

PROJETO DE OPERACIONALIZAÇÃO DA GESTÃO E EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES E SERVIÇOS DE SAÚDE DESENVOLVIDOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF DO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO GRANDE, CONFORME EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 004/2022.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

SÃO JOSÉ/SC – FEVEREIRO/2023

Sumário

1 – A EXECUTORA.....	7
1.2 – CARACTERIZAÇÃO DA ENTIDADE	
1.3 – HISTÓRICO DA ENTIDADE	
1.4 – MISSÃO, VISÃO E VALORES	
2 – MODELO DE GESTÃO.....	9
2.1 – MODELO DE GESTÃO	
2.2 – MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	
2.3 – ESTRUTURA DIRETIVA DA OSS	
2.3.1 Organograma Macro Institucional	
2.3.2 Recursos humanos primários da OSS	
2.3.3 Recursos de suporte da OSS	
2.4 – O MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO GRANDE	
2.4.1 A Saúde do município de Ribeirão Grande/SP	
3 – PROJETO DE GERENCIAMENTO.....	28
3.1 – DO OBJETO	
3.2 – CARACTERÍSTICAS DA UNIDADE A SER GERENCIADA	
3.2.1 Sistema Único de Saúde – Atenção Primária e Saúde da Família	
3.2.2 Do modelo assistencial	
3.2.3 A estrutura geral da USF	
3.3 – ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES	
3.3.1 Do acesso universal ao Sistema Único de Saúde - SUS	
3.3.1.2 Acolhimento e humanização da atenção à saúde	
3.3.1.3 Proposta para implantação do acolhimento com avaliação de risco – Protocolo de Manchester	
3.3.1.4 Do atendimento	
3.3.1.5 Fluxos para registro e documentos	
3.4 – A GESTÃO	
3.4.1 Acesso a ações e serviços	
3.4.1.1 Do processo de trabalho	

3.4.1.2 Assistência: atendimento agendado, atenção à demanda espontânea e grupos específicos

3.4.1.2.1 Das equipes e serviços ofertados

3.4.1.3 Gestão de processos de trabalho em enfermagem

3.4.1.4 Gestão de processos de trabalho em odontologia

3.4.1.5 Gestão do cuidado farmacêutico

3.4.1.6 Atenção domiciliar

3.4.1.7 Teleconsulta

3.4.1.8 Reuniões de equipe da ESF

3.4.1.9 Ouvidoria

3.4.1.10 Segurança do paciente

3.4.3 Gestão de suprimentos

3.4.3.1 Serviço de aquisição e gestão de materiais e suprimentos

3.4.3.2 Gerência Administrativa

3.4.4 Da esterilização

3.5 – IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS

3.5.1 O que é Gerenciamento de Processos?

3.5.2 O que é um processo

3.5.3 Ciclo de implantação e gestão de processos

3.5.4 Metodologia de gerenciamento de processos

3.5.5 Manual de gerência do almoxarifado/farmácia

3.5.5.1 Almoxarifado

3.5.5.2 Farmácia

3.6 – SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPEUTICO – SADT INTERNO

4 – QUALIDADE.....74

4.1 Serviço de atendimento ao usuário - SAU

4.2 Proposta de pesquisa periódica/continua de satisfação do usuário

4.2.1 Satisfação do usuário

4.2.2 Proposta de projetos assistenciais e sociais

4.2.3 Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais

4.2.4 Protocolos de enfermagem

4.2.5 Projeto em educação permanente em saúde

4.2.6 Análise da situação do pessoal de saúde

4.2.7 Priorização dos problemas e definições dos objetivos e metas de EPS

4.2.8 Programação das ações de educação permanente em saúde	
4.2.9 Elaboração da previsão orçamentária	
4.2.10 Definição dos mecanismos de acompanhamento e avaliação	
4.2.11 Objetivos, metas e indicadores	
5 – PROPOSTA ORÇAMENTÁRIA.....	94

Anexo I – Modelo de avaliação do usuário

INTRODUÇÃO

A presente proposta objetiva a operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde desenvolvidos na Estratégia de Saúde da Família – ESF do município de Ribeirão Grande/SP, conforme previsto no Edital de Chamamento Público nº 004/2022. O município de Ribeirão Grande tem na atualidade uma população estimada em 7.686 (sete mil seiscentos e oitenta e seis) mil habitantes (IBGE-2021), sendo toda essa população atendida pela ESF objeto do referido chamamento.

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) definida na Portaria nº 2488/2011, estabelece diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica (AB) e define a AB como de fundamental importância por ocorrer mais próxima da vida das pessoas, sendo a porta de entrada preferencial para as redes de atenção à saúde (RAS). A Estratégia da Saúde da Família – ESF, é adotada como principal estratégia para a reordenação do modelo assistencial de acordo com as diretrizes do SUS permitindo a expansão, qualificação e consolidação da AB, favorecendo o processo de trabalho para ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades.

Concorre também, em importante relação custo/efetividade e é fundamental no alcance de indicadores positivos de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde da comunidade.

O programa de Estratégia Saúde da Família foi implantado na cidade de Ribeirão Grande em fevereiro do ano de 2000 e abrange uma população residente tanto em zona urbana (31,57% do total) como rural (68,43% do total). Desde a sua criação, inicialmente os profissionais de saúde que atuam no ESF eram contratados pela APAE e na sequência substituído pela Associação Beneficente Apiaí – ABA, que faz o gerenciamento da Unidade de Saúde em parceria com o Departamento Municipal de Saúde.

A oferta dos serviços de atenção primária, tem como norte a garantia de maior agilidade no agendamento, de forma que não prejudique os usuários do sistema público de saúde na conclusão e/ou definição de diagnóstico para tratamento e/ou reabilitação do seu estado de saúde conforme necessidade.

Embora seja competência do poder executivo a prestação de serviços públicos de saúde no âmbito do SUS, a própria Constituição Federal de 1988 em seu artigo 199 versa que: “§1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.”.

Desta forma, este documento apresenta em primeiro lugar a Organização Social, Instituto de Estratégias para Saúde e Assistência - IESA, para em seguida detalhar todos os aspectos solicitados a fim de cumprimento as exigências do Edital de Chamamento Público nº 004/2022.

Ressaltamos que a proposta visa a continuidade e melhoria no serviço de atendimento e consequentemente a satisfação dos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS. Sendo assim, é imperativo a escolha de uma entidade conhecedora, profissionais capacitados e a valorização do atendimento humanizado, a instalação de fluxos eficientes e metodologias de monitoramento e avaliação contínuas que permitam a realização desta importante tarefa. O presente projeto discorre primeiramente sobre a entidade executora, apresenta a seguir o projeto propriamente dito e a qualificação técnica, bem como proposta financeira.

O Instituto de Estratégias para Saúde e Assistência – IESA, considera-se totalmente apto para a árdua tarefa de gestão e execução das atividades e serviços de saúde desenvolvidos na Estratégia de Saúde da Família – ESF do município de Ribeirão Grande/SP.

1 - A EXECUTORA

Organização Social de Saúde Instituto de Estratégias para Saúde e Assistência - IESA

1.1 DADOS CADASTRAIS DA ENTIDADE EXECUTORA

Razão social: Instituto de Estratégias para Saúde e Assistência - IESA

CNPJ: 12.816.011/0001-23

Endereço: Avenida Presidente Kennedy, nº 1333 - SALA 307 - Kobra Sol - CEP 88.102-401 - São José/SC

Responsáveis pela instituição

Diretor Presidente:

Pedro Luiz Bragança Ferreira - CPF nº 032.313.421-12

Diretor Técnico:

Dr. João Victor da Silveira Moller – CRM/SC 17.892

1.2 CARACTERIZAÇÃO DA ENTIDADE

O Instituto de Estratégias para Saúde e Assistência é uma Entidade Civil sem fins lucrativos que tem por finalidade manter, administrar e desenvolver estabelecimentos destinados a prestação de serviços de saúde dentro dos parâmetros e proporções estabelecidos pela legislação e regulamentos federais, estaduais e municipais e pelos normativos aplicáveis ao Sistema Único de Saúde – SUS, atuado sempre em consonância aos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e da eficiência para o alcance de suas finalidades sociais.

Em seu campo de atuação constam:

- A prestação de assistência integral à saúde, por intermédio de hospitais, ambulatórios, postos de saúde, prontos socorros, serviços especializados de urgência e emergência ou atenção básica que venha a gerir, mantendo-os e provendo-os, assim como suas dependências, proporcionando à comunidade assistência de alto padrão;
- O desenvolvimento de programas de saúde coletivas e comunitárias, podendo realizar ações de imunização, educação em saúde, prevenção e controle de doenças e de orientação sanitária;
- Proporcionar meios de cooperação no ensino, pesquisa e difusão de conhecimento científico, concernentes à especialização médica hospitalar, farmacêutica, fisioterápica, biomédica, nutricional, odontológica e demais áreas de conhecimento humano relacionadas à saúde.

1.3 HISTÓRICO DA ENTIDADE

A entidade foi constituída em 15 de setembro de 2010, vislumbrando inicialmente atividades voltadas à educação, consequência da benemerência de um grupo de pessoas de expressão sócio econômico e política do município de origem. Foi ao longo de sua história que surgiu a necessidade de ampliação de atividades e com a participação de novas pessoas em seu quadro diretivo e mudanças em seu estatuto, sua atividade no âmbito da saúde público se faz realidade, sempre com ênfase no tratamento humanizado e multidisciplinar.

1.4 MISSÃO, VISÃO E VALORES

Missão

Prestar serviços de saúde à população, para pacientes de todos os níveis de atenção (primário, secundário e terciário), atuando de forma eficiente, com ética e humanização através de profissionais qualificados.

Visão

Tornar-se referência, visando a integração dos sistemas de saúde pública e privada, mantendo a união das equipes de trabalho dos mais diversos setores, objetivando a continuidade e aprimoramento contínuo das unidades e regiões onde atua.

Valores

Ética, compromisso, respeito, humanização e capacidade técnica.

2. MODELO DE GESTÃO

2.1 MODELO DE GESTÃO

O IESA, como entidade, vislumbra um modelo de gestão moderna e integrada com os níveis superiores de atenção à saúde, para atingir a excelência na assistência e eficiência na gestão de recursos.

Considera-se, acima de tudo, a perenidade de nossos propósitos e valores elevados. A gestão participativa, que compreende os mecanismos de deliberação e de gestão compartilhados, valorizando e fortalecendo os mecanismos instituídos no SUS, são instrumentos essenciais na política federal, estadual e municipal de saúde.

Nosso modelo inclui a gerência participativa e os programas de qualidade que preconizamos, assim como a descentralização das decisões e aproximação de todos os integrantes da equipe de trabalho.

Em outra esfera, a gestão financeira é um dos serviços mais sensíveis de um equipamento de saúde. Os recursos financeiros são escassos e, por isso, devem ser geridos, em tempo hábil, com responsabilidade, racionalidade e transparência. Ela se ocupa da economia e das finanças do equipamento de saúde, sendo assim, deve conhecer o montante das imobilizações, qual o valor dos direitos (recursos a receber) e o montante do passivo a curto, médio e longo prazos (contas a pagar).

O objetivo do IESA é uma gestão otimizada, buscando a redução das despesas desnecessárias e elencar prioridades nos gastos e manutenção dos recursos necessários à operacionalização de todas as funções inerentes ao serviço e saúde geridos.

2.2 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A avaliação é uma atividade que acompanha a própria história do homem, tida como inerente ao próprio processo de aprendizagem, e na atualidade assume cada vez mais um caráter polissêmico em sua conceituação, abrigando múltiplas realidades e múltiplos referenciais de análise.

O IESA, conforme apresentado na presente proposta, acredita no monitoramento da avaliação como forma de evitar a alienação dos trabalhadores, na medida em que esta permita a reflexão sobre seu fazer cotidiano, sendo utilizada como norte para pensar sua prática e os resultados de seu trabalho. Não bastasse o próprio comprometimento da qualidade do serviço, sabe-se também que a falta de análise e de “percepção” dos resultados do próprio trabalho contribuem em muito para a desmotivação e sofrimento dos trabalhadores. Daí a importância de enfatizar as informações oriundas das avaliações e o seu potencial de aumentar o coeficiente de comunicação entre os sujeitos, autonomia e protagonismo de coletivos, na medida em que esta possa se colocar como elemento capaz de provocar o agrupamento de diferentes pessoas/profissionais/saberes (equipes) em torno de “dados” que passem a ser objeto de co-análise e co-decisões.

Portanto, considera-se que essa avaliação monitorada será capaz de nortear a configuração efetiva de equipes multiprofissionais atuando na perspectiva transdisciplinar e de modo compartilhado. Nessa direção, informação e movimento avaliativo (monitoramento), provocam as equipes a se capacitarem, levantarem, construírem, inventarem, e pactuarem situações, metas e indicadores que orientem a renovação do trabalho/serviços e propiciem aprendizagens coletivas – fomentando análises na perspectiva de uma avaliação participativa, formativa, emancipatória e alimentadora do protagonismo dos trabalhadores em seu próprio desenrolar. Avaliação que deve contribuir para encorajar o diálogo e a reflexão e estimular o aprendizado entre atores, aprendizagem esta que é a chave para o desenvolvimento de capacidades para os grupos e organizações locais.

Vale ressaltar que essa perspectiva teórico-política que se deseja para a avaliação no âmbito da atenção e gestão em saúde, parte dos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH). Nessa concepção, enfatiza-se a participação dos diferentes sujeitos, gestores, trabalhadores, usuários, pesquisadores e apoiadores nos processos avaliativos.

Esses são essenciais em todas as fases dos panoramas avaliativos: identificação de situações a serem monitoradas/avaliadas, conceitualização, demarcação de objetivos, critérios de representação/indicadores, mensuração, interpretação e validação dos dados.

Para se caracterizar como método e dispositivo da Política de Humanização, a avaliação reveste-se com os princípios mais centrais dessa Política, dentre eles a compreensão de que as instituições de saúde têm como finalidades primordiais alcançar a produção/prestação de serviços e também a produção de sujeitos.

Em síntese, a avaliação de desempenho (monitoramento), será uma avaliação que possibilite mudanças nas situações/serviços, e capacitação e desenvolvimento dos sujeitos envolvidos. Portanto, valorização dos trabalhadores.

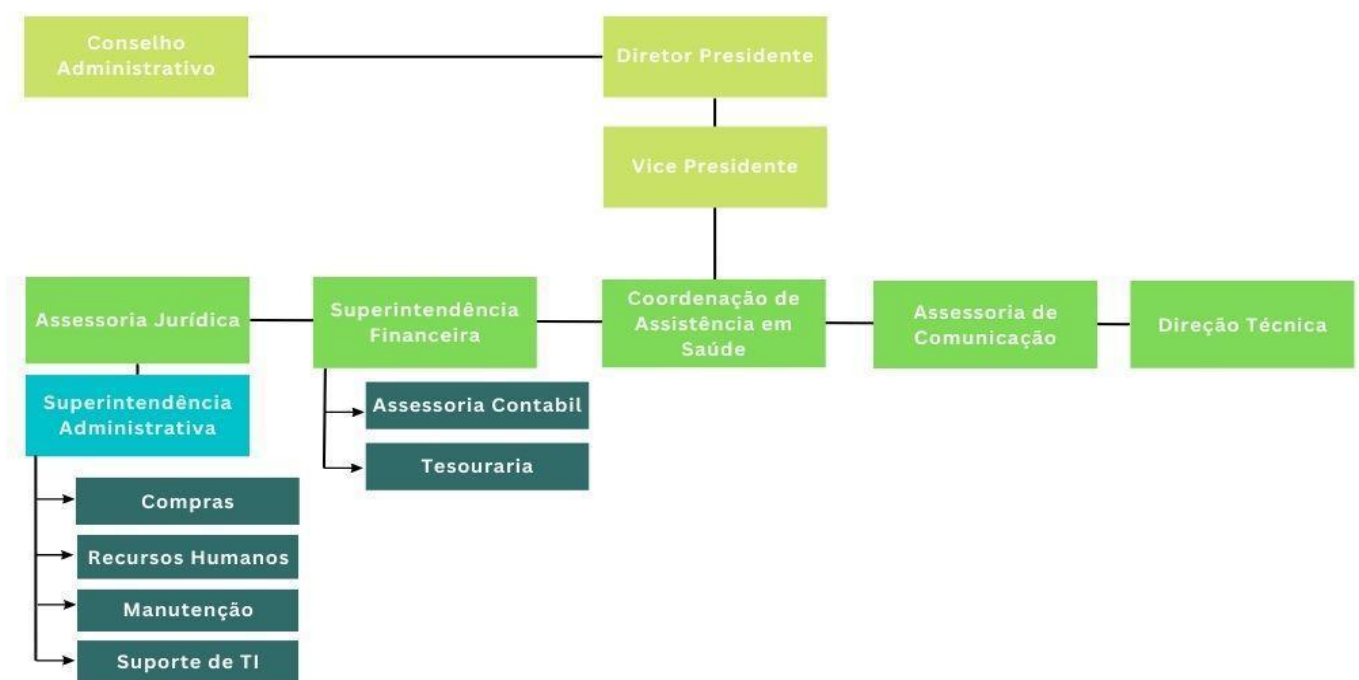
Nesse sentido, as avaliações propostas possuem objetivos bem claros seguindo os parâmetros de avaliações como o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS).

2.3 ESTRUTURA DIRETIVA DA OSS - INSTITUTO DE ESTRATÉGIAS PARA SAÚDE E ASSISTÊNCIA

Para demonstrar a capacidade gerencial do Instituto de Estratégias para Saúde e Assistência na execução do que será apresentado neste projeto, apresentaremos conceitos e pressupostos utilizados para formular o modelo da estrutura organizacional, com a finalidade de garantir a agilidade da percepção da estrutura da organização.

A estrutura organizacional representa um elo entre as estratégias traçadas pelo IESA e a sua atuação dentro do equipamento gerido. Buscaremos demonstrar a estrutura geral da instituição, disposta em níveis hierárquicos, onde quanto mais alto estiver um cargo, maior a autoridade e a abrangência da atividade.

2.3.1 Organograma Macro Institucional



2.3.2 Recursos humanos primários da OSS - INSTITUTO DE ESTRATÉGIAS PARA A SAÚDE E ASSISTÊNCIA

O IESA irá executar, neste projeto, suas atividades voltadas à assistência e gestão de recursos através de uma equipe técnica multiprofissional para a implantação, execução e gerenciamento do Projeto aqui proposto, sendo eles:

➤ Administrador

Esse profissional tem o papel de garantir o planejamento em saúde, a gestão e organização do processo de trabalho, a coordenação do cuidado e das ações no território e a

integração da Unidade de Saúde da Família (USF) com outros serviços da rede de atenção no município.

➤ **Gestores de RH**

Incluem as responsabilidades de:

- ❖ Desenvolver e implementar estratégias de RH e iniciativas alinhadas com a estratégia de desenvolvimento do trabalho proposto;
- ❖ Conciliar as relações da gestão e funcionários resolvendo demandas, reclamações ou outros problemas;
- ❖ Gerenciar o processo de recrutamento e seleção;
- ❖ Apoiar necessidades futuras e atuais da UBS, através do desenvolvimento, envolvimento, motivação e preservação do capital humano;
- ❖ Desenvolver e monitorar estratégias gerais de RH, sistemas, táticas e procedimentos em toda a organização;
- ❖ Estimular um ambiente de trabalho positivo;
- ❖ Supervisionar e gerenciar um sistema de avaliação do desempenho que motive o alto desempenho;
- ❖ Manter um plano de pagamento e programa de benefícios;
- ❖ Avaliar as necessidades de treinamento para aplicar e monitorar programas de treinamento;
- ❖ Reportar à administração e respaldar a decisão através das métricas de RH;
- ❖ Assegurar a conformidade legal na gestão dos recursos humanos.

➤ **Técnico administrativo**

Cabem a este, realizar trabalhos administrativos da instituição nas áreas de recursos humanos, finanças, logística e de administração geral, dentre outras atribuições:

- ❖ Atender ao público interno e externo;
- ❖ Fazer e atender chamadas telefônicas obtendo e fornecendo informações;
- ❖ Preparar relatórios e planilhas de cálculos diversos;

- ❖ Elaborar documentos administrativos, tais como ofício, informação ou parecer técnico, memorandos, atas etc;
- ❖ Secretariar a unidade;
- ❖ Orientar, instruir e proceder a tramitação de processos, orçamentos, contratos e demais assuntos administrativos;
- ❖ Elaborar levantamentos de dados e informações;
- ❖ Participar de projetos na área administrativa;
- ❖ Participar de comissões e grupos de trabalhos, quando designado;
- ❖ Efetuar registro, preenchimento de fichas, cadastro, formulários, requisições de materiais, quadros e outros similares;
- ❖ Elaborar, sob orientação, planos iniciais de organização, gráficos, fichas, roteiros, manuais de serviços, boletins e formulários;
- ❖ Elaborar estudos objetivando o aprimoramento de normas e métodos de trabalho;
- ❖ Proceder as operações micrográficas, seguindo normas técnicas;
- ❖ Arquivar sistematicamente documentos;
- ❖ Manter organizado e ou atualizar arquivos, fichários e outros, promovendo medidas de preservação do patrimônio documental;
- ❖ Auxiliar na organização de promoções culturais e outras;
- ❖ Receber, conferir, armazenar, controlar e entregar produtos, materiais e equipamentos no almoxarifado ou em outro local;
- ❖ Auxiliar na manipulação de medicamentos, sob supervisão;
- ❖ Participar de programa de treinamento, quando convocado;
- ❖ Zelar pela conservação, limpeza e manutenção dos equipamentos e ambiente de trabalho;
- ❖ Executar tarefas pertinentes à área de atuação, utilizando-se de equipamentos e programas de informática;
- ❖ Executar outras tarefas compatíveis com as exigências para o exercício da função.

