-se que a PNH componha o conteúdo profissionalizante na graduação, pós-graduação e extensão em saúde, vinculando-se aos processos de Educação Permanente e às instituições de formação;

No eixo da informação/comunicação, indica-se por meio de ação de mídia e discurso social amplo a inclusão da PNH no debate da saúde;

No eixo da gestão da PNH, propõem-se práticas de planejamento, monitoramento e avaliação baseados em seus princípios, diretrizes e metas, dimensionando seus resultados e gerando conhecimento específico na perspectiva da Humanização do SUS.

32. Parâmetros Mínimos Para A Obtenção Da Assistência Humanizada

Ampliar o diálogo entre os trabalhadores, entre trabalhadores e população, entre trabalhadores e administração, promovendo a gestão participativa, colegiada, e a gestão compartilhada dos cuidados/atenção;

Implantar, estimular e fortalecer Grupos de Trabalho de Humanização com plano de trabalho definido;

Estimular práticas de atenção compartilhadas e resolutivas, racionalizar e adequar o uso dos recursos e insumos, em especial o uso de medicamentos, eliminando ações

intervencionistas desnecessárias;

Reforçar o conceito de clínica ampliada: compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e corresponsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde;

Sensibilizar as equipes de saúde para o problema da violência em todos os seus âmbitos de manifestação, especialmente no meio intrafamiliar (criança, mulher e idoso) e para a questão dos preconceitos (racial, religioso, sexual, de origem e outros) na hora da recepção/acolhida e encaminhamentos;

Adequar os serviços ao ambiente e à cultura dos usuários, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável;

Viabilizar a participação ativa dos trabalhadores nas unidades de saúde, através de colegiados gestores e processos interativos de planejamento e tomadas de decisão;

Implementar sistemas e mecanismos de comunicação e informação que promovam o desenvolvimento, autonomia e protagonismo das equipes e população, ampliando o compromisso social e co-responsabilização de todos os envolvidos no processo de produção da saúde;

Promover ações de incentivo e valorização da jornada integral ao SUS, do trabalho em equipe e da participação em processos de educação permanente que qualifiquem sua ação e sua inserção na rede SUS;

Promover atividades de valorização e de cuidados aos trabalhadores da saúde, contemplando ações voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho;

Parâmetros para implementação de ações na Atenção Básica;

Organização do Acolhimento de modo a promover a ampliação efetiva do acesso à atenção básica e aos demais níveis do sistema, eliminando as filas, organizando o atendimento com base em riscos priorizados, e buscando adequação da capacidade de resolubilidade;

Abordagem orientada por projetos terapêuticos/de saúde individuais e coletivos, para usuários e comunidade, contemplando ações de diferentes eixos, levando em conta as necessidades/demandas de saúde;

Definição de protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando a individualidade do sujeito;

Garantia de participação dos trabalhadores em atividades de educação permanente;

Promoção de atividades de valorização e de cuidados aos trabalhadores da saúde, contemplando ações voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho;

Notificar suspeitas de violência e negligência, de acordo com a legislação específica; garantir acesso dos prontuários à autoridade sanitária, bem como aos usuários e pais ou responsáveis de menores, de acordo com o Código de Ética Médica.

- **Método para Classificação**

O método é baseado na queixa principal do usuário baseado nos sinais e sintomas de agravo da sua saúde. A prática gira em torno de 37 (trinta e sete) possíveis agravos a saúde do usuário, sendo estes descritos no fluxograma de atendimento baseado no perfil epidemiológico das unidades de saúde de Igarapava, todos os casos de agravos serão considerados fora do perfil de atendimento da Unidade de Básicas de Saúde.

33. ATENÇÃO A ACOMPANHANTES, IDOSOS, CRIANÇAS, ADOLESCENTES E PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS

A **UNIÃO SAÚDE APOIO** irá garantir assistência igualitária sem discriminação de qualquer natureza utilizando as diretrizes implantadas e a legislação vigente, através da;

Prestação de ações e serviços para o SUS nas respectivas especialidades, sempre que estas estejam previstas no Programa de Trabalho apresentado pela **UNIÃO SAÚDE APOIO**;

Atendimento (multiprofissional) para todos os usuários de forma acolhedora, humanizada e individual;

Garantindo a presença de acompanhante para crianças, adolescentes, gestantes, idosos e indígenas, de acordo com as legislações específicas;

Possuindo ferramentas que garantam informações sobre as intervenções, solicitando ao usuário consentimento livre e esclarecido para a realização procedimentos terapêuticos e diagnósticos, de acordo com legislações específicas;

Serão reduzidas as filas e o tempo de espera, com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco;

A União Saúde Apoio irá garantir os direitos dos usuários, orientando-se pelas conquistas já asseguradas em lei e ampliando os mecanismos de sua participação ativa, e de sua rede sócio familiar, nas propostas de intervenção, acompanhamento e cuidados em geral;

34. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE

PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

CLASSIFICAÇÃO POR GRAU DE RISCO DAS FAMÍLIAS

**TRABALHO DA SAÚDE
DA FAMÍLIA**

**CONHECER
A POPULAÇÃO**

**IDENTIFICAR
FATORES DE RISCO**

**CLASSIFICAÇÃO DE
RISCOS FAMILIARES**

**FATORES DE
RISCO**

DERIVA

**FATORES DE
PROTEÇÃO**

FATORES DE RISCO

São condições ou aspectos biológicos, psicológicos ou sociais que estão associados, estatisticamente, a maiores probabilidades futuras de mortalidade ou morbidade.

FATORES DE PROTEÇÃO

Dizem respeito a influências que modificam, alteram ou melhoram as respostas das pessoas a perigos que predispõem a resultados não adaptativos.

FATORES	RISCOS	PROTETORES
PESSOAIS	Desnutrição, gravidez precoce, adições, depressão, desemprego, baixa auto estima, atividade sexual precoce e tendencias a evitar os problemas ou ao fatalismo	Autoestima, autoeficácia, empatia, capacidade intelectual, capacidade de planejamento e de resolução dos problemas
FAMILIARES	Família uniparental, separação dos pais, abuso sexual, gravidez precoce, negligência dos pais, baixa renda, filhos com deficiência, doença terminal, ausência de planejamento familiar	Ambiente cálido, coesão familiar, estrutura sem disfuncionalidade importante, adaptabilidade e flexibilidade, relação estável com pai e mãe estimuladores
SOCIAIS	Ausência de apoio social ou de modelos sociais positivos e ausência de redes institucionais	Apoio social, redes institucionais, clima educacional ou laboral positivo e modelos sociais

Escala de Risco Familiar

A Escala de Coelho

Definição:

- É um instrumento de estratificação de risco familiar, desenvolvido no município de Contagem, Minas Gerais
- Baseado na ficha A do SIAB, que utiliza sentinelas de risco avaliadas na primeira visita domiciliar pelo ACS

Autores:

- Flávio Lúcio Gonçalves Coelho e Leonardo Cançado Monteiro Savassi são Médicos de Família e Comunidade

Publicação:

- 2002, no 1º Congresso Mineiro de Medicina de Família e Comunidade

A Escala de Coelho

Objetivo:

- Pretende determinar o risco social e de saúde das famílias adscritas a uma equipe de saúde, refletindo o potencial de adoecimento de cada núcleo familiar.

Metodologia:

- Utiliza dados presentes na ficha A do SIAB e outros, disponíveis na rotina das equipes de saúde da família.
- Estes dados foram selecionados por sua relevância epidemiológica, sanitária e pelo potencial de impacto na dinâmica familiar e definidos como Sentinelas de Risco

DADOS DA FICHA A (SENTINELAS DE RISCO)	ESCORE DE RISCO
Acamado	3
Deficiência Física	3
Deficiência Mental	3
Baixas condições de saneamento	3
Desnutrição grave	3
Drogadição	2
Desemprego	2
Analfabetismo	1
Indivíduo menor de seis meses de idade	1
Indivíduo maior de 70 anos de idade	1
Hipertensão Arterial Sistêmica	1
Diabetes Mellitus	1
Relação morador/ cômodo maior que 1	3
Relação morador/ cômodo igual a 1	2
Relação morador/ cômodo menor que 1	0

A Escala de Coelho

Metodologia:

- O ACS, partindo do conhecimento da família no cadastro, identifica as sentinelas de risco em cada integrante da família, faz a somatória dos pontos e chega à pontuação final
- A pontuação indica a classificação final:

ESCORE TOTAL	RISCO FAMILIAR
0 a 4	Sem Risco
5 a 6	R1 – Risco Menor
7 a 8	R2 – Risco Médio
9 ou mais	R3 – Risco Máximo

A Escala de Coelho

Metodologia:

- A ERF-CS não classifica riscos individuais, nem tem a pretensão de classificar todos os riscos presentes em uma família.
- Não foi desenvolvida para fins de abordagem da dinâmica familiar, embora possa contribuir para selecionar famílias com maior potencial de se beneficiar dos instrumentos de abordagem familiar.
- Tem um caráter dinâmico, devendo ser atualizada periodicamente.

A Escala de Coelho

Vantagens:

- A disponibilidade dos dados na ficha A do SIAB e na rotina da equipe apresenta-se como um diferencial facilitador no uso deste instrumento.
- Oferece acesso na medida em que prioriza a atenção no domicílio e favorece a integralidade e equidade das ações desenvolvidas pela equipe de saúde da família.
- Torna mais fácil a coordenação do cuidado pelo fato de ter nas mãos os dados que permitem entender cada família e suas necessidades.

Classificação de Risco das Famílias

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO FAMILIAR

OBJETIVOS:

- Conhecer as famílias da área de abrangência da ESF;
- Identificar os fatores de riscos presentes;
- Fazer a classificação por grau de risco.

