

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO SMS N.º 003/2017
(PROCESSO CADASTRAMENTO PARA QUALIFICAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE E DE SELEÇÃO PÚBLICA DE PROJETO DE GESTÃO PARA UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA – USF)

| PREÂMBULO | |
|--|---|
| ACESSO AO EDITAL COMPLETO | DATA, HORÁRIO E LOCAL DOS EVENTOS |
| <p>O Edital e seus Anexos poderão ser acessados para impressão e cópia no seguinte endereço eletrônico: www.barretos.sp.gov.br/saude</p> | <p>REQUERIMENTO PARA QUALIFICAÇÃO: de 21/11/2017 a 11/12/2017, das 8h00 às 14h00.</p> <p>VISITA TÉCNICA: de 21/11/2017 a 22/12/2017, das 8h00 às 14h00, nos seguintes endereços:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Unidade de Saúde da Família “Dr. Bartolomeu Maragliano Venere” Rua 1.º de Maio s/n.º – CEP 14780-200 – Bairro Derby Club – Unidade de Saúde da Família “Dr. Apolônio Moraes e Souza” Rua L-6 s/n.º – CEP 14787-085 – Bairro Los Angeles – Unidade de Saúde da Família “Dr. Wilson Hayeck Saigh” Alameda Dep. Eloy Chaves s/n.º – CEP 14783-261 – Cecap I – Unidade de Saúde da Família “Dr. José Parassu Borges” Avenida Ibirapuera s/n.º - CEP 14784-128 – Bairro Ibirapuera – Unidade de Saúde da Família “Dr. Sérgio Nogueira Franco” Avenida Libano n.º 1050 – CEP 14784-062 – Bairro City Barretos <p>ENTREGA DA CARTA DE CREDENCIAMENTO E DOS ENVELOPES: 24/01/2018, das 8h00 às 14h00, no Protocolo do Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde, sito à Avenida Ibirapuera n.º 177, CEP 14784-125, Bairro City Barretos, Barretos/SP.</p> <p>SESSÃO DE ABERTURA DO ENVELOPE 1: 29/01/2018 às 9h00, impreterivelmente, na Sala do Conselho Municipal de Saúde, sita na Avenida Ibirapuera n.º 177, Bairro City Barretos, Barretos/SP.</p> |

A **PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE BARRETOS, ESTADO DE SÃO PAULO**, através da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, torna público que fará realizar **PROCESSO DE CADASTRAMENTO PARA QUALIFICAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE – OSS E DE SELEÇÃO PÚBLICA DE PROJETO DE GESTÃO**, aberto às Organizações Sociais de Saúde qualificadas nos termos da Lei Municipal 3.447, de 14 de agosto de 2001, com alterações subsequentes, regulamentada pelo Decreto Municipal n.º 6.620, de 16 de julho de 2010, para operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde desenvolvidos nas Unidades de Saúde da Família – USF referenciadas neste Edital.

Este Edital de Chamamento Público e seus Anexos serão publicados na sua integralidade em jornal da Imprensa Municipal, que estará disponível para consulta e impressão no seguinte endereço eletrônico: www.barretos.sp.gov.br/folhadobarretos.

1. DO OBJETO

1.1. Constitui objeto deste instrumento a seleção de Organização Social de Saúde – OSS, já qualificada no âmbito do Município de Barretos, nos termos da Lei Municipal 3.447, de 14 de agosto de 2001, com alterações subsequentes, regulamentada pelo Decreto Municipal n.º 6.620, de 16 de julho de 2010, para a operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde desenvolvidos nas seguintes Unidades de Saúde da Família – USF, através da celebração de Contrato de Gestão, a partir de projeto técnico e proposta financeira selecionados de acordo com as condições estabelecidas no presente Edital e seus respectivos Anexos, que são parte integrante e indissociável deste instrumento, assegurando assistência universal e gratuita à população:

- Unidade de Saúde da Família “Dr. Bartolomeu Maragliano Venere” (CNES 2093650)
Rua 1.º de Maio s/n.º – CEP 14780-200 – Bairro Derby Club;
- Unidade de Saúde da Família “Dr. Apolônio Moraes e Souza” (CNES 2048736)
Rua L-6 s/n.º – CEP 14787-085 – Bairro Los Angeles;

- Unidade de Saúde da Família “Dr. Wilson Hayeck Saigh” (CNES 2093642)
Alameda Dep. Eloy Chaves s/n.º – CEP 14783-261 – Cecap I;
- Unidade de Saúde da Família “Dr. José Parassu Borges” (CNES 2048744)
Avenida Ibirapuera s/n.º - CEP 14784-128 – Bairro Ibirapuera; e
- Unidade de Saúde da Família “Dr. Sérgio Nogueira Franco” (CNES 7585020)
Avenida Líbano n.º 1050 – CEP 14784-062 – Bairro City Barretos.

2. DO PROCESSO DE QUALIFICAÇÃO E DA VISITA TÉCNICA ÀS UNIDADES DE SAÚDE REFERENCIADAS

- 2.1. Para fins de obtenção da qualificação e credenciamento como Organização Social, na área da Saúde, as entidades solicitantes deverão possuir os requisitos necessários conforme preceituado nos artigos 1.º, 2.º, 3.º e 4.º da Lei n.º 3.447, de 14 de agosto de 2001, com alteração subsequente, regulamentada pelo Decreto Municipal n.º 6.620, de 16 de julho de 2010, para apresentação dos documentos que comprovem a capacidade de atuar em conformidade com a legislação municipal, por meio de requerimento dirigido ao Chefe do Poder Executivo Municipal, com a apresentação de cópia autenticada dos seguintes documentos:
- 2.1.1. Estatuto registrado em Cartório;
 - 2.1.2. Ata da Eleição de sua atual diretoria;
 - 2.1.3. Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ); e
 - 2.1.4. Certidão de Antecedentes Criminais de seus diretores.
- 2.2. A apresentação do requerimento devidamente acompanhado da documentação exigida na Lei Municipal n.º 3.447, de 14 de agosto de 2001, com alteração subsequente, regulamentada pelo Decreto Municipal n.º 6.620, de 16 de julho de 2010, dar-se-á de 21/11/2017 a 11/12/2017, das 8h00 às 14h00, no setor de **Protocolo Geral**, sito à **Avenida Almirante Gago Coutinho n.º 500**, Bairro Aeroporto, Barretos – SP.
- 2.3. O responsável designado pelo Prefeito Municipal para avaliação da documentação, terá o prazo de até 15 (quinze) dias, contados do recebimento do requerimento, para, através de parecer, deferir ou não o pedido de qualificação nos termos da legislação em epígrafe.
- 2.4. Em havendo o DEFERIMENTO do pedido de qualificação, o respectivo Decreto qualificando o requerente como Organização Social de Saúde – OSS, no âmbito do Município de Barretos, será expedido no prazo máximo de 15 (quinze) dias após a apreciação, e será publicado na Imprensa Oficial do Município.
- 2.5. Em havendo o INDEFERIMENTO do pedido de qualificação será dada ciência, por escrito, aos interessados das razões do indeferimento, no prazo máximo de 10 (dez) dias após a apreciação.
- 2.5.1. O pedido de qualificação será INDEFERIDO se:
 - 2.5.1.1. A requerente não preencher os requisitos dispostos na legislação em vigor;
 - 2.5.1.2. A documentação apresentada estiver incompleta.
- 2.6. Os interessados que tiverem o pedido indeferido terão 15 (quinze) dias para solicitar reapreciação do pedido, que será reanalisado em até 15 (quinze) dias.

- 2.7. Constitui de total responsabilidade do requerente a autenticidade dos documentos apresentados e a veracidade das declarações ora prestadas.
- 2.8. A visita técnica às Unidades de Saúde da Família – USF elencadas no item 1.1 deste Edital, a fim de ser tomado pleno conhecimento de todas as informações, condições locais e infraestrutura, imprescindíveis para a contratação do objeto deste Processo de Seleção Pública de Projeto de Gestão, deverá ser realizada no período e horário especificados no Preâmbulo deste Edital, e agendada pelos telefones: (17) 3325-2874, (17) 3321-1288 (ramais 1310/1313).
- 2.9. Na ocasião da visita técnica, o interessado deverá estar munido de documento de identificação pessoal original, além de documento da Entidade que representa.
- 2.10. A comprovação da visita técnica será feita através da emissão de “**ATESTADO DE VISITA TÉCNICA**” nas unidades referenciadas, conforme modelo constante do Anexo VIII.
- 2.11. O Atestado de Visita Técnica deverá fazer parte integrante do envelope juntamente com os Documentos de Habilitação sob pena de inabilitação, não cabendo posteriormente qualquer alegação de desconhecimento por falta de informação.

3. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

- 3.1. Poderão participar do presente Processo de Seleção Pública de Projeto de Gestão toda entidade de direito privado, sem fins lucrativos, devidamente qualificada como Organização Social de Saúde – OSS, no âmbito do município de Barretos, e que atendam a todas as exigências contidas neste Edital.
- 3.2. Estarão impedidos de participar de qualquer fase do processo os interessados que se enquadrem em uma ou mais das situações a seguir:
- 3.2.1. Entidades que não sejam qualificadas como Organização Social de Saúde – OSS no âmbito do município de Barretos;
- 3.2.2. Entidades que se encontrem em processo de falência, concordata, insolvência, dissolução e/ou liquidação ou, ainda, em recuperação judicial;
- 3.2.3. Entidades declaradas inidôneas pelo Poder Público;
- 3.2.4. Entidades consorciadas;
- 3.2.5. Entidades que tenham sido punidas com suspensão do direito de licitar e contratar com a Administração Pública Municipal ou declaradas inidôneas para licitar ou contratar com a Administração Pública;
- 3.2.6. Entidades das quais, na sua diretoria ou quadro de associados, possua servidor público do município de Barretos, salvo nas hipóteses de cessão admitidas em lei.
- 3.3. Na hipótese da Entidade não ter sua sede no Estado de São Paulo, deverá providenciar seu registro junto ao Conselho Regional de Medicina de São Paulo – CREMESP, até o momento da assinatura do Contrato de Gestão.
- 3.4. Nenhum interessado poderá participar do presente Processo de Seleção Pública de Projeto e Gestão representando mais de uma Entidade.
- 3.5. Os interessados deverão declarar, por escrito, ter pleno conhecimento dos termos constantes deste Edital e de seus Anexos, bem como das condições gerais e particulares do objeto da seleção, não podendo invocar qualquer desconhecimento como elemento impeditivo da correta formulação da proposta e do integral

cumprimento das obrigações decorrentes da contratação do objeto do presente Processo de Seleção Pública de Projeto de Gestão.

4. DO CREDENCIAMENTO

- 4.1. Os atos públicos poderão ser presenciados por qualquer pessoa, porém, só terão direito a usar da palavra, rubricar documentos, interpor recursos e firmar a ata os representantes devidamente credenciados pelas Entidades interessadas.
- 4.2. Os interessados que desejarem credenciar representantes deverão fazê-lo, por escrito, conferindo-lhes poderes amplos para atuar em todas as fases do presente Processo de Seleção Pública de Projeto de Gestão, inclusive para receber intimações e, eventualmente, interpor recursos ou deles desistir, de acordo com o modelo sugerido no Anexo IX.
- 4.3. A Carta de Credenciamento deverá ser apresentada na data de entrega do envelope, de acordo com o especificado no Preâmbulo deste Edital, contendo todos os elementos identificadores do representante, sua função junto à Entidade, número de documentos de identificação e firma reconhecida, sendo que a falta de sua apresentação não inabilita o interessado, mas impede qualquer manifestação em nome do representado. O representante credenciado deverá apresentar na sessão de abertura do envelope, documento original de identificação com foto.

5. DA FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS ENVELOPES

- 5.1. Os interessados deverão entregar os **DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO (ENVELOPE 1)** e o **PROJETO (ENVELOPE 2)**, na sede da Secretaria Municipal de Saúde, sita à Avenida Ibirapuera n.º 177, CEP 14784-125, Bairro City Barretos, Barretos/SP, no período estabelecido no Preâmbulo deste Edital.
- 5.2. Os Documentos de Habilitação deverão ser apresentados no Envelope 1, fechado e indevassável, contendo em sua parte externa, além do nome e endereço da Proponente, as seguintes indicações:

**EDITAL CHAMAMENTO PÚBLICO SMS N.º 003/2017
(PROCESSO DE SELEÇÃO DE PROJETO DE GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE DA
FAMÍLIA – USF)**

ENVELOPE 1 – DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE BARRETOS/SP
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

- 5.2.1. Os interessados deverão agrupar, separadamente e com folha de identificação dos blocos, de acordo com a sequência determinada em todo o conteúdo do item 6 deste Edital.
- 5.3. O Projeto deverá ser materializado tendo como base as condições estabelecidas no Edital e seus Anexos, e deverá ser apresentado no Envelope 2, fechado e indevassável, contendo em sua parte externa, além do nome e endereço da Proponente, as seguintes indicações:

**EDITAL CHAMAMENTO PÚBLICO SMS N.º 003/2017
(PROCESSO DE SELEÇÃO DE PROJETO DE GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE DA
FAMÍLIA – USF)**

ENVELOPE 2 – PROJETO

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE BARRETOS/SP
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

6. DA DOCUMENTENÇÃO DE HABILITAÇÃO

6.1. DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO JURÍDICA:

- 6.1.1. Cópia do ato qualificador de Organização Social de Saúde expedido pelo Poder Executivo do município de Barretos/ SP;
- 6.1.2. Estatuto Social registrado no Cartório competente, que demonstre que a sua área de atuação é compatível com o objeto do presente Processo de Seleção Pública de Projeto de Gestão, regido por este Edital;
- 6.1.3. Ata de fundação da Entidade;
- 6.1.4. Ata de eleição e de posse da atual Diretoria Executiva ou instância equivalente ao órgão de gestão;
- 6.1.5. Cópia da cédula de identidade (RG) e do cartão de inscrição no CPF/MF dos representantes legais da Entidade.