➤ Enfermeiros

- ❖ Realizar cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas, fazendo a indicação para a continuidade da assistência prestada;
- ❖ Realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares, prescrever/transcrever medicações, conforme protocolos estabelecidos nos Programas do Ministério da Saúde e as Disposições legais da profissão;
- ❖ Planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a UBS;
- ❖ Executar as ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida: criança, adolescente, mulher, adulto e idoso;
- ❖ No nível de suas competências, executar assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária;
- ❖ Realizar ações de saúde em diferentes ambientes, na UBS e, quando necessário, no domicílio;
- ❖ Realizar as atividades corretamente às áreas prioritárias de intervenção na Atenção Básica;
- ❖ Aliar a atuação clínica à prática da saúde coletiva;
- ❖ Organizar e coordenar a criação de grupos de patologias específicas, como de hipertensos, de diabéticos, de saúde mental, etc.;
- ❖ Supervisionar e coordenar ações para capacitação dos Agentes Comunitário de Saúde e de auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções;
- ❖ Participar do processo de programação e planejamento das ações e da organização do processo de trabalho da Unidade;
- ❖ Acompanhar indicadores;
- ❖ Acompanhar Visitas Domiciliares;
- ❖ Coordenar, supervisionar e executar ações nas reuniões de equipe.

➤ **Técnicos e auxiliares de enfermagem**

- ❖ Realizar procedimento de enfermagem dentro das suas competências técnicas e legais;
- ❖ Realizar procedimentos de enfermagem nos diferentes ambientes, UBS e nos domicílios, dentro do planejamento de ações traçado pela equipe;
- ❖ Preparar o usuário para consultas médicas e de enfermagem, exames e tratamentos na UBS;
- ❖ Zelar pela limpeza e ordem do material, de equipamento e de dependências da UBS, garantindo o controle de infecção;
- ❖ Realizar busca ativa de casos, como tuberculose, hanseníase e demais doenças de cunho epidemiológico;
- ❖ No nível de suas competências, executar assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária;
- ❖ Realizar ações de educação em saúde aos grupos de patologias específicas e às famílias de risco, conforme planejamento da UBS;

➤ **Médicos**

- ❖ Realizar consultas clínicas aos usuários da sua área adstrita;
- ❖ Executar as ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida: criança, adolescente, mulher, adulto e idoso;
- ❖ Realizar consultas e procedimentos na UBS (Unidade Básica de Saúde) e, quando necessário, no domicílio;
- ❖ Realizar as atividades clínicas correspondentes às áreas prioritárias na intervenção na atenção Básica;
- ❖ Aliar a atuação clínica à prática da saúde coletiva;
- ❖ Realizar o pronto atendimento médico nas urgências e emergências;
- ❖ Encaminhar aos serviços de maior complexidade, quando necessário, garantindo a continuidade do tratamento na UBS, por meio de um sistema de acompanhamento e referência e contrarreferência;

- ❖ Participar do processo de programação e planejamento das ações e da organização do processo de trabalho da Unidade;
- ❖ Emitir laudos, pareceres e atestados sobre assuntos de sua competência;
- ❖ Realizar pequenas cirurgias ambulatoriais;
- ❖ Indicar internação hospitalar;
- ❖ Acompanhar indicadores;
- ❖ Realizar Visitas Domiciliares;
- ❖ Solicitar exames complementares;
- ❖ Verificar e atestar óbito.

➤ **Cirurgião Dentista**

- ❖ Realizar levantamento epidemiológico para traçar o perfil de saúde bucal da população adscrita;
- ❖ Realizar o tratamento integral, no âmbito da atenção básica para a população adscrita;
- ❖ Encaminhar e orientar os usuários que apresentam problema complexos a outros níveis de assistência, assegurando seu acompanhamento;
- ❖ Realizar atendimentos de primeiros cuidados nas urgências;
- ❖ Realizar pequenas cirurgias ambulatoriais;
- ❖ Prescrever medicamentos e outras orientações na conformidade dos diagnósticos efetuados;
- ❖ Emitir laudos, pareceres e atestados sobre assuntos de sua competência;
- ❖ Executar as ações de assistência integral, aliado a atuação clínica à saúde coletiva, assistindo as famílias, indivíduos ou grupo específicos, de acordo com planejamento local;
- ❖ Coordenar ações coletivas voltadas para promoção e prevenção em saúde bucal;
- ❖ Programar e supervisionar o fornecimento de insumos para as ações coletivas;
- ❖ Capacitar as equipes de saúde da família no que se refere às ações educativas e preventivas em saúde bucal;

- ❖ Supervisionar o trabalho desenvolvido pelo ACD;
- ❖ Executar promoção e prevenção junto as escolas (PSE) Programa Saúde na Escola.

➤ **Auxiliar de consultório odontológico**

- ❖ Organizar e executar atividades de higiene bucal;
- ❖ Processar filme radiográfico;
- ❖ Preparar o paciente para o atendimento;
- ❖ Auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas;
- ❖ Manipular materiais de uso odontológico;
- ❖ Selecionar moldeiras;
- ❖ Preparar modelos em gesso;
- ❖ Registrar dados e participar da análise das informações relacionadas ao controle administrativo em saúde bucal;
- ❖ Executar limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;
- ❖ Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;
- ❖ Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;
- ❖ Desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de riscos ambientais e sanitários;
- ❖ Realizar em equipe levantamento de necessidades em saúde bucal;
- ❖ Adotar medidas de biossegurança visando ao controle de infecção.

➤ **Recepcionistas**

- ❖ Atender pacientes;
- ❖ Abrir novas fichas de cadastramento ambulatoriais;
- ❖ Organizar os procedimentos da recepção;
- ❖ Direcionar pacientes para consultórios e salas de exames;

- ❖ Preparar e abastecer as salas de coletas, de exames e os locais de atendimento;
- ❖ Participar de reuniões diárias com os profissionais para saber organizar as rotinas e agendas;
- ❖ Manter os documentos organizados e fáceis de encontrar;
- ❖ Garantir um fluxo de informações adequado;
- ❖ Responder os questionamentos dos pacientes;
- ❖ Atualizar as fichas dos pacientes.

2.3.3 Recursos de suporte da OSS - INSTITUTO DE ESTRATÉGIAS PARA A SAÚDE E ASSISTÊNCIA

Os serviços administrativos e de suporte a serem incluídos nas atividades que garantirão retaguarda ao bom funcionamento e suas respectivas atribuições são:

➤ Assessoria contábil

- ❖ Organização da escrituração contábil

A escrituração contábil não fica somente nas movimentações e emissões dos livros contábeis. Antes disso, entra a organização dos documentos que são a base para esse processo.

A assessoria contábil seleciona todas as informações necessárias, faz a conciliação bancária e confere créditos e débitos feitos depois do registro. Outro item que faz parte desse serviço é a emissão de balancetes com o propósito de conferir os dados financeiros

- ❖ Processos fiscais e tributários

Estes compreendem desde o preenchimento das guias de recolhimento de impostos até o planejamento tributário.

Pela volumetria de dados e obrigações fiscais e acessórias, essa complexa tarefa da assessoria contábil, exige grandes conhecimentos dos contadores envolvidos para garantir que todas as obrigações estejam sendo cumpridas.

- ❖ Soluções de recursos humanos

Quanto às soluções no departamento de recursos humanos e administração pessoal, a assessoria contábil pode auxiliar no oferecimento de registro dos colaboradores, cálculo de quitação, processamento de folha de pagamento, controle de férias, dissídios coletivos, apuração de encargos, dentre outros.

❖ Orientação em gestão financeira

A orientação em gestão financeira envolve o diagnóstico completo da situação financeira por meio de dados contábeis, apresentação de balanços, índices e análises dos resultados.

Com essas análises propostas pelo serviço, os profissionais responsáveis traduzem as informações contidas nesses relatórios para facilitar a compreensão pelos gestores, a fim de amparar as tomadas de decisões.

➤ **Assessoria jurídica**

Compete à Assessoria Jurídica:

- ❖ O assessoramento técnico-jurídico ao Diretor de Saúde, administrador da unidade e ao corpo diretivo do IESA;
- ❖ Elaborar análise técnica e confeccionar pareceres e atos jurídicos decorrentes em demandas administrativas ou em matéria afeta à saúde;
- ❖ Elaborar análise técnica e confeccionar atos decorrentes de processos e procedimentos administrativos de qualquer natureza, controlando-os;
- ❖ Elaborar análise técnica e confeccionar requerimentos administrativos relacionados às atribuições da Instituição na consecução do contrato;
- ❖ Elaborar análise técnica e confeccionar documentos diversos que envolvam questões jurídicas, a critério do corpo diretivo da Instituição;
- ❖ Analisar contratos administrativos, convênios e documentos afins;
- ❖ Elaborar análise técnica e confeccionar minutas de atos normativos, auditorias técnicas de saúde, entre outros documentos, a critério do corpo diretivo da instituição;
- ❖ Prestar informações em ações judiciais impetradas contra atos da Instituição;
- ❖ Elaborar ofícios e atos decisórios em assuntos de competência do corpo diretivo da instituição e outros a seu critério;
- ❖ Cumprir as normas que regulam a atuação da assessoria jurídica;
- ❖ Instruir, bem como confeccionar atos que tenham conotação jurídica, fornecendo subsídios e elementos que possibilitem a defesa do IESA em eventual juízo;

- ❖ Elaborar outros documentos a critério do corpo diretivo da instituição.

➤ **Compras**

- ❖ Selecionar e cadastrar fornecedores, levando em conta qualidade, preço, confiabilidade na entrega e nível da assistência técnica oferecida;
- ❖ Receber e organizar os pedidos de compras de diversas áreas da unidade de saúde, seja da farmácia, manutenção, suprimentos, dentre outros;
- ❖ Fazer cotações e orçamentos;
- ❖ Negociar com os fornecedores em busca de melhores preços, prazos de entrega e condições de pagamento;
- ❖ Emitir as ordens de compra aprovadas;
- ❖ Manter os estoques abastecidos;
- ❖ Zelar pela correta emissão dos documentos fiscais, com auxílio da área contábil.

➤ **Gestão de patrimônio, logística e controle de fornecedores**

- ❖ Estabelecer as normas, diretrizes e procedimentos para o controle patrimonial da unidade;
- ❖ Estabelecer objetivos e metas;
- ❖ Orientar as equipes de patrimônio quanto à execução das atividades estabelecidas;
- ❖ Atender às solicitações externas;
- ❖ Emitir relatórios informando à diretoria de saúde do Município a situação do Patrimônio da unidade.
- ❖ Assegurar o fiel cumprimento das normas, diretrizes e procedimentos estabelecidos e preconizados pelo SUS e diretoria de Saúde do Município;
- ❖ Acompanhar a execução das atividades que estão sob a responsabilidade da equipe da unidade, para que sejam cumpridas dentro dos cronogramas estabelecidos;
- ❖ Publicizar as informações do inventário em âmbito interno;
- ❖ Identificar oportunidades de melhoria, propondo-as formalmente à Diretoria de Saúde do Município

- ❖ Apoiar a gerência;
- ❖ Acompanhar a execução das atividades ora estabelecidas junto às equipes de patrimônio das unidades;
- ❖ Acompanhar o cumprimento da emissão de controles e informes gerenciais;
- ❖ Conferir os Termos de Cessão de Uso de bens móveis firmados entre IESA e o município de Ribeirão Grande e acompanhar suas vigências;
- ❖ Encaminhar as solicitações de descartes de bens inservíveis;
- ❖ Identificar oportunidades de melhorias propondo-as à Gerência.

Tratando-se da logística, inclui todo o conjunto de procedimentos de gestão institucional que possuem o objetivo de assegurar a eficiência, segurança, qualidade, rastreabilidade e o bom desempenho das tecnologias aplicadas na área da saúde. Envolvendo cada parte da gestão, desde o planejamento e entrada na instituição, ao descarte de materiais, com o objetivo de proteger e garantir a segurança de colaboradores, pacientes e do meio ambiente.

Ainda com relação a logística, cabe as seguintes demandas:

- ❖ Organizar, coordenar e planejar cada atividade da instituição de saúde;
- ❖ Garantir a eficácia na organização de materiais médico-ambulatoriais, dispensação de medicamentos, atendimento ao paciente, entre outros;
- ❖ Acompanhamento e comunicação com fornecedores, fontes pagadoras, funcionários e pacientes;
- ❖ Controle de desperdícios.

O estoque correto evita que haja produtos a mais (o que faz com que grande parte deles fique inutilizada) ou a menos (o que geraria a falta de medicamentos ou qualquer tipo de material), buscando estocar somente aquilo que será usado em determinado período, evitando perdas de estoque está relacionada à validade expirada.

- ❖ Observar com periodicidade;
- ❖ Datas de validade;
- ❖ Lotes;
- ❖ Quantidade remanescente;

- ❖ Frequência de uso de todos os produtos e controle dos descartáveis e produtos com prazo de vencimento curtos.
- ❖ Controle de fluxos de movimentação dentro do ambiente da Unidade de Saúde, seja de materiais ou de funcionários e pacientes.

➤ **Gestão de Recursos Humanos**

As funções principais do gestor de Recursos Humanos estão ligadas ao planejamento, controle e direção das seguintes atividades:

- ❖ Estratégias de clima organizacional;
- ❖ Administração dos processos de recrutamento e seleção;
- ❖ Treinamento e desenvolvimento dos colaboradores;
- ❖ Implementação de programas de benefícios;
- ❖ Desenvolvimento e gestão de políticas de Recursos Humanos;
- ❖ Adoção de estratégias de clima organizacional.

O clima organizacional é a percepção dos colaboradores sobre o ambiente e relações de trabalho. Atualmente, é considerado o mecanismo mais eficiente para entender a qualidade de uma organização enquanto empregadora, porque avalia a visão dos próprios funcionários.

O papel do gestor de RH é identificar pontos em que a experiência dos profissionais não é adequada, aplicando as medidas corretivas necessárias. Exemplos são problemas com os chefes, conflitos no ambiente de trabalho, falta de perspectiva de crescimento, entre outros.

❖ **Administração dos processos de recrutamento e seleção**

Uma segunda tarefa relevante é identificar as necessidades da Instituição e promover o crescimento do capital humano. Isso pode ser feito com os processos de recrutamento e seleção de pessoas, em que a gestão de RH escolhe talentos para integrar os quadros de funcionários.

Nesse sentido, os recrutamentos consistem nas atividades voltadas para chamar a atenção dos profissionais com o perfil desejado. Já a seleção é a aplicação de técnicas para ranquear os candidatos, do menos ao mais adequado às expectativas do IESA. Ambos os processos criam as condições para a contratação.

❖ Planejamento de treinamento e desenvolvimento dos colaboradores

O conjunto de competências também pode ser trabalhado com a aplicação de programas de treinamento e desenvolvimento de pessoas. Aqui, por meio da educação, a gestão de Recursos Humanos contribui para a melhoria dos profissionais, em vez de buscar alternativas no mercado.

Nos treinamentos, a qualificação ocorre para a função do colaborador, identificando quais são os conhecimentos, habilidades e atitudes exigidos pelo cargo. Por sua vez, no desenvolvimento, existe um alvo de longo prazo — como qualificar para uma promoção de carreira—, e diversas capacitações são aplicadas de maneira coerente para perseguir esse objetivo.

❖ Implementação de programas de benefícios

O RH cuida do sistema de reforço de comportamentos da instituição. Assim, cabe aos gestores definirem consequências para quando o colaborador age de maneira adequada ou inadequada: de um lado, advertências, suspensões e demissões; de outro, incentivos, prêmios e promoções.

Uma parte essencial do trabalho é o desenho do programa de benefícios. Nesse processo, a partir do orçamento disponível, os gestores fixam as vantagens dos cargos, como vale-refeição, vale-transporte, etc.

❖ Saúde Ocupacional

Visa identificar e avaliar qualquer tipo de risco que possa afetar o local de trabalho. Analisar os fatores que dizem respeito ao ambiente de trabalho e analisar se as práticas ali realizadas podem prejudicar a saúde ou o bem-estar dos trabalhadores, dentre outras práticas, cumpre destacar:

- ❖ Aconselhar sobre saúde, segurança e higiene e ergonomia;
- ❖ Divulgar as informações necessárias e orientar os trabalhadores quanto à saúde e higiene;
- ❖ Garantir o respeito aos regulamentos relativos à qualidade e higiene do local.

➤ **Educação permanente e aperfeiçoamento profissional**

- ❖ Participar da construção do Plano Municipal de Saúde garantindo a inserção de ações de Educação Permanente;
- ❖ Coordenar estudos e propor objetivos, ações e metas para a área da educação na saúde quando da elaboração dos instrumentos de gestão;
- ❖ Coordenar o planejamento, execução, acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações de educação em saúde implementadas no município, tendo por base os objetivos e metas aprovados no Plano Municipal de Saúde;
- ❖ Identificar as prioridades educacionais por meio de discussões coletivas articulando e fomentando parcerias e cooperações técnicas;
- ❖ Apoiar a elaboração de projetos, a partir das necessidades do serviço e do planejamento participativo, visando à capacitação dos trabalhadores do SUS e que contribua para o alcance das metas institucionais;
- ❖ Apoiar e assessorar o gestor Municipal de Saúde nas discussões sobre Educação Permanente em Saúde, na proposição de intervenções, no planejamento e desenvolvimento de ações;
- ❖ Propor normas e fluxos a serem adotadas no campo da interação ensino-serviço e pesquisa;
- ❖ Fazer a gestão dos processos educacionais dentro da unidade, em cooperação com as áreas técnicas, regulando a participação dos servidores em eventos formativos;
- ❖ Cooperar com o planejamento e avaliação das atividades de aprendizagem;
- ❖ Promover a incorporação dos princípios e diretrizes da Educação Permanente nos processos de aprendizagem vivenciados no cotidiano do serviço;
- ❖ Promover espaços de discussão sobre os processos de trabalho a partir da lógica da Educação Permanente, tornando o espaço de trabalho também um espaço de aprendizagem.

➤ Gerenciamento de Tecnologia da Informação

Pretende-se com isto, propor, de forma compartilhada, as políticas e diretrizes da área de tecnologia da informação, incluindo as de investimento, de acordo com as necessidades da Unidade, bem como:

- ❖ Normatizar as metodologias de Tecnologia da Informação e Comunicação;
- ❖ Elaborar, desenvolver, implantar e fornecer serviços de Tecnologia da Informação e Comunicação de caráter sistêmico, bem como realizar a manutenção deles;
- ❖ Prover a infraestrutura de TI para os serviços de rede e sistemas de informação;
- ❖ Manter controle da política de uso de software;
- ❖ Propor e supervisionar a execução da política de informatização;
- ❖ Gerenciar os recursos de informática e zelar pela garantia da manutenção e do bom funcionamento dos equipamentos e sistemas de informática;
- ❖ Responsabilizar-se pela gestão e manutenção da política de segurança da informação no âmbito da área de TI e registrar incidentes;
- ❖ Receber e administrar as prioridades de desenvolvimento de novos sistemas;
- ❖ Desenvolver outras atividades inerentes à sua finalidade.

➤ Auditorias Internas

- ❖ Comprovar a conformidade com as leis, normas, políticas, diretrizes, contratos e todo o universo normativo;
- ❖ Avaliar as formas de controles existentes e sua adequada obediência;
- ❖ Identificar procedimentos não recomendados ou feitos em duplicidade, sugerindo sua correção;
- ❖ Identificar os setores e áreas críticas, avaliando os riscos potenciais e proporcionar as bases para sua solução;
- ❖ Melhorar o desempenho e aumentar o êxito das organizações por meio de recomendações oportunas e factíveis;

- ❖ Avaliar as medidas adotadas para a consecução dos objetivos e metas da Unidade de Saúde, bem como, a preservação do patrimônio evitando o desperdício de recursos;
- ❖ Avaliar a confiabilidade, segurança, fidedignidade e a consistência dos sistemas administrativos, gerenciais e de informações;
- ❖ Avaliar o previsto com o realizado e os efeitos causados nos objetivos e metas, identificando as causas de desvio do seu atingimento, quando houver;
- ❖ Identificar áreas que concorrem para aumento e/ou diminuição de custos e/ou receitas;
- ❖ Recomendar e acompanhar a implantação de mudanças.