PASSOS PARA A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO FAMILIAR

PASSO 1: Identificação dos fatores de risco.

- Fatores de risco sócio-econômicos a partir do cadastro de saúde da família;
- Critérios clínicos, que deverá identificar integrantes da família que portarem alguma condição crônica (priorizar aquelas relacionadas as RAS prioritárias – gestantes, crianças menor de 1 ano, hipertensos e diabéticos).

FATORES DE RISCO SÓCIO-ECONÔMICO

É considerada de risco a família que apresente um ou mais dos fatores de risco

Alfabetização do chefe da família	• Chefe não é alfabetizado, ou seja não sabe ler nem escrever mesmo um bilhete simples
Renda familiar	• Situação de extrema pobreza, ou seja inclusão no Programa Bolsa Família
Abastecimento de água	• Domicílio não tem abastecimento de água, ou seja, não existe rede pública de abastecimento e a água é proveniente de poços, cisternas, nascentes naturais ou outras

PONTUAÇÃO:

Nenhum dos fatores de risco	0
Presença de um dos fatores de risco	1
Presença de dois fatores de risco	2
Presença de três fatores de risco	3

CONDIÇÕES CRÔNICAS PRIORITÁRIAS

É considerada de risco a família em que um ou mais de seus integrantes apresentarem uma ou mais condições ou patologias por ciclo de vida

Gestante de alto risco

Criança de alto risco

Hipertenso de alto ou muito alto risco

Diabético de alto ou muito alto risco

Outras condições crônicas de alto risco definidas como prioritárias pela equipe de saúde

PONTUAÇÃO:

Nenhum dos componentes tem alguma condição ou patologia crônica

0

Apenas 1 dos componentes tem 1 patologia ou condição crônica

1

2 ou mais componentes têm 1 patologia ou condição crônica

2

1 ou mais componentes têm concomitantemente 2 ou mais condições ou patologias crônicas

3

PASSOS PARA A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO FAMILIAR

PASSO 2: Pontuação

- Tendo identificado os fatores, discutir o caso da família e realizar a pontuação para cada um dos critérios.
- Em seguida, fazer a somatória das duas pontuações, chegando à pontuação total, de acordo com o quadro abaixo:

PONTUAÇÃO FINAL PARA CLASSIFICAÇÃO POR GRAU DE RISCO			CRITÉRIOS SÓCIO-ECONÔMICOS			
			Nenhum dos fatores de risco	Presença de um dos fatores de risco	Presença de dois fatores de risco	Presença de três fatores de risco
			P	0	1	2
CRITÉRIOS CLÍNICOS	Nenhum dos componentes tem alguma condição ou patologia crônica	0	0	1	2	3
	Apenas 1 dos componentes tem 1 patologia ou condição crônica	1	1	2	3	4
	2 ou mais componentes têm 1 patologia ou condição crônica	2	2	3	4	5
	1 ou mais componentes têm concomitantemente 2 ou mais condições ou patologias crônicas	3	3	4	5	6

PASSOS PARA A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO FAMILIAR

PASSO 3: Classificação

- Fazer a classificação de acordo com o score abaixo:

PONTUAÇÃO TOTAL	GRAU DE RISCO
0	Sem Risco
1	Risco Baixo
2 – 3	Risco Médio
≥ 4	Risco Alto

- A família deverá ser orientada a respeito da sua situação e sobre os cuidados a serem tomados

PASSOS PARA A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO FAMILIAR

CRONOGRAMA:

- A classificação de risco deverá ser feita no mesmo período do cadastro da família.
- A sua atualização deverá ser anual ou sempre que houver uma mudança significativa da situação familiar.

- **CAPACITAÇÃO DOS PROCESSOS DE SAÚDE MULTIMÍDIA**

O uso e desenvolvimento dos recursos através de Tecnologias Educacionais auxiliam os profissionais de saúde na capacitação do dia a dia, oferecendo ambientes diferenciados e com tecnologia de ponta para os direcionamentos das melhores práticas padronizadas, recomendadas e seguidas através de Bundles, Guidelines, recomendações e seguimento de normativas vigentes.

Por meio do uso e manuseio inteligente da informação organizacional, tais recursos irão aproximar os profissionais de saúde das boas práticas recomendadas, consequente exercício de raciocínio para o ponto de partida das atividades de reflexão. Para tanto, tais recursos serão aplicados e desenvolvidos para os Serviços de Saúde estarão acordo com a real necessidade, com consequentes e necessárias capacitações em massa, das padronizações recomendadas, seja por melhoria dos processos de trabalho assistencial, seja pelas implantações de estudos, com flexibilidade e avaliação constante dos resultados para a melhoria contínua da assistência e transformação de referência em Ensino e Pesquisa.

- **OBJETIVOS GERAIS**

Capacitar os profissionais de saúde multidisciplinar;

Treinar e solidificar o conhecimento técnico científico para tomada de decisões;

Possuir os processos de trabalho padronizados, independentemente das pessoas;

Assegurar a assistência à saúde.

- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Criar ambiente educacional padrão para troca de experiências e melhoria dos processos de trabalho;

Criar boas práticas a serem seguidas; adaptar conteúdo em linguagem virtual;

Desenvolver tecnologias educacionais para capacitação;

Proporcionar forma de registro de avaliação de aprendizagem do conhecimento técnico científico, com vistas a monitorar progresso e garantir a qualificação do corpo de saúde;

Favorecer padronização das condutas entre os diversos Serviços de Saúde sob Gestão DA **UNIÃO SAÚDE APOIO**, de forma alinhada aos valores, demandas técnicas do sistema de saúde e parâmetros locais;

Promover espaço virtual para capacitação, avaliação e troca de informações profissionais.

- **FERRAMENTAS DE ENSINO E CAPACITAÇÃO**

A **UNIÃO SAÚDE APOIO** possui como ferramenta educacional uma plataforma desenvolvida a ser alimentada de acordo com a necessidade do Serviço de Saúde, com:

Conteúdos ricos em imagens e vídeos; Textos animados: Infográficos;

Vídeo - aulas;

Estudos de casos simulados; Exercícios interativos para reflexão;

Ambiente colaborativo de discussão e construção do conhecimento: Fóruns e web conferência em tempo real;

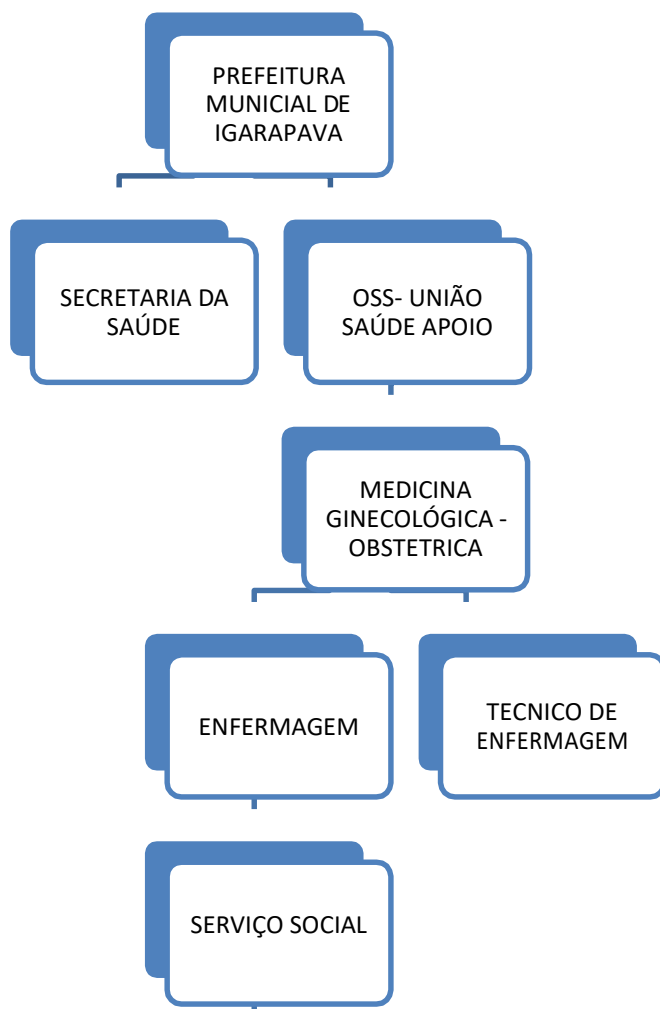
Consultas dos Processos de Trabalho em forma de Documentos (Protocolos, Procedimentos Operacionais Padrão, Normas e Rotinas e Políticas Institucionais) a serem implantadas nos Serviços.

35. PESQUISA

A **UNIÃO SAÚDE APOIO** busca e contribui, através de parcerias reconhecidas e núcleos de pesquisas a resolução dos problemas de saúde da população buscando:

- ✓ Aprimorar a gestão descentralizada e regionalizada com implantação de Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde – RRAS;
- ✓ Apoiar técnica e financeiramente a qualificação da atenção primária em saúde;
- ✓ Implementar política estadual de humanização;
- ✓ Aprimorar a atenção à saúde da pessoa com deficiência;
- ✓ Aprimorar a rede de urgência/emergência;
- ✓ Reorganizar a rede de atenção à saúde;
- ✓ Aprimorar a atenção à saúde da pessoa idosa;
- ✓ Reduzir riscos e agravos à saúde por meio de ações de promoção e vigilância;
- ✓ Aprimorar a gestão da educação e do trabalho;
- ✓ Aperfeiçoar a gestão regional descentralizada.