6.2. DOCUMENTOS DE REGULARIDADE FISCAL E TRABALHISTA:

- 6.2.1. Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ) do Ministério da Fazenda;
- 6.2.2. Prova de regularidade para com a Fazenda Federal, mediante a apresentação de Certidão Conjunta Negativa de Débitos (ou positiva com efeitos de negativa), relativos a tributos federais e à Dívida Ativa da União, expedida pela Secretaria da Receita Federal;
- 6.2.3. Prova de regularidade para com a Fazenda Municipal mediante apresentação de Certidão Negativa (ou positiva com efeitos de negativa) de tributos mobiliários, expedida no local do domicílio ou da sede da Entidade interessada;
- 6.2.4. Prova de regularidade perante o Sistema de Seguridade Social (INSS), mediante a apresentação da Certidão Negativa de Débito (ou positiva com efeitos de negativa);
- 6.2.5. Prova de regularidade perante o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), por meio da apresentação do Certificado de Regularidade (CRF) do FGTS;
- 6.2.6. Prova de inscrição no Cadastro de Contribuintes Municipal, relativo ao domicílio ou sede da participante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto do presente Processo de Seleção Pública de Projeto de Gestão;
- 6.2.7. Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT) (ou positiva com efeitos de negativa), de acordo com a Lei Federal n.º 12.440, de 7 de julho de 2011.

6.3. DOCUMENTOS DE QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA:

- 6.3.1. Certidão negativa de falência ou recuperação judicial, expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, cuja pesquisa tenha sido realizada em data não anterior a 60 (sessenta) dias da data prevista para a apresentação do Envelope;
- 6.3.2. Balanço patrimonial e demonstrações contábeis do último exercício social, com os respectivos termos de abertura e encerramento, já exigíveis e apresentados na forma da lei, que comprovem a boa situação financeira da Entidade, vedada sua substituição por balancetes ou balanços provisórios, registrados no órgão competente e assinados por Contador;

- 6.3.3. Nos casos de Entidades recém-constituídas, com tempo de atividade inferior a 1 (um) ano, o disposto no item 6.3.2 deverá ser substituído por Balanço de Abertura, devidamente registrado ou autenticado no órgão competente e assinado por contador.
- 6.3.4. Demonstração de que a Entidade possui capacidade econômico-financeira, de acordo com os índices a seguir, que serão calculados a partir do Balanço Patrimonial apresentado:

| | |
|---|--|
| Índice de Liquidez Corrente (ILC), maior ou igual a 1,0 | Onde: |
| $ILC = \frac{AC}{PC}$ | AC: Ativo Circulante PC: Passivo Circulante |
| Índice de Liquidez Geral (ILG), maior ou igual a 1,0 | Onde: |
| $ILG = \frac{AC + ARLP}{PC + PE}$ | AC: Ativo Circulante ARLP: Ativo Realizável a Longo Prazo PC: Passivo Circulante PE: Passivo Exigível |
| Índice de Solvência Geral (ISG), maior ou igual a 1,0 | Onde: |
| $ISG = \frac{AT}{PC + PNC}$ | AT: Ativo Total PC: Passivo Circulante PNC: Passivo Não Circulante |

- 6.4. DOCUMENTOS DE QUALIFICAÇÃO TÉCNICA:
- 6.4.1. Prova de registro ou inscrição da OSS na Entidade profissional competente;
- 6.5. DOCUMENTOS COMPLEMENTARES:
- 6.5.1. Declaração da Entidade interessada elaborada em papel timbrado e subscrita por seu representante legal de que se encontra em situação regular perante o Ministério do Trabalho, conforme modelo sugerido no Anexo X;
- 6.5.2. Declaração da Entidade firmada por representante legal de que não está cumprindo pena de suspensão temporária, tampouco sanção de inidoneidade para contratar com a Administração Pública, conforme modelo sugerido no Anexo XI;
- 6.5.3. Declaração da Entidade firmada por seu dirigente de que não possui agente público no exercício a qualquer título, em cargo de direção, conforme modelo sugerido no Anexo XII;
- 6.5.4. Declaração da Entidade firmada por seu dirigente declarando pleno conhecimento de todo o conteúdo deste Edital, bem como do objeto a ser pactuado e de suas condições, conforme modelo sugerido no Anexo XIII;
- 6.6. DISPOSIÇÕES GERAIS SOBRE A DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO:
- 6.6.1. Os documentos poderão ser apresentados no original por qualquer processo de cópia autenticada por Cartório competente ou mesmo cópia simples, desde que acompanhada do original para que seja autenticada pela Comissão Especial de Seleção.
- 6.6.2. Não serão aceitos neste procedimento “protocolos de entrega” ou “solicitação de documentos” em substituição aos documentos ora exigidos, sobretudo no que se refere às certidões.

- 6.6.3. Na hipótese de não constar prazo de validade nas certidões apresentadas, a Comissão Especial de Seleção aceitará como válidas aquelas expedidas até 180 (cento e oitenta) dias imediatamente anteriores à data de apresentação das propostas, salvo a Certidão de Falência referida no 6.3.1.
- 6.3.4. A Entidade deverá apresentar os documentos correspondentes ao estabelecimento, matriz ou filial, através do qual pretende firmar o Contrato de Gestão.
- 6.3.5. É vedada a mescla de documentos de estabelecimentos diversos, exceto prova de regularidade para com o Fundo de Garantia de Tempo de Serviço (FGTS) e Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), quando houver recolhimento centralizado desses tributos.
- 6.3.6. Será inabilitada a Entidade que deixar de apresentar qualquer um dos documentos de habilitação requeridos com o prazo de validade vencido ou em desconformidade com o disposto neste Edital.

7. DO PROJETO

- 7.1. O Projeto deverá ser materializado tendo como base as condições estabelecidas no Edital e seus Anexos, observados os seguintes requisitos:
 - 7.1.1. O Projeto deverá ser redigido no vernáculo, encabeçado por índice relacionando todos os documentos e as folhas que o contém, impressas sem alternativas, opções, emendas, ressalvas, borrões, rasuras ou entrelinhas, devendo ser apresentado em 2 (duas) vias, numeradas e rubricadas, sem emendas ou rasuras na forma original ou cópia autenticada para fins de apreciação quanto aos parâmetros para pontuações previstas nos itens 9.11 e 9.11.4 desta Cláusula e deverá conter os elementos abaixo indicados, obedecida a seguinte ordem:
 - 7.1.1.1. Número do Edital de Chamamento Público e o seu objeto;
 - 7.1.1.2. Apresentação do Projeto, conforme Roteiro previsto no Anexo III, contendo indispensavelmente:
 - 7.1.1.2.1. Definição de metas operacionais indicativas de melhoria da eficiência e qualidade do serviço, do ponto de vista econômico, operacional e administrativo e os respectivos prazos e formas de execução;
 - 7.1.1.2.2. Apresentação de indicadores adequados de desempenho, qualidade, produtividade, econômico-financeiros e de expansão, na prestação dos serviços autorizados;
 - 7.1.1.2.3. Especificação do orçamento para execução do Projeto, conforme Modelo de Plano Orçamentário de Custeio para o Período de 12 (doze) Meses e do Cronograma de Desembolso Mensal por Unidade Gerenciada, conforme Anexo V.
 - 7.1.1.3. As Entidades deverão assumir todos os custos associados à elaboração de suas propostas, não cabendo nenhuma indenização pela aquisição dos elementos necessários à organização e apresentação das propostas.
 - 7.2. Após a data e horário estabelecidos no presente Processo de Seleção Pública de Projeto de Gestão para a entrega dos invólucros, nenhum envelope poderá ser recebido.
 - 7.3. Em nenhuma hipótese, será concedido prazo para apresentação ou substituição de documentos exigidos e não inseridos no envelope. No entanto, a Comissão Especial de Seleção poderá solicitar informações e/ou esclarecimentos complementares que julgar necessários.

- 7.4. Não será levado em consideração nenhum outro documento anexado além daqueles indicados no presente Processo de Seleção Pública de Projeto de Gestão, e não será permitida a realização de alteração no modelo da proposta, devendo ser preenchidos todos os seus respectivos campos.
- 7.5. A Entidade proponente deverá especificar o prazo de validade do Projeto, não inferior a 90 (noventa) dias, contados da data de abertura do presente Processo de Seleção Pública de Projeto de Gestão.
- 8. DA SESSÃO DE RECEBIMENTO E ABERTURA DOS ENVELOPES**
- 8.1. No dia 29/01/2018, às 9h00, impreterivelmente, sem adição de tempo de espera, na Sala do Conselho Municipal de Saúde, situada na Avenida Ibirapuera n.º 177, Bairro City Barretos, Barretos/SP, a Comissão Especial de Seleção, em sessão pública, receberá do Setor de Protocolo do Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde os Envelopes 1 e 2 devidamente fechados e indevassáveis, bem como as Cartas de Credenciamento, e dará início à sua abertura, sendo seu conteúdo submetido aos interessados para vistas, exames e rubricas.
- 8.2. Após tal evento, a sessão será encerrada e os trabalhos suspensos para que se proceda à análise individualizada da documentação de habilitação.
- 9. DO PROCEDIMENTO E CRITÉRIOS PARA ANÁLISE E JULGAMENTO DOS DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO E DO PROJETO**
- 9.1. O processamento e o julgamento obedecerão às disposições contidas neste Edital.
- 9.2. Será lavrada ata circunstanciada de todo o ocorrido durante a sessão.
- 9.3. A Comissão Especial de Seleção procederá à verificação das credenciais do representante legal da Entidade jurídica e dos Envelopes fechados, identificados e lacrados, procedendo em seguida à sua abertura.
- 9.4. Ficará impedido de quaisquer manifestações em referência a fatos relacionados com a presente seleção, o representante da Organização Social de Saúde participante que não apresentar o instrumento de representação.
- 9.5. Iniciada a sessão, não será permitida a participação de retardatários.
- 9.6. O julgamento dos Documentos de Habilitação será feito na sessão de abertura dos Envelopes. O resultado do julgamento será informado antes do encerramento da sessão.
- 9.7. No julgamento da documentação, será considerada a data de validade expressa nas certidões, sendo que serão habilitadas as entidades que atenderem a todos os requisitos fixados neste Edital.
- 9.8. No julgamento do Projeto apresentado pelas Entidades participantes habilitadas serão observados os critérios definidos neste Edital, conforme índices de pontuação expressamente determinados, cuja soma equivale ao máximo de 100 (cem) pontos.
- 9.10. A análise dos elementos do Projeto pela Comissão Especial de Seleção será efetuada em reunião reservada e, para essa análise, poderá recorrer a assessoramento técnico, jurídico e econômico quando achar necessário.
- 9.11. O Projeto será analisado e pontuado conforme os quadros abaixo:

QUADRO 1
DEFINIÇÃO DOS CRITÉRIOS BÁSICOS PARA FINS DE AVALIAÇÃO DA PROPOSTA TÉCNICA DO PROJETO

| QUESITO | NOTA | CRITÉRIO | PONTUAÇÃO MÁXIMA |
|---|------|--|------------------|
| 1. Tempo de atuação da Entidade na prestação de serviços de saúde pública – Deverá ser comprovado mediante atestado, certidão ou cópias de contrato ou ajustes celebrados pela Entidade, ou outros instrumentos aptos à demonstração pretendida. | P1 | Até 1 (um) ano. | 1 |
| | | De 1 (um) a 3 (três) anos. | 3 |
| | | Acima de 3 (três) anos. | 5 |
| 2. Tempo de experiência dos membros do corpo técnico da Entidade – Deverá ser comprovado mediante atestado, certidão ou cópias de contrato ou ajustes celebrados pela Entidade, ou outros instrumentos aptos à demonstração pretendida. | P2 | Até 1 (um) ano. | 1 |
| | | De 1 (um) a 5 (cinco) anos. | 3 |
| | | Acima de 5 (cinco) anos. | 5 |
| 3. Avaliação do Projeto segundo a proposta técnica e programa de trabalho. | P3 | Organização e conteúdo do Projeto. | 0 a 10 |
| | P4 | Atendimento a todos os itens do Roteiro. | 0 a 10 |
| | P5 | Clareza, objetividade, detalhamento e especificações do Projeto. | 0 a 10 |
| | P6 | Qualidade dos critérios de avaliação sugeridos. | 0 a 10 |
| 4. Adequação das atividades propostas à qualidade na prestação dos serviços. | P7 | Ações voltadas à qualidade da prestação e atendimento à comunidade através de Manuais, Educação Continuada, Protocolos, Serviço de Avaliação e Satisfação do Usuário e outros. | 0 a 10 |
| 5. Adequação entre os meios sugeridos e resultados presumidos. | P8 | Recursos humanos estimados. | 0 a 5 |
| | P9 | Organização das atividades de apoio. | 0 a 2,5 |
| | P10 | Sistemática de programas de manutenção predial, de gestão de medicamentos e de equipamentos. | 0 a 2,5 |
| 6. Comissões/Serviços | P11 | 0 Comissão/Serviço. | 0 |
| | | 1 Comissão/Serviço. | 5 |
| | | 2 a 3 Comissões/Serviços. | 10 |

9.11.1. O julgamento da proposta técnica terá nota máxima conjunta de 80 pontos, conforme a pontuação acima indicada e somadas segundo a fórmula abaixo:

| | |
|--|---|
| $NPT = P1 + P2 + P3 + P4 + P5 + P6 + P7 + P8 + P9 + P10 + P11$ | Onde: NPT: Nota da Proposta Técnica do Projeto |
|--|---|

9.11.2. A pontuação, observados os critérios dos quesitos 1 e 2, não será cumulativa, ou seja, serão computados uma única vez, cada qual, observado sempre o critério mais graduado, permitindo-se, no caso do quesito 2, o acúmulo de tempo de experiência para o mesmo profissional e em períodos não concomitantes.

9.11.3. A pontuação dos critérios assinalados para os quesitos 3, 4 e 5, serão calculados observando-se os seguintes pesos:

9.11.3.1. 0,0 (zero) – insatisfatório;

9.11.3.2. 0,5 (meio) – regular;

9.11.3.3. 1,0 (um) – satisfatório.

9.11.4. A pontuação atribuída aos critérios dos quesitos abrangidos pelo disposto no item anterior resultará da multiplicação entre o peso e a respectiva pontuação, conforme quadro acima.