2.4 O MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO GRANDE

2.4.1 A saúde do município de Ribeirão Grande - SP

O município de Ribeirão Grande, apesar de uma população de 7.679 (sete mil seiscentos e setenta e nove) habitantes (senso 2020), possui grande superfície territorial (333 km²), e grande parte de sua população vivendo nas áreas rurais. A Unidade Básica de Saúde do município, como único equipamento de saúde, atende a todos os munícipes através da demanda espontânea (em franca expansão no momento), consultas agendadas e realização de atendimentos externos/atendimento domiciliar.

Além disso, ainda que a unidade esteja constituída para a atenção básica, o município oferece atendimento de média complexidade através de atendimento médico ambulatorial, odontológico, de enfermagem, fisioterapia e reabilitação, fornecimento e dispensação de medicamentos, coleta de material para exames de análises clínicas, consultas e procedimentos de urgência e emergência, além de programas específicos envolvendo prevenção e proteção específica e educação. Concomitantemente, realiza exames diagnósticos *in locu*, como eletrocardiograma e ultrassonografia.

3. PROJETO DE GERENCIAMENTO

A seguir, de acordo com as exigências contidas no Edital de CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 004/2022 e em seus ANEXOS, serão enumeradas as características e especificidades do Projeto Técnico, sendo discorridas de forma pormenorizadas.

O Instituto de Estratégias para Saúde e Assistência, doravante denominado IESA, encontra-se preparado para a execução das atividades gerenciais e assistenciais com excelência, a fim de ofertar o melhor atendimento aos munícipes.

A instituição contará com os recursos humanos e materiais necessários para atender o que é o objeto da seleção pública ao qual atende este Projeto Técnico.

3.1 DO OBJETO

A operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde desenvolvidos na Estratégia de Saúde da Família – ESF, através da celebração de Contrato de Gestão, assegurando assistência universal e gratuita à população.

3.2 CARACTERÍSTICA DA UNIDADE A SER GERENCIADA

A Unidade Básica de Estratégia de Saúde da Família (CNES 2054833), localiza-se na Rua Joaquim da Cruz, nº130, bairro Centro, na cidade de Ribeirão Grande. Possui 03 (três) Equipes de Saúde da Família – ESF.

Atualmente o SUS preconiza, como número ideal, que cada ESF seja responsável por no máximo 4 (quatro) mil pessoas e idealmente até 3 (três) mil. Portanto, com uma população que atualmente não supera os 8 (oito) mil habitantes, o município conta com a quantidade ideal de equipes, respeitando os preceitos do Sistema Único de Saúde.

3.2.1 Sistema Único de Saúde - Atenção Primária e Saúde da Família

A criação de um sistema de saúde único e gratuito no Brasil se deu na década de 1980 num contexto de crise da previdência brasileira, que financiava, até então, o modelo de saúde centrado na medicina especializada e hospitalar, e dos movimentos sanitaristas de ampliação da

saúde coletiva e ambulatorial. A saúde no Brasil foi então definida, no artigo 198 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL,1988), como um direito de todos e dever do Estado. Destaca-se que a Lei Orgânica 90/90 estabelece a implantação do SUS alicerçado nos princípios da universalidade,

equidade, integralidade, descentralização, regionalização, hierarquização e controle social (BRASIL, 1990).

Com o objetivo de consolidar o modelo assistencial do SUS na Atenção Primária à Saúde (APS), o Ministério da Saúde cria, em 1994 o Programa Saúde da Família, que institui uma equipe mínima responsável pela assistência à saúde da população de um território específico e a adoção de um modelo de atenção centrado nos problemas dos indivíduos e suas famílias.

3.2.2 Do modelo assistencial

Tratando do modelo assistencial propriamente dito, o IESA irá atender com seus recursos humanos e técnicos os usuários do SUS – Sistema Único de Saúde, cumprindo as normas estabelecidas pelo Programa Estratégia de Saúde da Família e diretrizes ditadas pelo Departamento de Saúde de Ribeirão Grande. A equipe da Estratégia de Saúde da Família realizará no território definido ações voltadas para a assistência, prevenção e promoção na Atenção Básica de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB.

Prestar na Unidade de Saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolutividade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adstrita, intervindo nos fatores de risco aos quais a população está exposta e eleger a família como base para a abordagem no atendimento à saúde e estabelecer através de práticas humanizadas vínculo entre os profissionais e a população.

3.2.3 A estrutura geral do UBSF do Programa Estratégia Saúde da Família

Conforme descrito no Edital, a estrutura geral da Unidade de Saúde compõe-se de:

01 Unidade Básica de Estratégia Saúde da Família, com:

01 Sala para a Direção

01 Sala de Secretaria.

01 Sala para Administração da Organização da Sociedade Civil com sanitário.

01 Sala para Almoxarifado de Materiais Hospitalares.

- 01 Sala para Copa.
- 01 Sala para o Setor de Lavanderia.
- 01 sala para Reuniões e Capacitações.
- 01 Sala de Motoristas.
- 01 Sala de Estabilização.
- 01 Sala para Leito de Pacientes, com sanitário.
- 01 Sala para Realização de Procedimentos, com Leito e sala de Inalação.
- 01 Sala de Esterilização de Material.
- 01 Sala de Vacina.
- 01 Sala de Saúde Coletiva com Sanitário.
- 01 Sala de Coleta de Material para Laboratório.
- 01 Sala de Recepção com 02 Salas de Arquivo de Prontuários de Usuários de Saúde.
- 01 Sala de Pré Consulta de Enfermagem para as Equipes da ESF.
- 01 Sala de Espera.
- 02 Sanitários (masculino e feminino) para os Usuários de Saúde;
- 02 Sanitários (masculino e feminino) para funcionários.
- 01 Sala de Ginecologia e Ultrassonografia
- 03 Salas para Atendimento Médico ESF.
- 03 Salas para Atendimento de Enfermagem ESF.
- 02 Salas de Odontologia.
- 01 Sala de Psicologia.
- 01 Sala de Triagem Covid19 e Dengue.
- 01 Sala de Fisioterapia e Fonoaudiologia.
- 01 Sala de Central de Vagas.
- 01 Sala de Assistência Social.
- 01 Sala de Agentes Comunitários de Saúde.
- 01 Farmácia Municipal com Estoque, Dispensário, Administrativo e Espera e com banheiro para funcionários.
- 01 Sala de Transportes de Pacientes.
- 01 Sala de Materiais Contaminados.
- 01 Espaço Físico com cobertura para Sistema de Compressores.
- 01 Garagem para Veículos da Saúde.

3.3 ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES

3.3.1 Do acesso universal ao Sistema Único de Saúde – SUS

Um dos grandes desafios do SUS, desde sua criação, tem sido a garantia do princípio da universalidade. No início da década de 1990, a não universalização do acesso aos serviços de saúde estava relacionada, principalmente, à forma como estes se organizavam. As principais barreiras de acesso existentes nesses serviços eram: longas filas de espera; cartazes nas portas das unidades de saúde informando número de vagas para atendimento médico, restringindo o acesso de grande parte dos usuários; distribuição de senhas que garantiam atendimento por ordem de chegada; agendas médicas restritivas e administradas de maneira privada, entre outros. Essas características dos serviços de saúde demonstravam uma não responsabilização desses pelas necessidades dos usuários e um modelo de atenção médico-centrado, com subestimação do trabalho dos outros profissionais.

O acolhimento proposto é inverter a lógica de organização e funcionamento dos serviços de saúde, fundamentado nos princípios de garantia do acesso universal, atuação da equipe multiprofissional e relação humanitária entre profissional e usuário.

Neste sentido, se propõe que todo e qualquer paciente que procure a Unidade de Saúde, seja minimamente triado e avaliado os sinais vitais, a fim de se verificar qual a gravidade do atendimento inicial e se é possível que o usuário aguarde ou não pelo atendimento. Desta forma, todo e qualquer munícipe terá minimamente seu direito resguardado.

3.3.1.2 Acolhimento e humanização da atenção à saúde

O acolhimento à demanda dos usuários de uma unidade de saúde apresenta três dimensões constitutivas, sendo elas: o acolhimento como mecanismo de amplificação e facilitação do acesso; o acolhimento como postura, atitude e tecnologia de cuidado e o

acolhimento como dispositivo de re(organização) do processo de trabalho em equipe (BRASIL, 2011).

Na dimensão de amplificação e facilitação do acesso, o acolhimento proporciona a inclusão e atendimento dos usuários que procuram o serviço de saúde, independente do grupo populacional ao qual pertençam. Todos os usuários, mesmo os que não se enquadrem em grupos de programas instituídos (pré-natal, puericultura, hipertensão arterial), são acolhidos pela equipe em suas necessidades de saúde e sofrem intervenções de saúde. A amplificação do acesso se dá, também, pela contemplação de atendimentos de demanda espontânea com de demanda programada, garantidas nas agendas dos profissionais (BRASIL, 2011).

O acolhimento pode ser entendido como uma postura humanizadora, sendo o momento em que o trabalhador da saúde se utiliza dos seus saberes para a construção de respostas às necessidades do usuário. Nesse encontro entre trabalhador de saúde e usuário deve ocorrer a produção de relações de escuta e responsabilização, que se articulam para a criação de vínculos e de condutas adequadas de intervenção (FRANCO, BUENO E MERHY, 1999). Além disso, o acolhimento propicia a reabordagem e redefinição de projetos terapêuticos dos usuários, quando esses procuram atendimento em momentos distintos aos das consultas agendadas (BRASIL, 2011).

O indivíduo deve ser avaliado como um todo, visto que a doença é compreendida como um desequilíbrio físico, mental e espiritual. Desta forma, o acolhimento deve garantir acesso à saúde humanizada e promover resolutividade efetiva (AZEVEDO; BARBOSA, 2007).

Da mesma forma, planejar e descentralizar o atendimento do usuário no Sistema Único de Saúde é uma maneira de promover acessibilidade, equidade e qualidade no atendimento (CORREIA; SIMAN; LEMOS, 2014)

A relevância da presente intervenção vai no sentido de melhorar a dinâmica do acesso da população na Unidade de Saúde, disponibilizando uma assistência ágil quando necessária, promovendo um atendimento integral ao usuário para que o mesmo saia com uma solução às suas queixas no momento que procura o serviço de saúde, estando assim preservado seu direito constitucional.

Entende-se que organizar a oferta de atendimentos e conscientizar a comunidade a respeito de como o serviço pode atuar em seu benefício, deixando todos os usuários com uma previsão de consulta imediata ou não, é de extrema importância para tranquilizar a população e obter um melhor andamento da UBS.

A implantação do acolhimento modifica expressivamente o processo de trabalho da equipe de saúde, no que se diz respeito à organização, às relações de trabalho e ao modo de

cuidar. Para acolher os usuários com equidade e qualidade não é permissível restringir o acesso ao serviço e nem mesmo adotar um fluxo unidirecional ao atendimento médico. É necessária, entretanto, a reorganização do processo de trabalho com o envolvimento de uma equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e demais profissionais que prestam serviços na unidade básica de saúde), que defina suas funções no processo, o cardápio de oferta de serviços e os fluxos de atendimento para promover o acesso universal (BRASIL, 2011).

3.3.1.3 Proposta para implantação do Acolhimento com Avaliação de Risco (Protocolo de Manchester)

O acolhimento humanizado requer uma recepção técnica com escuta qualificada por enfermeiro especialista, para atender a demanda espontânea e programada que chega à unidade, com o objetivo de identificar as necessidades de saúde do usuário/família e, dessa forma, orientar, priorizar e decidir sobre os encaminhamentos necessários para a resolução dos problemas detectados. Dessa maneira, após o conhecimento das necessidades dos usuários, alguns serão direcionados aos serviços especializados.

Todos os profissionais envolvidos neste processo deverão ser capacitados para realizar o acolhimento, responsabilizando-se pelo usuário mesmo quando encaminhado para outros serviços de saúde. A capacitação dos profissionais deverá ser contínua para acompanhar as possíveis mudanças no protocolo, visto que ele é um instrumento dinâmico podendo ser alterado caso haja necessidade.

3.3 Do atendimento

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo assistencial da Atenção Básica, que se fundamenta no trabalho de equipes multiprofissionais em um território adstrito e desenvolve ações de saúde a partir do conhecimento da realidade local e das necessidades de sua população. O modelo da ESF busca favorecer a aproximação da unidade de saúde das famílias; promover o acesso aos serviços, possibilitar o estabelecimento de vínculos entre a equipe e os usuários, a continuidade do cuidado e aumentar, por meio da corresponsabilização da atenção, a capacidade de resolutividade dos problemas de saúde mais comuns, produzindo maior impacto na situação de saúde local.

Tem como diretrizes a integralidade e a equidade da atenção, a coordenação e longitudinalidade do cuidado das famílias e das pessoas sob sua responsabilidade.

A organização do trabalho das equipes deve estar centrada nas necessidades dos usuários e na busca contínua de melhoria da qualidade dos serviços ofertados à população.

Cada equipe de ESF é composta por 1 (um) médico, 1 (um) enfermeiro, 2 (dois) auxiliares de enfermagem e 5 (cinco) a 6 (seis) agentes comunitários de saúde (ACS). Nesta composição, também estão previstas equipes de saúde bucal com cirurgião dentista, auxiliar e técnico de saúde bucal.

A ESF tem na figura do Agente Comunitário de Saúde um agente catalisador e de capilarização das ações da unidade no território, principalmente na promoção e prevenção, com um papel importante na educação em saúde.

O trabalho das equipes ESF tem base territorial. Assim, para conhecimento da área de abrangência onde atuam, devem realizar o mapeamento dos recursos existentes e a avaliação de dados demográficos e epidemiológicos locais. Este conhecimento subsidia a construção de um diagnóstico local e um plano de intervenção que prevê prioridades, responsabilidades e prazos, capaz de detectar e atuar sobre fatores determinantes dos agravos à saúde mais prevalentes. Dentro das propostas de trabalho no território, destacam-se as ações Inter setoriais que potencializam as iniciativas da equipe.

Entretanto, o desafio em fortalecer a ESF, na cidade, data do início da sua implantação e exige esforços conjuntos dos Gestores, dos Parceiros, das Instituições Acadêmicas e da Sociedade Civil.

Estas equipes, ao estabelecer vínculos e relações de co-responsabilidade com a população assistida, buscam alcançar uma atenção efetiva e de alta qualidade, capaz de prevenir os agravos à saúde mais prevalentes na região e aproximando a assistência da real condição de vida dos usuários.

3.3.1.5 Fluxos para registros e documentos

Neste sentido, inicialmente será avaliado se a tecnologia hoje existente na instituição é compatível com o que o IESA preconiza, a fim de otimizar os processos, sendo que, todos os procedimentos e atendimentos, deverão ser devidamente registrados em sistema informatizado, de fácil acesso e intuitivo manuseio, bem como o armazenamento de prontuário físico em local adequado, respeitando o que preconiza a Lei Geral de Proteção de Dados - LGPD.

3.4 A GESTÃO

O IESA atua de forma a implantar todo novo serviço de forma integral em todas as áreas de forma unificada. A equipe de implantação corporativa estará disponível em tempo integral para que a transição seja feita da forma menos impactante ao serviço de saúde e principalmente ao usuário final. A estratégia de implantação da gestão é de cumprimento de metas em tempo integral, de forma humanizada, e sempre alinhada à municipalidade para a melhoria constante dos serviços prestados à população.

3.4.1 Acesso a ações e serviços

A Atenção Primária à Saúde (APS) é parte da estrutura de organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem na Estratégia Saúde da Família (ESF) sua principal forma de implementação, devendo ser a principal porta de entrada, primeiro contato do usuário para o cuidado integral e longitudinal, centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e coordenadora do cuidado. Entre as responsabilidades das equipes de saúde da família e de APS estão a realização de ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde.

A Rede de Atenção à Saúde, tendo a Atenção Primária como centro, se organiza da seguinte forma:

- ❖ Atenção Básica de Saúde (ABS): compreende um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, que engloba a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação, constituindo o primeiro nível da atenção do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006).
- ❖ Atenção Média Complexidade: é prestada por meio de uma rede de unidades especializadas de média complexidade, garantindo o acesso à população sob sua gestão.
- ❖ Atenção Alta Complexidade: é a atenção à saúde de terceiro nível, integrada pelos serviços ambulatoriais e hospitalares especializados de alta complexidade. É organizada por meio do sistema de referência.

A Atenção Básica à Saúde deve ser orientada pelos seguintes princípios:

Princípios da Atenção Primária à Saúde nas Redes de Atenção à Saúde	
Primeiro contato	Porta de entrada, de fácil acesso (organizacional e geográfico) ao cidadão.
Integralidade	Reconhecer e atender às necessidades de saúde da população e, quando necessário, referenciar para outros pontos de assistência da rede.
Orientação familiar	Conhecimento, pela equipe da APS, dos membros da família e dos seus problemas de saúde.
Longitudinalidade	Relação pessoal de longa duração entre profissionais de saúde e cidadãos.
Coordenação	Compartilhamento de informações clínicas, nos diversos pontos da rede, possibilitando ao profissional da ABS acompanhar o cidadão.
Orientação comunitária	Controle social.

No tocante à dinâmica do gerenciamento, a intenção é contribuir no sentido de acoplar as bases do gerenciamento aos mais importantes princípios do Sistema Único de Saúde, além de alguns pressupostos pilares da ESF. Esse desenho gerencial conduz as ações voltadas à promoção da saúde e ao desenvolvimento das pessoas na visão da longitudinalidade da ABS.

A Unidade Básica de Saúde será a sede do desenvolvimento dos programas de saúde voltados à criança, à mãe e ao idoso na Estratégia Saúde da Família, que terá como foco principal a família, a comunidade, o ambiente, o estilo de vida e a promoção da saúde.

O modelo assistencial de Saúde da Família, portanto, exige um tipo de gerenciamento diferente, humanizado, sensível e dinâmico, embora devamos levar em conta os mesmos itens de uma organização com objetivos a serem atingidos.

3.4.1.1 Do Processo de Trabalho

O processo de trabalho se caracterizará pela horizontalidade gerencial, em que serão desenvolvidas atividades assistenciais, educativas, burocráticas, gerência de equipe e demais serviços de natureza administrativa. A horizontalidade gerencial se faz presente pela ausência de níveis hierárquicos, havendo uma preponderância do saber técnico sobre o hierárquico, o que pressupõe chefias e verticalidade. Importante comentar que nesse processo de trabalho se define a macrogestão e a microgestão das equipes. Essa definição de procedimentos, princípios e ações gerenciais, atendimentos assistenciais e treinamentos de profissionais será acoplada aos princípios do SUS que produzirão, por sua vez, situações ligadas aos pressupostos do gerenciamento, ou seja:



3.4.1.2 Assistência: atendimento agendado, atenção à demanda espontânea e grupos específicos

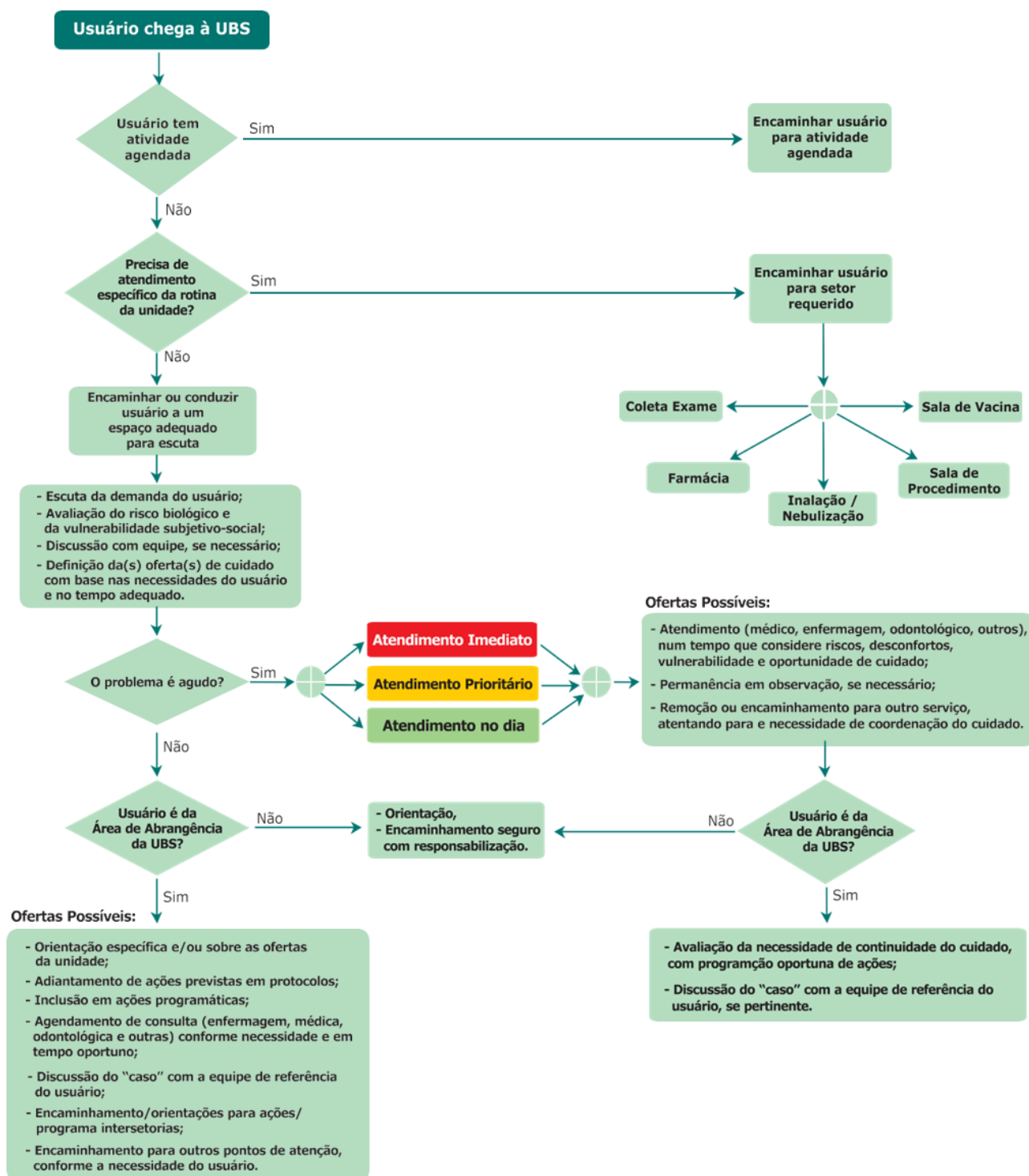
A assistência prestada pelo IESA se dará com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do SUS — Sistema Único de Saúde, cumprindo as normas estabelecidas pelo Programa Estratégia de Saúde da Família e diretrizes ditadas pelo Departamento de Saúde de Ribeirão

Grande. A equipe do ESF realizará no território definido ações voltadas para a assistência, prevenção e promoção na Atenção Básica de acordo com a PNAB.