Por meio das padronizações dos processos de trabalho, ações do Núcleo de Qualidade e Capacitação junto com a Diretoria da UNIÃO SAÚDE APOIO, Superintendência das UNIDADES DE SAÚDE DE IGARAPAVA e Diretoria Geral da ATENÇÃO BÁSICA para a atuação na Gestão com Qualidade, voltada a capacitação contínua e processos padronizados para a obtenção e foco nos resultados esperados.



36. PROJETO Software de Gestão

Plano de melhoria do processo de coleta e análise das informações da Saúde com a utilização do Georreferenciamento.

➤ Tecnologia | Pesquisa | Qualidade Desenvolvimento de Software

Nós, desenvolvemos softwares sob encomenda para ambientes Web, Windows / Linux e dispositivos móveis com Android®.

Ambos os métodos possuem um ciclo de desenvolvimento que garantem a Qualidade, Funcionalidade, Segurança e Desempenho.

✓ Certificação

Nossa equipe de desenvolvimento é capacitada a desenvolver softwares na área de saúde visando a certificação da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) / Conselho Federal de Medicina (CFM).



✓ A fase de análise nos ajuda a entender a necessidade do cliente e a traduzimos em um novo sistema computacional pela codificação ou programação.

✓ A fase de testes / homologação nós realizamos uma rigorosa execução do código em busca de falhas, garantindo assim a qualidade e segurança.

✓ Por fim, implantamos o sistema no ambiente do cliente, treinamos os usuários e garantimos uma transição harmônica entre o software legado e o novo.

✓ A fase de manutenção nos permite manter o sistema funcionando corretamente e realizar possíveis adaptações que não existiam na fase de análise.

• Objetivo

Disponibilizar uma aplicação web para coleta, registro e análise das informações da Estratégia de Saúde da Família.

O software fornecerá mecanismos para cadastrar as Fichas do SIAB/E-SUS com um Tablet ou computador via internet, exportar os dados para o SIAB ou algum outro sistema utilizado pelo município, disponibilizar filtros e produzir mapas para avaliação panorâmica da área de cobertura.

O suporte técnico prevê os seguintes itens: Ajuda ao usuário, treinamento e manutenção dos dados.

O objeto desta proposta consiste em implantar / parametrizar e customizar o Software de Gestão em Unidades básicas de Saúde para agentes comunitários de saúde.



VITTATEC

CONNECTIVITY

**UM SISTEMA DE GESTÃO EM SAÚDE PARA A ERA DA
INFORMAÇÃO**

Quem somos ?

A empresa foi criada dentro de uma unidade de terapia intensiva para encontrar soluções que pudessem melhorar o acompanhamento dos pacientes.

Durante 16 anos temos nos dedicado a este propósito, com conhecimento em programação de grandes bancos de dados e com expertise adquirida na área aeronáutica, que busca o máximo de segurança aos passageiros e com a visão de um médico que além da visão apurada de médico, também se especializou na área de gestão em saúde. Com uma análise em processos os dois sócios durante anos desenvolveram o software CONNECTIVITY.



Hoje a empresa possui três divisões básicas e a interação entre eles continua o processo desenvolvimento contínuo para o aperfeiçoamento do sistema.

- Profissionais de TI com larga experiência em desenvolvimento de soluções de negócios através de ferramentas, leves, modernas e integrativas;
- Equipe na área de saúde com um escopo multidisciplinar com conhecimento em diversas áreas, setores, ambientes hospitalares de baixa, média e alta complexidade;
- Equipe administrativa especializado em gestão administrativa e financeira, com forte vocação na área de saúde.

Estes três grupos construíram uma plataforma leve e de grande capacidade de arquivar informações fundamentais para não só o gerenciamento de curto prazo de uma unidade de saúde, mas de uma rede complexa de inúmeros instrumentos de saúde, fornecendo aos administradores públicos uma visão clara para o planejamento de médio e longo prazo, analisando padrões epidemiológicos, padrões de atendimento e resolutividade dos casos, com informações de cadastro para mapeamento de e controle do atendimento por regiões.

O Que fazemos ?

- Soluções com foco em gestão em saúde, para instrumentos de saúde municipal.
- Análise de processos de logística, buscando o ponto ótimo das atividades
- Integração com órgãos federais
- Implantação de protocolo Hospitalar
- Capacitar, treinar, gerir, administrar com excelência e simplicidade.
- Gerenciamento de matmed de todos os níveis e tipos
- Processos para gestão de insumos hospitalares
- Potencializar capital humano disponível

Nossa Solução

O sistema foi todo desenvolvido onde um processo desencadeia uma série de processos paralelos e independentes do processo que os desencadearam.

Exemplo:

Um médico que faz uma prescrição para um paciente dentro de uma unidade de saúde, o que desencadeia uma série de tarefas ao estoque que deve dispensar os itens pertinentes a solicitação do médico.

A finalização desencadeia três processos separados, um para o financeiro, a respeito do custo, outro para o estoque para ter controle da reposição e por fim o da enfermagem que administrará o que o médico solicitou, ao final deste processo, o sistema abre o processo da reavaliação deste paciente, estes ciclos foram formatados de forma lógica para evitar desperdício de tempo, mão de obra, material, buscando atender bem o paciente, mas também gerenciar todas as atividades da unidade integrando elas a partir do paciente.

Connectivity

Para isto o sistema possui as seguintes características

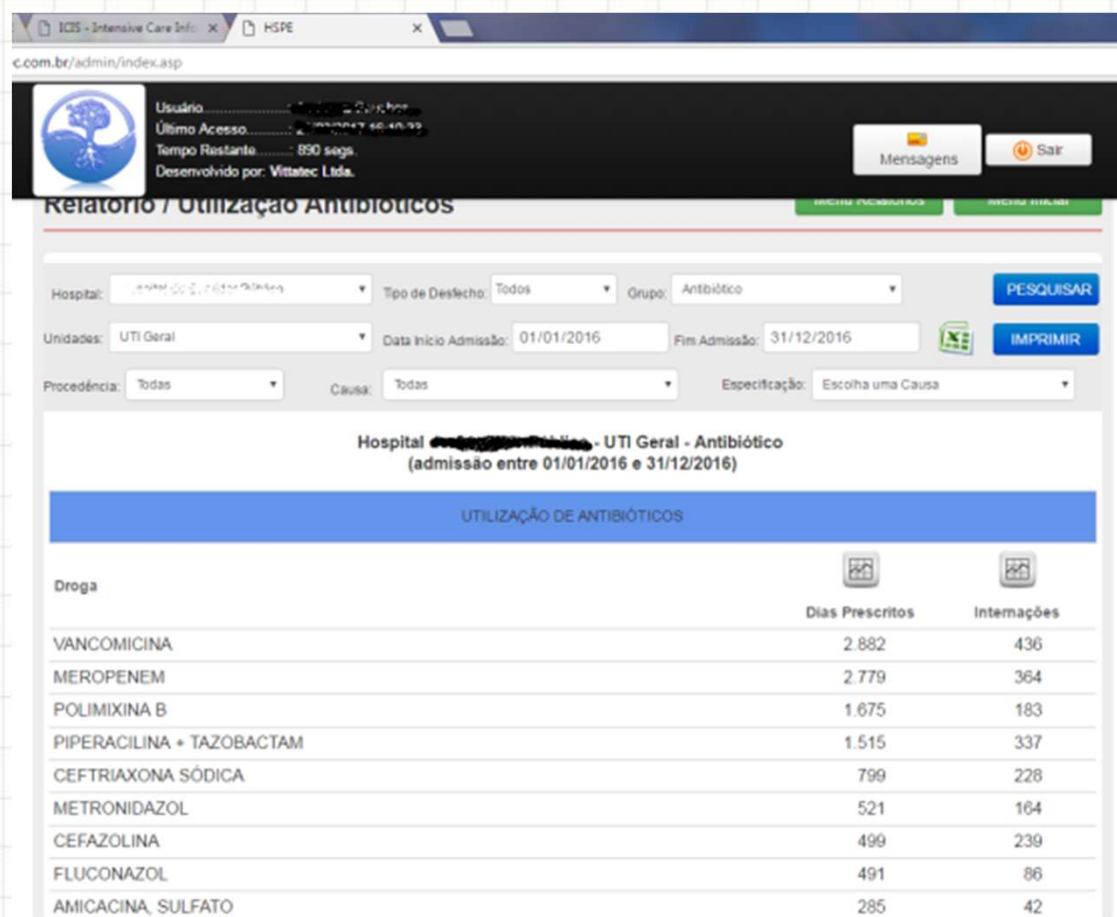
- Gerenciamento e administração nas nuvens;
- Sistema de prontuário integrado e on-line;
- Prescrição médica informatizada;
- Dispensação de medicamentos;
- Controle de logística para MATMED;
- Efetivo controle de estoque;
- Controle de Internação;
- Controle financeiro;
- Controle de RH;
- Controle de fluxo de atividades entre os setores;
- Gerenciamento em uma rede integrada destes instrumentos de saúde para controle do administrador da rede de saúde municipal controlar as atividades, custos, agendas de todas as unidades de forma simples;
- Ferramenta aplicável a AMA, UPA, UBS, OSS e Hospitais com todo tipo de atendimento, de baixa a alta complexidade.

Benefícios

- Suporte pleno a programas municipais, estaduais e federais
- Controle sobre convênios privados
- Apoio logístico e operacional para farmácias populares, privadas e públicas
- Inter municipalização da saúde pública
- Prontuário on-line
- Carteira de Vacinação Informatizada
- Controle efetivo sobre a saúde da mulher
- Gerenciamento de todas as gestações e controle neo natal
- Gerir Programa de Saúde Familiar
- Central de administração e regulação de vagas
- Controle integrado, centralizado e descentralizado em acordo com operação.
- Implantação Rápida
- Custo Baixo
- Facilidade na Manutenção
- Soluções leves (3g permite acesso)

Algumas formas de analisar seus dados

O sistema permite análises diretas e cruzadas, facilitando uma melhor compreensão, como esta análise do uso do antibióticos.