QUADRO 2
DEFINIÇÃO DOS CRITÉRIOS BÁSICOS PARA FINS DE AVALIAÇÃO DA PROPOSTA FINANCEIRA DO PROJETO

| QUESITO | NOTA | CRITÉRIO | PONTUAÇÃO MÁXIMA |
|--|------|--|------------------|
| 1. Valor da Proposta financeira do Projeto | P12 | Se a proposta financeira, sendo exequível, representar valores de até 85% do valor máximo estimado neste Edital. | 15 |
| | | Se a proposta financeira representar valores acima de 85,1% até 95% do valor máximo estimado neste Edital. | 7,5 |
| | | Se a proposta financeira representar valores acima de 95,1 até 100% do valor máximo estimado neste Edital. | 2,5 |
| 2. Descrição e adequação da proposta financeira. | P13 | Clareza, objetividade e nível de detalhamento dos custos. | 0 a 2,5 |
| | P14 | Adequação entre os meios sugeridos, seus custos, cronogramas e resultados. | 0 a 2,5 |

9.11.5. A pontuação da proposta financeira será de até 20 pontos e será dada pela somatória das pontuações para cada um dos quesitos acima, conforme a seguinte fórmula:

| | |
|-------------------------|---|
| $NPF = P12 + P13 + P14$ | Onde: NPF: Nota da Proposta Financeira |
|-------------------------|---|

9.11.6. A pontuação dos critérios assinalados para o quesito 2, será calculada observando-se os seguintes pesos:

9.11.6.1. 0,0 (zero) – insatisfatório;

9.11.6.2. 0,5 (meio) – regular;

9.11.6.3. 1,0 (um) – satisfatório.

9.11.7. A nota final será dada pela somatória das notas da proposta técnica e da proposta financeira do Projeto, sendo selecionada a Entidade que obtiver a maior nota final, a ser definida pela seguinte equação:

| | |
|------------------|--|
| $NF = NPT + NPF$ | Onde: NF: Nota Final NPT: Nota da Proposta Técnica NPF: Nota da Proposta Financeira |
|------------------|--|

9.11.8. Será desclassificado o Projeto que:

9.11.8.1. não englobar todo o objeto do presente Processo de Seleção;

9.11.8.2. obtiver pontuação inferior a 50 pontos;

9.11.8.3. cujo valor seja superior ao limite máximo orçado pelo Município e constante deste Edital;

9.11.8.4. apresente preço manifestamente inexequível, conforme o disposto no art. 48, II, da Lei Federal n.º 8.666, de 21 de junho de 1993, e alterações subsequentes.

9.12. Serão desclassificadas as Entidades cujo Projeto obtiver pontuação total inferior a 50 (cinquenta) pontos.

9.13. Havendo empate, será declarada vencedora a Entidade que apresentar o menor custo, em valores absolutos. Persistindo a igualdade de pontuação, será adotado o critério experiência como fator de desempate.

9.14. Será considerada vencedora do presente Processo de Seleção Pública de Projeto de Gestão a Entidade que obtiver a maior pontuação no somatório de cada um dos critérios definidos neste Edital e classificadas de acordo com a pontuação total.

- 9.15. Ocorrendo desclassificação de todas as propostas ou a inabilitação de todos os participantes, a Comissão Especial de Seleção poderá fixar às Entidades participantes o prazo de 5 (cinco) dias úteis para a apresentação de novos envelopes.
- 9.16. O resultado do julgamento declarando a Entidade vencedora deste Processo de Seleção será proferido pela Comissão Especial de Seleção, no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis, que providenciará sua publicação na Imprensa Oficial do Município.
- 9.17. Das decisões da Comissão Especial de Seleção caberá recurso, que poderá ser interposto no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados da data da publicação do resultado do Processo de Seleção Pública de Projeto de Gestão na Imprensa Oficial do Município. O recurso administrativo deverá ser protocolado no **Setor de Protocolo do Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde, sito à Avenida Ibirapuera n.º 177, CEP 14784-125, Bairro City Barretos, das 8h00 às 14h00**, impreterivelmente.
- 9.18. Da interposição de recurso caberá impugnação pelas demais Entidades proponentes, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados da comunicação relativa à interposição do recurso. No mesmo prazo, a Comissão Especial de Seleção manifestar-se-á sobre o recurso, submetendo-o à decisão da autoridade do Chefe do Poder Executivo Municipal.
- 9.19. Decorridos os prazos sem a interposição de recursos ou após o seu julgamento ou, ainda, após manifestação expressa de desinteresse em recorrer, a Entidade vencedora será considerada apta a celebrar o Contrato de Gestão conforme objeto do presente Processo de Seleção Pública de Projeto de Gestão.
- 9.19.1. Os esclarecimentos poderão ser solicitados no Protocolo do Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde, sito à Avenida Ibirapuera n.º 177, CEP 14784-125, Bairro City Barretos, Barretos/SP, ou pelo e-mail: gabinete_saude@barretos.sp.gov.br.
- 9.20. É facultada à Comissão Especial de Seleção, em qualquer fase do processo, a promoção de diligências destinadas a esclarecer ou a complementar a instrução do Processo de Seleção, vedada a inclusão posterior de documentos ou informações que deveriam constar originariamente da proposta.
- 10. DA HOMOLOGAÇÃO, ADJUDICAÇÃO E RATIFICAÇÃO**
- 10.1. A Comissão Especial de Seleção, depois de procedido o julgamento do presente Processo de Seleção Pública de Projeto de Gestão e após o decurso do prazo recursal, remeterá os autos ao Secretário Municipal de Saúde para homologação do julgamento, adjudicação do objeto e ratificação da Seleção Pública à Entidade vencedora.
- 11. DA CONTRATAÇÃO**
- 11.1. Após ratificação pelo Secretário Municipal de Saúde, a Entidade vencedora será convocada para, dentro do prazo máximo de 05 (cinco) dias, assinar o Contrato de Gestão correspondente, conforme minuta constante do Anexo XIV.
- 12. DA SUBCONTRATAÇÃO E DEMAIS DISPOSIÇÕES**
- 12.1. A Contratada somente poderá subcontratar, ceder ou transferir o objeto do contrato a terceiros daquelas atividades consideradas acessórias, sob pena de rescisão contratual, sem prejuízo de outras penalidades cabíveis.
- 12.2. A Contratada receberá a unidade referente através de Termo de Cessão, cabendo-lhe a assunção dos pacientes e ficando-lhe facultado o aproveitamento dos fornecedores utilizados pela Gestão Municipal quando houver interesse de ambas as partes, atendidos os requisitos legais.

13. DO PRAZO CONTRATUAL

- 13.1. O prazo de vigência do Contrato de Gestão será de 12 (doze) meses, contados da data da assinatura do Contrato de Gestão, podendo ser prorrogado por igual período, até o limite de 60 (sessenta) meses.

14. DO VALOR GLOBAL ANUAL ESTIMADO E DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

- 14.1. O valor global anual estimado para o custeio das Unidades de Saúde da Família – USF elencadas no item 1.1 deste Edital é de R\$ 8.534.226,24 (oito milhões, quinhentos e trinta e quatro mil, duzentos e vinte e seis reais e vinte e quatro centavos), a ser repassado em parcelas duodecimais, sendo custeado com recursos financeiros consignados nas seguintes dotações orçamentárias:

Fonte de Recursos: 01 – Tesouro Municipal

Unidade Orçamentária: 02.05.00

Unidade Executora: 02.05.00

Funcional Programática: 10.301.0005-2.372

Ficha 0179 – 3.3.90.39.00-01

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Manutenção Do Bloco Da Atenção Básica

Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica

Fonte de Recursos: 05 – Recurso Federal

Unidade Orçamentária: 02.05.00

Unidade Executora: 02.05.00

Funcional Programática: 10.301.0005-2.372

Ficha 0180 – 3.3.90.39.00-01

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Manutenção Do Bloco Da Atenção Básica

Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica

15. DOS BENS PATRIMONIAIS

- 15.1. Todo o patrimônio adquirido exclusivamente por força do Contrato de Gestão com os recursos previstos neste Edital será incorporado ao patrimônio do município de Barretos, Estado de São Paulo.
- 15.2. A Contratada deverá se responsabilizar pela preservação, conservação e manutenção dos equipamentos, móveis e imóveis pertencentes ao patrimônio público que serão disponibilizados para a consecução do objeto deste Edital.

16. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

- 16.1. A participação da Entidade no presente Processo de Seleção Pública de Projeto de Gestão implica na sua aceitação integral e irrevogável dos termos, cláusulas, condições e anexos do presente Instrumento, que passarão a integrar o Contrato de Gestão como transcrito.
- 16.1.1. Nos termos do § 2.º, do art. 41 da Lei Federal n.º 8.666, de junho de 1993, com alterações subsequentes, decairá do direito de impugnar os termos do presente Edital, as falhas ou irregularidades que viciariam esse edital, o interessado que não o fizer até o 2.º (segundo) dia útil que anteceder à data de abertura dos envelopes 1 e 2, hipótese em que tal comunicação não terá efeito de recurso.
- 16.2. O Processo de Seleção Pública de Projeto de Gestão poderá ser revogado por conveniência da Administração Pública, garantido o contraditório, ou anulado por ilegalidade, desde que a decisão seja fundamentada.
- 16.3. A Entidade vencedora do certame deverá manter em seu corpo técnico, durante todo contrato de gestão, membros com as capacitações técnicas específicas neste Processo de Seleção Pública de Projeto de Gestão.

- 16.4. O resultado do presente certame será divulgado na Imprensa Oficial do Município, ou em jornais ou mídias escritas de grande circulação, a critério da Municipalidade.
- 16.5. Os casos omissos e dúvidas do presente Edital serão solucionados pela Comissão Especial de Seleção desde que formuladas por escrito.
- 16.6. A Entidade vencedora que deixar de comparecer para assinatura do Contrato de Gestão, no prazo estipulado, perderá o direito à contratação, sem prejuízo das sanções previstas na legislação que rege este Processo de Seleção.
- 16.7. Na ocorrência do estabelecido no item anterior, poderá a Prefeitura convocar as Entidades remanescentes, participantes deste Processo de Seleção, na ordem de classificação ou revogar todo o Processo de Seleção Pública de Projeto de Gestão.
- 16.8. Na contagem dos prazos estabelecidos neste Edital excluir-se-á o dia do início e incluir-se-á o do vencimento.
- 16.9. Integram o presente Edital:

ANEXO I – Do Escopo do Projeto;

ANEXO II – Das Metas de Produção e Equipe Mínima;

ANEXO III – Do Roteiro Para Elaboração do Projeto;

ANEXO IV – Do Dimensionamento de Pessoal;

ANEXO V – Do Modelo de Plano Orçamentário de Custeio para o Período de 12 (doze) Meses e do Cronograma de Desembolso Mensal por Unidade Gerenciada;

ANEXO VI – Dos Parâmetros para Pagamento e Avaliação de Desempenho;

ANEXO VII – Da Matriz de Indicadores de Qualidade;

ANEXO VIII – Do Modelo de Atestado de Visita Técnica;

ANEXO IX – Do Modelo de Carta de Credenciamento;

ANEXO X – Do Modelo da Declaração de Regularidade perante o Ministério do Trabalho;

ANEXO XI – Do Modelo da Declaração de Inidoneidade para Contratar com a Administração Pública;

ANEXO XII – Do Modelo da Declaração do Dirigente da Organização Social de Saúde que não Possui Agente Público em Exercício de Cargo de Direção;

ANEXO XIII – Do Modelo da Declaração do Dirigente da Organização Social de Saúde de Pleno Conhecimento do Edital e do Objeto a ser Pactuado e de Suas Condições;

ANEXO XIV – Da Minuta de Contrato de Gestão e Anexos Técnicos.

ANEXO XV – Do Termo de Ciência e Notificação

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE BARRETOS,
Secretaria Municipal de Saúde, em 16 de novembro de 2017.

ALEXANDER STAFY FRANCO
Secretário Municipal de Saúde

ANEXO I – DO ESCOPO DO PROJETO

1. INTRODUÇÃO

Este Termo de Referência apresenta informações para subsidiar a elaboração de Programa de Trabalho das Organizações Sociais de Saúde, já qualificadas no âmbito do Município de Barretos, interessadas em assinar Contrato de Gestão para a operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde desenvolvidos nas Unidades de Saúde da Família – USF, com descrição dos serviços, quadros de metas de produção e de equipe mínima por linha de serviço, quadro de indicadores de qualidade e informações administrativas.

2. DO OBJETO

Seleção de Entidade de direito privado sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social de Saúde no âmbito do município Barretos, para celebração de Contrato de Gestão objetivando operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde desenvolvidos nas Unidades de Saúde da Família – USF abaixo elencadas:

- Unidade de Saúde da Família “Dr. Bartolomeu Maragliano Venere”;
- Unidade de Saúde da Família “Dr. Apolônio Moraes e Souza”;
- Unidade de Saúde da Família “Dr. Wilson Hayeck Saigh”;
- Unidade de Saúde da Família “Dr. José Parassu Borges”; e
- Unidade de Saúde da Família “Dr. Sérgio Nogueira Franco”.

3. DA HISTÓRIA DO MUNICÍPIO DE BARRETOS/SP

A origem de Barretos remete à história dos bandeirantes. Os primeiros chegaram pelos estados de São Paulo, Paraná, Mato Grosso, e pelo Triângulo Mineiro, seguindo os mananciais dos rios Grande, Tietê e Paranapanema. Os mineiros na primeira metade do século XIX, desgostosos com a lida na mineração do ouro e das pedras preciosas, abandonaram a batéia e o carumbé, e seguindo as quebradas do Rio Grande, acompanhados da família, de criados e de agregados, desceram pelos vales do Rio Grande e seus afluentes, até o Sertão da Farinha Podre (Uberaba), Arraial Bonito do Capim Mimoso (Franca) e Campos de Batataes.

Os intrépidos exploradores deste sertão até então desconhecido foram, dentre outros, os companheiros de Bartholomeu Bueno da Silva, o célebre Anhanguera, e alguns outros aventureiros, procedentes do Sul do estado de Minas Gerais, que por muito tempo permaneceram a margem direita do Rio Grande e do Rio Pardo. Mais tarde, à procura das terras devolutas, vieram criadores de gado em busca de melhores condições para o desenvolvimento de seus rebanhos. Transpondo as barreiras do Rio Pardo, nas alturas do Bom Sucesso, do Cajuru e do Pontal, exploradores mineiros chegaram buscando encontrar parentes que, adentrando por entre os sertões, haviam alcançado as regiões de Campinas, Rio Claro e Araraquara, grandes estações de povoamento do Noroeste Paulista.