Deverá prestar na unidade de saúde e no domicílio dos usuários assistência integral, contínua, com resolutividade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adstrita. Intervir nos fatores de risco aos quais a população está exposta e eleger a família como base para

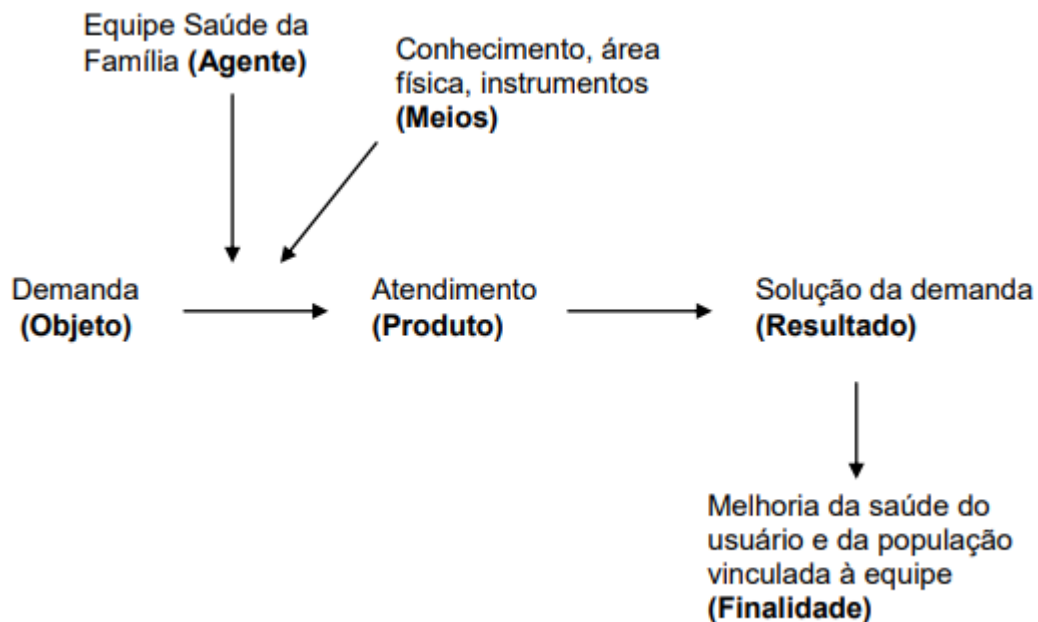
a abordagem no atendimento à saúde. Estabelecer através de práticas humanizadas vínculo entre os profissionais e a população.

Os Fluxogramas a seguir mostram, de forma sucinta, como será realizado o trabalho inicial de acolhimento, direcionamento e resolução de demandas dos usuários. Os fluxogramas buscam representar um padrão de fluxo dos usuários, partindo do pressuposto de que a recepção é o primeiro contato para a maioria dos usuários e que deve haver um espaço adequado para escuta, análise, definição de oferta de cuidado com base na necessidade de saúde e, em alguns casos, intervenções imediatas.



Com relação ao atendimento da demanda espontânea, considera-se como objeto a própria demanda espontânea. Essa sofrerá ação da equipe de saúde através dos meios necessários para a ocorrência da transformação, tais como espaço físico, instrumentos e

conhecimento profissional. O produto do trabalho será o atendimento da demanda gerada e a satisfação do usuário.



Conforme demonstrado acima, se propõe uma ferramenta de gerenciamento e organização da demanda espontânea: a Matriz de Gerenciamento. Essa matriz descreve os agentes, os meios e os resultados esperados envolvidos no processo de trabalho no atendimento à demanda espontânea.

Neste sentido, além do atendimento via “porta de entrada”, se procederá também com:

- ❖ Atualização do Cadastramento das Famílias;
- ❖ Acompanhamento de Pré-natal e Ginecologia;
- ❖ Acompanhamento dos Hipertensos e Diabéticos;
- ❖ Acompanhamento dos Portadores de Tuberculose e Hanseníase;
- ❖ Acompanhamento de Saúde Mental e Dependentes Químicos;
- ❖ Acompanhamento das Crianças e Adolescentes;
- ❖ Acompanhamento dos Adultos e Idosos;
- ❖ Acompanhamento da Saúde da Mulher e do Homem;

- ❖ Outros acompanhamentos definidos em conjunto com o Departamento Municipal de Saúde, como exemplo: Obesidade, Covid19 e Dengue;
- ❖ Registro das atividades, procedimentos e notificações;
- ❖ Notificação e investigação das Doenças de Notificação Compulsória;
- ❖ Plano de Metas definido no Plano Municipal de Saúde e Programação Anual de Saúde.

O acesso de exames de apoio diagnóstico e terapêutico realizar-se-á de acordo com o fluxo estabelecido pelo Departamento Municipal de Saúde, bem como os deslocamentos para tratamento fora do domicílio.

A sistematização dos atendimentos aos usuários, além de definir o ordenamento e local de execução, também pressupõe:

1) Que usuários com atividades agendadas (consultas, por exemplo) ou da rotina da unidade (vacina, por exemplo) devem ser recebidos e devidamente direcionados, evitando esperas desnecessárias;

2) Situações imprevistas podem ocorrer e, nesse caso, requerem habilidade e organização da unidade no processo de trabalho da equipe, tanto para compreendê-las quanto para intervir sobre elas;

3) Que os trabalhadores encarregados de escutar demandas que surgem espontaneamente (sem agendamento prévio) devem ter: capacidade de analisá-las (identificando riscos e analisando vulnerabilidade), clareza das ofertas de cuidado existentes na UBS, possibilidade de diálogo com outros colegas, certo grau de resolutividade e respaldo para acionar as ofertas de cuidado em tempos e modos que considerem a necessidade dos usuários.

Neste sentido, verifica-se que é de responsabilidade da Unidade de Saúde e consequentemente da contratada, as ações e serviços da Atenção Primária que incluem:

- ❖ Promoção à saúde;
- ❖ Prevenção de agravos;
- ❖ Vigilância à saúde;

- ❖ Tratamento, acompanhamento, redução de danos e reabilitação, com ênfase nas necessidades e problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território/contexto, observando critérios de riscos e vulnerabilidades;
- ❖ Acolhimento e atenção à demanda espontânea incluindo as urgências e emergências nas unidades básicas de saúde: atenção e cuidado continuado/programado tanto nas unidades de saúde como em domicílio (quando for necessário);
- ❖ Indicação, prescrição e realização de procedimentos terapêuticos e diagnósticos no âmbito da Atenção Primária; atividades de atenção individual e coletivas (ex.: Familiar, Comunitária); atividades de vigilância em saúde;
- ❖ Atenção a todos os cidadãos sob sua responsabilidade, independente dos ciclos de vida, gênero ou problema de saúde apresentados; ações de Atenção Domiciliar;
- ❖ Atenção à Saúde Bucal;
- ❖ Atenção através de ações e serviços pertinentes às Práticas Integrativas e Complementares;
- ❖ Vigilância Nutricional e Alimentar e Atenção Nutricional;
- ❖ Coordenação do cuidado, incluindo o acesso a ações e serviços fora do âmbito da Atenção Primária.

Propõe-se então a execução das demandas conforme abaixo descritas, a fim de proporcionar o adequado tratamento ao munícipe:

- ❖ Atendimentos individuais realizados por profissionais capacitados com o objetivo de garantir a atenção integral, conforme a necessidade de saúde do indivíduo;
- ❖ Consultas agendadas ou de demanda espontânea (imediata), para condições agudas ou crônicas agudizadas contemplando anamnese, exame clínico, avaliação antropométrica, avaliação da capacidade funcional, avaliação da acuidade visual, otoscopia, laringoscopia indireta, dentre outros;
- ❖ Consultas de urgência e emergência (com ou sem observação);
- ❖ Primeira consulta odontológica programática;

- ❖ Solicitação de exames de análises clínicas, imagem e outros, e de rastreamento conforme protocolo vigentes;
- ❖ Prescrição, administração e dispensação de medicamentos incluindo parenterais;
- ❖ Terapia de reidratação oral e parenteral;
- ❖ Nebulização;
- ❖ Aferição da pressão arterial;
- ❖ Eletrocardiograma (ECG);
- ❖ Abordagem sindrômica das doenças sexualmente transmissíveis.

3.4.1.2.1 Das equipes e serviços ofertados

Para o cumprimento das obrigações propostas no Edital de Chamamento Público, serão disponibilizados os seguintes profissionais:

Equipe I			
Quant.	Profissional	Especialidade	CH/S
01	Médico	Generalista	40 horas
01	Enfermeiro	-	40 horas
01	Dentista	-	40 horas
03	Aux. Enfermagem	-	40 horas
01	Aux. Cons. Dentário	-	40 horas
Equipe II			
Quant.	Profissional	Especialidade	CH/S
01	Médico	Generalista	40 horas
01	Enfermeiro	-	40 horas
03	Aux. Enfermagem	-	40 horas

Equipe III			
Quant.	Profissional	Especialidade	CH/S
01	Médico	Generalista	40 horas
01	Enfermeiro	-	40 horas
03	Aux. Enfermagem	-	40 horas

Pessoal de Apoio Administrativo e Ambulatorial			
Quant.	Profissional	Especialidade	CH/S
01	Médico	Generalista	40 horas
01	Enfermeiro Coordenador	-	40 horas
03	Aux. Enfermagem	-	40 horas

03	Recepcionistas	-	40 horas
01	Técnico Enfermagem	-	40 horas
01	Auxiliar Administrativo	-	40 horas
01	Apoio/Assessoria Jurídico	-	40 horas
01	Apoio Contábil	-	40 horas
01	Gerência Administrativa	-	-

A fim de cumprir com as consultas e exames já realizados atualmente, conforme dados extraídos do edital, conforme demonstrado abaixo.

Discriminação	Anual	Média/Mensal
U.S Abdômen total	180	15
U.S Transvaginal	156	13
U.S Obstétrica	120	10
U.S da Tireoide	84	07
U.S partes moles	84	07
U.S região inguinal	84	07
U.S das articulações	84	07
U.S ap. urinários	120	10
Mamografias (rastr)	180	15
Mamografias (Diag)	120	10
U.S de mamas	120	10
Ecocardiograma	120	10
ECG com laudo	240	20
Eletroencefalograma	84	07
Endoscopia	84	07
Tomografias	84	07

CONSULTAS ESPECIALIZADAS

Discriminação	Anual	Média Mensal	Plantão 1 dia/mês
Pediatria	288	24	12 pacientes
Gastro	120	10	10 pacientes
Ginecologista	288	24	12 pacientes
Urologista	120	10	10 pacientes
Cardiologia	120	10	10 pacientes
Ortopedia	120	10	10 pacientes
Geriatria	120	10	10 pacientes
Psiquiatria	288	24	12 pacientes

3.4.1.3 Gestão de processos de trabalho em enfermagem

A formação profissional do enfermeiro é voltada principalmente para a área assistencial, entretanto o enfermeiro tem a responsabilidade para uma atuação maior na área gerencial exigida pelas organizações de saúde (ROTHBARTH; WOLFF; PE- RES, 2009).

Para além das atividades assistenciais, cabe ao enfermeiro a execução de tarefas administrativas e gerenciais, tais como: liderança da equipe de enfermagem e o gerenciamento dos recursos físicos, materiais, humanos, financeiros, políticos e de informação para a prestação da assistência de enfermagem.

Na UBS de Ribeirão Grande, devido às dimensões do município, esse papel do profissional enfermeiro é ainda mais essencial, visto que, além das atividades assistenciais, as rotinas de enfermagem e atividades administrativas não são compartilhadas com outras equipes.

Haverá implantação de Procedimento Operacional Padrão - POP de enfermagem e protocolos assistenciais, conforme descrição constante neste projeto.

3.4.1.4 Gestão de processos de trabalho em odontologia

A organização das atividades da ESF deverá ser orientada de forma a garantir que 75% a 85% das ações sejam voltadas ao atendimento clínico individual em consultório odontológico, enquanto 15% a 25% devem ser direcionadas a atividades coletivas (BRASIL, 2004).

3.4.1.5 Gestão do cuidado farmacêutico

As atividades desempenhadas pelos farmacêuticos não se limitam às questões logísticas, sendo necessária a compreensão da importância do cuidado farmacêutico, que envolve a soma das atividades clínico-assistenciais e técnico-pedagógicas, para a ampliação do cuidado em saúde.

Nesse sentido é importante ressaltar as ações ligadas ao cuidado farmacêutico na APS, que deverão ocorrer por meio da participação do farmacêutico na Unidade; na atenção domiciliar; nas reuniões com a Equipe Saúde da Família (ESF); na consulta farmacêutica, nas consultas compartilhadas e reunião de grupo; nas atividades educativas relacionadas à educação permanente, educação continuada; reuniões e comissões.

Desta forma, a carga horária dedicada a cada uma das atividades técnico-gerenciais, técnico-pedagógicas e atividades clínico-assistenciais deverá ser objeto de pactuação entre o farmacêutico, equipe ESF e o IESA.

3.4.1.6 Atenção domiciliar

É um espaço para a construção do processo de saúde/cuidado, já que, com essa prática, o profissional passa a conhecer os problemas de saúde dos sujeitos no contexto concreto no qual estes estão inseridos. Nesse sentido, essa aproximação por parte dos profissionais da saúde pode gerar uma compreensão mais ampla sobre o processo de saúde/doença/cuidado da população.

O atendimento domiciliar poderá ocorrer por uma demanda individual ou familiar, identificada pelo Agente Comunitário de Saúde – ACS, por outro membro da equipe ou mesmo por um membro da comunidade ou familiar. Os profissionais devem dispor de um turno semanal nas agendas para a realização de atendimento no domicílio e visita domiciliar. A programação de famílias a serem visitadas deve ser discutida em reunião de equipe e seguir critérios de priorização epidemiológica e de necessidades de saúde.

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) caracteriza-se pela prestação de assistência em domicílio de pacientes com dificuldade ou impossibilidade de deslocamento até o serviço de saúde. Para ser elegível a esta modalidade de cuidado, é necessário: ter diagnóstico clínico definido, estabilidade clínica, ter um cuidador disponível, telefone para contato.

A programação de famílias a serem visitadas deve ser discutida em reunião de equipe e seguir critérios de priorização epidemiológica e de necessidades de saúde.

3.4.1.7 Teleconsulta

A teleconsulta na APS, para além das evidências de benefícios, vem em recomendação do Ministério da Saúde com o objetivo de diminuir a propagação do novo Coronavírus. Dessa forma, a saúde e a integridade dos usuários e dos profissionais de saúde são assegurados, e o usuário consegue ser atendido e monitorado em sua própria residência.

O lançamento dos dados da teleconsulta nos sistemas e-SUS APS com Coleta de Dados Simplificada (CDS) deve ser realizado seguindo a recomendação do registro dos dados das fichas de atendimento individual presentes no manual do sistema.

A proposta de inserção desta atividade e sua disponibilidade integral aos usuários é uma proposta do IESA como parte de seu escopo de trabalho e depende de aprovação das autoridades municipais e estudo de viabilidade econômica.

3.4.1.8 Reuniões de equipe da ESF

As reuniões de equipe contribuem para a fluidez da comunicação entre os trabalhadores, possibilitando a diminuição de ruídos e, conseqüentemente, a resolução saudável de conflitos. Além de proporcionar um espaço de participação ativa dos membros da equipe para a construção de estratégias cooperativas visando a solução dos problemas do cotidiano de trabalho, alinhadas aos princípios da gestão estratégica e participativa.

Priorizar a agenda para participar das reuniões das equipes e estar envolvido no funcionamento delas é uma forma de facilitar a organização dos processos de trabalho das equipes. Conhecer profundamente as formas de agendamento e acesso dos usuários, o diagnóstico situacional e epidemiológico, entre outros assuntos, favorece e auxilia a gestão da UBS.

As reuniões devem ocorrer semanalmente e contar com a participação obrigatória de todos os membros da equipe, a fim de discutirem em conjunto o planejamento e a avaliação das ações e do processo de trabalho, casos clínicos e questões administrativas. É desejável que sempre que possível possa contar com a participação de gestores, ou até membros da comunidade em situações específicas em que seja necessário para planejar alguma ação de saúde no território, por exemplo.

Trabalhar questões relacionadas ao funcionamento da UBS exige uma integração e reuniões sistemáticas entre os membros da equipe para avaliação permanente do processo de trabalho e reajustes.

As reuniões devem ter data, hora e pauta definida(s), registradas juntamente com os nomes dos presentes, ausentes (com o motivo da ausência), principais pontos discutidos e encaminhamentos.

3.4.1.9 Ouvidoria

A ouvidoria é uma ferramenta de interlocução entre os usuários e a administração pública. É uma forma de exercício da democracia, a partir da participação social, e é o canal acessível ao usuário para registro de elogios, reclamações, sugestões, solicitação de providência e denúncias.

Tem por objetivos ampliar e facilitar o acesso dos usuários ao processo de avaliação das ações e serviços públicos de saúde, contribuindo com o controle social (MENEZES; CARDOSO, 2016).

Para o IESA a ouvidoria é um dos instrumentos no qual se pode ter uma percepção acerca da avaliação dos usuários sobre os serviços prestados pela UBS e integrar o monitoramento e a avaliação do serviço. As críticas e sugestões recebidas pela ouvidoria são importantes para ajustes internos de fluxos, processos de trabalho e temas para capacitação em serviço. Quanto aos elogios, estes podem servir para dar publicidade ao trabalho da equipe e motivar os servidores.

O usuário pode manifestar-se por meio da ouvidoria: pessoalmente nos postos de atendimento, ou pela internet em canal a ser publicado em momento oportuno pelos representantes do IESA.

3.4.1.10 Segurança do paciente

Entende-se por segurança do paciente o conjunto de medidas tomadas pelas instituições de saúde para reduzir ao mínimo o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde ou mesmo eliminá-los. O que chamamos de segurança do paciente nada mais é do que a mais importante dimensão de qualidade na assistência à saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que todos os anos dezenas de milhares de pessoas sofrem danos causados por serviços de saúde inseguros (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). As consequências acarretam prejuízos nos resultados clínicos e funcionais dos pacientes, insatisfação da população usuária e custos desnecessários para os sistemas e serviços de saúde.

A seguir detalhamos conceitos chave:

Segurança do paciente	Reduzir a um mínimo aceitável o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.
Dano	Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.
Risco	Probabilidade de um incidente ocorrer.
Incidente	Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.
Circunstância notificável	Incidente com potencial dano ou lesão.
<i>Near miss</i>	Incidente que não atingiu o paciente.
Incidente sem lesão	Incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano.
Evento adverso	Incidente que resulta em dano ao paciente.

É importante destacar a relevância e a natureza dos danos aos pacientes na APS, tendo em vista que a maior parte das interações profissional de saúde-paciente ocorre nesses ambientes, pois são a porta de entrada do sistema de saúde.

3.4.1.11 PRÁTICAS INTEGRATIVAS EM SAÚDE (PIS)

As práticas integrativas são entendidas como tecnologias em saúde que abordam o ser humano como um todo e na sua multidimensionalidade – física, emocional, mental, social, ambiental e espiritual. Tendo como foco a saúde, as PIS estimulam os recursos naturais de cura do indivíduo, da comunidade e da natureza, sempre com o objetivo de promover, manter e recuperar a saúde. As práticas integrativas são importantes recursos de cuidado à saúde, com caráter transversal, transdisciplinar e intersetorial. Os serviços de PIS estão nos três níveis de atenção à saúde e são conduzidos por servidores efetivos ou profissionais voluntários

devidamente habilitados e cadastrados. São importantes recursos de cuidado integral à saúde, com caráter transversal, transdisciplinar e intersetorial, compondo assim o conjunto de serviços de saúde disponíveis para os cidadãos.