Relatório / Utilização Antibióticos

Hospital: [Hospital de São João del-Rei] Tipo de Desfecho: Todos Grupo: Antibiótico PESQUISAR

Unidades: UTI Geral Data Inicio Admissão: 01/01/2016 Fim Admissão: 31/12/2016 IMPRIMIR

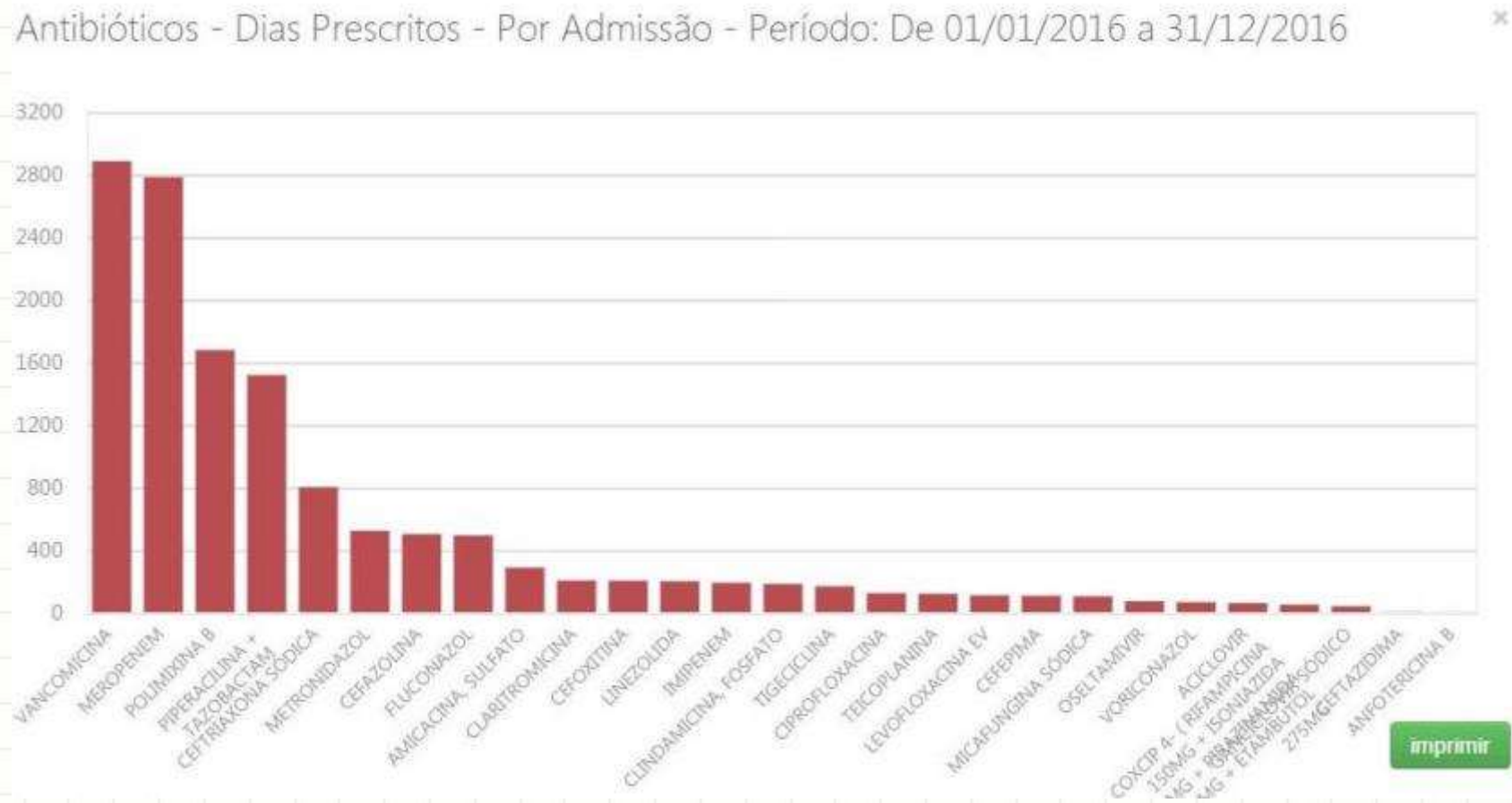
Procedência: Todas Causa: Todas Especificação: Escolha uma Causa

Hospital [Hospital de São João del-Rei] - UTI Geral - Antibiótico
(admissão entre 01/01/2016 e 31/12/2016)

UTILIZAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS

Droga	Dias Prescritos	Internações
VANCOMICINA	2.882	436
MEROPENEM	2.779	364
POLIMIXINA B	1.675	183
PIPERACILINA + TAZOBACTAM	1.515	337
CEFTRIAXONA SÓDICA	799	228
METRONIDAZOL	521	164
CEFAZOLINA	499	239
FLUCONAZOL	491	86
AMICACINA, SULFATO	285	42

Trabalhar com dados e gráficos para entender melhor qualquer informação que o sistema processou



A importancia de analisar características em números e em gráficos



Usuário.....: Joel Lyra Sanches

Último Acesso.....: 21/04/2017 17:20:33

Tempo Restante.....: 849 segs.

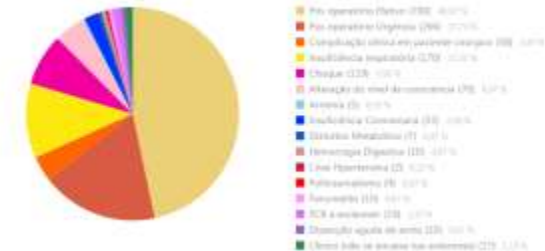
Desenvolvido por: Vittatec Ltda.

Mensagens

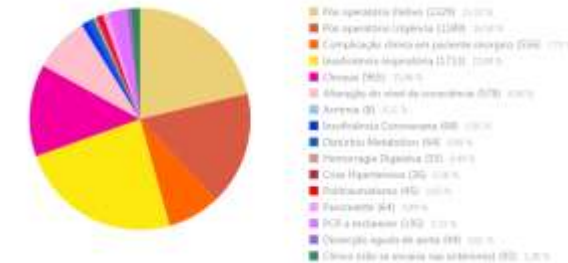
Sair

DIÁRIAS POR DESFECHO - POR CAUSA					
Descrição		%		%	
	Internações		Dias Leito		Média Dias Leito
Pós operatório Eletivo	700	46,67	1529	21,32	2,18
Pós operatório Urgência	266	17,73	1189	16,58	4,47
Complicação clínica em paciente cirúrgico	58	3,87	556	7,75	9,59
Insuficiência respiratória	170	11,33	1713	23,89	10,08
Choque	119	7,93	965	13,46	8,11
Alteração do nível de consciência	70	4,67	578	8,06	8,26
Arritmia	5	0,33	8	0,11	1,60
Insuficiência Coronariana	33	2,20	68	0,95	2,06
Distúrbio Metabólico	7	0,47	64	0,89	9,14
Hemorragia Digestiva	10	0,67	35	0,49	3,50
Crise Hipertensiva	2	0,13	26	0,36	13,00
Politraumatismo	4	0,27	45	0,63	11,25
Pancreatite	10	0,67	64	0,89	6,40
PCR a esclarecer	19	1,27	195	2,72	10,26
Dissecação aguda de aorta	10	0,67	44	0,61	4,40
Clinico (não se encaixa nas anteriores)	17	1,13	92	1,28	5,41
Total	1500		7171		4,78

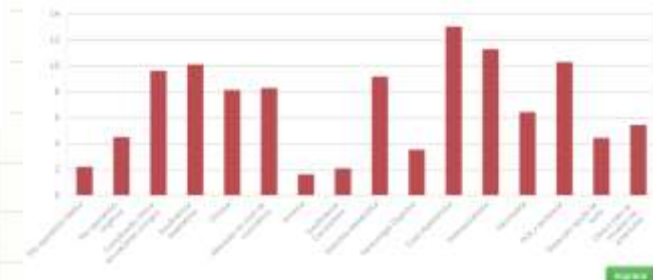
Diárias por Desfecho - Causa - Internações - De 01/01/2016 a 31/12/2016