Dentre inúmeros nomes, vamos encontrar o do alferes João José de Carvalho, o maior latifundiário da região, que possuía mais de 100.000 alqueires em ambas as margens do Rio Pardo, na Santo Ignácio e nas Palmeiras; o tenente Francisco Antonio Diniz Junqueira, proprietário da Invernada e da Pitangueiras, terras entrecortadas pelo mesmo rio; o tenente José Antônio de Souza e Silva, dono da Bagagem, Francisco Dias de Mesquita, Jesuíno Guimarães e Muniz Camacho, senhores da fazenda Perdizes; Gabriel Correa de Moraes e Antonio José Botelho, proprietários do Rio Velho; Hygino Martins do Amorim e Manoel Gonçalves de Souza, descobridores da famosa Cachoeira do Marimbondo e primeiros donos da fazenda do mesmo nome. Finalmente, destaca-se a figura de Francisco José Barreto, fundador de Barretos e doador de seu patrimônio.

Segundo os registros, Francisco José Barreto tinha sido capataz da comitiva que levou o tenente Francisco Antonio até o Sul de Minas para tomar posse das terras da Barra do Pitangueiras. Após a expedição, o tenente orientou Barreto que seguisse em direção às cabeceiras daquele ribeirão e, após certa distância, tomasse posse para si das terras.

A origem de Francisco José Barreto, no entanto, é historicamente incerta. Uns dizem que era de Carmo dos Tocós (atual Paraguaçu), outros que era natural de São José da Campanha e outros que ele teria nascido em Caldas Velha (hoje Caldas). O certo é que era de origem mineira, de onde saiu com toda família em 1831.

Francisco Barreto e sua esposa Ana Rosa, acompanhados pelos filhos, genros e noras, além de seu irmão Antônio, Simão Antonio Marques, o Librina, e sua esposa Joana Maria de Azevedo, filhos, um irmão, e ajudantes andaram por dias a fio, percorrendo longos caminhos e abrindo picadas à força do braço e do facão.

Antes de chegar a Barretos, passaram por São Bento de Aracoara, Arraial Bonito do Capim Mimoso (atual Franca), Mato Grosso de Batatais e Morro do Chapéu (atual cidade de Morro Agudo). Atingiram a barranca do Rio Pardo, alcançando o córrego Cachoeirinha, improvisando canoas para realizarem a travessia do caudal.

Finalmente assentaram-se à beira do Ribeirão das Pitangueiras, num local denominado por Fazendinha. Com o passar do tempo, a sede da então Fazenda Fortaleza foi transferida para as proximidades do antigo sanatório Mariano Dias, local onde hoje existe o Marco Histórico.

4. DO CONTEXTO

O município de Barretos é referência para o país na atenção oncológica através do seu Hospital de Câncer gerido pela Fundação Pio XII. Dispõe em sua rede de atenção diversos serviços de excelência na atenção terciária e secundária que, inclusive, são referências também para outros municípios de sua região e adjacências.

O investimento almejado para a ampliação e fortalecimento das ações da Atenção Básica do município perpassa a ideia da constituição de uma rede cada vez mais acessível, cuidadora e resolutiva, constituída por profissionais e equipes de saúde competentes e bastante preparados para atender as necessidades sentidas de sua população, bem como para corresponder as suas expectativas.

Uma Atenção Básica que se diferencie pela realização de ações de saúde de qualidade no âmbito individual e coletivo, e que abranja a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde dos seus munícipes através de práticas gerenciais, sanitárias, democráticas e participativas de excelência.

Como é do conhecimento de todos, a saúde é condição essencial para a qualidade de vida do ser humano, desde o seu nascimento até sua finitude. Nos mais de vinte anos de existência formal do Sistema Único de Saúde (SUS), vários desafios tem-se colocado para a construção tecnológica e administrativa da rede assistencial proposta. A tecnologia do cuidado em saúde é complexa, cheia de subjetividades e que muda constantemente de acordo com o momento histórico e com os conhecimentos aceitos num dado instante.

Dentro desta dificuldade, temos as ações na Atenção Básica como aquelas que reúnem potencial para viabilizar:

- I. a estruturação da Rede de Atenção à Saúde de forma a torná-la mais eficaz, eficiente e efetiva, oportunizando acesso cuidador e resolutivo por meio de profissionais de saúde que combinam perfis de competência inequívoca para a atuação e maior sensibilidade na relação a ser estabelecida com as pessoas, em unidades que estejam mais próximas às suas residências;
- II. a melhoria das condições de saúde e de vida da população, a considerar a possibilidade da aproximação dos profissionais de saúde à realidade dos residentes de suas áreas de abrangência, da

constatação dos estilos de vida das suas famílias e as chances do maior atendimento às suas necessidades e correspondência de suas expectativas.

4.1. ATENÇÃO BÁSICA

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, população, trabalhadores e gestores das três esferas de governo. Conforme normatização vigente no SUS, que define a organização em Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população, destaca a Atenção Básica como primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, que deve ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde.

Esta Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. Contudo reconhece outras estratégias de organização da Atenção Básica nos territórios, que devem seguir os princípios e diretrizes da Atenção Básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais, ressaltando a dinamicidade do território e a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade da equipe enquanto estiverem no território, em consonância com a política de promoção da equidade em saúde.

A Atenção Básica considera a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, incorporar as ações de vigilância em saúde - a qual constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde - além disso, visa o planejamento e a implementação de ações públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

Destaca-se ainda o desafio de superar compreensões simplistas, nas quais, entre outras, há dicotomia e oposição entre a assistência e a promoção da saúde. Para tal, deve-se partir da compreensão de que a saúde possui múltiplos determinantes e condicionantes e que a melhora das condições de saúde das pessoas e coletividades passa por diversos fatores, os quais grande parte podem ser abordados na Atenção Básica.

Os princípios e diretrizes, a caracterização e a relação de serviços ofertados na Atenção Básica serão orientadores para a sua organização nos municípios, conforme descritos a seguir:

PRINCÍPIOS:

- **Universalidade:** possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da RAS (primeiro contato), acolhendo as pessoas e promovendo a vinculação e responsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que as equipes que atuam na Atenção Básica nas UBS devem receber e ouvir todas as pessoas que procuram seus serviços, de modo universal, de fácil acesso e sem diferenciações excludentes, e a partir daí construir respostas para suas demandas e necessidades.

- **Equidade:** ofertar o cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade. Ficando proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, cor, crença, nacionalidade, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade ou limitação física, intelectual, funcional, entre outras, com estratégias que permitam minimizar desigualdades, evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação; de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde.

- **Integralidade:** É o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de

doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade.

DIRETRIZES:

– Regionalização e Hierarquização: dos pontos de atenção da RAS, tendo a Atenção Básica como ponto de comunicação entre esses. Considera-se regiões de saúde como um recorte espacial estratégico para fins de planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde em determinada localidade, e a hierarquização como forma de organização de pontos de atenção da RAS entre si, com fluxos e referências estabelecidos.

– Territorialização e Adscrição: de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço e estão, portanto, adstritos a ele. Considera-se Território a unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Os Territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica, de forma que atendam a necessidade da população adscrita e ou as populações específicas.

– População Adscrita: população que está presente no território da UBS, de forma a estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado e com o objetivo de ser referência para o seu cuidado.

– Cuidado Centrado na Pessoa: aponta para o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva. O cuidado é construído com as pessoas, de acordo com suas necessidades e potencialidades na busca de uma vida independente e plena. A família, a comunidade e outras formas de coletividade são elementos relevantes, muitas vezes condicionantes ou determinantes na vida das pessoas e, por consequência, no cuidado.

– Resolutividade: reforça a importância da Atenção Básica ser resolutiva, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, centrada na pessoa, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais. Deve ser capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, coordenando o cuidado do usuário em outros pontos da RAS, quando necessário.

– Longitudinalidade do cuidado: pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia que são decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da falta de coordenação do cuidado.

– Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais.

– Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde,

contribuindo para que o planejamento das ações, assim como, a programação dos serviços de saúde, parta das necessidades de saúde das pessoas.

– Participação da comunidade: estimular a participação das pessoas, a orientação comunitária das ações de saúde na Atenção Básica e a competência cultural no cuidado, como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território. Considerando ainda o enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, através de articulação e integração das ações intersetoriais na organização e orientação dos serviços de saúde, a partir de lógicas mais centradas nas pessoas e no exercício do controle social.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) considera os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como termos equivalentes. Associa a ambos, os princípios e as diretrizes definidos neste documento. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. A qualificação da Estratégia Saúde da Família e de outras estratégias de organização da Atenção Básica deverá seguir as diretrizes da Atenção Básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais e regionais.

Como desafios institucionais para expandir e qualificar a Atenção Básica no contexto brasileiro destaca-se:

- I. a expansão e estruturação de uma rede Unidades Básicas de Saúde que permitam a atuação das equipes na proposta da Saúde da Família;
- II. a contínua revisão dos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família com reforço às estruturas gerenciais nos municípios e estados;
- III. a elaboração de protocolos assistenciais integrados (promoção, prevenção, recuperação e reabilitação) dirigidos aos problemas mais frequentes do estado de saúde da população, com indicação da continuidade da atenção, sob a lógica da regionalização, flexíveis em função dos contextos estaduais, municipais e locais;
- IV. ações que visem ao fortalecimento das estruturas gerenciais com vistas a: programação da Atenção Básica, supervisão das equipes, uso das informações para a tomada de decisão;
- V. revisão dos processos de formação, educação em saúde com ênfase na educação permanente das equipes, coordenações e gestores;
- VI. a definição de mecanismos de financiamento que contribuam para a redução das desigualdades em saúde observadas nos municípios;
- VII. a institucionalização de processos de acompanhamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica;
- VIII. ações articuladas com as instituições formadoras para promover mudanças na graduação e pós-graduação dos profissionais de saúde, de modo a responder aos desafios postos pela expansão e qualificação da Atenção Básica.

A Portaria n.º 2.436/GM/MS de, 21 de setembro de 2017, define a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos. Entre eles, destaca-se: a Atenção Básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde. O Decreto Federal n.º 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei Federal n.º 8.080, de 1990, define que “o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada”.

Nesse sentido, a Atenção Básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde. São elas:

- I. ser base: ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária;
- II. ser resolutiva: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções, clínica e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais;
- III. coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Para isso, é necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinela e incidentes críticos, entre outros. As práticas de regulação realizadas na Atenção Básica devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros espaços da rede, de modo a permitir, ao mesmo tempo, a qualidade da micro regulação realizada pelos profissionais da Atenção Básica e o acesso a outros pontos de atenção nas condições e no tempo adequado, com equidade; e
- IV. ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.

Os principais objetos da atuação das equipes da Atenção Básica são os seguintes:

4.1.1. Ações de Saúde da Criança e do Adolescente

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

Deve ser considerada, durante o planejamento das ações, na Saúde da Criança e Adolescente a mortalidade infantil e mortalidade materna seguindo o compromisso do Pacto pela Vida, de redução desses indicadores, especialmente a mortalidade infantil por doença diarreica, por pneumonia infantil e mortalidade neonatal. Estas ações devem ser articuladas com o Comitê de Vigilância à Mortalidade Materna e Infantil visto que a investigação de óbito é uma importante ferramenta na identificação e prevenção das situações que expõe crianças menores de um ano ao risco de morte.

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

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

na adolescência e seus agravos, implicando na elaboração de estratégias que se aproximem da realidade social local.

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

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

Nas unidades com ESF as ações de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente são implementadas na rotina de trabalho das equipes de Saúde da Família através de visitas domiciliares mensais do agente comunitário de saúde (ACS), com preenchimento e atualização da Ficha A e Ficha C para identificação de fatores de risco e intervenções da equipe; atividades educativas periódicas de promoção da saúde e prevenção das doenças e consultas médicas, de enfermagem e de odontologia programáticas. O planejamento dessas ações deve ser embasado nos indicadores de saúde da criança do território. Sendo assim, o acesso aos relatórios gerados pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) e outros são de extrema importância para que o trabalho desenvolvido seja efetivo.

4.1.2. Ações de Saúde da Mulher

As ações de Saúde da Mulher estão focadas no pré-natal, no pós-parto, na prevenção do câncer de colo de útero e de mama e no planejamento familiar. Tais ações devem ser planejadas a partir da análise dos dados epidemiológicos gerados pelos Sistemas de Informação em Saúde (SISAB, SIS Pré-Natal e SIA/BPA) para que sejam direcionadas às necessidades do território. O acompanhamento específico da gestante e da mulher no pós-parto deve estar centrado nas ações descritas no Programa da Rede Cegonha, instituído pelo Ministério da Saúde, através da Portaria n.º 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, e alterações subsequentes, que dentre outras ações prevê:

- I. realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção;
- II. acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade;
- III. acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno;
- IV. realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno;
- V. vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto;
- VI. qualificação do sistema e da gestão da informação;
- VII. implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- VIII. prevenção e tratamento das DST/HIV/AIDS e Hepatites e,
- IX. apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico.

Para o monitoramento do programa, a alimentação do Sistema de Informação do Pré-Natal (SIS-PRENATAL), é imprescindível, pois é ela que possibilita, além do acompanhamento das gestantes cadastradas, o recebimento dos incentivos financeiros para o município. Nesse sentido, reforçamos que os profissionais técnicos devem realizar o cadastro da gestante no SISPRENATAL na primeira consulta e registrar as ações realizadas no acompanhamento do pré-natal nas consultas subsequentes. As

informações de cadastro e atualizações devem ser constantemente atualizadas em sistema específico visando à alimentação do SISPRENATAL, a partir de fluxo estabelecido no território.