Quanto à gestão e implantação local dos serviços de PIS, é necessário envolver a equipe de saúde e a comunidade, desenvolvendo um plano claro que atenda às prioridades locais. São exemplos de práticas integrativas: acupuntura; arteterapia; automassagem; ayurveda; fitoterapia; yoga; homeopatia, dentre outras

3.4.1.12 Atenção à saúde da população em situação vulnerável

Salientamos a importância de que o planejamento e a organização das ações desenvolvidas levem em consideração a realidade e o contexto de vida em que se inserem os usuários, para que a abordagem esteja alinhada com a garantia do princípio da equidade. Fatores relacionados a vulnerabilidades diversas, que se relacionam e compõem parte dos determinantes sociais de saúde, precisam ser considerados

Diante disso, no âmbito da política de saúde, deve-se considerar uma população ou um indivíduo em situação de vulnerabilidade que apresenta uma situação socioeconômica precária, fragilidades no tocante à moradia, ao trabalho, à saúde e à educação, além de poucas oportunidades para o seu desenvolvimento como cidadão e cidadã (CZERESNIA; FREITAS, 2009). Além disso, as pessoas e populações podem se encontrar em vulnerabilidade devido a aspectos étnicos, raciais, de gênero, orientação sexual, por apresentarem alguma doença crônica ou deficiência, socioeconômicas, culturais, privação de liberdade, entre outras, sendo pessoas vulnerabilizadas, entre outras: pessoa em situação de rua, privada de liberdade, indígena, quilombola, cigana, comunidade de terreiros, população rural ou do campo, pessoas permanentes ou transitórias em unidades de acolhimento ou outras instituições, pessoas com deficiência, pessoas LGBTQIA+, pessoas refugiadas ou migrantes ou com outros fatores que dificultem o autocuidado e/ou o acesso às políticas públicas. É importante que cada eSF verifique em seu território quais populações existem, suas necessidades, e que realize um diagnóstico situacional sobre as vulnerabilidades que estão presentes, para a realização de um planejamento que contribua para a viabilização do acesso à saúde, especialmente considerando as barreiras de acesso que interferem na forma como esses grupos acessam as políticas e os direitos sociais.

3.4.1.13 Território e territorialização

Conhecer profundamente o território é essencial para se estabelecer o vínculo com a população e proporcionar um cuidado mais resolutivo aos usuários dos serviços. Nesse sentido, a territorialização é uma ação estruturante para se realizar o cadastro das famílias e o diagnóstico da situação de saúde da população, identificando as fragilidades e potencialidades locais, para o planejamento condizente com as necessidades da população.

A territorialização é um processo por meio do qual é definida a abrangência de atuação dos serviços para melhor adequar o modelo assistencial ao perfil populacional. Tem como base o reconhecimento territorial e deve ser realizada por todos os profissionais das equipes de Estratégia de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde. O cadastramento da população é parte importante do reconhecimento do território, é uma das formas de conhecer a dinâmica da comunidade e sua realidade, momento de formação de vínculo e identificação de riscos à saúde no território. Considerando que o território da UBS é dinâmico e, portanto, passa por mudanças continuamente, o cadastro deverá ser atualizado periodicamente, ou sempre que necessário. Após a coleta dos dados, preenchimento das fichas cadastrais e digitação no sistema de informação vigente e consolidação dos dados, a equipe de saúde avança no processo de diagnóstico de área e subsidia o planejamento das ações e oferta de serviços. Com a consolidação dos dados e análise geral do território da UBS, são elaborados mapas para auxiliar a atuação da equipe e planejamento de atividades setoriais e intersetoriais.

3.4.1.14 Intersetorialidade na APS

Para abordar a importância da intersetorialidade, é necessário, anteriormente, situar a saúde como um dos pilares que compõe o tripé da seguridade social, estabelecida pela Constituição Federal de 1988

Artigo 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Além disso, é importante resgatar o conceito ampliado de saúde, considerado um dos grandes avanços da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) de 1986, que permeia a estruturação da política de saúde, considerando-a em uma perspectiva de totalidade. Assim, em conformação com o conceito ampliado de saúde e com a compreensão dessa política como parte desse conjunto de ações destinadas à proteção social, a citada Lei nº 8.080 estabelece:

Art. 3º. Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Dessa forma, os níveis de saúde são influenciados por diversos e complexos fatores que estão relacionados aos aspectos sociais e econômicos mais amplos. Diante disso, a intersetorialidade se constitui como uma possibilidade de integração das políticas públicas, para que sejam formuladas respostas efetivas para os problemas e as vulnerabilidades que se apresentam no território, em consonância com os princípios do SUS, visando à qualificação das ações.

De acordo com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), a intersetorialidade se refere:

“[...] ao processo de articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns;”.

Assim, a APS, por suas características, possui um papel de destaque na articulação com a rede intersetorial, especialmente com os serviços presentes no território, como, por exemplo: Conselho Tutelar, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Administração Regional, Escolas, Ministério Público, associações comunitárias, enfim, são diversas as possibilidades de articulação. E os primeiros passos para a articulação e a integração com esses atores são: identificação no território, conhecimento sobre os serviços disponibilizados e aproximação e fortalecimento dos diálogos e das ações conjuntas.

3.4.3 Gestão de suprimentos

Planejar, implementar e controlar a aquisição, a estocagem e a movimentação dos materiais e as informações relativas a estas atividades, desde os suprimentos das necessidades, até o atendimento das mesmas e o descarte após utilização destes materiais.

Em um ambiente de serviço de saúde, o processo de gestão de suprimentos trata da relação com toda a cadeia de suprimentos externa. Esta cadeia é composta por representantes, fornecedores e fabricantes de insumos para a saúde, tais como: laboratórios, farmácias, empresas de produtos de saúde, equipamentos hospitalares, produtos de segurança em saúde, empresas de tecnologia da informação, de engenharia, marcenaria, arquitetura e outros.

Com isto, objetiva-se:

- ❖ Reduzir os custos e desperdícios;
- ❖ Reduzir o capital investido em estoque;
- ❖ Melhorar os serviços logísticos;
- ❖ Ter o controle e acesso a todos os processos que precisam de suprimentos;
- ❖ Manter a qualidade nos serviços oferecidos aos usuários;
- ❖ Ter agilidade nos processos, reduzindo tempo de espera;
- ❖ Confiabilidade nos cumprimentos dos prazos de acordo com a demanda;
- ❖ Flexibilidade de mudança quando necessário.

É de competência da Gestão de Suprimentos:

- ❖ Pesquisa de produtos ou materiais solicitados;
- ❖ Avaliação da Composição dos produtos ou materiais solicitados;
- ❖ Análise da necessidade de compra;
- ❖ Inicialização do processo de compra;
- ❖ Recebimento dos materiais e produtos;
- ❖ Conferência e inspeção dos materiais e produtos;
- ❖ Estocagem e preservação;

- ❖ Requisição de material ao almoxarifado;
- ❖ Fornecimento interno de materiais;
- ❖ Utilização do material pelo colaborador;
- ❖ Devolução dos materiais ao almoxarifado;
- ❖ Descarte correto dos materiais utilizados;
- ❖ Gestão e controle dos processos administrativos de materiais;
- ❖ Gestão da informação.

A gestão ou administração de materiais é parte desse processo produtivo, considerada uma atividade-meio, ou seja, a atividade que se presta a dar condições para que uma organização atinja seus objetivos sociais. Um aspecto fundamental da gestão de materiais nas unidades de saúde está relacionado ao sucesso de sua atividade-fim, ou seja, o alcance dos objetivos relativos ao seu objeto social, à essência ou razão de existir dessas unidades. Sendo assim, o gerenciamento dos recursos materiais guarda estreita relação com a atenção à saúde dos usuários, sendo eles a razão de ser das organizações de saúde (VECINA NETO; REINHARDT FILHO, 1998).

A administração de materiais envolve a totalidade dos fluxos de materiais de uma organização. Compreende a programação, a compra, a recepção, o armazenamento em almoxarifado, a movimentação, o transporte interno e o armazenamento no depósito de produtos acabados.

Na UBS, para tratar do gerenciamento de materiais, utiliza-se o conceito de logística, que significa o armazenamento dos produtos acabados e sua movimentação, isto é, a distribuição física até o usuário do serviço. Na logística, o foco concentra-se na estocagem e na distribuição externa do material, não incluindo a programação nem a compra, que são realizadas pela administração central. Os profissionais da Atenção Básica e das Equipes de Saúde da Família têm papel importante quanto à determinação do material necessário para a realização das ações de saúde. Isso inclui não só a determinação de quantidades adequadas, mas, sobretudo, a análise da qualidade, participando, quando necessário, da especificação técnica do material.

É imprescindível o acompanhamento do perfil de consumo de materiais da UBS, incluindo os medicamentos e os materiais esterilizados, para a devida reposição e manutenção de estoque. Medidas de controle e contenção dependem de muitos fatores, entre eles, do estilo gerencial,

do processo comunicacional estabelecido na unidade, da satisfação dos trabalhadores no exercício da função, da adequação do espaço físico, da capacitação dos profissionais etc. Na logística da UBS, a distribuição dos materiais e o controle de estoque requisitam métodos de registro para conhecer o consumo real de materiais, de acordo com o sistema adotado de distribuição. Esse pode variar segundo quantidades preestabelecidas (cotas), períodos de tempo (diária, semanal, mensal), perfil histórico de gastos por serviços (curativo, esterilização, medicamentos, escritório etc.).

A gestão de medicamentos tem importância estratégica para a UBS, devido ao volume de itens, ao custo e às dificuldades assistenciais que sua falta representa (VECINA NETO; REINHARDT FILHO, 1998).

Seu controle, considerado ponto central na gestão da UBS, tem sido mais bem efetivado com a introdução de sistemas informatizados que agilizam o processo de identificação, consumo e reposição, considerando o prazo de validade, a requisição médica e a identificação nominal do usuário. Independentemente do sistema de distribuição e controle de materiais adotado, um aspecto deve estar sob constante observação, qual seja, o comportamento do consumo mensal de cada serviço.

3.4.3.1 Serviço de aquisição e gestão de materiais e suprimentos

O Setor de Compras ficará responsável pela logística de materiais e suprimentos, onde receberá as solicitações de compras do ESF. No caso da aquisição de produtos farmacêuticos, somente se comprará produtos registrados na ANVISA e manterá um estoque de medicamentos suficiente para assegurar os tratamentos prescritos.

A gerência dos recursos materiais tem como objetivo coordenar todas as atividades necessárias para garantir o suprimento de equipamentos, materiais e medicamentos em todos os setores, de maneira que a prestação de seus serviços não sofra interrupções prejudiciais. Assim, a administração destes recursos nas UBS deve envolver as funções de previsão, provisão, organização e controle.

Neste sentido, os gerentes realizarão as seguintes atividades: coordenar e supervisionar as atividades relacionadas com a previsão, provisão, aquisição, transporte, recebimento, armazenamento, conservação, distribuição e controle dos recursos materiais; solicitar a

manutenção dos equipamentos; emitir parecer quanto a qualidade e adequação dos recursos materiais e supervisionar o uso do material de modo a garantir adequada utilização.

É dever da Contratada, planejar e adquirir os insumos e materiais de consumo médico e de enfermagem em quantidades suficientes para a consecução do objeto.

3.4.3.2 - Gerência Administrativa

A ENTIDADE deverá se responsabilizar pelo gerenciamento administrativo e operacionalização dos serviços do programa Saúde da Família, incluindo, mas não se limitando a:

- a) Contabilidade financeira (gestão de recursos, lista de credores e devedores, fluxo de pagamentos);
- b) Representação, inclusive jurídica;
- c) Compras;
- d) Estoques e logística;
- e) Gerenciamento de riscos;
- f) Recursos humanos e saúde ocupacional;
- g) Relações com fornecedores;
- h) Educação permanente e aperfeiçoamento profissional;
- i) Gerenciamento das instalações;
- j) Gerenciamento dos serviços de transporte;
- k) Engenharia clínica;
- l) Patrimônio.

A ENTIDADE deverá:

- a) Assegurar o cumprimento de todas as normas contábeis, incluindo todos os princípios contábeis aceitos, estabelecendo normas, regras e procedimentos, definidos pelo setor de contabilidade, geralmente seguidos de padrões de relatórios financeiros, objetivando que a informação financeira seja transparente;
- b) Assegurar o cumprimento da legislação brasileira;
- c) Prover as instalações e aparato necessários aos serviços de

gerenciamento administrativo:

- d) Assegurar a capacitação do pessoal encarregado das funções de gerenciamento administrativo;
- e) Assegurar boas práticas de governança (gestão coerente, as políticas de coesão, a orientação, processos e tomada de decisões para uma determinada área de responsabilidade);
- f) Respeitar a Legislação Ambiental e possuir toda documentação exigida;
- g) Respeitar toda a legislação sanitária do Sistema Único de Saúde.

3.4.4 Da Esterilização

O IESA e seu corpo técnico serão responsáveis pelo reprocessamento dos materiais e equipamentos utilizados na unidade, respeitando toda a normativa vigente conforme Legislação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, instituindo rotina para manter os materiais esterilizados em estoque, dentro do prazo de validade da esterilização. Quando houver qualquer limitação, física, funcional ou de outra estirpe, que comprometam a correta execução dos processos de esterilização, estes serão realizados em local externo, através de convênios e parcerias firmadas.

O Centro de Material e Esterilização – CME é um setor destinado à limpeza, acondicionamento, esterilização, guarda e distribuição dos produtos para a saúde.

A RDC no 15, de 2.012, dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde, estabelecendo os requisitos para o funcionamento dos serviços que realizam o processamento de produtos para a saúde visando a segurança do paciente e dos profissionais envolvidos.

Em seu artigo 4º, define: Centro de material e esterilização (CME): unidade funcional destinada ao processamento de produtos para saúde dos serviços de saúde.

Segundo a RDC no 50, de 2.002, as atividades que devem ser desenvolvidas no CME, são:

- 1) Receber, desinfetar e separar os produtos para a saúde
- 2) Lavar os produtos
- 3) Receber roupas limpas vindas da lavanderia

- 4) Realizar o empacotamento
- 5) Esterilizar os produtos por meio de métodos físicos
- 6) Realizar o controle microbiológico e o prazo de validade de esterilização dos produtos
- 7) Acondicionar e distribuir os instrumentais e roupas esterilizadas
- 8) Zelar pela segurança e proteção dos funcionários desse setor

Desta forma, brevemente podemos conceituar como sendo:

➤ **Limpeza**

É o processo manual ou mecânico de remoção de sujidade, mediante o uso da água, sabão e detergente neutro ou detergente enzimático para manter em estado de asseio os artigos e superfícies reduzindo a população microbiana. A limpeza constitui ainda o primeiro passo nos procedimentos técnicos de desinfecção e esterilização, considerando que a presença de matéria orgânica protege os microrganismos do contato com agentes desinfetantes e esterilizantes.

➤ **Descontaminação**

É o processo de redução dos microrganismos de artigos e superfícies, tornando-os seguros para o manuseio.

➤ **Desinfecção**

É o processo físico ou químico de destruição de microrganismos, exceto os esporulados. A desinfecção é realizada por meio físico, através da água quente (60 a 90°C) ou em ebulição e pelo meio químico, através de produtos denominados de desinfetantes.

➤ **Esterilização**

É o processo de destruição de todos os microrganismos, inclusive esporulados, a tal ponto que não seja mais possível detectá-los através de testes microbiológicos padrão. A probabilidade de sobrevivência do microrganismo no item submetido ao processo de esterilização é menor que um em um milhão (10^{-6}). A esterilização é realizada pelo calor, óxido de etileno, radiação e outros.

➤ **Artigos**

Compreendem instrumentos, objetos de natureza diversa, utensílios (comadres, papagaios), acessórios de equipamentos, instrumental odontológico e outros.

➤ **Superfícies**

Compreende mobiliários, pisos, paredes, portas, tetos, janelas, equipamentos e demais instalações.

➤ **Pré limpeza**

Remoção da sujidade visível presente nos produtos para saúde sem o uso de detergentes e escovação.

➤ **Biofilme**

Consiste em multicamadas de células bacterianas ou fungos agrupadas e envoltas por um material extra celular amorfo, composto de exopolissacarídeos de origem bacteriana que têm por função unir as células firmemente às superfícies dos biomateriais e entre elas, formando uma matriz extracelular, composta, fundamentalmente, de carboidratos e detritos de células mortas.

➤ **Barreira técnica**

Conjunto de medidas comportamentais dos profissionais de saúde visando à prevenção de contaminação cruzada entre o ambiente sujo e o ambiente limpo, na ausência de barreiras físicas.

➤ **Carga de maior desafio**

Carga utilizada na qualificação de desempenho dos equipamentos, cujo desafio representa o pior cenário na rotina do serviço.

➤ **Produtos para saúde passíveis de processamento**

Produto para saúde fabricado a partir de matérias primas e conformação estrutural, que permitem repetidos processos de limpeza, preparo e desinfecção ou esterilização, até que percam a sua eficácia e funcionalidade.

➤ **Produto para saúde crítico de conformação complexa**

Produtos para saúde que possuam lúmen inferior a cinco milímetros ou com fundo cego, espaços internos inacessíveis para a fricção direta, reentrâncias ou válvulas.

➤ **Produto para saúde de conformação não complexa**

Produtos para saúde cujas superfícies internas e externas podem ser atingidas por escovação durante o processo de limpeza e tenham diâmetros superiores a cinco milímetros nas estruturas tubulares.

➤ **Qualificação da instalação**

Evidência documentada, fornecida pelo fabricante ou distribuidor, de que o equipamento foi entregue e instalado de acordo com as suas especificações.

➤ **Qualificação de operação**

Evidência documentada, fornecida pelo fabricante ou distribuidor, de que o equipamento, após a qualificação da instalação, opera dentro dos parâmetros originais de fabricação.

➤ **Qualificação de desempenho**

Evidência documentada de que o equipamento, após as qualificações de instalação e operação, apresenta desempenho consistente por no mínimo 03 ciclos sucessivos do processo, com parâmetros idênticos, utilizando-se pelo menos a carga de maior desafio, determinada pelo serviço de saúde.

➤ **Rastreabilidade**

Capacidade de traçar o histórico do processamento do produto para saúde e da sua utilização por meio de informações previamente registradas.

➤ **ESTRUTURA FÍSICA**

A RDC no 50, de 21 de Fevereiro de 2002, com texto alterado pela RDC no 307, de 14 de Novembro de 2002 e RDC no 189, de 18 de Julho de 2003, dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos. Este regulamento técnico normatiza que, para cada atividade desenvolvida no CME deve haver ambiente obrigatório com dimensões mínimas e instalações necessárias. As recomendações estão descritas a seguir:

I. Os pisos e paredes devem ser laváveis, com o mínimo de juntas e em bom estado de conservação;

II. As bancadas devem ser usadas para inspeção, secagem, preparo, embalagem, conferência e apoio. Devem ser de fácil higienização e favorecer a ergonomia do funcionário; As superfícies devem ser impermeáveis, lisas, laváveis, de cor clara e de fácil manutenção; O ambiente deve ser iluminado para favorecer a conferência da limpeza. Porém deve-se evitar o contato direto da luz do sol na área de armazenagem;

V. As janelas do CME devem ser protegidas com telas milimétricas para evitar a entrada de insetos e roedores;

VI. A ventilação mecânica ou natural é permitida na área suja, porém deve ser evitada na área limpa e estéril.

O CME deve ser dividido minimamente em três áreas separadas por barreira física, são elas:

➤ **Área suja**

Destinada ao recebimento e separação dos materiais sujos advindo dos setores de assistência. Local onde é realizado o processo de recepção, limpeza e inspeção da limpeza e integridade dos instrumentais. Deve ser de acesso restrito ao fluxo de pessoas e os profissionais da saúde deverão trabalhar paramentados com gorro, máscara, luva de borracha cano longo, avental de brim manga longa, avental impermeável, óculos de proteção e sapato fechado.

➤ **Área limpa**

Local destinado aos processos de desinfecção, secagem, separação dos instrumentais, conferência da limpeza, funcionalidade e integridade dos artigos. Assim como empacotamento, selagem das embalagens e esterilização. Local de acesso restrito ao fluxo de pessoas e os profissionais deverão trabalhar paramentados com gorro, avental, luva de procedimento e sapato fechado.

➤ **Área de guarda e distribuição de artigos esterilizados**

Local destinado à guarda dos instrumentais esterilizados e dispensação dos mesmos, com fluxo restrito de pessoas e a lavagem das mãos realizada rigorosamente para manipulação dos materiais esterilizados.

O fluxo dos materiais no CME deve ser unidirecional e com barreira física entre as áreas.

➤ **Área crítica**

Área na qual existe risco aumentado para desenvolvimento de infecções relacionadas à assistência à saúde, seja pela execução de processos envolvendo artigos críticos ou material biológico, para a realização de procedimentos invasivos ou pela presença de pacientes com susceptibilidade aumentada aos agentes infecciosos ou portadores de microrganismos de importância epidemiológica.