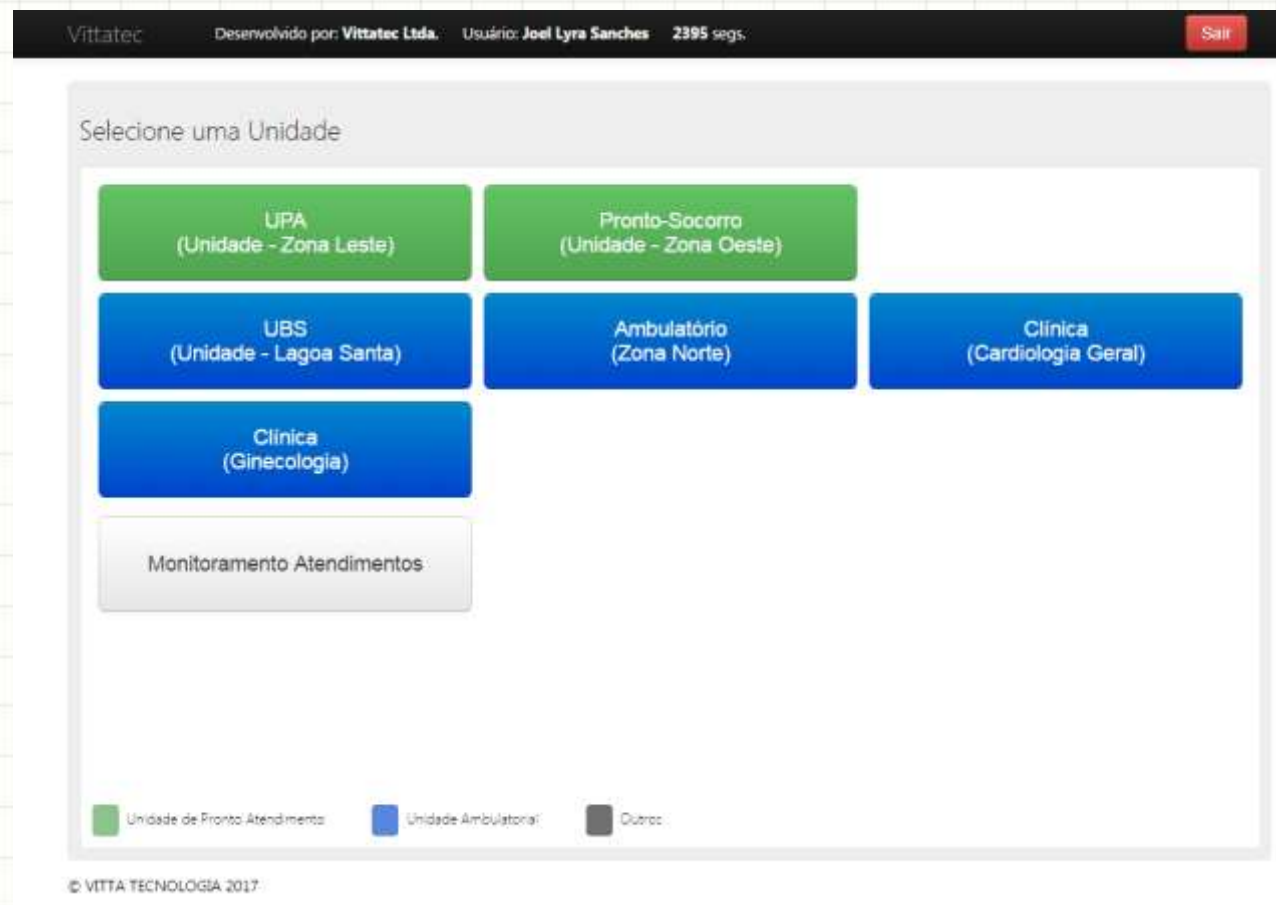
Diárias por Desfecho - Causa - Dias Leito - De 01/01/2016 a 31/12/2016



Diárias Desfecho - Causa - Média Dias Leito - De 01/01/2016 a 31/12/2016



Em um único ambiente controlar toda suas unidade de saúde



Acompanhar todos os setores de uma unidade

Vittatec

Desenvolvido por: Vittatec Ltda.

Usuário: Joel Lyra Sanches

2398 segs.

Sair

Departamentos

UnidadesAdmin

Recepção

Triagem

Consulta

Exames de Imagem

Exames Clínicos

Gesso

Medicação

Observação

Emergência

Curativo

Monitoramento
Atendimentos

Para o médico, apenas o que ele precisa saber, de forma lógica e concatenada

Vittatec

Desenvolvido por: Vittatec Ltda. Usuário: Usuario Médico 2393 segs.

Sair

Avaliação Clínica / Atendimentos

Pacientes

Atendimentos

Minha Agenda

Unidades

CNS	Especialidade	Paciente	Etapa	Data/Hora Etapa	Atendido por	
78950216321	Cardiologia	[REDACTED] - M	Aguardando Consulta	07/05/2014 - 14:44	[REDACTED]	Chamar
Não Informada	Cardiologia	[REDACTED] - M	Aguardando Confirmação Consulta	27/12/2013 - 13:01	[REDACTED]	Confirmar
Não Informada	Cardiologia	[REDACTED] - M	Em Consulta	27/12/2013 - 12:57	[REDACTED]	Consulta
Não Informada	Cardiologia	[REDACTED] - M	Aguardando Consulta	26/12/2013 - 16:46	[REDACTED]	Chamar
Não Informada	Cardiologia	[REDACTED] - M	Aguardando Consulta	26/12/2013 - 16:09	[REDACTED]	Chamar
Não Informada	Cardiologia	[REDACTED] - F	Aguardando Consulta	26/12/2013 - 15:48	[REDACTED]	Chamar
156325698	Cardiologia	[REDACTED] - F	Em Consulta	23/12/2013 - 13:12	[REDACTED]	Consulta



Análise e Gestão

O sistema connectivity, tem como fundamento básico análise de dados para gerar indicadores realmente úteis para os gestores.

Todo indicador, deve funcionar de forma a gerar ao gestor clínico ou administrativo informações que permitam tomar uma direção na conduta de tratamento ou alterar forma de cuidar dos pacientes, objetivando melhorar a conduta, elevar a segurança do paciente, introduzir técnicas mais modernas na condução de casos e por último fazer com que o modelo clínico esteja coerente com a parte financeira.

Análise e Gestão

No modelo que desenvolvemos, ficou em testes por mais de 5 anos e junto com profissionais formados pela FGV na área de gestão em saúde, optamos em dividir em áreas, podendo cruzar as informações e comparar posteriormente, vendo a eficiência dos novos modelos, para conseguir este efeito os indicadores podem ser divididos por grupos de atendimento, como hospitais e unidade, para uma análise quantitativa e qualitativa, analisando o todo dos serviços e depois fazer uma análise pelas unidades, observando os tipos de desfecho clínicos, como alta para casa, óbito e transferências.

Optamos em deixar o cliente fazer uma análise dupla do período a ser analisado, podendo ser pela data de admissão, onde o sistema contabilizara os pacientes ainda internados e os por data de desfecho que analisara todos que já tiveram um desfecho clínico.

ICIS - Intensive Care Info x HSPE x

atec.com.br/admin/index.asp



Usuário.....: Joel Lyra Sanches
 Último Acesso.....: 21/03/2017 16:10:33
 Tempo Restante.....: 882 segs.
 Desenvolvido por: Vittatec Ltda.

 Mensagens
  Sair

CLÍNICA DE ORIGEM

	Internações	(%)
Clinica de Origem		
Cardiologia	54	3,59
Cirurgia Cardíaca	173	11,50
Cirurgia Geral	265	17,62
Cirurgia Ortopédica	18	1,20
Cirurgia Plástica	4	0,27
Cirurgia Torácica	67	4,45
Cirurgia Vascular	138	9,18
Clínica Médica	185	12,30
Endocrinologia	2	0,13
Gastro Cirurgia	122	8,11
Gastroclínica	21	1,40
Geriatria	11	0,73
Ginecologia e Obstetrícia	48	3,19
Hematologia	17	1,13
Moléstia Infecciosa	13	0,86
Nefrologia	22	1,46
Neuro Cirurgia	38	2,53
Neurologia	59	3,92

PROCEDÊNCIA

	Internações	(%)
Procedência		
Enfermaria	260	17,29
Outro Hospital	3	0,20
Outros	7	0,47
Centro Cirúrgico	947	62,97
Emergência	275	18,28
Outra UTI	12	0,80

MOTIVO DA INTERNAÇÃO

	Internações	(%)
Motivo		
Pós operatório Eletivo	701	46,61
Pós operatório Urgência	266	17,69
Complicação clínica em paciente cirúrgico	60	3,99
Insuficiência respiratória	171	11,37
Choque	119	7,91
Alteração do nível de consciência	69	4,59
Arritmia	5	0,33

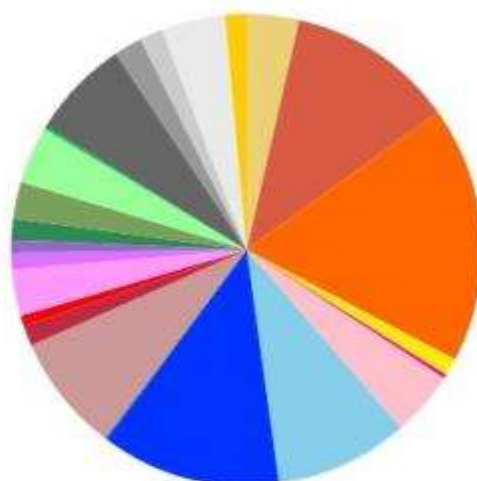


Usuário: Joel Lyra Sanches
 Último Acesso: 21/03/2017 16:10:33
 Tempo Restante: 875 segs.
 Desenvolvido por: Vittatec Ltda.