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

Na prevenção do câncer de colo de útero e de mama destaca-se a importância do rastreamento dessas doenças através da busca ativa em consultas, visitas domiciliares, grupos educativos, campanhas de coleta de Papanicolau e exame da mama. Já as ações de Planejamento Familiar devem estar focadas nas atividades educativas e assistenciais da equipe de Saúde da Família, com ênfase na disponibilidade de métodos contraceptivos transitórios e irreversíveis. As ações de Saúde Bucal envolvem a prevenção dos problemas odontológicos em gestantes incluindo ações preventivas e curativas para doenças bucais e educação em saúde bucal.

Deve ser considerada, durante o planejamento das ações, na Saúde da Mulher, a mortalidade materna e por câncer de colo de útero seguindo o compromisso do Pacto pela Vida, de redução desses indicadores. Há de se considerar também a importância de um pré-natal de qualidade com a oferta de consultas e exames necessários capaz de impactar na diminuição da mortalidade materna-infantil, bem como dar especial enfoque à gravidez na adolescência que traz mais risco para mortalidade infantil e materna.

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

4.1.3. Saúde do Adulto – Controle da Hipertensão e Diabetes Mellitus

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

Nas unidades com ESF, após a confirmação do diagnóstico de hipertensão e/ou diabetes, o ACS deve incluir os usuários na ficha de acompanhamento – Ficha B – HA/DIA.

Recomenda-se que haja um monitoramento contínuo destes usuários, pelas Unidades de Saúde, com o objetivo de controlar essas patologias, prevenindo as complicações e internações, estimulando a adesão ao tratamento além de contribuir para a programação de retornos destes usuários na Unidade, seja nas consultas ou em atividades educativas.

4.1.4. Ações de Saúde Bucal

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

As ações de Saúde Bucal incluem procedimentos clínicos da Atenção Básica em Saúde Bucal; atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais; atenção integral em saúde bucal individual e coletiva e ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais e devem estar integradas com as demais ações em saúde das Unidades.

Na perspectiva da universalização das ações, algumas estratégias para organização da demanda devem ser adotadas. O tipo de estratégia a ser escolhida deve considerar fatores demográficos, capacidade instalada além dos indicadores epidemiológicos, ponderando a representação dos diversos grupos etários, mas garantindo assistência a todos os ciclos de vida. O plano de tratamento deve,

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

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

4.1.4.1. Triagem Saúde Bucal (específica para as unidades com ESF)

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

A estratégia recomendável para as equipes de Saúde Bucal nas Unidades Básicas de Saúde é a realização de triagens. Nas unidades com ESF o reconhecimento da realidade do território e o cadastro das famílias subsidiam o planejamento ao indicarem marcadores de risco para os mais diversos agravos, sejam agudos ou crônicos. Nesses casos a triagem deve ser realizada a partir das informações do cadastro, juntamente com aspectos biológicos ligados ao risco individual, o que possibilita a classificação de risco dos indivíduos e das famílias, orientando a organização da demanda assistencial e das ações coletivas. As unidades sem ESF utilizam prontuários individuais das pessoas inscritas na Unidade. Nesses casos utilizam-se as informações do prontuário juntamente com informações advindas de uma anamnese cuidadosa para indicar o grau de risco familiar. A partir da identificação de um caso de alto risco, podem-se criar mecanismos de abordar os demais componentes da família, inserindo-os em atividades educativas e ações preventivas e assistenciais, de forma a se interferir nos determinantes sócio-econômico-comportamental do processo saúde-doença bucal.

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

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

4.1.5. Vigilância à Saúde

A Vigilância à Saúde tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população e a organização e execução de práticas adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes, inclui a vigilância e controle das doenças transmissíveis, a vigilância de doenças e agravos não transmissíveis, a vigilância da situação de saúde, a vigilância ambiental em saúde, a vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária. As UBS, a partir de ferramentas da vigilância, devem desenvolver habilidades de programação e planejamento, de maneira a organizar ações programadas e de atenção à demanda espontânea, que garantam acesso da população em diferentes atividades e ações de saúde a fim de mudar a qualidade de vida da comunidade. A integração entre as áreas de prevenção e controle e a rede assistencial deve ser fortalecida, considerando a mudança de perfis epidemiológicos. A vigilância epidemiológica, por sua vez, tem como propósito fornecer orientação técnica permanente para os que têm a responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos.

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

Nas unidades com ESF, o reconhecimento e o mapeamento do território são indispensáveis, pois permite eleger prioridades para o enfrentamento de problemas identificados nos territórios de atuação refletindo na definição de ações mais adequadas. Implica em discutir ações a partir da realidade local e assumir o compromisso efetivo com a saúde da população.

4.1.6. Vigilância Sanitária

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

4.1.7. Vigilância Epidemiológica

O monitoramento das atividades de Vigilância Epidemiológica deve estar em consonância com a Lei Federal n.º 8.080, de 1990, as quais devem ser compreendidas como um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. Para qualificar a Atenção à Saúde a partir do princípio da integralidade, é fundamental que os processos de trabalho sejam organizados com vistas ao enfrentamento dos principais problemas de saúde-doença, onde as ações de vigilância devem estar incorporadas no cotidiano dos serviços. A vigilância das doenças de notificação compulsória (DNC), como também o tratamento, deve ser descentralizada para as Unidades de Saúde da Família das áreas adstritas.

4.1.7.1. Controle da Tuberculose

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

Apesar dos importantes resultados obtidos nos últimos anos, a tuberculose ainda configura-se como problema de Saúde Pública, com percentuais de cura abaixo do esperado (não ultrapassando 75%), em decorrência principalmente do abandono do tratamento, portanto trata-se de uma prioridade nacional. As equipes de Saúde da Família devem estar capacitadas para identificar o sintomático respiratório, realizar o diagnóstico precoce e iniciar rapidamente o tratamento, acompanhando os pacientes de modo a garantir-lhes a cura. Considerando que a garantia da cura configura-se como uma das maiores dificuldades das equipes é necessário desenvolver estratégias locais para aumentar a adesão, garantir o acesso ao tratamento adequado e concluir o caso com sucesso. A forma mais efetiva de vigilância da tuberculose é o tratamento supervisionado (DOTS), que deve ser incentivado nas Unidades de Saúde.

Todos os serviços de saúde devem estar organizados e estruturados para realizar a busca ativa de casos, tanto na Unidade quanto na comunidade. Após identificação do “tossidor”, deve-se encaminhá-lo para fazer o exame de escarro.

Na priorização do diagnóstico precoce, apesar da importância da busca ativa, devem ser levados em consideração os serviços de pronto atendimento e pronto socorro aonde ainda é detectada a maioria dos casos de tuberculose. É necessária uma articulação forte da Rede na busca desse usuário, considerando que o tratamento feito precocemente traz melhores resultados e que estes usuários são focos ou potenciais focos de infecção e disseminação da doença.

É importante reforçar também a articulação das equipes com a Vigilância Epidemiológica considerando que o número de casos notificados não representa toda a realidade, dada à falta de diagnóstico ou ausência de registro de casos. O caso de tuberculose deve ser notificado através da ficha de notificação do SINAN, pelo profissional de saúde que atendeu o paciente. Essa ficha deve ser encaminhada ao 1.º nível informatizado para digitação no SINAN, segundo fluxo e periodicidade estabelecidos no território. Para controle da Unidade de Saúde, recomenda-se o registro dos casos no Livro de Controle de Tratamento de Casos de Tuberculose com informações atualizadas acerca do acompanhamento, baciloscopias e critério de alta.

Nas unidades com ESF, cabe a discussão dos casos novos em reunião de equipe enfatizando a importância do acompanhamento domiciliar realizado pelo ACS, com o preenchimento e atualização das Fichas A e B de tuberculose, para a identificação de abandono do tratamento e de comunicantes suspeitos. Ressalta-se também a necessidade da utilização de relatórios gerados pelos sistemas de informação para ações direcionadas ao território.

A tuberculose é um exemplo da importância da descentralização das ações. A experiência tem mostrado que quanto mais perto da residência o tratamento e a vigilância dessa doença, maior o impacto em certos indicadores com redução do abandono do tratamento. Como uma das prioridades definidas no Pacto pela Vida, a cura de casos novos de tuberculose bacilífera deve ser uma prioridade monitorada nas Unidades de Saúde.

4.1.7.2. Eliminação da Hanseníase

As ações para eliminação da hanseníase são focadas na busca ativa em atividades rotineiras e em campanhas específicas; notificação; diagnóstico clínico; tratamento supervisionado, com acompanhamento ambulatorial e visita domiciliar de profissionais de saúde.

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

A hanseníase é uma doença epidemiológica de notificação compulsória e de investigação obrigatória. Cada caso deve ser notificado através da ficha de notificação do SINAN, pelo profissional de saúde que atendeu o paciente. Essa ficha deve ser encaminhada ao 1.º nível informatizado para digitação no SINAN, segundo fluxo e periodicidade estabelecida no território. A hanseníase deve ser assumida como uma prioridade nas Unidades de Saúde visando sua eliminação enquanto problema de saúde pública, conforme preconiza o Pacto pela Vida.

4.1.7.3. Imunização

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

A manutenção da Rede de Frio é essencial para garantir a qualidade, eficácia e ação protetora das vacinas. É necessário que as Unidades de Saúde mantenham os imunobiológicos constantemente refrigerados, uma vez que são produtos termolábeis, utilizando instalações e equipamentos adequados. No nível local, todas as vacinas devem ser conservadas entre +2°C e +8°C em refrigeradores domésticos, com capacidade mínima de 280 litros.

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

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

5. CONSIDERAÇÕES SOBRE A ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde. É um projeto dinamizador do SUS, condicionada pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil.

Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizada sem 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 desta comunidade.

A expansão e a qualificação da Atenção Básica, organizadas pela Estratégia Saúde da Família, compõem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, bem como dos Conselhos Municipais de Saúde. Esta concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe e dirigidas às populações de territórios delimitados pelos quais assumem responsabilidade.

A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes de Saúde da Família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a Atenção Básica no Brasil.

A Saúde da Família como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. Busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas pelas equipes de Saúde da Família. A consolidação dessa estratégia precisa, entretanto, ser sustentada por um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios e pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida.

O trabalho de equipes de Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do agente comunitário de saúde (ACS). As equipes são compostas, no mínimo, por um médico da família, um enfermeiro, um auxiliar/técnico de enfermagem e de 4 (quatro) a 6 (seis) ACS. Quando ampliada, conta, ainda, com um dentista, um auxiliar de consultório dentário.

Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 2.000 a 3.000 pessoas de uma determinada área, e esta passa a ter corresponsabilidade no cuidado à saúde. A atuação das equipes ocorre, principalmente, nas Unidades Básicas de Saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se, assim, como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde, por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade, por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta, por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde.

E ainda por estabelecer vínculos de compromisso e de corresponsabilidade com a população, por estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde, por utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões, por atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade.

A Estratégia Saúde da Família no Brasil é destaque e serve de modelo para outros países, sendo pauta política dos gestores públicos. Estudos acadêmicos em curso demonstram que a Saúde da Família no período de 1992 a 2002 apresenta indicadores animadores como a redução da mortalidade infantil. Uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Universidade de São Paulo (USP) e Universidade de Nova Iorque, demonstra que a cada 10% de aumento de cobertura o índice de mortalidade infantil cai em 4,6%, além de aumentar a satisfação dos usuários quanto ao atendimento recebido, resultado das mudanças das práticas das equipes de Saúde da Família.

6. A OPORTUNIDADE DA PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER A PARTIR DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A magnitude e o ônus causados pelas doenças e agravos não transmissíveis em todo o mundo moderno são demonstrados pelas altas taxas de prevalências e de mortalidade bem como pelas elevadas perdas sociais, afetivas e econômicas.

Apesar das evidências epidemiológicas crescentes e do impacto econômico que tais doenças acarretam, as respostas, por parte da ciência e da sociedade como um todo ainda tem sido titubeantes, inseguras e precárias.

Entre as doenças cardiovasculares, as doenças respiratórias crônicas e o diabetes, encontramos o câncer como um dos centros de preocupação da saúde coletiva em relação às enfermidades crônico-degenerativas.

O câncer é um problema orgânico e epidemiológico que causa modificação em vidas individuais, nas famílias, na subjetividade dos pacientes, na economia, no mundo dos preconceitos, nas fantasias dos sujeitos e nas representações sociais.

A humanidade, agora com uma expectativa de vida maior, precisará aprender a falar do câncer de forma natural. Trata-se de uma doença que põe em cheque nossa capacidade social de discutir os estilos de vida, o uso de carcinógenos que estão integrados em nossa cultura e nossas atividades econômicas. Abordar o problema do câncer não é só falar em criar novos serviços médicos, mas também ações de prevenção, promoção e de educação em saúde.

Embora o avanço da ciência apresente resultados importantes nos últimos anos, estes ainda não são capazes de erradicar esta doença. Por um lado, há a desinformação da população em geral, bem como recursos financeiros insuficientes têm dificultado cada vez mais o acesso, principalmente ao diagnóstico precoce das neoplasias, alterando negativamente os prognósticos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), os Ministérios da Saúde das nações mais ricas, os centros de pesquisa universitários e privados vêm realizando esforços, muitas vezes caros e de pouco resultado imediato, colocando desafios que nos levam a repensar o estilo contemporâneo de vida.

O modelo biológico de abordagem a tais doenças apresenta limitações que podem ser parcialmente vencidas a partir de ações de saúde coletiva que atuem a partir de um modelo embasado nas ciências humanas, na educação e nas ações políticas integradas. Isto significa a necessidade de recuperar os conceitos de promoção, prevenção e de educação em saúde, quais sejam, dar impulso à valorização do diagnóstico precoce pelos serviços de Atenção Básica.

Importante enfatizar que a organização de uma rede de serviços deve perpassar todos os níveis de atenção, da básica até a alta complexidade; da promoção da saúde até os cuidados paliativos, seguindo critérios técnicos adequados.

A estruturação do sistema de saúde deverá preocupar-se com os indivíduos independentemente dos seus possíveis diagnósticos. A promoção à saúde, a prevenção e o diagnóstico precoce de qualquer patologia é responsabilidade a ser compartilhada por todo o sistema, envolvendo a Estratégia Saúde da Família, nas Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Policlínicas, Clínicas, hospitais locais, regionais e especializados. Quando se identifica suspeitas de diagnóstico de neoplasias o paciente deverá ser encaminhado aos serviços especializados para a elucidação do caso e a confirmação definitiva do diagnóstico.