➤ **Área semicrítica**

Área na qual existe risco moderado a risco baixo para o desenvolvimento de infecções relacionadas à assistência à saúde, seja pela execução de processos envolvendo artigos semicríticos ou pela realização de atividades assistenciais não invasivas em pacientes não-críticos e que não a presente colonização por microrganismos de importância epidemiológica.

A RDC nº 15, de 2012, classifica os CMEs em Classe I e Classe II, conforme demonstramos abaixo:

Art. 5º Para cumprimento desta resolução os CMEs passam a ser classificados em CME Classe I e CME Classe II.

§ 1º O CME Classe I é aquele que realiza o processamento de produtos para a saúde não-críticos, semicríticos e críticos de conformação não complexa, passíveis de processamento.

§ 2º O CME Classe II é aquele que realiza o processamento de produtos para a saúde não- críticos, semicríticos e críticos de conformação complexa e não complexa, passíveis de processamento.

§ 3º O CME só pode processar produtos compatíveis com a sua capacidade técnica operacional e conforme a sua classificação.

§ 4º Quando não especificada a classificação, as determinações desta resolução se aplicam aos dois tipos de CME e às empresas processadoras.

Art. 6º A responsabilidade pelo processamento dos produtos no serviço de saúde é do Responsável Técnico.

Art. 7º A responsabilidade pelo processamento dos produtos na empresa processadora é do Representante Legal.

➤ **CRITÉRIOS RECOMENDADOS PARA O PROCESSAMENTO DOS ARTIGOS**

Os artigos são classificados de acordo com risco de causar infecções e potencial de contaminação em:

➤ **Artigos críticos**

Entram em contato com tecidos estéreis ou com o sistema vascular e penetram em órgãos e tecidos, bem como todos os que possuem alto risco de causar infecção. Estes requerem esterilização para satisfazer os objetivos a que se propõem. Ex.: agulhas, roupas, instrumentos cirúrgicos e soluções injetáveis.

➤ **Artigos semi-críticos**

São aqueles que entram em contato com mucosa e pele não íntegra do paciente ou com mucosas íntegras e exigem desinfecção de médio ou alto nível ou esterilização. O risco potencial de transmissão de infecção é intermediário, porque as membranas apresentam certa resistência à entrada de esporos. Alguns deles necessitam de desinfecção de alto nível e outros de desinfecção de nível intermediário (material para assistência ventilatória, espéculo otológico, circuitos, etc.) realizada com hipoclorito de sódio a 1% por 30min.

➤ **Artigos não críticos**

Entram em contato com pele íntegra e superfícies. Risco de transmissão de infecção baixo. Se esses materiais estiverem contaminados com matéria orgânica devem receber desinfecção de nível baixo, e na ausência de matéria orgânica devem receber limpeza apenas. Desinfecção de baixo nível com quaternário de amônia ou hipoclorito a 0,025%.

➤ **CRITÉRIOS RECOMENDADOS PARA O PROCESSAMENTO DOS ARTIGOS**

Os artigos são classificados de acordo com risco de causar infecções e potencial de contaminação em:

➤ **Artigos críticos**

Entram em contato com tecidos estéreis ou com o sistema vascular e penetram em órgãos e tecidos, bem como todos os que possuem alto risco de causar infecção. Estes requerem esterilização para satisfazer os objetivos a que se propõem. Ex.: agulhas, roupas, instrumentos cirúrgicos e soluções injetáveis.

➤ **Artigos semi-críticos**

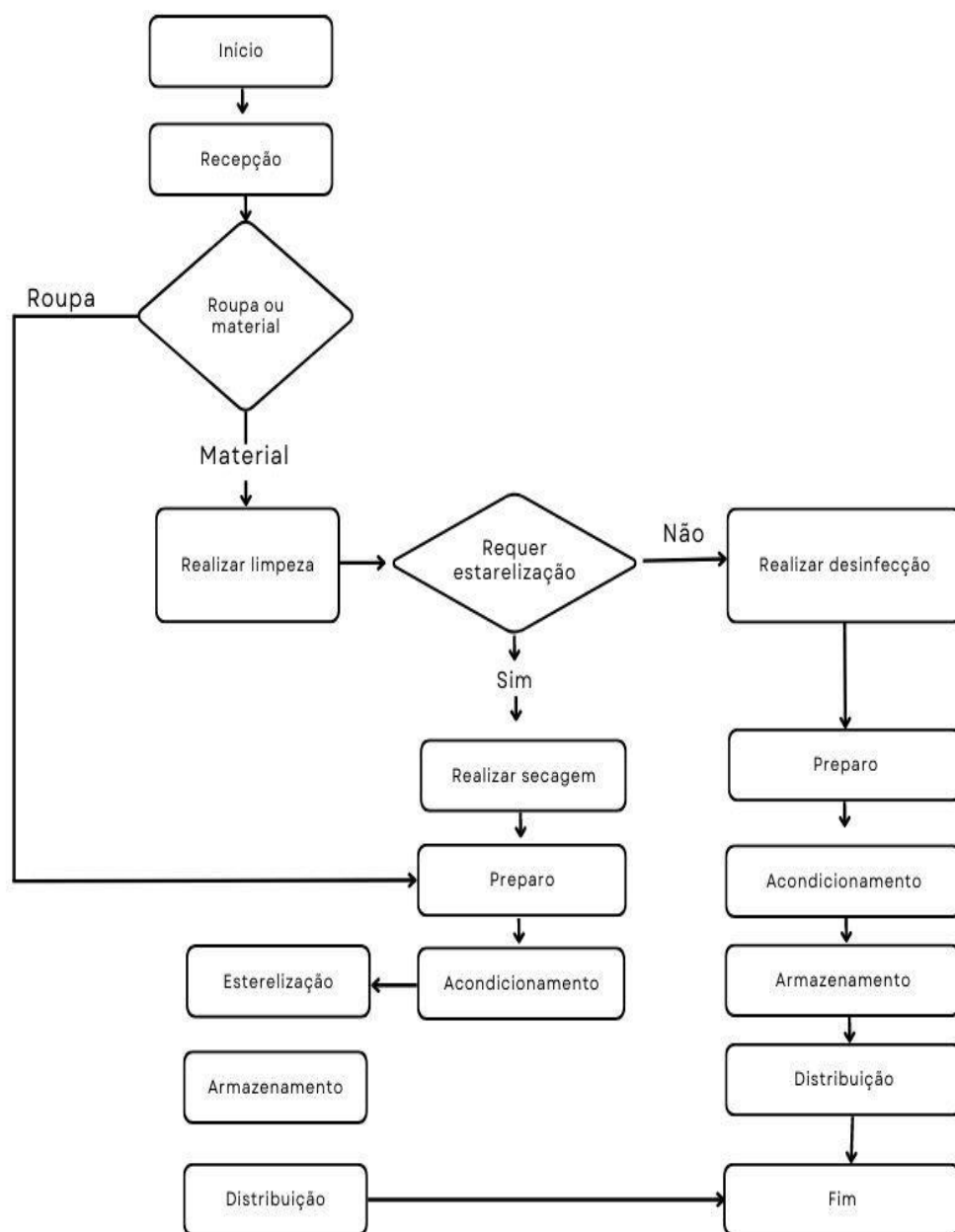
São aqueles que entram em contato com mucosa e pele não íntegra do paciente ou com mucosas íntegras e exigem desinfecção de médio ou alto nível ou esterilização. O risco potencial de transmissão de infecção é intermediário, porque as membranas apresentam certa resistência à entrada de esporos. Alguns deles necessitam de desinfecção de alto nível e outros de

desinfecção de nível intermediário (material para assistência ventilatória, espéculo otológico, circuitos, etc.) realizada com hipoclorito de sódio a 1% por 30min.

➤ **Artigos não críticos**

Entram em contato com pele íntegra e superfícies. Risco de transmissão de infecção baixo. Se esses materiais estiverem contaminados com matéria orgânica devem receber desinfecção de nível baixo, e na ausência de matéria orgânica devem receber limpeza apenas. Desinfecção de baixo nível com quaternário de amônia ou hipoclorito a 0,025%.

Abaixo demonstramos o fluxo proposto.



3.5 GERENCIAMENTO E IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS

A IESA entende que a complexidade de elaboração e implantação de determinado protocolo está voltado ao perfil de atendimento de cada unidade e especificação de cada serviço a ser prestado.

3.5.1 O que é Gerenciamento de Processos?

É uma abordagem disciplinar para identificar, desenhar, executar, documentar, medir, monitorar, controlar e melhorar processos, automatizados ou não para alcançar resultados consistentes alinhados com os objetivos estratégicos da organização.

3.5.2 O que é um processo

Processo é definido como um conjunto definido de atividades ou comportamentos executados por humanos ou máquinas para alcançar um ou mais resultados.

Pode-se entender que um processo organizacional tem as seguintes características:

- ❖ Ter claras as fronteiras (início e fim) e seu objetivo;
- ❖ Ter claro aquilo que é transformado na sua execução;
- ❖ Definir como ou quando (circunstância) uma atividade ocorre;
- ❖ Ter um resultado específico;
- ❖ Conhecer os recursos previstos para a execução da atividade;
- ❖ Ter gerenciabilidade, ou seja, responsável definido e problemas conhecidos e acompanhados;
- ❖ Ter efetividade quanto às relações com usuários e fornecedores e seus requisitos são claramente definidos;
- ❖ Ter transferibilidade e rastreabilidade, ou seja, ser devidamente documentado;
- ❖ Ser mensurável, possuindo pontos de controle e medidas de eficácia/eficiência;
- ❖ Ter alterabilidade, por meio de mecanismos de feedback para melhoria; e
- ❖ Permitir o acompanhamento ao longo da execução.

3.5.3 Ciclo de implantação e gestão de processos

A prática de gerenciamento de processos de negócio pode ser caracterizada como um ciclo de vida contínuo (processo) de atividades integradas. Este ciclo pode ser sumarizado por meio do seguinte conjunto gradual e interativo de atividades:

- ❖ Planejamento;
- ❖ Análise;
- ❖ Desenho e Modelagem;

- ❖ Implementação;
- ❖ Monitoramento; e
- ❖ Refinamento

3.5.4 Metodologia de gerenciamento de processos

A Metodologia de Gerenciamento de Processos do DATASUS prevê, em seu ciclo contínuo de gestão de processos, fases integradas que ocorrerão durante cada etapa definida a seguir:

➤ Desdobramento Estratégico

- ❖ Mapeamento da Cadeia de Valor Atual;
- ❖ Alinhamento Estratégico;
- ❖ Desenho da Cadeia de Valor Futura

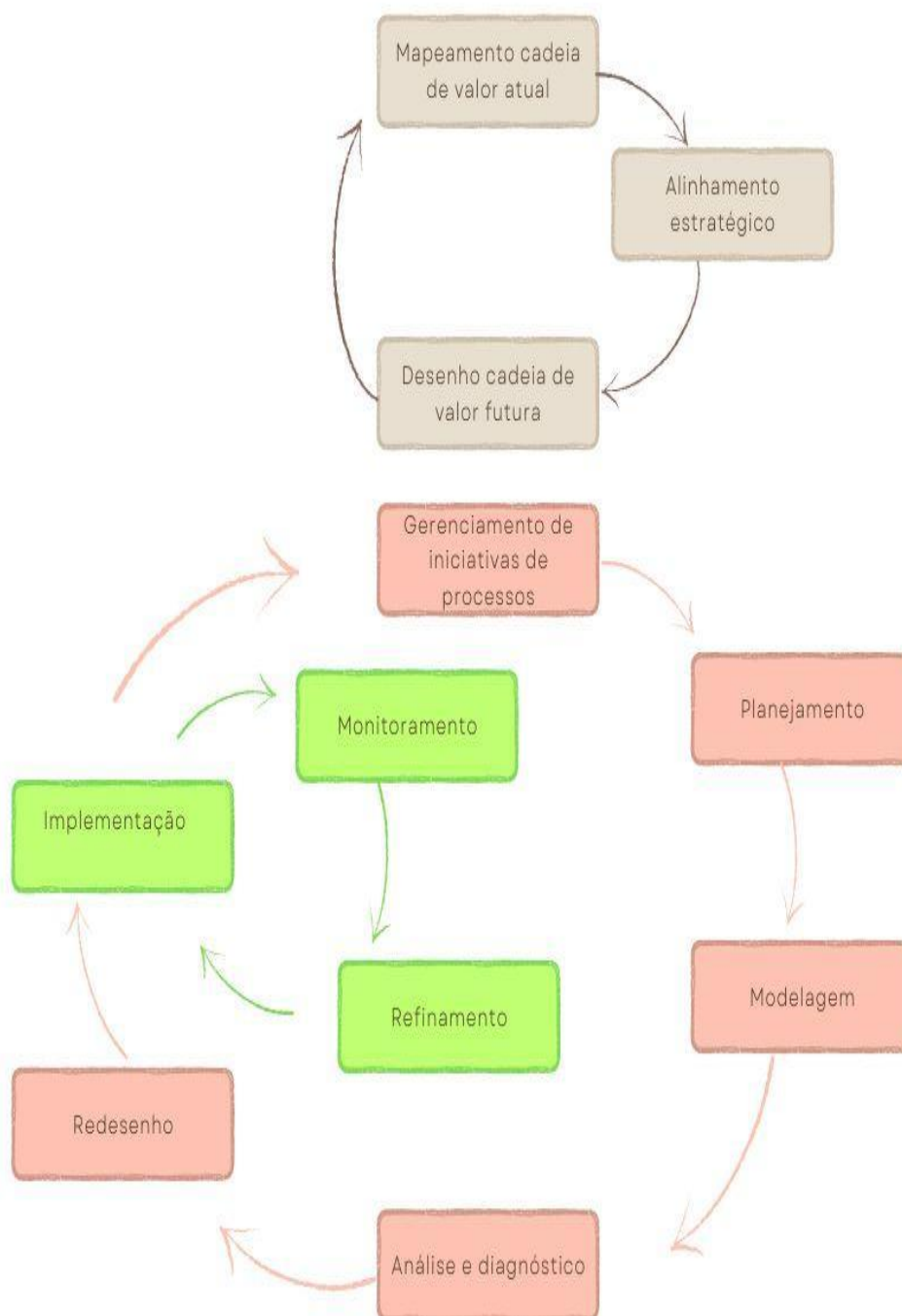
➤ Ciclo de Transformação do Processo

- ❖ Gerenciamento de Iniciativas de Processos
- ❖ Planejamento
- ❖ Modelagem
- ❖ Análise e Diagnóstico
- ❖ Redesenho

➤ Ciclo de Manutenção do Processo

- ❖ Implementação
- ❖ Monitoramento
- ❖ Refinamento

Importante ressaltar que as demandas de transformação organizacional podem ser para execução do ciclo completo da gestão do processo ou de uma fase específica, não havendo comprometimento das informações ou perda de qualidade nos resultados esperados.



ETAPA DO CICLO	FASE DO CICLO	DESCRIÇÃO
Desdobramento Estratégico	Mapeamento da Cadeia de Valor Atual	Durante esta fase são levantados os processos e macro-processos executados pela organização ou área (dependendo do nível de detalhamento da cadeia) a fim de realizar a modelagem e criação do diagrama da Cadeia de Valor Agregado. São identificadas as integrações entre os processos e classificados de acordo à sua importância e valor agregado à organização ou área.
	Alinhamento Estratégico	Esta fase consiste na realização do entendimento do plano estratégico organizacional e seus impactos (atuais e futuros), por meio de reuniões com os gestores da organização, com objetivo de alinhar a Cadeia de Valor ao plano estratégico da organização ou da área.
	Desenho da Cadeia de Valor Futura	Nesta fase acontece a construção da Cadeia de Valor futura, com base na coleta de informações que subsidiam o entendimento dos processos e iterações, bem como o alinhamento com o plano estratégico da organização e as expectativas da gerencia.

Ciclo de Transformação do Processo	Gerenciamento de Iniciativas de Processos	É nessa fase que as iniciativas são avaliadas, classificadas, priorizadas e acompanhadas na sua execução de forma a ter uma visão gerencial das atividades de mapeamento, redesenho, implantação e/ou monitoramento de processos
	Planejamento	Nesta fase é elaborado o Plano de Trabalho para executar a iniciativa de processo especificando os elementos essenciais para a realização efetiva das atividades.

	Modelagem	Essa fase consiste no levantamento e criação de representações gráficas dos processos existentes. Coletam-se informações necessárias para execução das próximas fases.
	Análise e Diagnóstico	É nessa fase que o modelo de situação atual, junto aos dados coletados são analisados para criar ideias sobre como transformar a operação, visando eliminar problemas e aproveitar oportunidades do processo existente.

Redesenho	Está fase consiste no redesenho do processo, ou seja, na criação e compreensão dos processos atuais, e utilização dos elementos identificados no diagnóstico, para propor uma visão melhorada do processo, na qual diminua os pontos de baixa produtividade e aproveite as melhores práticas já utilizadas.
Implementação	Nesta fase elabora-se o plano de ação que apresenta uma série de tarefas necessárias para colocar em prática os procedimentos e fluxos de trabalho redesenhados. Também inclui a normatização do processo e capacitação dos envolvidos.
Monitoramento	Essa fase engloba o trabalho contínuo de coleta e mensuração de indicadores de desempenho de processos, a fim de avaliar o grau de eficiência, eficácia e efetividade das medidas adotadas no processo redesenhado.
Refinamento	Essa fase é responsável pela transformação dos processos, implementando o resultado da análise de desempenho, por meio da melhoria contínua do processo e fomentando as mudanças organizacionais necessárias para a absorção dos fluxos de trabalho propostos.

3.5.5 Manual de gerência do almoxarifado/ farmácia

3.5.1.1 Almoxarifado

A administração dos recursos materiais é uma atividade estratégica, tanto para a melhoria da qualidade dos serviços, como para o ganho de produtividade, substanciada por meio da logística adequada. Para que a Unidade possa desenvolver suas atividades em ambientes diversos será preciso oferecer resultados compatíveis com as expectativas dos usuários.

A finalidade da Administração de Materiais visa assegurar o contínuo abastecimento dos materiais necessários e capazes de atender à demanda da Unidade, bem como cuidar de todos os problemas relacionados a materiais, fiscalizando, zelando e controlando, no sentido de garantir quantidade e qualidade no abastecimento e padrão do atendimento. Objetiva assegurar que haja falhas no ciclo de reposição, sob pena de interrupção do processo de atendimento, o que poderá trazer consequências irreparáveis para o Sistema Assistencial.

Desta forma, orienta-se a realização das seguintes atividades, preferencialmente pelo técnico administrativo ou pela coordenação de equipe.

- ❖ Elaborar planilha que permita o controle de entrada e saída de materiais de almoxarifado, bem como a validade dos produtos, a fim de evitar que vençam nas UBSs e maiores estoques na unidade.
- ❖ Registrar código do produto conforme SIS- MATERIAIS, nome, lote, data de validade, e permitir o consumo médio mensal dos produtos utilizados na UBS, além de outra informação que for julgada pertinente.
- ❖ Monitorar o vencimento dos produtos para que, ao menos dois meses antes, os gestores avaliem se há tempo hábil para uso antes do vencimento ou se outra medida deverá ser tomada a fim de evitar o desperdício.
- ❖ Alimentar a planilha toda vez que houver o abastecimento do estoque, retirada para atender a outra UBS, quando ocorrer o vencimento do produto.
- ❖ Contar mensalmente o estoque, com apoio da(s) ESF antes de receber novo pedido de abastecimento.
- ❖ Fazer pedidos de produtos no sistema do almoxarifado. A solicitação deverá observar o consumo médio mensal e o estoque atual, a fim de evitar o acúmulo

desnecessário de produtos e os desperdícios de espaço de guarda. Para a retirada do material, checar as rotinas da região.

3.5.5.2 Farmácia

O IESA deverá designar servidores técnicos e/ou auxiliares, os quais estarão aptos para execução das atividades logo descritas, sendo vedado na farmácia o rodízio de pessoas que não estejam qualificadas ao serviço.

- ❖ O serviço de farmácia é dividido em atendimento ambulatorial e interno.
- ❖ O farmacêutico deverá orientar e supervisionar as atividades realizadas pelos servidores técnicos e auxiliares na farmácia.
- ❖ Para o abastecimento dos medicamentos que serão posteriormente fornecidos à população, os pedidos deverão ser realizados ao setor de compras.
- ❖ A gestão de medicamentos, materiais e demais insumos devem ser realizadas por meio do sistema de gestão de materiais.