Mensagens

Sair

Clínica de Origem - Por Data de Admissão - Período - De 01/01/2016 a 31/12/2016



Cardiologia (54)	3,59 %
Cirurgia Cardíaca (173)	11,90 %
Cirurgia Geral (265)	17,62 %
Cirurgia Ortopédica (18)	1,20 %
Cirurgia Plástica (4)	0,27 %
Cirurgia Torácica (67)	4,45 %
Cirurgia Vascular (138)	9,18 %
Clínica Médica (185)	12,30 %
Endocrinologia (2)	0,13 %
Gastro Cirurgia (122)	8,11 %
Gastroclínica (21)	1,40 %
Geriatria (11)	0,73 %
Ginecologia e Obstetrícia (48)	3,19 %
Hematologia (17)	1,13 %
Moléstia Infecciosa (13)	0,86 %
Nefrologia (22)	1,46 %
Neuro Cirurgia (38)	2,53 %
Neurologia (59)	3,92 %
Oncologia (3)	0,20 %
Ortopedia (103)	6,85 %
Otorrinolaringologia (29)	1,93 %
Pneumologia (24)	1,60 %
Urologia (66)	4,39 %
Não Especificada (22)	1,46 %

imprimir

Neuro Cirurgia	38	2,53	Alteração do nível de consciência	69	4,59
Neurologia	59	3,92	Arritmia	5	0,33

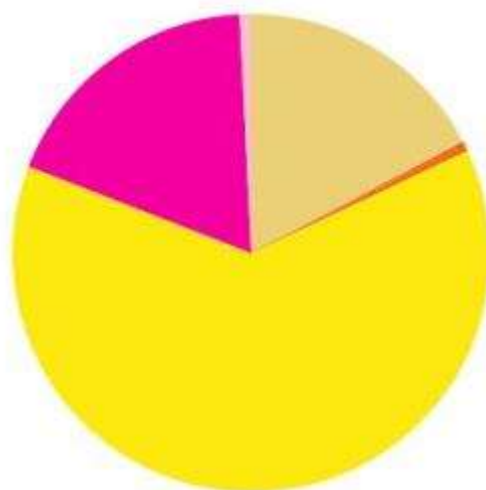


Usuário: Joel Lyra Sanches
 Último Acesso: 21/03/2017 16:10:33
 Tempo Restante: 871 segs.
 Desenvolvido por: Vitatéc Ltda.

Mensagens

Sair

Procedência - Por Data de Admissão - Período - De 01/01/2016 a 31/12/2016



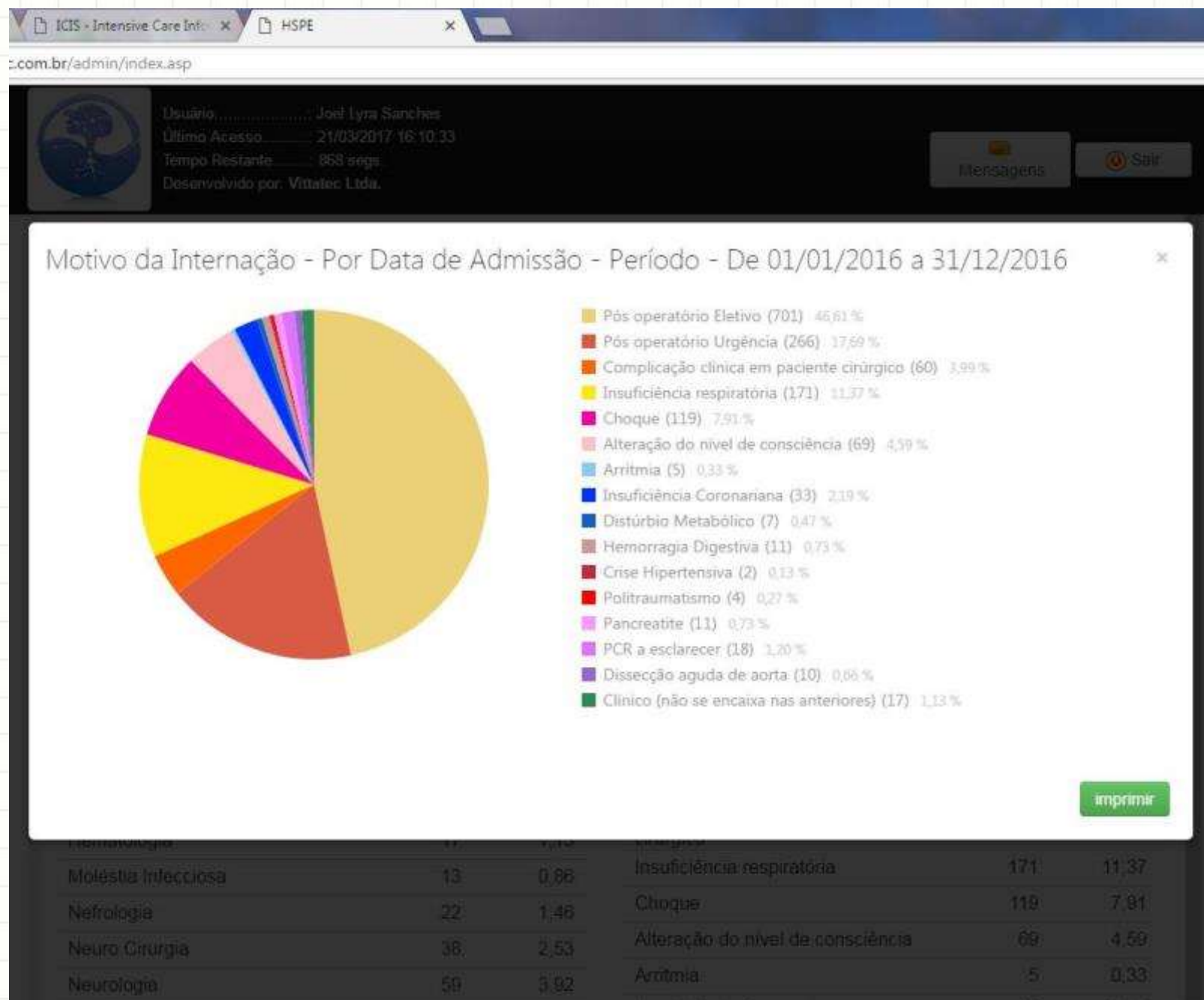
Enfermaria (260) 17,29 %
 Outro Hospital (3) 0,20 %
 Outros (7) 0,47 %
 Centro Cirúrgico (947) 67,97 %
 Emergência (275) 16,28 %
 Outra UTI (12) 0,80 %

Imprimir

Cardiologia	11	1,40	Insuficiência respiratória	171	11,37
Molestia infecciosa	13	0,86	Choque	119	7,91
Nefrologia	22	1,46	Alteração do nível de consciência	69	4,44
Neuro Cirurgia	38	2,53	Arritmia	5	0,32
Neurologia	59	3,92			



Captura de tela adicionada
 Uma captura de tela foi adicionada.





Usuário.....: Joel Lyra Sanches
 Último Acesso.....: 21/03/2017 16:10:33
 Tempo Restante.....: 893 segs.
 Desenvolvido por: Vittatec Ltda.

 Mensagens

 Sair

TAXA DE OCUPAÇÃO DOS LEITOS POR CAUSA

Descrição		%		%	
	Internações		Dias Leito		Média Dias Leito
Pós operatório Eletivo	704	46,10	2701	27,27	3,84
Pós operatório Urgência	270	17,68	2288	23,10	8,47
Complicação clínica em paciente cirúrgico	62	4,06	523	5,28	8,44
Insuficiência respiratória	178	11,66	2047	20,67	11,50
Choque	122	7,99	959	9,68	7,86
Alteração do nível de consciência	72	4,72	743	7,50	10,32
Arritmia	5	0,33	8	0,08	1,60
Insuficiência Coronariana	33	2,16	68	0,69	2,06
Distúrbio Metabólico	7	0,46	64	0,65	9,14
Hemorragia Digestiva	11	0,72	41	0,41	3,73
Crise Hipertensiva	2	0,13	26	0,26	13,00
Politraumatismo	4	0,26	45	0,45	11,25
Pancreatite	11	0,72	65	0,66	5,91
PCR a esclarecer	19	1,24	190	1,92	10,00
Dissecção aguda de aorta	10	0,65	44	0,44	4,40
Clínico (não se encaixa nas anteriores)	17	1,11	92	0,93	
Total	1527		9904		



Captura de tela adicionada
 Uma captura de tela foi adicionada

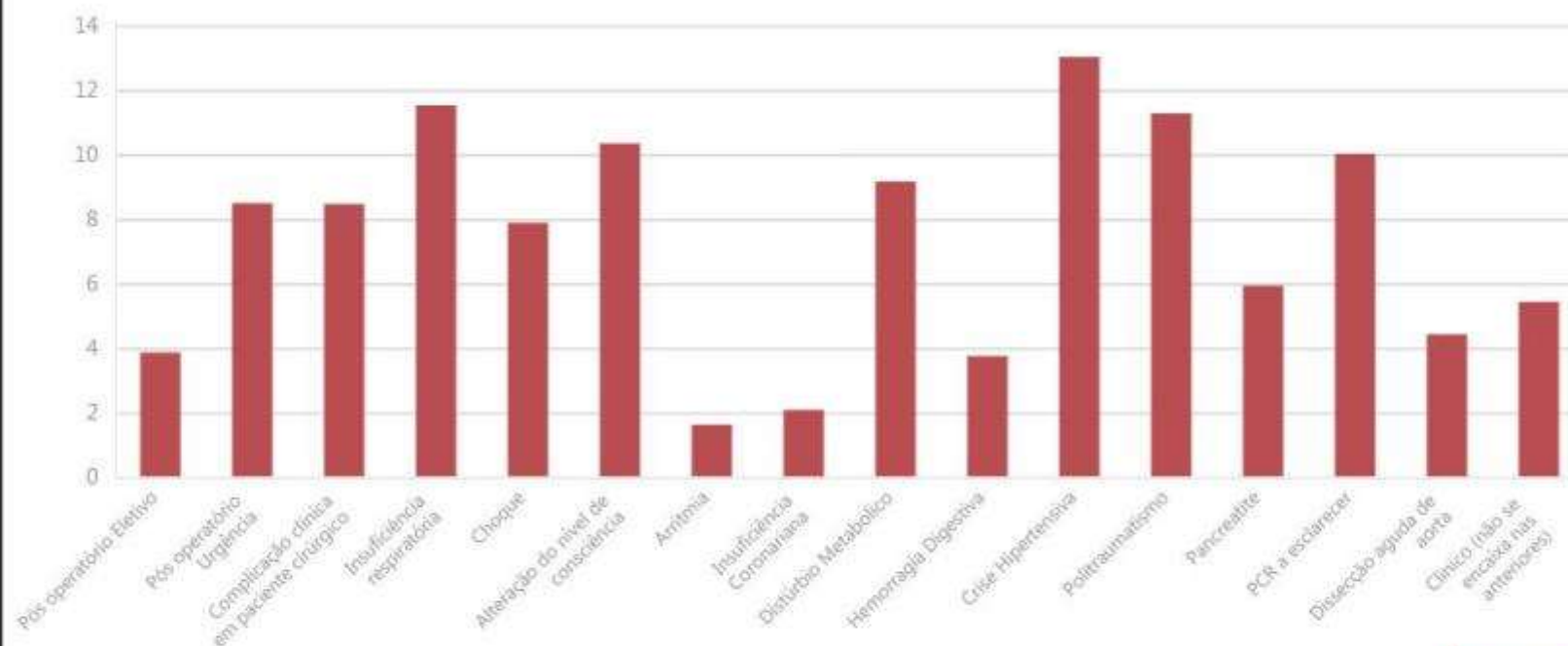


Usuário.....: Joel Lyra Sanches
 Último Acesso.....: 21/03/2017 16:10:33
 Tempo Restante.....: 879 segs.
 Desenvolvido por: Vittatec Ltda.