O termo rede mostra-se adequado a esta situação por seu significado de sustentar, amparar, proteger, mas também pelo que estabelece de relações, comunicação e informação. Na saúde, uma rede de cuidados progressivos é tecida pelas relações que se estabelecem entre os gestores, profissionais de saúde, as instituições formadoras e os usuários dos serviços.

Faz-se necessário estimular os gestores para o enfrentamento da atual realidade epidemiológica e adequar o sistema de saúde às necessidades epidemiológicas, organizar o acesso a serviços, preparar

recursos humanos para as tarefas nesta área, dar qualidade aos serviços especializados, montar mecanismos de referência e contrarreferência, aprimorar a comunicação dentro do sistema de saúde, aperfeiçoar as técnicas gerenciais voltadas ao atendimento do câncer, regionalizar assistência segundo padrões técnicos, incentivar formas ágeis e resolutivas de descentralização, propiciar que os órgãos estatais façam parcerias com universidades, ONGS, organizações de voluntários e outras instituições.

7. A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM SERVIÇO

A educação permanente dos trabalhadores, bem como o desenvolvimento desses nos espaços do trabalho pensados neste Objeto, estabelece conexões com a realidade do mercado de trabalho atual e seus delicados contextos e também dialoga diretamente com os registros existentes na literatura científica desde meados da década de 1990, em especial com as normativas do Ministério da Saúde para a necessidade de sua consideração e abordagem no SUS e na Atenção Básica.

Como “prática de ensino-aprendizagem”, a educação permanente em saúde em ato significa produzir conhecimento no cotidiano das instituições de saúde a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia-a-dia do trabalho e as experiências desses atores como base de interrogação e mudança (CECCIM, 2005; CECCIM e FERLA, 2009).

A educação permanente em saúde/desenvolvimento dos trabalhadores se apoia no conceito do ensino problematizador (inserido de maneira crítica na realidade e sem superioridade do educador em relação ao educando) e de aprendizagem significativa (interessada nas experiências anteriores e nas vivências pessoais dos alunos, desafiante do desejar aprender mais), ou seja, ensino-aprendizagem embasado na produção de conhecimentos que respondam a perguntas que pertencem ao universo de experiências e vivências de quem aprende e que gerem novas perguntas sobre o ser e o atuar no mundo (CECCIM, 2005; CAROTTA et al., 2009).

É totalmente contrária ao ensino-aprendizagem mecânico, quando os conhecimentos são considerados em si, verticalmente e dissociados da realidade dos trabalhadores, sem a necessária conexão com o cotidiano, tornando os ditos alunos meros escutadores e absorvedores do conhecimento do outro.

Portanto, apesar de parecer um nome diferente apenas ou uma designação da moda para justificar a formação contínua e o desenvolvimento continuado dos trabalhadores em uma compreensão mais apressada, a educação permanente em saúde/desenvolvimento das pessoas é um conceito forte e desafiante para pensar as ligações entre a educação e o trabalho vivo em saúde, que traz à tona a relevância social do ensino, as articulações da formação com o cotidiano dos serviços e o constante aprimoramento das competências ao exercício profissional, aliando os saberes técnico-científicos e político, as dimensões éticas da vida, do trabalho, do homem, da saúde, da educação e das relações entre as pessoas (CECCIM, 2005; CAROTTA et al., 2009; CECCIM e FERLA, 2009; ELIAS, 2009).

Além da velocidade com que os conhecimentos e saberes tecnológicos se renovam na área da saúde, a distribuição de profissionais e de serviços segundo o princípio da acessibilidade para o conjunto da população faz com que se torne muito complexa a atualização permanente dos trabalhadores. Torna-se crucial o desenvolvimento de recursos tecnológicos de operação do trabalho perfilados pela noção de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos eles mesmos como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional.

Não há saída, como não há romantismo nisso. Há vários problemas e situações em jogo, tais como a baixa disponibilidade de profissionais com perfis alinhados às perspectivas do cuidado integral, a crescente especialização e suas consequências sobre os custos econômicos e dependência de tecnologias mais sofisticadas, o predomínio da formação hospitalar e centrada nos aspectos biológicos e tecnológicos da assistência, que genericamente demandam iniciativas bastante ambiciosas de transformação da formação de trabalhadores em serviço.

Assim sendo, ou constituímos equipes multiprofissionais, coletivos de trabalho, lógicas apoiadoras e de fortalecimento e consistência de práticas uns dos outros nessa equipe, orientadas pela sempre maior resolutividade dos problemas de saúde das populações locais ou referidas ou colocamos em

risco a segurança e a qualidade de nosso trabalho, porque sempre seremos poucos, sempre estaremos desatualizados, nunca dominaremos tudo o que se requer em situações complexas de necessidades em/direitos à saúde.

A educação permanente em saúde é considerada estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde, estabelecendo ações intersetoriais oficiais e regulares com o setor da educação, submetendo os processos gerais de mudança à ampla permeabilidade das necessidades/direitos de saúde da população e da universalização e equidade das ações e dos serviços de saúde.

8. DAS ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE DA FAMÍLIA

As atribuições dos profissionais das equipes de Atenção Básica e Saúde da Família, de acordo com o disposto na Portaria n.º 2.436/GM/MS, de 21 de setembro de 2017, devem seguir as referidas disposições legais que regulamentam o exercício de cada uma das profissões.

8.1. Atribuições Comuns a todos os membros das Equipes que atuam na Atenção Básica:

- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
- Cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando as informações sistematicamente para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da Unidade Básica de Saúde, e quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), com atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em medida socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial, etc.);
- Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como aquelas previstas nas prioridades, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, assim como, na oferta nacional de ações e serviços essenciais e ampliados da AB;
- Garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, e incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares;
- Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- Responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adscrita ao longo do tempo no que se refere às múltiplas situações de doenças e agravos, e às necessidades de cuidados preventivos, permitindo a longitudinalidade do cuidado;
- Praticar cuidado individual, familiar e dirigido a pessoas, famílias e grupos sociais, visando propor intervenções que possam influenciar os processos saúde-doença individual, das coletividades e da própria comunidade;
- Responsabilizar-se pela população adscrita mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;

- Utilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para registro das ações de saúde na AB, visando subsidiar a gestão, planejamento, investigação clínica e epidemiológica, e à avaliação dos serviços de saúde;
- Contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da Atenção Básica, participando da definição de fluxos assistenciais na RAS, bem como da elaboração e implementação de protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas para a ordenação desses fluxos;
- Realizar a gestão das filas de espera, evitando a prática do encaminhamento desnecessário, com base nos processos de regulação locais (referência e contrarreferência), ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes que atuam na atenção básica;
- Prever nos fluxos da RAS entre os pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas a integração por meio de serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado;
- Instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos;
- Alimentar e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da Atenção Básica, conforme normativa vigente;
- Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território;
- Realizar busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na AB;
- Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas;
- Realizar atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a Unidade Básica de Saúde;
- Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular, trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população);
- Participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando a readequação constante do processo de trabalho;
- Articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada;
- Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;

- Promover a mobilização e a participação da comunidade, estimulando conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da Unidade Básica de Saúde;
- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais;
- Acompanhar e registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou outros programas sociais equivalentes, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias; e
- Realizar outras ações e atividades, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor local.

8.2. São atribuições específicas dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica:

8.2.1. Enfermeiro:

- Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida;
- Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;
- Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;
- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;
- Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;
- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;
- Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS;
- Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS; e
- Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

8.2.2. Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem:

- Participar das atividades de atenção à saúde realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);
- Realizar procedimentos de enfermagem, como curativos, administração de medicamentos, vacinas, coleta de material para exames, lavagem, preparação e esterilização de materiais, entre outras atividades delegadas pelo enfermeiro, de acordo com sua área de atuação e regulamentação; e
- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

8.2.3. Médico:

- Realizar a atenção à saúde às pessoas e famílias sob sua responsabilidade;
- Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros); em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores (federal, estadual, municipal ou Distrito Federal), observadas as disposições legais da profissão;
- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;
- Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sob sua responsabilidade o acompanhamento do plano terapêutico prescrito;
- Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa;
- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; e
- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

8.2.4. Cirurgião-Dentista:

- Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade e em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;
- Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal no território;
- Realizar os procedimentos clínicos e cirúrgicos da AB em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com as fases clínicas de moldagem, adaptação e acompanhamento de próteses dentárias (elementar, total e parcial removível);
- Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;
- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde com os demais membros da equipe, buscando aproximar saúde bucal e integrar ações de forma multidisciplinar;
- Realizar supervisão do técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB);
- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;
- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; e
- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

8.2.5. Técnico em Saúde Bucal (TSB):

- Realizar a atenção em saúde bucal individual e coletiva das famílias, indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;
- Coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;
- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- Apoiar as atividades dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;
- Participar do treinamento e capacitação de auxiliar em saúde bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;
- Participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;
- Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;
- Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;
- Fazer remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;
- Realizar fotografias e tomadas de uso odontológico exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;
- Inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, sendo vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;
- Auxiliar e instrumentar o cirurgião-dentista nas intervenções clínicas e procedimentos demandados pelo mesmo;
- Realizar a remoção de sutura conforme indicação do Cirurgião Dentista;
- Executar a organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;
- Proceder à limpeza e à antissepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos;
- Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;
- Processar filme radiográfico;
- Selecionar moldeiras;
- Preparar modelos em gesso;
- Manipular materiais de uso odontológico.
- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

8.2.6. Auxiliar em Saúde Bucal (ASB):

- Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;
- Executar organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;
- Auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas,
- Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;
- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Atenção Básica, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;
- Processar filme radiográfico;
- Selecionar moldeiras;
- Preparar modelos em gesso;
- Manipular materiais de uso odontológico realizando manutenção e conservação dos equipamentos;
- Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador; e
- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

8.2.7. Gerente de Atenção Básica

Recomenda-se a inclusão do Gerente de Atenção Básica com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, em especial ao fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnico-gerencial. A inclusão deste profissional deve ser avaliada pelo gestor, segundo a necessidade do território e cobertura de AB.

Entende-se por Gerente de AB um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior, com o papel de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações. Importante ressaltar que o gerente não seja profissional integrante das equipes vinculadas à UBS e que possua experiência na Atenção Básica, preferencialmente de nível superior, e dentre suas atribuições estão:

- Conhecer e divulgar, junto aos demais profissionais, as diretrizes e normas que incidem sobre a AB em âmbito nacional, estadual, municipal e Distrito Federal, com ênfase na Política Nacional de Atenção Básica, de modo a orientar a organização do processo de trabalho na UBS;
- Participar e orientar o processo de territorialização, diagnóstico situacional, planejamento e programação das equipes, avaliando resultados e propondo estratégias para o alcance de metas de saúde, junto aos demais profissionais;
- Acompanhar, orientar e monitorar os processos de trabalho das equipes que atuam na AB sob sua gerência, contribuindo para implementação de políticas, estratégias e programas de saúde, bem como para a mediação de conflitos e resolução de problemas;

- Mitigar a cultura na qual as equipes, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores assumem responsabilidades pela sua própria segurança de seus colegas, pacientes e familiares, encorajando a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;
- Assegurar a adequada alimentação de dados nos sistemas de informação da Atenção Básica vigente, por parte dos profissionais, verificando sua consistência, estimulando a utilização para análise e planejamento das ações, e divulgando os resultados obtidos;
- Estimular o vínculo entre os profissionais favorecendo o trabalho em equipe;
- Potencializar a utilização de recursos físicos, tecnológicos e equipamentos existentes na UBS, apoiando os processos de cuidado a partir da orientação à equipe sobre a correta utilização desses recursos;
- Qualificar a gestão da infraestrutura e dos insumos (manutenção, logística dos materiais, ambiência da UBS), zelando pelo bom uso dos recursos e evitando o desabastecimento;
- Representar o serviço sob sua gerência em todas as instâncias necessárias e articular com demais atores da gestão e do território com vistas à qualificação do trabalho e da atenção à saúde realizada na UBS;
- Conhecer a RAS, participar e fomentar a participação dos profissionais na organização dos fluxos de usuários, com base em protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, apoiando a referência e contrarreferência entre equipes que atuam na AB e nos diferentes pontos de atenção, com garantia de encaminhamentos responsáveis;
- Conhecer a rede de serviços e equipamentos sociais do território, e estimular a atuação intersetorial, com atenção diferenciada para as vulnerabilidades existentes no território;
- Identificar as necessidades de formação/qualificação dos profissionais em conjunto com a equipe, visando melhorias no processo de trabalho, na qualidade e resolutividade da atenção, e promover a Educação Permanente, seja mobilizando saberes na própria UBS, ou com parceiros;
- Desenvolver gestão participativa e estimular a participação dos profissionais e usuários em instâncias de controle social;
- Tomar as providências cabíveis no menor prazo possível quanto a ocorrências que interfiram no funcionamento da unidade; e
- Exercer outras atribuições que lhe sejam designadas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, de acordo com suas competências.

8.2.8. Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente de Combate a Endemias (ACE)

Seguindo o pressuposto de que Atenção Básica e Vigilância em Saúde devem se unir para a adequada identificação de problemas de saúde nos territórios e o planejamento de estratégias de intervenção clínica e sanitária mais efetivas e eficazes, orienta-se que as atividades específicas dos agentes de saúde (ACS e ACE) devem ser integradas.