Os serviços prestados pelas farmácias das UBS incluem atividades de apoio às equipes de saúde (farmácia interna) e de atendimento aos usuários (farmácia ambulatorial), conforme quadro de atividades:

Atividades da Farmácia da UBS - Município de Ribeirão Grande	
Recebimento e avaliação da prescrição e demais documentos	Montagem de kits para pacientes com cateterismo vesical intermitente e SVD e em uso de curativos e outros materiais
Identificação dos medicamentos e registro de informações na via de prescrição do usuário	solicitação e recebimento dos medicamentos e produtos para a saúde junto à Diretoria de saúde
Envio de dados e planilhas contendo informações de pacientes para o monitoramento das informações pela assistência farmacêutica	abastecimento e reposição de itens do carro de emergência

registro do consumo em sistema informatizado	Armazenamento, organização, contagem e controle de estoque
Orientações aos usuários acerca do uso de productos	checagem de registro de temperatura e umidade no ambiente de armazenagem e refrigerados
Remanejamento de medicamentos para evitar perdas e prazo de validade	recolhimento e descarte de produtos vencidos e/ou devolvidos pelos usuários
Atendimento às demandas internas da UBS (sala de medicação, curativos, vacina, equipe de saúde)	Solicitação de outros recursos não descritos anteriormente, conforme necessidades individualizadas pela gerência.

Na ausência de profissional farmacêutico, é responsabilidade da gerência da Unidade a solicitação de insumos da unidade. Tal atividade pode ser compartilhada com a equipe gerencial, incluindo supervisão, técnico administrativo e coordenação de equipe.

É importante sempre fazer um levantamento de estoque para pedir apenas o necessário para abastecer o mês, conforme o consumo da unidade.

As solicitações de emergência deverão ser consideradas apenas para casos excepcionais (uso de material maior do que a média prevista ou se no pedido mensal foi recebida quantidade menor do que a média de uso da UBS).

3.6 SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPEÚTICO – SADT INTERNO

O serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico disponibilizará exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico aos usuários atendidos na UBS, durante o horário de expediente.

4. QUALIDADE

Do ponto de vista da qualidade objetiva as comissões têm a responsabilidade de gerenciar processos específicos relacionados ao atendimento em saúde. Com relação a essas comissões, o IESA neste plano de trabalho propõe:

- ❖ Dispende ações na manutenção de todas as comissões assessoras e núcleos obrigatórios já existentes;

- ❖ Na inexistência de qualquer comissão, instituí-la oferecendo subsídios necessários para sua implantação;
- ❖ Padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento da comissão, estabelecendo condições mínimas de composição e fortalecendo a comissão junto à administração e ao corpo clínico.

4.1 Serviço de Atendimento ao Usuário – SAU

Entendendo o usuário como a razão de ser de suas atividades, o IESA implantará um serviço específico para atendimento ao usuário: o Serviço de Atendimento ao Usuário – SAU, que será o canal de comunicação entre os usuários e a unidade. Será preparado para colher sugestões e reclamações, fornecer informações e esclarecer dúvidas. Mais do que isto, é através do SAU e da participação do usuário que a organização adaptará e aprimorará os serviços ofertados.

Assim, é de fundamental importância a criação de canais democráticos de informação e de escuta do usuário em geral, com espaço de recepção das manifestações dos usuários, para melhor qualificar a gestão. A implantação do Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU), estruturada e articulada com a participação do usuário, contribuirá para o fortalecimento da gestão participativa.

O processo de escuta do usuário se dá individualmente, porém, o SAU tem como atribuição sistematizar as demandas que recebe de forma a possibilitar a elaboração de indicadores abrangentes que podem servir de suporte estratégico à tomada de decisão no campo da gestão da saúde.

4.2 Proposta de pesquisa periódica/contínua de satisfação do usuário

O IESA propõe pela pesquisa de satisfação do usuário similar ao modelo do PNASS - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde. Os questionários serão oferecidos de forma periódica aos usuários, a pelo menos 5% destes, e a meta estipulada é de 85% de satisfação global.

4.2.1 Satisfação do usuário

Entender a satisfação é importante para compreender a relação entre o usuário e a saúde oferecida pelo município (JULIÃO et al, 2019). A perspectiva e a avaliação desses serviços

garantem o enfrentamento necessário do progresso da saúde que é de extrema relevância para efetividade do cuidado e para melhoria desses serviços. Segundo Mendes (2003) a qualidade do serviço oferecido depende tanto dos profissionais quanto dos usuários, ou seja, os cidadãos. Desse modo, a satisfação é um componente importante da avaliação da qualidade dos serviços de saúde que ajudam a entender esse funcionamento (SILVA, FORMIGLI, 1994).

A análise da satisfação do usuário é um indicador essencial para interpretar se o planejamento das ações de saúde está sendo apropriado para a população. Os serviços oferecidos pela unidade básica de saúde devem responder às primordialidades dos usuários promovendo o acesso a uma assistência médica de qualidade (GAIOSO, 2007). É a partir dessa análise que podemos perceber como os usuários compreendem como os processos dentro e fora da unidade estão sendo captados pela comunidade. Existem fatores que colaboram para satisfação ou realização daquilo que se espera, e para Hayes (2001) a satisfação é uma relação entre o que se deseja alcançar e o resultado alcançado, isso envolve as expectativas previstas.

Os serviços oferecidos na unidade básica causam esse tipo de expectativa nos usuários que podem ter várias percepções e interpretações a partir de cada ponto de vista. Assim, de acordo com Sobral e Peci (2008) a definição de percepção é entendida como o processo cognitivo por meio do qual as pessoas organizam e interpretam suas impressões sensoriais. Logo cada usuário absorve a satisfação de modo divergente, por isso reagem de maneiras distintas em relação aos serviços da UBS.

Entendendo a satisfação frente aos serviços de saúde é possível planejar melhorias do atendimento bem como programar estratégias que irão solucionar os problemas enfrentados diariamente. Em qualquer organização avaliar a satisfação é o melhor indicador para colher

informações sobre como estão sendo executados e qual é o nível de qualidade desses atendimentos, para isso, é preciso criar estratégias em busca da excelência. (NOBRE et al, 2005).

A mudança de estratégia nos processos traz o melhoramento contínuo dos serviços, o usuário recebe mais facilmente o tratamento quando é recebido de forma mais humanizada e acolhedora (ARAÚJO; BRITO; WEBER, 2019). Em todos os aspectos das relações interpessoais no âmbito dos serviços de saúde está presente a comunicação entre profissionais e pacientes e essa interação pode ser considerada como um diferencial, pois esses pacientes sentem a satisfação a partir do momento que entra na unidade desde o atendimento até assistência médica (MEDEIROS et al, 2019).

Quando os profissionais e os usuários se reconhecem pelo nome, e tem uma relação de familiaridade, aumenta-se o vínculo e isso é um elemento primordial no trabalho de atenção primária à saúde. A assistência médica, de enfermagem e de recepção, bem como o trabalho dos agentes deve ser destacada pela presença de um cuidado mais pessoal. Quando o paciente se desloca até uma unidade de saúde ele espera ser bem acolhido pelos profissionais e deseja que seus problemas sejam solucionados de forma rápida e satisfatória (GAIOSO, 2007). No entanto, o usuário deve se sentir confortável para explicar suas necessidades à equipe e isso só é possível quando há o fortalecimento das relações entre os profissionais e os pacientes, assim, o envolvimento e a dedicação ao tratamento são maiores (PROTASIO et al, 2017). Porém, nem sempre os serviços públicos trazem satisfação aos usuários, o gestor deve compreender quais são os fatores que causam insatisfação para tentar resolver essa prestação de serviço. Para Giansi e Corrêa (2010) o gestor deve estar preparado para enfrentar a insatisfação e buscar meios para tentar reverter à situação.

A partir do momento que os serviços de saúde não satisfazem as expectativas do usuário ocorre a insatisfação. É dever dos gestores procurar qual dos aspectos do processo precisa ser melhorado. O diagnóstico dos serviços dentro da Atenção Básica e a percepção do usuário corroboram para solução de algumas falhas dentro da unidade. Para Mendes (2013) analisar a satisfação contribui para o progresso da qualidade que propicia a identificação dos problemas que envolvem o atendimento que está ligado essencialmente ao bem estar do usuário.

Todavia, a Atenção Básica deve realizar seus serviços adequadamente, para poder solucionar com qualidade a maioria dos problemas de saúde da população. Entre todos os níveis de atenção à saúde é através da UBS que há a primeira entrada no SUS, sendo ela responsável pela organização e funcionamento dos serviços de saúde.

Isso porque todos os processos devem ser primeiramente abordados na unidade básica para, se preciso for, serem encaminhados para as demais instituições, como hospitais, NASF, CEO, entre outras. Todo esse sistema sendo bem estruturado haverá a redução de filas em todo o SUS e a diminuição do desperdício de dinheiro público, o que resulta em maior racionalização desses recursos. A eficiência dos serviços está diretamente ligada com a forma de organização do Estado e como é estruturado o funcionamento do SUS.

Deve existir também, uma integração entre os serviços e as políticas de saúde, contendo uma hierarquização adequada da gestão para o bom funcionamento do sistema (FLEURY, 2012). O bem-estar do usuário exige uma conexão entre algumas variáveis como atendimento

adequado, profissionais bem preparados para possibilitar rapidez e soluções para as necessidades da população. Os serviços devem estar em consonância com a qualidade para o aperfeiçoamento da humanização (GONDIM, 2014). A qualidade dos serviços públicos de saúde depende dos recursos e do monitoramento constante das ações de melhoria e da ampliação do acesso à saúde pelos gestores, aumentando essa cobertura (MISHIMA ET AL, 2016). Para fazermos esta análise sobre satisfação é preciso considerar o usuário como consumidor e investigar sua perspectiva através da qualidade do serviço.

Propõem-se aplicação do questionário conforme anexo I.

4.2.2 Proposta de projetos assistenciais e sociais

Sabe-se que para a eficaz integralidade do cuidado é necessário protocolo de referência e contra referência entre todos os níveis de atenção à saúde. A contrarreferência confere responsabilidade compartilhada entre os serviços de saúde, principalmente para os casos de pacientes que apresentam risco.

4.2.3 Projeto em educação permanente em saúde

O processo de elaboração de um plano contempla a articulação de três dimensões, quais sejam, as dimensões política, técnica e econômica, as quais, no caso específico da elaboração do Plano de Educação Permanente em Saúde (PEPS), demarcam o espaço de definição do referencial político- pedagógico que orienta a programação das ações educativas.

Política, na medida em que a escolha entre problemas e alternativas de ação é sempre um processo que envolve princípios e valores éticos, morais, culturais e políticos, não necessariamente consensuais e muitas vezes conflitivos. Considerando, ademais, que o processo de elaboração do PEPS deve ser participativo, envolvendo distintas organizações e sujeitos, os quais podem ter concepções diferentes acerca do “que fazer” e de “como fazer” para o desenvolvimento das ações de Educação Permanente em Saúde no SUS, percebe-se que este processo implica constante debate e negociação para se chegar ao consenso em torno dos objetivos e estratégias a serem adotadas no município de Ribeirão Grande.

Técnica, porquanto se baseia na utilização de diversas informações, conhecimentos e tecnologias que permitem a identificação, descrição e análise dos problemas existentes no

âmbito da prestação de ações e serviços de saúde, que demandam, para sua solução, o desenvolvimento de ações de Educação Permanente em Saúde, isto é, ações voltadas ao processo de trabalho das equipes com foco no cotidiano do trabalho, dependendo dos problemas identificados poder ofertar também qualificações e formações de acordo com as necessidades daquele território, observando a lógica operacional ascendente, tanto para o planejamento como para a execução das ações envolvendo profissionais e trabalhadores de saúde que atuam nos diversos níveis de atenção e também na gestão/gerência do sistema. Este processo também pode evidenciar a existência de concepções distintas acerca dos problemas e das necessidades de EPS, bem como evidenciar divergências na escolha das alternativas de enfrentamento e solução destes problemas, o que novamente exige o aprofundamento do debate e a construção de consensos com relação ao “que fazer”.

Econômica porque inclui o balanço entre os recursos disponíveis e os recursos necessários para a execução das ações e atividades previstas, o que exige a identificação das fontes e do volume de recursos disponíveis para a operacionalização das atividades previstas no PEPS, e, conseqüentemente, a definição de prioridades face à eventual insuficiência de recursos, o que novamente remete ao processo de negociação política que permeia todo o planejamento e execução do PEPS.

Pedagógica, na medida em que se trata do planejamento de ações de formação/capacitação de pessoal em saúde, especificamente de pessoal já inserido em processos de trabalho nos diversos níveis organizacionais do sistema, quer no âmbito da prestação direta de serviços quer no âmbito da gestão do sistema. Isto implica em se levar em conta a revisão dos modelos pedagógicos utilizados no campo da Educação em Saúde, visando a adoção dos conceitos e metodologias de ensino-aprendizagem mais adequadas e coerentes com os objetivos definidos no momento da programação das ações educativas.

Cada uma dessas dimensões refere-se a um aspecto particular do processo de planejamento e programação, implicando a identificação de necessidades e problemas, a tomada de decisões acerca de como enfrentar tais problemas e atender estas necessidades, bem como a elaboração de propostas que incidem sobre aspectos político-gerenciais, técnico-organizativos e operacionais do processo educativo/ processo de trabalho, espaço onde se desenvolve a EPS.

O desencadeamento do processo de elaboração do Plano de Educação Permanente em Saúde deve contemplar alguns passos preliminares, como:

a) Formação da equipe técnica responsável pela condução do processo de elaboração do plano, sendo conveniente incorporar na equipe técnica de condução os representantes das organizações de trabalhadores e das instituições de ensino da área de saúde que podem vir a se envolver no processo de execução das ações propostas no município de Ribeirão Grande.

b) Detalhamento do plano de trabalho da equipe com seu respectivo cronograma: uma vez conformada a equipe de condução da elaboração do PEPS, esta deve definir um plano de trabalho com as atividades a serem realizadas e os prazos previstos para o cumprimento de cada um dos momentos do processo de planejamento, isto é, a análise da situação da força de trabalho, a identificação das necessidades de Educação Permanente em Saúde dos profissionais e trabalhadores, a determinação de prioridades, a definição dos objetivos e atividades a serem realizadas, a previsão orçamentária e os mecanismos de acompanhamento e avaliação do processo de execução e dos resultados do Plano.

c) Formalização da Comissão Técnica de coordenação do PEPS e do Plano de Trabalho: uma vez conformada a equipe de coordenação do processo de elaboração do PEPS e definido seu Plano de Trabalho, deve ocorrer a institucionalização através do apoio e reconhecimento pelo Secretaria de saúde ou órgão equivalente. Com isso, espera-se garantir a alocação de carga horária dos participantes da equipe para o desenvolvimento do processo de planejamento, bem como assegurar os recursos necessários e o apoio logístico ao processo de elaboração do PEPS, uma vez que o processo vai envolver a participação dos atores que compõem o “quadrilátero da formação para a área da saúde” (Ceccim e Feuerwerker, 2004).

As propostas metodológicas derivadas do enfoque estratégico situacional pressupõem que o processo de planejamento contempla quatro momentos, cada um deles constando de uma série de passos intermediários.

1 - Análise da Situação da Força de Trabalho em Saúde e Identificação das necessidades de Educação Permanente em Saúde dos profissionais e trabalhadores do SUS. Este momento inclui a identificação e análise dos Problemas existentes em termos de insuficiência de pessoal, má distribuição e inadequação dos perfis profissionais às atividades demandadas em função do processo de construção do SUS, tendo em vista os princípios de universalidade e equidade no acesso e integralidade da atenção. Implica, portanto, a identificação dos problemas que demandam, para sua solução, atividades de capacitação/atualização/requalificação dos profissionais e trabalhadores que atuam nos diversos níveis de atenção do SUS e/ ou na gestão/gerência dos programas e serviços, através de cursos, oficinas e/ou outras atividades

educativas, presenciais e/ou à distância, assim como reuniões técnicas de equipe, estudos de caso, com o envolvimento dos profissionais e trabalhadores do SUS.

2 - Seleção de problemas prioritários e Elaboração de Objetivos e Metas referentes a atividades de Educação Permanente em Saúde que se pretende realizar no prazo de execução do PEPS, de acordo com determinadas Linhas de ação, correspondentes aos eixos estruturantes do SUS a nível municipal. Nesse sentido, trata-se de selecionar os problemas que serão enfrentados e definir objetivos e metas coerentes com as políticas e programas de saúde estabelecidos nacionalmente e com os devidos ajustes, no âmbito local. Para isso é necessário tomar como referência os Objetivos e Metas definidos no Plano Estadual de Saúde/ Plano Municipal/ Plano Distrital de Saúde, buscando-se identificar "áreas- problemas" que exijam o desenvolvimento de ações de EPS para o aperfeiçoamento do trabalho e melhoria da qualidade dos serviços.

3 - Programação das ações, e atividades a serem realizadas, de acordo com os objetivos definidos. Este momento contempla a definição das atividades (cursos, oficinas, encontros, seminários, etc.) a serem realizados, devendo constar da programação, o grupo-alvo (profissionais e trabalhadores que constituirão a clientela da ação/ atividade), a duração e o período de execução, local de realização e recursos a serem utilizados. Esse processo inclui, portanto, a análise de viabilidade das ações propostas, do ponto de vista econômico-financeiro, técnico-operacional e político, bem como a atribuição de responsabilidades aos sujeitos/organizações que deverão assumir a execução das ações propostas e a definição dos prazos em que tais ações deverão ser cumpridas.

4 - Elaboração da proposta de orçamento, que implica a definição do volume de recursos financeiros, por fonte, que serão destinados ao cumprimento dos diversos Módulos Operacionais, sistematizados em um quadro-resumo que contempla a previsão dos valores totais a serem empregados em sua execução.

5 - Estabelecimento dos mecanismos de acompanhamento e avaliação periódica do processo e dos resultados alcançados com a execução do PEPS.

Em cada um desses momentos se fará uso de um conjunto heterogêneo de métodos, técnicas e instrumentos que recolhem, processam e analisam informações de distintas naturezas - demográfica, epidemiológica, socioeconômica, política, técnica e administrativa - bem como orientam o processo de decisão, isto é, de análise de problemas, identificação de necessidades e elaboração de propostas de ações de educação permanente em saúde.

4.2.6 Análise da situação do pessoal de saúde

A identificação dos problemas e necessidades de educação permanente em saúde pressupõe o mapeamento e classificação dos problemas da área de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, ou seja, pressupõe que se faça uma análise mais geral da problemática que afeta os profissionais e trabalhadores inseridos no sistema. Tais problemas podem ser classificados em três grupos:

a) problemas relativos à disponibilidade e distribuição do pessoal de saúde nos diversos níveis gerenciais e operacionais do sistema, geralmente identificados como insuficiência absoluta ou relativa de determinadas categorias profissionais e/ou pessoal técnico e administrativo, a exemplo da insuficiência de médicos nos municípios de pequeno porte, ou a escassez de especialistas em determinadas áreas prioritárias na atenção especializada e hospitalar (anestesiastas, neurologistas, etc.) ou ainda a insuficiência de técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde ou outros técnicos inseridos nos serviços de atenção primária, secundária e mesmo nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (laboratórios, etc.). Esse problema, entretanto, não é passível de solução com ações de EPS, exigindo a tomada de decisões de caráter político - administrativo que contemplem a contratação e alocação de pessoal

b) problemas relativos à inadequação do perfil profissional/técnico às demandas dos processos de trabalho nos serviços de saúde. Estes são os problemas que demandam ações de Educação Permanente em Saúde, voltadas à qualificação dos profissionais e técnicos inseridos no SUS, para que possam desempenhar competentemente as atividades exigidas pelos seus postos de trabalho. Nesse sentido, cabe refletir sobre o distanciamento que ocorre, muitas vezes, entre o processo de formação e o processo de trabalho, isto é, entre o aprendizado desenvolvido nos cursos de graduação das diversas profissões de saúde e as práticas que devem ser realizadas nos diversos níveis de atenção do SUS. A defasagem entre a formação e a prática concreta nos serviços também afeta diversos profissionais gerando uma fragmentação que contribui para a falta de coordenação do processo de trabalho e queda da qualidade da atenção, o que tende a provocar insatisfação no conjunto dos profissionais e trabalhadores. Assim, vale ressaltar, que a ideia de uma Política de EPS implantada nos serviços é exatamente para buscar soluções conjuntas, onde os trabalhadores sejam partícipes do processo, evitando resistências às mudanças necessárias e buscando valorizar a participação e construção coletiva.

c) Problemas relativos à gestão do trabalho em saúde nos diversos níveis de atenção e instâncias de gestão do sistema. Estes problemas geralmente estão relacionados com a indicação

de pessoas para ocuparem cargos e funções de gestão e gerência de serviços, sem a devida qualificação. Mesmo no caso de ocupação desses cargos por profissionais que fazem parte da tecnoestrutura burocrática do Estado, é possível que não se encontrem suficientemente preparados para assumir as responsabilidades derivadas do cargo político-gerencial. Em ambas as situações, é possível e necessário definir ações de Educação Permanente, voltadas à formação e capacitação de gestores e técnicos que ocupam funções gerenciais, especialmente aqueles diretamente envolvidos com a gestão de Políticas e programas estratégicos do SUS, bem como aqueles responsáveis pela gerência de unidades de prestação de serviços, sejam unidades da rede básica, especializada, hospitalar, laboratorial, etc. Desse modo, é importante identificar a existência desse tipo de problema, que, portanto, devem fazer parte da lista de problemas a serem enfrentados com ações de Educação Permanente, ainda que tais ações, nesses casos, não sejam suficientes, visto que a prática de gestão/gerência envolve dimensões que vão além dos conhecimentos e tecnologias de gestão que podem ser acionadas para se garantir eficiência e qualidade do trabalho, demandando também um perfil ético-político coerente com os princípios e valores do SUS.