Mensagens

Sair

Diárias por Período - por Causa - Média Dias Leito - De 01/01/2016 a 31/12/2016



imprimir

Distúrbio Metabólico

7

0,46

64

0,65

9,14

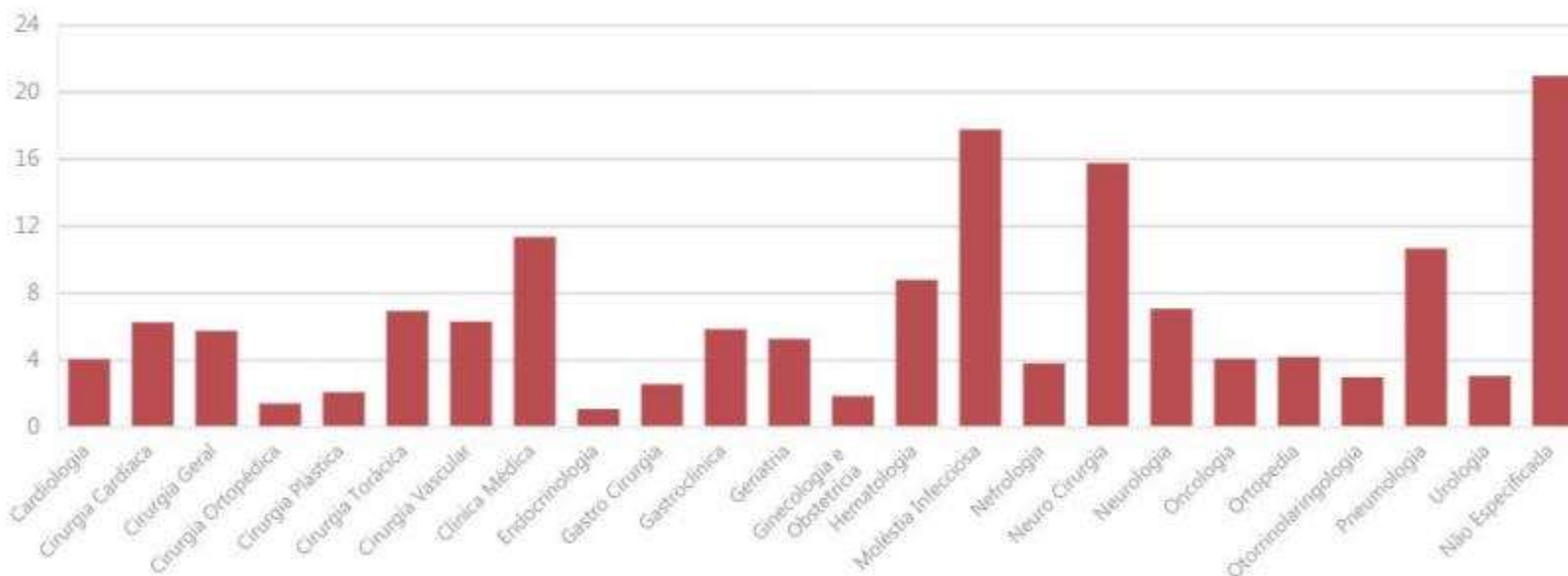


Usuário.....: Joel Lyra Sanches
 Último Acesso.....: 21/03/2017 16:10:33
 Tempo Restante.....: 855 segs.
 Desenvolvido por: Vittatec Ltda.

Mensagens

Sair

Diárias por Período - Clínica de Origem - Média Dias Leito - De 01/01/2016 a 31/12/2016



Imprimir

Gastroclínica

21

1.38

121

1.22

5.76



Big Data e implementação de lógica heurística para tomada de decisão.

O sistema tem três módulos, a parte do usuário é conhecida como “CONNECTIVITY”, mas duas outras áreas do conjunto de soluções, o “NÚCLEOS” e o “DELPHOS”, analisam as interações com o sistema, oferecendo um suporte decisório a equipe de gestão e as equipes clínicas e de compra.

Enquanto o núcleo arquiva os dados em bancos NoSQL e faz a primeira linha de análise, o Delphos possui um algoritmo baseado em lógica heurística, que com o passar do tempo analisa padrões, convergências e inicia suas análises de fatores diversos e complementares.

Com esta ferramenta, o sistema começa a fazer uma interpretação dos dados mais próxima de características regionais e antecipação de possíveis problemas pautado não apenas em estatísticas como um BI, mas em padrões.

Análise para implantação.