8.2.8.1. Assim, além das atribuições comuns a todos os profissionais da equipe de AB, são atribuições dos ACS e ACE:

- Realizar diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam, contribuindo para o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe;
- Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território, e de vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas, na UBS, no domicílio e outros espaços da

comunidade, incluindo a investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe quando necessário;

- Realizar visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares;

- Identificar e registrar situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada aos fatores ambientais, realizando, quando necessário, bloqueio de transmissão de doenças infecciosas e agravos;

- Orientar a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva;

- Identificar casos suspeitos de doenças e agravos, encaminhar os usuários para a unidade de saúde de referência, registrar e comunicar o fato à autoridade de saúde responsável pelo território;

- Informar e mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores;

- Conhecer o funcionamento das ações e serviços do seu território e orientar as pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

- Estimular a participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;

- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais de relevância para a promoção da qualidade de vida da população, como ações e programas de educação, esporte e lazer, assistência social, entre outros; e

- Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

8.2.8.2. Atribuições do ACS:

- Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

- Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;

- Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético;

- Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;

- Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados;

- Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados;

- Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

Poderão ser consideradas, ainda, atividades do Agente Comunitário de Saúde, a serem realizadas em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência:

- aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos;
- realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica;
- aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar;
- realizar técnicas limpas de curativo, que são realizadas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobre a ferida; e
- orientação e apoio, em domicílio, para a correta administração da medicação do paciente em situação de vulnerabilidade.

Importante ressaltar que os ACS só realizarão a execução dos procedimentos que requeiram capacidade técnica específica se detiverem a respectiva formação, respeitada autorização legal.

9. PRESSUPOSTO E DEFINIÇÕES

9.1. Gestão

Tendo em vista que as Unidades citadas funcionarão contemplando o perfil descrito, sob Contrato de Gestão, caberá à Comissão de Avaliação da Execução do Contrato de Gestão monitorar os indicadores definidos no instrumento.

9.1.1. A Parceira deverá dispor de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível para o perfil das unidades e os serviços a serem prestados. Deverá obedecer às Normas do Ministério da Saúde, do Ministério do Trabalho e Emprego (TEM), especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais.

9.1.2. A Parceira deverá possuir um responsável técnico (médico ou enfermeiro) com registro no respectivo Conselho de Classe.

9.1.3. Cada profissional de saúde designado como responsável técnico das Unidades somente poderá assumir a responsabilidade técnica por uma única Unidade cadastrada pelo SUS.

9.1.4. A equipe de profissionais de saúde deverá ser disponibilizada em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços e composta por profissionais devidamente registrados nos seus respectivos Conselho Regional de Medicina, ensejando que realize a atividade assistencial quantificada no Contrato de Gestão.

9.1.5. A Parceira deverá possuir rotinas administrativas de funcionamento, protocolos assistenciais e de atendimento escritos, atualizados e assinados pelo responsável técnico. As rotinas deverão abordar todos os processos envolvidos na assistência, contemplando desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos.

9.1.6. Havendo a disponibilização pela Parceira de sistema de informação próprio para monitoramento, controle e avaliação, deverá a Contratada aderir ao sistema e permitir a migração automática e eletrônica de dados assistenciais e financeiros diretamente deste sistema de informação próprio.

9.1.7. A Parceira deverá desenvolver uma Política de Gestão de Pessoas, atendendo as normas da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), assim como deverá implantar e desenvolver uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR n.º 32/2005 do MTE.

9.1.8. A gestão das Unidades deverá respeitar a legislação ambiental e possuir toda a documentação exigida.

9.1.9. A Parceira deverá dispor de um Núcleo de Manutenção Geral (NMG) que contemple as áreas de manutenção preventiva e corretiva, predial, hidráulica e elétrica, assim como um serviço de Gerenciamento de Risco e de Resíduos sólidos na Unidade para o bom desempenho dos equipamentos.

9.1.10. A Parceira deverá prestar assistência técnica e manutenção preventiva e corretiva de forma contínua nos equipamentos e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral por meio de contratos com empresas idôneas e certificadas de manutenção predial e de manutenção de equipamentos cujo uso lhe fora permitido.

9.1.11. A Parceira deverá dispor de um Núcleo de Epidemiologia (NVE) que será responsável pela realização de vigilância epidemiológica de doenças de notificação compulsória no âmbito da Atenção Básica, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico, conforme as diretrizes da Portaria n.º 104/GM/MS, de 25 de janeiro de 2011, e alterações subsequentes.

10. ESPECIFICAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

A organização e o processo de trabalho das unidades e serviços de saúde objetos do Contrato de Gestão devem contemplar e estar orientados pelas diretrizes técnicas assistenciais e programáticas priorizadas no planejamento da Secretaria Municipal de Saúde, conforme modalidades de atenção e estrutura da rede. É diretriz essencial que as unidades e serviços gerenciados pela Organização Social de Saúde integrem as redes de cuidados e os sistemas de regulação municipal.

As ações, serviços e procedimentos a serem desenvolvidos estão contidos na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), conforme Portaria de Consolidação n.º 1/2017, do Ministério da Saúde, e outras que poderão ser solicitadas por Secretaria Municipal de Saúde.

As agendas de atendimento devem ser configuradas de acordo com as orientações, critérios e diretrizes definidas pelas áreas técnicas, supervisão técnica de saúde e coordenadorias da Secretaria Municipal de Saúde, onde couber.

Todas as ações e procedimentos devem ser registrados e atualizados nos respectivos Sistemas de Informação do SUS.

As unidades e serviços de saúde poderão, a critério da administração pública, ser cenário de práticas educativas de projetos e programas desenvolvidos pela Secretaria Municipal de Saúde, como por exemplo, Programas de Residência Médica.

10.1 ATENÇÃO BÁSICA

As ações de Atenção Básica são norteadas pela Portaria 2.436/GM/MS de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

10.1.1. ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Atenção Básica prestada por meio da Estratégia Saúde da Família, além dos princípios gerais, deve:

a) Atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos

indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura proativa frente aos problemas de saúde-doença da população;

b) Desenvolver atividades de acordo com o planejamento e programação, realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;

c) Buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias e;

d) Ser um espaço de construção de cidadania.

Todas as equipes deverão ter responsabilidade sanitária por um território de referência.

O horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira das 7h00 às 17h00.

Principais ações e procedimentos:

a) Consultas médicas;

b) Consultas de enfermagem;

c) Consultas odontológicas;

d) Visitas Domiciliares;

e) Grupos Educativos/Práticas Corporais;

f) Vacinação;

g) Inalação, Medicação e Curativo;

h) Teste Imunológico de Gravidez;

i) Coleta de Papanicolau;

j) Coleta de material para análises clínicas;

k) Coleta de material para detecção dos erros inatos do metabolismo (Teste do pezinho);

l) Verificação da Pressão Arterial;

m) Verificação de Temperatura;

n) Suturas (procedimento médico);

o) Lavagem de ouvido (procedimento médico);

p) Tratamento de feridas;

q) Dispensação de medicamentos;

r) Atendimento e procedimento odontológico;

s) Procedimentos coletivos em saúde bucal;

t) Vigilância em Saúde – Notificação, e eventual acompanhamento, dos agravos e eventos de notificação compulsória, segundo Portaria 104/GM/MS, de 25 de janeiro de 2011.

Os profissionais de saúde bucal serão incorporados às Equipes de Saúde da Família por intermédio de Equipes de Saúde Bucal (ESB), nas seguintes modalidades:

- a) ESB I: equipe multiprofissional composta por 01 (um) cirurgião-dentista e 01 (um) auxiliar de consultório dentário, com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais, que será vinculada a 01 (uma) ou 02 (duas) ESF;
- b) ESB II: equipe multiprofissional composta por 01 (um) cirurgião-dentista, 01 (um) auxiliar de consultório dentário e 01 (um) técnico de higiene bucal, com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais, que será vinculada a 01 (uma) ou 02 (duas) ESF.

As ações e procedimentos devem seguir no mínimo as normas constantes nos documentos especificados pela Secretaria Municipal de Saúde e Ministério da Saúde, abaixo relacionados:

- a) Rotinas de Vigilância Epidemiológica (notificação, investigação, ações de bloqueio);
- b) Rotinas de Imunização (calendário de vacinas, controle de temperatura da câmara de conservação de imunobiológicos, comunicação de eventos adversos);
- c) Rotinas de Desinfecção e Esterilização (máscaras de inalação, material de curativo, espéculos, entre outros);
- d) Protocolo de Feridas (produtos e condutas padronizados para curativos);
- e) Protocolo de Enfermagem na Atenção aos diferentes Ciclos de Vida;
- f) Caderno Temático da Criança;
- g) Cadernos de Atenção Básica;
- h) Manual sobre dispensação de medicamentos;

Além desses documentos, a Parceira deverá seguir todos os outros que porventura possam ser indicados pela Secretaria Municipal de Saúde.

A Parceira deverá ter critérios de contratação de profissionais para obter e manter o credenciamento junto ao Ministério da Saúde das equipes de Estratégia Saúde da Família, inclusive da modalidade de Saúde Bucal segundo os requisitos do Ministério da Saúde. Para tanto devem manter cadastro atualizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

ANEXO II – DA EQUIPE MÍNIMA E DAS METAS DE PRODUÇÃO

As metas de equipe mínima e de produção pela unidade e serviço de saúde contratualizados, e as informações relacionadas ao acompanhamento dos serviços assistenciais, serão descritas nos quadros adiante.

A manutenção da equipe mínima, na unidade e linha de serviço, durante o horário de funcionamento definido constitui meta a ser avaliada conjuntamente com as metas de produção.

A **equipe mínima** é meta contratual e refere-se aos profissionais que serão monitorados quanto à efetiva contratação pela PARCEIRA e atuação na unidade. Essa equipe foi definida em função das necessidades de saúde, conforme planejamento da Secretaria Municipal de Saúde, e também para garantir a manutenção dos requisitos dos programas federais e respectivos financiamentos. Portanto a equipe mínima não se refere ao dimensionamento de pessoal, cabendo à PARCEIRA propor quadro de pessoal necessário ao pleno funcionamento das ações e atividades dos serviços.

Para avaliação de cumprimento de **meta de produção**, foram selecionados procedimentos chaves, e feito cálculo de metas, baseados em parâmetros de organização de serviços informados pelas áreas técnicas de Secretaria Municipal de Saúde e utilizando índices de planejamento de pessoal. O procedimento escolhido é um dentre o rol de outros procedimentos que deverão ser realizados na execução objeto do Contrato de Gestão.

As metas de produção não se constituem como parâmetros para a configuração das agendas, sendo que deverão ser observadas e seguidas as orientações e diretrizes das coordenadorias e supervisões técnicas da Secretaria Municipal de Saúde.

Toda a produção assistencial deverá ser informada nos respectivos sistemas de informação oficiais do SUS, e em sistema de acompanhamento e avaliação dos contratos indicado pela Secretaria Municipal de Saúde. As áreas técnicas de Secretaria Municipal de Saúde poderão solicitar outras informações para avaliação do programa específico.

ATENÇÃO BÁSICA – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Quadro 1

| UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA “DR. BARTOLOMEU MARAGLIANO VENERE” – 3 ESF | | | | |
|--|------------|--------------------------|---------------------------------|------------|
| EQUIPE MÍNIMA | | | META DE PRODUÇÃO MENSAL | |
| CATEGORIA PROFISSIONAL EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF | QUANTIDADE | JORNADA SEMANAL HORAS | PROCEDIMENTO | QUANTIDADE |
| Médico Generalista | 3 | 40 | Consulta médica | 1.680 |
| Enfermeiro | 3 | 40 | Consulta de enfermagem | 4.200 |
| Técnico de Enfermagem | 3 | 40 | Procedimentos técnicos diversos | 4.500 |
| CATEGORIA PROFISSIONAL EQUIPE DE SAÚDE BUCAL – ESB I | QUANTIDADE | JORNADA SEMANAL HORAS | PROCEDIMENTO | QUANTIDADE |
| Cirurgião Dentista | 1 | 40 | Consulta odontológica | 280 |

Quadro 2

| UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA “DR. APOLÔNIO MORAES E SOUZA” – 1 ESF | | | | |
|---|------------|--------------------------|---------------------------------|------------|
| EQUIPE MÍNIMA | | | META DE PRODUÇÃO MENSAL | |
| CATEGORIA PROFISSIONAL EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF | QUANTIDADE | JORNADA SEMANAL HORAS | PROCEDIMENTO | QUANTIDADE |
| Médico Generalista | 1 | 40 | Consulta médica | 560 |
| Enfermeiro | 1 | 40 | Consulta de enfermagem | 1.400 |
| Técnico de Enfermagem | 1 | 40 | Procedimentos técnicos diversos | 1.500 |
| CATEGORIA PROFISSIONAL EQUIPE DE SAÚDE BUCAL – ESB I | QUANTIDADE | JORNADA SEMANAL HORAS | PROCEDIMENTO | QUANTIDADE |
| Cirurgião Dentista | 1 | 40 | Consulta odontológica | 280 |

Quadro 3

| UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA “DR. WILSON HAYECK SAIGH” – 1 ESF | | | | |
|---|------------|--------------------------|---------------------------------|------------|
| EQUIPE MÍNIMA | | | META DE PRODUÇÃO MENSAL | |
| CATEGORIA PROFISSIONAL EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF | QUANTIDADE | JORNADA SEMANAL HORAS | PROCEDIMENTO | QUANTIDADE |
| Médico Generalista | 1 | 40 | Consulta médica | 560 |
| Enfermeiro | 1 | 40 | Consulta de enfermagem | 1.400 |
| Técnico de Enfermagem | 1 | 40 | Procedimentos técnicos diversos | 1.500 |
| CATEGORIA PROFISSIONAL EQUIPE DE SAÚDE BUCAL – ESB I | QUANTIDADE | JORNADA SEMANAL HORAS | PROCEDIMENTO | QUANTIDADE |
| Cirurgião Dentista | 1 | 40 | Consulta odontológica | 280 |

Quadro 4

| UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA “DR. JOSÉ PARASSU BORGES” – 1 ESF | | | | |
|---|------------|--------------------------|---------------------------------|------------|
| EQUIPE MÍNIMA | | | META DE PRODUÇÃO MENSAL | |
| CATEGORIA PROFISSIONAL EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF | QUANTIDADE | JORNADA SEMANAL HORAS | PROCEDIMENTO | QUANTIDADE |
| Médico Generalista | 1 | 40 | Consulta médica | 560 |
| Enfermeiro | 1 | 40 | Consulta de enfermagem | 1.400 |
| Técnico de Enfermagem | 1 | 40 | Procedimentos técnicos diversos | 1.500 |
| CATEGORIA PROFISSIONAL EQUIPE DE SAÚDE BUCAL – ESB I | QUANTIDADE | JORNADA SEMANAL HORAS | PROCEDIMENTO | QUANTIDADE |
| Cirurgião Dentista | 1 | 40 | Consulta odontológica | 280 |

Quadro 5

| UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA “DR. SÉRGIO NOGUEIRA FRANCO” – 1 ESF | | | | |
|--|------------|--------------------------|---------------------------------|------------|
| EQUIPE MÍNIMA | | | META DE PRODUÇÃO MENSAL | |
| CATEGORIA PROFISSIONAL EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF | QUANTIDADE | JORNADA SEMANAL HORAS | PROCEDIMENTO | QUANTIDADE |
| Médico Generalista | 1 | 40 | Consulta médica | 560 |
| Enfermeiro | 1 | 40 | Consulta de enfermagem | 1.400 |
| Técnico de Enfermagem | 1 | 40 | Procedimentos técnicos diversos | 1.500 |
| CATEGORIA PROFISSIONAL EQUIPE DE SAÚDE BUCAL – ESB I | QUANTIDADE | JORNADA SEMANAL HORAS | PROCEDIMENTO | QUANTIDADE |
| Cirurgião Dentista | 1 | 40 | Consulta odontológica | 280 |

ANEXO III – DO ROTEIRO PARA ELABORAÇÃO DA PROJETO

1. ROTEIRO PARA ELABORAÇÃO DO PROJETO

Entende-se que o Projeto é a demonstração do conjunto dos elementos necessários e suficientes, com nível de precisão adequada, para caracterizar o perfil da unidade e o trabalho técnico gerencial definido no objeto do presente Processo de Seleção Pública de Projeto de Gestão, com base nas indicações e estudos preliminares dos informes básicos conforme Anexo I deste Edital.