A identificação e listagem do conjunto de problemas que serão objeto de enfrentamento através de ações de Educação Permanente pode ser feita em um evento especificamente organizado para tal fim, do qual devem participar os diversos sujeitos/organizações envolvidas com a problemática da formação de pessoal e gestão do trabalho no âmbito do SUS.

A realização de uma Oficina deve contemplar a apresentação inicial da proposta metodológica para a elaboração do Plano de Educação Permanente em Saúde, explicitando em que consiste este primeiro momento, qual seja, na identificação dos Problemas e Necessidades de EPS, de acordo com as categorias a serem analisadas. Nessa perspectiva, o convite para a participação na Oficina pode antecipar algo do que será feito na ocasião, através da elaboração de um Termo de Referência específico com os Objetivos e a programação das atividades, solicitando-se que os participantes levem consigo um levantamento preliminar dos problemas (segundo a perspectiva de sua instituição ou setor) com informações sistematizadas que fundamentem a listagem apresentada.

A dinâmica da Oficina, por sua vez, deve contemplar a organização de grupos de trabalho, por categoria de análise, e evidentemente, deve resultar na elaboração de um Relatório que contenha o essencial do que foi discutido e a Lista dos problemas identificados.

4.2.7 Priorização dos problemas e definição dos objetivos e metas de EPS

O levantamento e sistematização da lista de problemas relativos à inadequação dos perfis dos profissionais e trabalhadores às características do processo de trabalho é o ponto de partida para a seleção de prioridades, isto é, para a tomada de decisões com relação a que problemas se enfrentará primeiro. Em outras palavras, os problemas elencados como produto da Oficina de Análise da situação, serão incorporados ao Plano de Educação Permanente em Saúde (PEPS).

O processo de seleção de problemas prioritários deve ser feito com a utilização de alguns critérios que vêm sendo propostos na literatura da área de planejamento, como forma de se superar certo senso comum que muitas vezes prevalece no processo decisório. Os critérios propostos são os seguintes:

a) Relevância do problema, avaliada em termos do impacto negativo que a permanência desse problema pode vir a ter sobre o processo de trabalho/processo de prestação de serviços de saúde ou no processo de gestão do trabalho em saúde;

b) Urgência, avaliada também em função do possível impacto negativo da permanência do problema, levando em conta, ademais, a necessidade de enfrentamento imediato em função de pressões de natureza política e/ou demandas decorrentes da situação epidemiológica¹⁴;

c) Factibilidade, medida em termos da disponibilidade de recursos (financeiros, humanos e materiais) necessários para a realização das atividades de Educação Permanente em Saúde voltadas ao enfrentamento do problema;

Viabilidade, que se refere especificamente à existência de uma vontade política favorável ao desenvolvimento das ações de Educação Permanente em Saúde que se apresentam como necessárias para o enfrentamento do problema.

Uma vez pontuados cada problema, deve-se reorganizar a lista, em ordem decrescente, de modo que os problemas que obtiveram as maiores pontuações serão aqueles a serem priorizados, sendo que o número deles dependerá da decisão feita pela equipe de condução.

Cabe ressaltar que a formulação de Objetivos pode ser feita de duas maneiras, caso se leve em conta os Resultados que se pretende alcançar com as ações de EPS propostas para o enfrentamento do problema ou caso se leve em conta as Ações que se pretende realizar. Vale ressaltar que os objetivos são definidos em função das atividades que se pretende realizar, o que facilita inclusive, a avaliação do alcance das metas (objetivos quantificados, isto é, expressos em termos do número de cursos, oficinas, capacitações, ou em termos do número de pessoas que se pretende capacitar, sensibilizar, informar, enfim, do número de profissionais e/ou

trabalhadores de saúde que se constituirão na população-alvo das atividades de Educação Permanente.

A elaboração dos Objetivos e Metas relativos a cada um dos problemas priorizados pode ser feita a partir do preenchimento de uma Matriz, que constituirá o ponto de partida para a elaboração dos Módulos Operacionais, ou seja, matrizes específicas relativas a cada uma das Linhas de Ação, contendo os problemas priorizados, em cada Linha, os Objetivos e Metas a serem alcançadas, e as atividades previstas, cuja definição constitui o momento seguinte do processo de elaboração do PEPS.

4.2.8 Programação das ações de educação permanente em saúde

Se propõe a condução do PEPS através de Oficinas de trabalho voltadas para a problematização das práticas de saúde desenvolvidas nos serviços, ponto de partida para a mobilização dos profissionais e trabalhadores para se aproximarem e se apropriarem dos conhecimentos e tecnologias já desenvolvidas e disponibilizadas no âmbito do SUS para a realização do trabalho cotidiano nos vários níveis de atenção.

Especialmente no âmbito da Atenção Básica e também em outros níveis do sistema, a definição de protocolos para o manejo de problemas prioritários, a exemplo das condições crônicas e situações de urgência/emergência, bem como o estabelecimento de linhas de cuidado que integram distintos pontos de atenção, constituem hoje um acervo de tecnologias leves e modos de organização das práticas das equipes multiprofissionais de saúde em diversas áreas – como na atenção à saúde da mulher, à saúde do trabalhador, à saúde mental e outros - que podem ser objeto das ações de Educação Permanente em Saúde, invertendo-se o “paradigma” que tende a reproduzir o conhecimento acadêmico, disciplinar e especializado.

Nessa perspectiva, a elaboração do PEPS pode se tornar uma excelente oportunidade para a reflexão em torno das melhores alternativas para se promover a reorientação das práticas de saúde no SUS, tendo em vista o fortalecimento das ações de promoção e vigilância da saúde, a reorganização da assistência com base na integração e na humanização das práticas dos distintos profissionais que compõem a equipe de saúde, quer no âmbito da atenção básica quer na atenção especializada e hospitalar, e também a melhoria da qualidade da gestão do sistema em todos os níveis.

Do ponto de vista organizacional, a construção dos Módulos Operacionais pode se dar através de uma ou várias Oficinas de Trabalho, cujos participantes devem ser profissionais,

docentes e técnicos com competência para propor atividades em suas respectivas áreas de atuação.

Por fim, cabe destacar que o processo de construção dos Módulos Operacionais do PEPS inclui, não só a definição das atividades (cursos, oficinas, seminários, encontros, etc.) que serão desenvolvidas para o enfrentamento de cada problema priorizado, nas várias linhas de ação, mas também supõe a análise dos recursos necessários para a operacionalização dessas atividades.

4.2.9 Elaboração da previsão orçamentária

O estabelecimento de uma previsão orçamentária para o período de execução do PEPS é uma etapa importante do processo de elaboração do Plano, na medida em que circunscreve o horizonte do possível em termos da disponibilidade de recursos financeiros.

Nessa perspectiva, é importante identificar o volume de recursos provenientes das diversas fontes, bem como fazer uma estimativa dos gastos necessários para a execução dos diversos Módulos Operacionais, tratando de identificar as despesas com pessoal e outras despesas de custeio, bem como as eventuais despesas com investimentos (compra de equipamento e material permanente). Para cada Módulo Operacional poder-se-á estimar o custo total, que agregado aos demais Módulos, constituirá o custo provável de execução do Plano.

O balanço entre os recursos disponíveis e os recursos necessários, deverá gerar a elaboração da proposta orçamentária do Plano, com especificação do volume total de recursos a ser disponibilizado e suas possibilidades de gasto em cada ano de execução do Plano, em função das diversas fontes de receita. Com isso, é possível identificar-se eventuais lacunas a serem preenchidas com projetos de captação de recursos para áreas específicas, ou até a possibilidade de remanejamento de recursos entre as diversas áreas.

4.2.10 Definição dos mecanismos de acompanhamento e avaliação

Este momento do processo de elaboração do PEPS implica o estabelecimento dos indicadores que serão utilizados para a avaliação das atividades previstas em cada Módulo Operacional. Tais indicadores podem privilegiar a quantificação das atividades realizadas e/ou a cobertura alcançada em termos do número de profissionais e trabalhadores que participaram das atividades de Educação Permanente. Dada à natureza destas atividades, entretanto, a avaliação quantitativa, com comparação entre as metas definidas e os resultados alcançados, pode ser insuficiente para dar uma ideia do impacto destas atividades na melhoria do

desempenho dos profissionais e na melhoria do acesso, da qualidade e da humanização da prestação de serviços à população, além do que não apreendem o possível efeito que tais atividades podem vir a ter na melhoria da situação de saúde da população usuária do SUS.

Essa dimensão do processo de planejamento, portanto, pode vir a ser objeto de reflexões específicas, para o desenvolvimento de uma proposta de monitoramento e avaliação da implementação do PEPS no município de Ribeirão Grande.

4.2.11 Objetivos, metas e indicadores

As ações de Monitoramento e Avaliação (M&A) destacam-se como principal mecanismo de verificação da efetividade e eficácia das ações em saúde, em qualquer nível de atenção, por meio da pactuação de indicadores. O monitoramento pode ser caracterizado pelo acompanhamento rotineiro de informações relevantes ao serviço, e, por sua vez, a avaliação refere-se a uma compreensão do que foi monitorado, ou seja, é um julgamento de valor de um resultado (HARTZ; SILVA, 2005).

As ações de M&A não podem ser visualizadas apenas como subsidiadoras de punições administrativas ou da alocação de recursos humanos e financeiros. Desse modo, é importante resgatar três características dessas ações (BARCHIFONTAINE; PESSINI, 2002):

- ❖ São posturas éticas a serem assumidas pelos serviços de saúde, pois permitem a organização dos serviços com base em resultados em saúde mensuráveis.
- ❖ Respeitam a Lei nº 8.080/90 no que se refere ao planejamento ascendente do SUS, uma vez que o monitoramento parte de achados das unidades de saúde.
- ❖ Estimulam o controle social, porque os resultados podem ser públicos e devem ser publicizáveis.

Conforme previsto em edital, a complexidade dos indicadores de qualidade é crescente e gradual considerando o tempo de funcionamento da unidade. Com o passar do tempo, novos indicadores poderão ser introduzidos, sendo que os indicadores aqui pactuados tornar-se-ão pré-requisitos para que outros indicadores mais complexos possam ser avaliados.

1) SAÚDE DA MULHER

INDICADOR	META	METODO DE CÁLCULO	PERIODO
1.1 Proporção de gestantes cadastradas pela Equipe de AB	100%	Número de gestantes cadastradas pela equipe de AB, em determinado local e período / Número de gestantes estimadas na área de equipe* no mesmo período X100	100%
1.2 Média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada	>= 7	Número de atendimentos de pré-natal, em determinado local e período / Número de gestantes cadastradas no mesmo local e período	7 ou + consultas
1.3 Proporção de Gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre	95%	Número de gestantes acompanhadas que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre, em determinado local e período / Total de gestantes cadastradas no mesmo local e período X100	95%
1.4 Proporção de Gestantes com o pré-natal em dia;	100%	Número de gestantes que fez consulta de pré-natal no mês, em determinado local e período / Total de gestantes cadastradas, no mesmo local e período X100	100%
1.5 Proporção de Gestantes com vacina em dia;	100%	Número de gestantes com vacina em dia, em determinado local e período / Número de gestantes cadastradas no mesmo local e período X100	100%
1.6 Razão entre exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 25 A 64 ou mais.	0,3	Número de exames Citopatológicos do Colo do Útero, em determinado local e período / População feminina cadastrada na faixa etária de 25 a 64 anos ou mais*, no mesmo local e período <u>(01 Exame a cada 3 anos)</u>	0,33%
1.7 Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	0,2	Número de mamografias para rastreamento realizadas em mulheres residentes na faixa etária de 50 a 69 anos em determinado local e ano. População feminina na mesma faixa etária no mesmo local e ano. <u>(01 exame a cada 2 anos)</u>	0,50%

2) SAÚDE DA CRIANÇA

INDICADOR	META	METODO DE CALCULO	PERIODO
2.1 Média de Atendimento de Puericultura;	$\geq 10,0$	Número de atendimentos de puericultura (médico e enfermeiro) para menores de 2 anos, em determinado local e período / Número de menores de 2 anos* acompanhados no mesmo local e período	10,0
2.2 Proporção de crianças menores de 4 meses com aleitamento exclusivo;	85%	Número de menores de 04 meses com aleitamento materno exclusivo*, em determinado local e período / Número de menores de 04 meses** acompanhadas no mesmo local e período X100	85%
2.3 Proporção de Crianças menores de 1 ano com vacina em dia;	100%	Número de menores de 01 ano com vacina em dia*, em determinado local e período / Número de menores de 01 ano acompanhados mesmo local e período X100	100%
2.4 Proporção de crianças menores de 2 anos pesadas;	100%	Número de menores de 2 anos* pesadas, em determinado local e período / Número de menores de 2 anos** acompanhados no mesmo local e período	100%
2.5 Média de consultas médicas para menores de 2 anos;	≥ 5	Número de consultas médicas para menores de 2 ano, determinado local e período / Número de menores de 2 ano acompanhados, no mesmo local e período	5
2.6 Média de consultas médicas p/ < de 5 anos.	$\geq 8,00$	Número de consultas médicas para menores de 5 anos, determinado local e período / Número de menores de 5 anos cadastrados, no mesmo local e período	8,0
2.7 Proporção de crianças com baixo peso ao nascer;	10%	Número de crianças com peso ao nascer menor que 2.500g, em determinado local e período / Número de nascidos vivos no mesmo local e período X100	10%
2.8 Proporção de crianças < um ano acompanhadas no domicílio (1ª sem) Até o 7º dia	100%	Número de crianças menores de 1 ano acompanhadas, em determinado local e período / Número de crianças menores de 1 ano cadastradas mesmo local e período X100	100%
2.9 Cobertura de crianças < de 5 anos de idade no (SISVAN) ou outro Sistema de Informação.	100%	Número de menores de cinco anos com estado nutricional acompanhado no SISVAN, em determinado local e período / Número de menores de cinco anos cadastradas no mesmo local e período X100	100%

3) CONTROLE DIABETES E HIPERTENSÃO ARTERIAL

INDICADOR	META	METODO DE CALCULO	PRAZO
3.1 Proporção de diabéticos cadastrados.	100%	Número de diabéticos cadastrados, em determinado local e período / Número estimado* de diabéticos de 15 anos ou mais mesmo local e período x100	100%
3.2 Proporção de hipertensos cadastrados.	100%	Número de hipertensos cadastrados, em determinado local e período / Número estimado* de hipertensos de 15 anos ou + mesmo local e período x100	100%
3.3 Média de atendimentos por Diabéticos.	>=4	Número de atendimentos de médico e de enfermeiro para pessoas com diabetes, em determinado local e período / Número de pessoas com diabetes cadastrados no mesmo local e período	4 (A cada 3 meses 4 X ano)
3.4 Média de atendimentos por Hipertensos.	>= 4	Número de atendimentos médicos e de enfermeiro para hipertensos, em determinado local e período / Número de hipertensos cadastrados no mesmo local e período	4 (A cada 3 meses 4 X ano)

4) SAÚDE BUCAL

INDICADOR	META	METODO DE CALCULO	PRAZO
4.1 Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	40%	Número de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada realizada, em determinado local e período* / População cadastrada no mesmo local e período X100	40%
4.2 Cobertura de primeira consulta odontológica programática	40%	Número de primeiras consultas odontológicas programáticas, em determinado local e período / População cadastrada no mesmo local período X100	40%
4.3 Cobertura de 1ª consulta de atendimento odontológico à gestante.	100%	Número de gestantes atendidas em primeira consulta pelo Cirurgião Dentista da ESB, em determinado local e período / Número de gestantes cadastradas no mesmo local e período X100	100%
4.4 Razão entre		Número de Tratamentos Concluídos (TC)	

Tratamentos Concluídos e Primeiras Consultas	≥ 1	pelo Cirurgião Dentista da ESB, em determinado local e período / Número de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas pelo Cirurgião Dentista da ESB no mesmo local e período	1
4.5 Média de instalações de próteses dentárias.	*	Número de instalações de próteses dentárias realizada pela equipe de saúde bucal, em determinado local e período / População cadastrada no mesmo local e período x 0,03*	Não se aplica

5) PRODUÇÃO GERAL

INDICADOR	META	METODO DE CALCULO	PRAZO
5.1 Média de consultas médicas por habitante.	$\geq 3,5$	<i>Número total de consultas médicas, em determinado local e período X População residente cadastrada no Mesmo local e período.</i>	3,5
5.2 Proporção de consultas médicas p/ cuidado continuado/ programado.	100%	<i>Número de Consultas Médicas Básicas para Cuidado Continuado em determinado local e período / Número total de consultas Médicas Básicas no mesmo local e período</i>	100%
5.3 Proporção de encaminhamentos para atendimento de urgência e emergência.	100%	<i>Número de Encaminhamentos para Atendimento de Urgência/Emergência / em determinado local e período / Número total de consultas Médicas Básicas no mesmo local e período</i>	100%
5.4 Proporção de encaminhamentos para atendimento especializado.	100%	<i>Número de Encaminhamentos para Atendimento Específico em determinado local e período / Número total de consultas Médicas Básicas no mesmo local e período</i>	100%
5.5 Média de exames solicitados por consulta médica básica.	4,4	<i>Número de exames solicitados, em determinado local e período Número total de consultas médicas básicas no mesmo local e período</i>	4,4
5.6 Média de atendimentos de	≥ 3	<i>Número de atendimentos de enfermeiro, em determinado local e período</i>	4

enfermeiro.		<i>Número total de pessoas cadastradas no mesmo local e período</i>	
5.7 Média de visitas domiciliares realizadas pelo ACS por família cadastrada.	Pelo menos 1 visita mês por família cadastrada	<i>Número de visitas domiciliares realizadas pelo ACS às famílias cadastradas, em determinado local e período</i> <i>Número total de famílias acompanhadas no mesmo local e período x 100</i>	1/mês 100%
5.8 Proporção de acompanhamento das condicionalidades de saúde nas famílias beneficiárias do PBF	85%	<i>Número de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família acompanhadas pela atenção básica, em determinado local e período / Nº de famílias cadastradas no programa x100</i>	85%
5.9 Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB)	20%	<i>No de internações por causas sensíveis selecionadas a Atenção Básica, em determinado local e período / Total de internações clínicas, em determinado local e período x100</i>	20%

6) TUBERCULOSE E HANSENIASE

INDICADOR	META	METODO DE CALCULO	PRAZO
6.1 Média de atendimentos de Tuberculose.	Pelo menos 1 atendimento mês no caso diagnosticado	<i>Número de Atendimentos Médicos e Enfermeiros para pessoas com Tuberculose em determinado local e período / Número de pessoas com Tuberculose cadastradas no mesmo local e período.</i>	100%
6.2 Média de atendimentos de Hanseníase.	Pelo menos 1 atendimento mês no caso diagnosticado	<i>Número de Atendimentos Médicos e Enfermeiros para pessoas com Hanseníase em determinado local e período / Número de pessoas com Hanseníase cadastradas no mesmo local e período.</i>	100%

7) SAÚDE MENTAL

INDICADOR	META	METODO DE CALCULO	PRAZO
7.1 Proporção de atendimentos em Saúde Mental, exceto	A construir	Número de atendimentos em Saúde Mental, em determinado local e período / Número total de atendimentos de	X100 A construir

usuários de álcool e drogas.		médico e de enfermeiro no mesmo local e período	
7.2 Proporção de atendimentos de usuário de álcool.	A construir	Número de atendimentos de usuário de álcool, em determinado local e período / Número total de atendimentos de médico e de enfermeiro no mesmo local e período	X 100 A construir
7.3 Proporção de atendimentos de usuário de drogas.	A construir	Número de atendimentos de usuário de drogas, em determinado local e período / Número total de atendimentos de médico e de enfermeiro no mesmo local e período	X 100 A construir
7.4 Taxa de prevalência de alcoolismo.	A construir	Número de alcoolistas cadastrados na população de 15 anos ou mais, em determinado local e período / Número de pessoas de 15 anos ou mais cadastradas no mesmo local e período	X 100 A construir

5. PROPOSTA ORÇAMENTÁRIA

O VALOR TOTAL MENSAL proposto pelo INSTITUTO DE ESTRATÉGIAS PARA SAÚDE E ASSISTÊNCIA, inscrito no CNPJ sob o nº 12.816.011/0001-23, para *operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde desenvolvidos na Estratégia de Saúde da Família – ESF do município de Ribeirão Grande*, é de **R\$ 326.318,90 (trezentos e vinte e seis mil trezentos e dezoito reais e noventa centavos)**, o que perfaz um valor anual de **R\$ 3.915.826,80 (três milhões novecentos e quinze mil oitocentos e vinte e seis reais e oitenta centavos)**.

Esta proposta é válida por 90 dias.

São José/SC, 22 de fevereiro de 2023.

INSTITUTO DE ESTRATÉGIAS PARA SAÚDE E ASSISTÊNCIA - IESA
CNPJ 12.816.011/0001-23
Pedro Luiz Bragança Ferreira | Diretor Presidente

Aprovado pelo Conselho de Administração