1

- Solução Pronta e desenvolvida sob padrões regulatórios

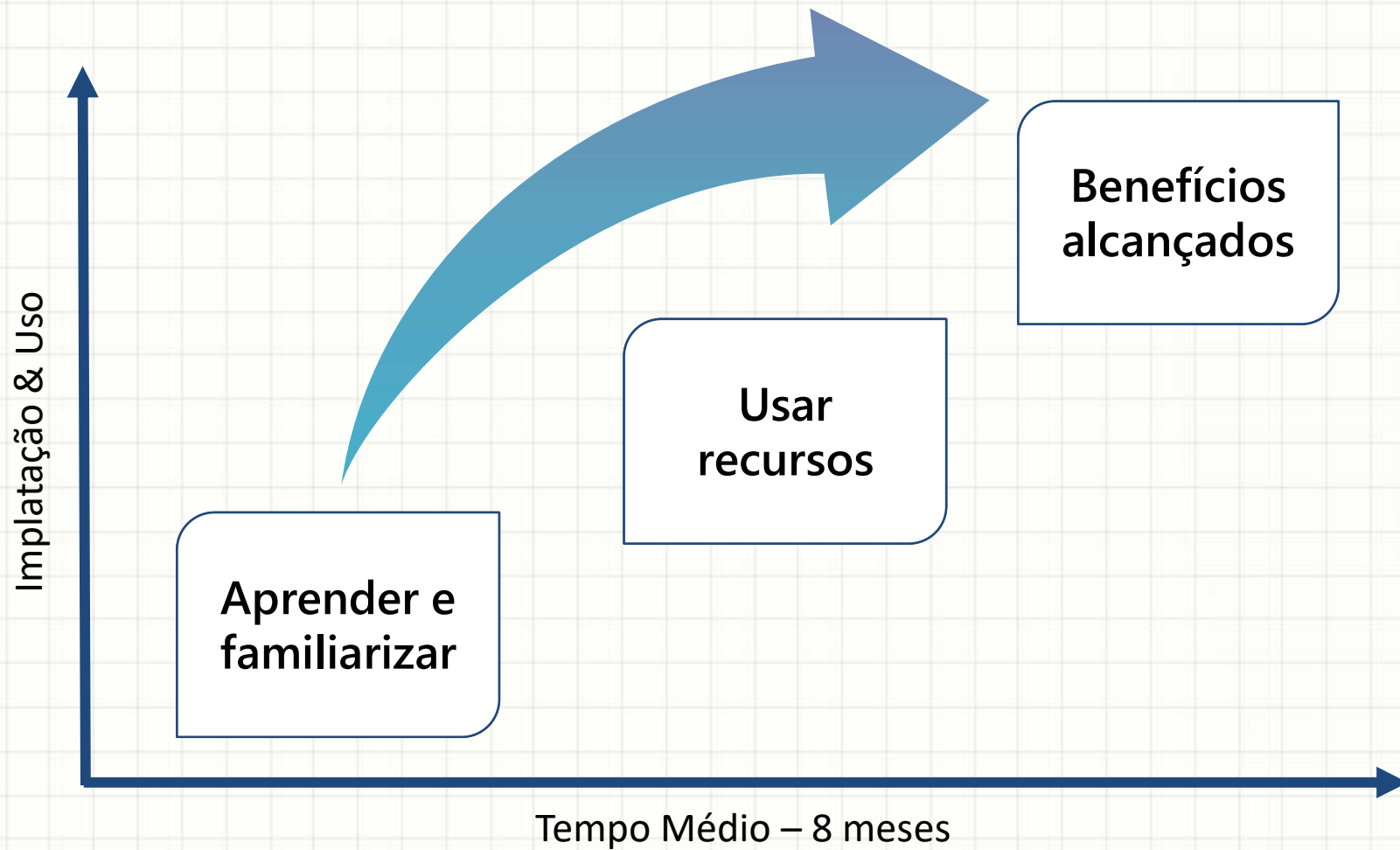
2

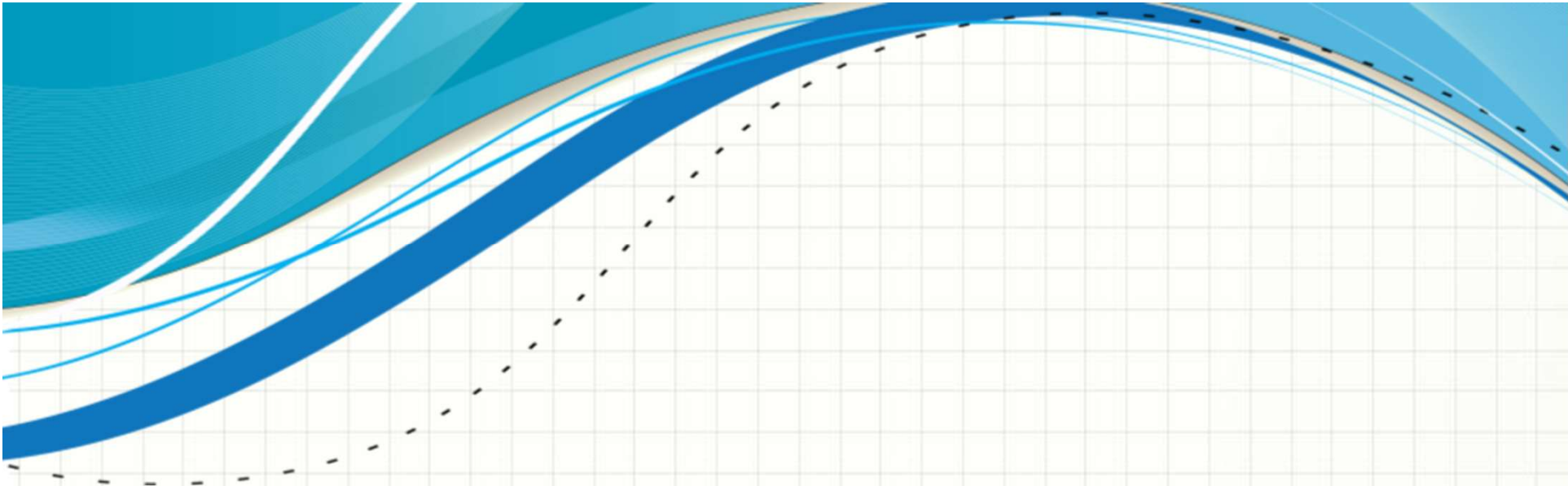
- Fácil na Implantação e Operação

3

- Custo Baixo e limitado ao uso

Expectativa





RICARDO SILVA PIMENTA

55 19 9 9428 2404

r.pimenta@uniaosaudeapoio.org.br

JOEL LYRA SANCHES

55 11 9 8335 8587

j.sanches@vittatec.com.br

37. Qualificação técnica, “Atestados de Capacidade Técnica”.

Certificado de inscrição de pessoa jurídica, “CREMESP”; DOCUMENTAÇÃO FORNECIDA NO ENVELOPE DE QUALIFICAÇÃO.

Atestado de capacidade técnica ref. ao Município de Taquarivaí SP;
DOCUMENTAÇÃO FORNECIDA NO ENVELOPE DE QUALIFICAÇÃO.

Atestado de capacidade técnica ref. ao Município de Taquarivaí SP;
DOCUMENTAÇÃO FORNECIDA NO ENVELOPE DE QUALIFICAÇÃO.

Atestado de capacidade técnica ref. ao Município de Igarapava SP;
DOCUMENTAÇÃO FORNECIDA NO ENVELOPE DE QUALIFICAÇÃO.

Atestado de capacidade técnica ref. ao Município de Itobi SP; DOCUMENTAÇÃO FORNECIDA NO ENVELOPE DE QUALIFICAÇÃO.

Atestado de capacidade técnica ref. ao Município de Vargem Grande do Sul;
DOCUMENTAÇÃO FORNECIDA NO ENVELOPE DE QUALIFICAÇÃO.

CRM responsável técnico Dr. Daniel Gustavo Gutierrez Feliu; DOCUMENTAÇÃO FORNECIDA NO ENVELOPE DE QUALIFICAÇÃO.

Atestado de capacidade técnica do responsável técnico ref. ao Município de Amparo;
DOCUMENTAÇÃO FORNECIDA NO ENVELOPE DE QUALIFICAÇÃO.

Atestado de capacidade técnica do responsável técnico ref. ao Município de Hortolândia;
DOCUMENTAÇÃO FORNECIDA NO ENVELOPE DE QUALIFICAÇÃO.

Atestado de capacidade técnica do responsável técnico ref. ao Município de Vargem Grande do Sul;
DOCUMENTAÇÃO FORNECIDA NO ENVELOPE DE QUALIFICAÇÃO.

Contrato de Prestação de Serviço
DOCUMENTAÇÃO FORNECIDA NO ENVELOPE DE QUALIFICAÇÃO.

Atestado de capacidade técnica do Município de Santa Isabel. DOCUMENTAÇÃO FORNECIDA NO ENVELOPE DE QUALIFICAÇÃO.

Atestado de capacidade técnica ref. Santa Casa de Misericórdia da Irmandade Senhor dos Passos de Ubatuba;
DOCUMENTAÇÃO FORNECIDA NO ENVELOPE DE QUALIFICAÇÃO.

40. Dimensionamento da Equipe Mínima – salários base

Item	qtdd	CH hs	salarios	encargos	total / mês	total / semestral	total / ano
ENFERMEIRA	7	200	R\$ 3.000,00	R\$ 3.090,00	R\$ 42.630,00	R\$ 255.780,00	R\$ 511.560,00
TECNICA DE ENFERMAGEM	14	200	R\$ 1.900,00	R\$ 1.957,00	R\$ 53.998,00	R\$ 323.988,00	R\$ 647.976,00
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	7	200	R\$ 1.025,00	R\$ 1.050,00	R\$ 14.525,00	R\$ 87.150,00	R\$ 174.300,00
RECPCIONISTA	7	200	R\$ 1.370,00	R\$ 1.411,10	R\$ 19.467,70	R\$ 116.806,20	R\$ 233.612,40
AUXILIAR DE SAUDE BUCAL	4	200	R\$ 1.200,00	R\$ 1.236,00	R\$ 9.744,00	R\$ 58.464,00	R\$ 116.928,00
COORDENADOR GERAL	1	200	R\$ 4.450,00	R\$ 4.583,50	R\$ 9.033,50	R\$ 54.201,00	R\$ 108.402,00
COORDENADOR DE PROJETOS	1	200	R\$ 4.180,00	R\$ 4.305,40	R\$ 8.485,40	R\$ 50.912,40	R\$ 101.824,80
MEDICO	7	200	R\$ 16.900,00	R\$ -	R\$ 118.300,00	R\$ 709.800,00	R\$ 1.419.600,00
DENTISTA	1	200	R\$ 6.100,00	R\$ -	R\$ 6.100,00	R\$ 36.600,00	R\$ 73.200,00
TOTAL					R\$ 282.283,60	R\$ 1.693.701,60	R\$ 3.387.403,20

41. Preço

Planilha de Despesas de Custeio para a Execução do Programa de Trabalho

ITEM	TOTAL MÊS	TOTAL SEMESTRAL	TOTAL ANO
MEDICO	R\$ 118.300,00	R\$ 709.800,00	R\$ 1.419.600,00
DENTISTA	R\$ 6.100,00	R\$ 36.600,00	R\$ 73.200,00
ENFERMEIRA , TECNICA DE ENFERMAGEM , AUXILIAR ADMINISTRATIVO , RECPCIONISTA , AUXILIAR DE SAUDE BUCAL , COORDENADORES	R\$ 157.883,60	R\$ 947.301,60	R\$ 1.894.603,20
CONTABIL e RH	R\$ 2.500,00	R\$ 15.000,00	R\$ 30.000,00
JURIDICO	R\$ 2.500,00	R\$ 15.000,00	R\$ 30.000,00
PRESTAÇÃO DE CONTAS	R\$ 700,00	R\$ 4.200,00	R\$ 8.400,00
Desloc alim estadia	R\$ 700,00	R\$ 4.200,00	R\$ 8.400,00
Sist Gestão	R\$ 24.000,00	R\$ 144.000,00	R\$ 288.000,00
Capc e Educ Contin	R\$ 400,00	R\$ 2.400,00	R\$ 4.800,00
TI	R\$ 6.275,00	R\$ 37.650,00	R\$ 75.300,00
RT no CRM	R\$ -	R\$ -	R\$ -
Supervisor	R\$ 2.700,00	R\$ 16.200,00	R\$ 32.400,00
Locação do Carro	R\$ 4.250,00	R\$ 25.500,00	R\$ 51.000,00
Abastecimento carro locado	R\$ 1.002,33	R\$ 6.013,98	R\$ 12.027,96
VALOR MENSAL / GLOBAL	R\$ 327.310,93	R\$ 1.963.865,58	R\$ 3.927.731,16

Proposta Financeira:

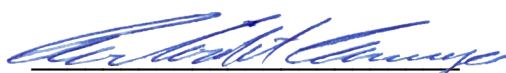
Valor Mensal: R\$ 327.310,93 (Trezentos e vinte e sete mil, trezentos e dez reais e noventa e três centavos).

Valor Semestral: R\$ 1.963,865,58 (Hum milhão, novecentos e sessenta e três mil, oitocentos e sessenta e cinco reais e cinquenta e oito centavos) .

Valor Anual: R\$ 3.927.731,16 (Três milhões, novecentos e vinte sete mil, setecentos e trinta e um reais e dezesseis centavos) .

Validade da Proposta: **100 dias**

Campinas, 06 de Setembro de 2022.



Carlos de Arruda Camargo
Diretor Presidente