A Entidade deverá demonstrar a viabilidade técnica e a estimativa das despesas referentes à execução das atividades propostas, com definição de métodos e prazos de execução.

O Projeto apresentado deverá conter a descrição sucinta e clara da proposta, evidenciando os benefícios econômicos e sociais a ser alcançados pela comunidade, a abrangência geográfica a ser atendida, bem como os resultados a serem obtidos.

Este Anexo destina-se a orientar os concorrentes para elaboração do projeto a ser apresentado, devendo conter invariavelmente todos os seus itens indicados neste roteiro, conforme descrito a seguir:

1. TÍTULO

Projeto para seleção de entidade de direito privado sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social de Saúde no âmbito do Barretos, para celebração de Contrato de Gestão objetivando para a operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde desenvolvidos nas seguintes Unidades de Saúde da Família – USF:

- Unidade de Saúde da Família “Dr. Bartolomeu Maragliano Venere”;
- Unidade de Saúde da Família “Dr. Apolônio Moraes e Souza”;
- Unidade de Saúde da Família “Dr. Wilson Hayeck Saigh”;
- Unidade de Saúde da Família “Dr. José Parassu Borges”; e
- Unidade de Saúde da Família “Dr. Sérgio Nogueira Franco”.

2. PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL

Este item deverá caracterizar o Modelo Gerencial das Unidades informadas neste Edital.

2.1. ÁREA DE ATIVIDADE

As Entidades interessadas deverão expor os aspectos organizativos das equipes de trabalho nos espaços eleitos neste edital, apresentando proposições quanto as suas atividades e os respectivos mínimos de avaliação destas, tais como:

2.1.1. Número de horas de ação individual das equipes de Saúde da Família das USF, a considerar o total horas mensais para este tipo de atendimento em potencial;

2.1.2. Número de horas de ação coletiva das equipes)de Saúde da Família das USF, a considerar o total de horas de ações coletivas e individuais mensais em potencial;

2.1.3. Número de horas de ação coletiva das equipes de Saúde da Família das USF dedicadas à aproximação com a comunidade local por meio de seus representantes sociais sobre temas ligados ao estilo de vida, qualidade de vida e longevidade, a considerar o total de horas de ações coletivas mensais em potencial.

2.2. ÁREA DE QUALIDADE

2.2.1. **Qualidade Objetiva:** aquela que está orientada a obter e garantir a melhor assistência possível dado o nível de recursos e tecnologia existentes em todo o processo de trabalho a ser desenvolvido nas unidades. A Entidade interessada estabelecerá, entre outras situações possíveis, em sua oferta:

2.2.1.1. O número de comissões técnicas que implantará nas USF especificando: nome; conteúdo; membros componentes, objetivos da Comissão, frequência de reuniões, controle das mesmas pela Direção, atas de reuniões, etc.;

2.2.1.2. Descrição de funcionamento da unidade de estatística, sua sistemática e metodologia de trabalho;

2.2.1.3. Monitoramento de indicadores de desempenho nas unidades de qualidade, de produtividade e econômico-financeiros: proposta de gestão, indicadores selecionados, sistemáticas de aplicação de ações corretivas;

2.2.1.4. Apresentação de protocolos de todos os profissionais de nível superior de atendimento conforme o perfil descrito no Edital;

2.2.1.5. Regulamento e Manual de Normas e Rotinas;

2.2.1.6. Outras iniciativas e programas de qualidade que a Entidade interessada já tenha em desenvolvimento ou pense iniciar sua implantação. Neste caso deve apresentar um plano de organização específico com definição de alcance, metodologia; cronograma de implantação; orçamento previsto, etc.

2.2.2. **Qualidade Subjetiva:** aquela que está relacionada com a percepção que o usuário e familiares obtêm de sua passagem pelas unidades. A Entidade interessada em sua oferta explicará, entre outras, as seguintes questões:

2.2.2.1. Como pesquisará a opinião ou nível de satisfação do usuário: instrumento de pesquisa, frequência, sistemática das ações corretivas;

2.2.2.2. Políticas de Educação Permanente em Saúde dos profissionais das equipes de Saúde da Família: como desenvolverá os dispositivos do Programa Nacional de Humanização para Gestão de leitos, Acolhimento com Classificação de Risco, dentre outros.

2.3. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

2.3.1. Certificar experiências anteriores mediante comprovação através de declarações legalmente reconhecidas.

2.3.2. Estrutura diretiva das Unidades: descrever o organograma das Unidades até o segundo nível: Gerente e demais profissionais.

2.3.3. Da organização de serviços assistenciais, tem-se os seguintes aspectos:

2.3.3.1. Descrição da Organização das diferentes unidades e serviços;

2.3.3.2. Expressar estrutura de liderança e número de pessoas de cada unidade, assim como o tipo de vínculo com a Unidade;

2.3.3.3. Horários de atividade a serem realizadas;

2.3.3.4. Descrição da organização das unidades especificando individualmente cada uma delas.

2.3.3. Compatibilização da proposta de trabalho com as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde.

2.3.4. Na organização de serviços administrativos, financeiros e gerais, a Entidade interessada deverá apresentar, entre outras, as seguintes informações:

2.3.4.1. Descrição de funcionamento da Manutenção Predial, descrição de funcionamento da manutenção de Equipamentos e orçamentos dedicados aos mesmos;

2.3.4.2. Volume de recursos financeiros destinados a cada tipo de despesa.

2.3.5. Na organização dos recursos humanos, a Entidade interessada deverá apresentar o quantitativo estimado, apontando, por categoria, a quantidade de profissionais, a carga horária de trabalho e o salário total (em moeda corrente), por perfil de profissional, sem a incidência dos encargos patronais.

ANEXO IV – DO DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL

A Entidade interessada deverá preencher, observada a Equipe Mínima prevista, com os recursos humanos necessários para a composição das Unidades de Saúde da Família – USF abaixo elencadas, com o nome da categoria profissional, quantidade, carga horária semanal, salário-base sem os encargos patronais, formação escolar mínima e regime de contratação, conforme a planilha abaixo:

| UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA “DR. BARTOLOMEU MARAGLIANO VENERE” – 3 ESF | | | | | |
|--|------------|-----------------------|--------------------|-----------------|-----------------------|
| Categorias | Quantidade | Carga Horária Semanal | Salário Base (R\$) | Formação mínima | Regime de Contratação |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA “DR. APOLÔNIO MORAES E SOUZA” – 1 ESF | | | | | |
|---|------------|-----------------------|--------------------|-----------------|-----------------------|
| Categorias | Quantidade | Carga Horária Semanal | Salário Base (R\$) | Formação mínima | Regime de Contratação |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA “DR. WILSON HAYECK SAIGH” – 1 ESF | | | | | |
|---|------------|-----------------------|--------------------|-----------------|-----------------------|
| Categorias | Quantidade | Carga Horária Semanal | Salário Base (R\$) | Formação mínima | Regime de Contratação |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA “DR. JOSÉ PARASSU BORGES” – 1 ESF | | | | | |
|---|------------|-----------------------|--------------------|-----------------|-----------------------|
| Categorias | Quantidade | Carga Horária Semanal | Salário Base (R\$) | Formação mínima | Regime de Contratação |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA “DR. SÉRGIO NOGUEIRA FRANCO” – 1 ESF | | | | | |
|--|------------|-----------------------|--------------------|-----------------|-----------------------|
| Categorias | Quantidade | Carga Horária Semanal | Salário Base (R\$) | Formação mínima | Regime de Contratação |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

ANEXO VI – DOS PARÂMETROS PARA PAGAMENTO E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

| PARÂMETROS PARA PAGAMENTO E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO | | | | | | | | | |
|---|------------------|--------------------------------------|---|--|---|--|---|---|--|
| MODALIDADE DE ATENÇÃO | LINHA DE SERVIÇO | REPRESENTATIVIDADE NO CUSTEIO MENSAL | DIMENSÕES DA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO CONTRATO DE GESTÃO | | | | | | |
| | | | RECURSOS HUMANOS EQUIPE MÍNIMA | | PRODUÇÃO | | QUALIDADE | | |
| | | | Parâmetros de avaliação: equipe mínima por unidade estabelecida no Contrato | | Parâmetro de avaliação: metras de produção assistencial estabelecidas para cada unidade | | Parâmetros de avaliação: matriz de Indicadores de Qualidade | | |
| | | | Parâmetro de cumprimento das metas | Cálculo do valor do desconto | Parâmetro de cumprimento das metas | Cálculo do valor do desconto | Parâmetro de cumprimento das metas | Cálculo do valor do desconto | |
| ATENÇÃO BÁSICA | ESF + ESB | | Contratação de 100% das equipes mínimas estabelecidas. | Desconto do valor de Pessoal e reflexos, correspondente aos profissionais não contratados conforme Programa de Trabalho. | 85% | Desconto de 10% sobre a representatividade da linha de serviço correspondente à meta não cumprida aplicada sobre 95% do valor global de custeio do Contrato de Gestão. | 100% | Desconto proporcional à meta não pontuada, incluindo 5% do valor global de custeio do Contrato de Gestão. | |

Quadro 2

| QUADRO EXPLICATIVO DA MATRIZ DE INDICADORES DE QUALIDADE | | | | | | | |
|--|---|---|------------------------------|--|--|--|---|
| Tipo de Indicador | Descrição | Conteúdo | Periodicidade da verificação | Meta | Fonte de Verificação | Evidência | Responsável pela evidência |
| Informação | Pontualidade na entrega dos relatórios mensais de prestação de contas assistenciais e financeiras. | Conjunto de relatórios e documentos referidos no Contrato de Gestão e entregues até o dia 15 do mês subsequente à execução das atividades. | Mensal | 100% de pontualidade para 100% de relatório | Protocolo de recebimento dos relatórios na Coordenação de Planejamento e Gestão Estratégica em Serviços de Saúde (CPGESS) da Secretaria Municipal de Saúde | Protocolo de recebimento preenchido | CPGESS |
| Informação | Preenchimento de prontuários, nos seguintes aspectos: legibilidade, assinaturas, CID, exame físico. | Avaliação das fichas de atendimento e dos prontuários das unidades gerenciadas (amostra). | 3 vezes ao ano | 90% ou mais das fichas avaliadas atendendo todos os requisitos | Prontuário das Unidades de Saúde | Relatório de avaliação emitido pela Equipe Municipal de Auditoria e Avaliação do SUS (AUDITORIA SMS) | AUDITORIA SMS |
| Processo | Apresentação e Aprovação do Plano e Execução do Plano de Educação Permanente aprovado pela CEP. | Número de atividades realizadas/Número de atividades previstas no Plano de Educação Permanente para o período. | 1 vez ao ano | 100% de realização das atividades previstas | Relatório das atividades realizadas no período | Relatórios de atividades com lista de presença e avaliação "a contento" da Coordenadoria de Educação Permanente (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde | Organização Social de Saúde e CEP |
| Processo | Proporção de crianças com até 12 (doze) meses de idade inscritas nas unidades gerenciadas com calendário vacinal completo para a idade e início de vacinação. | Avaliação das fichas de vacinação nas unidades (amostragem). | 2 vezes ao ano | 90% do total da amostra com calendário completo | Fichas de vacinas das unidades gerenciadas | Relatório de verificação das fichas emitidas pela Equipe Municipal de Auditoria e Avaliação do SUS | Avaliação externa pela AUDITORIA SMS e Coordenação de Vigilância Epidemiológica |
| Processo | Proporção de gestantes que realizaram procedimentos básicos no pré-natal e puerpério das unidades gerenciadas. | Total de gestantes com procedimentos básicos de pré-natal e puerpério/total de gestantes que concluíram o pré-natal e puerpério das unidades gerenciadas nos últimos 3 meses. | 3 vezes ao ano | 75% das gestantes que concluíram pré-natal com procedimentos completos | Banco de dados da Rede Cegonha | Relatório emitido pelos responsáveis da Rede Cegonha | Responsáveis pela Rede Cegonha |
| Processo | Proporção de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal realizadas das unidades gerenciadas. | Total de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal/total de gestantes que concluíram pré-natal e puerpério das unidades gerenciadas nos últimos 3 meses. | 3 vezes ao ano | 75% de gestantes com 7 consultas de pré-natal ou mais | Banco de dados da Rede Cegonha | Relatório emitido pelos responsáveis da Rede Cegonha | Responsáveis pela Rede Cegonha |
| Satisfação do Usuário | Análise das reclamações recebidas e providências relacionadas. | Entrega de relatório comentado das reclamações recebidas através das diferentes ouvidorias e SAU, bem como, das providências adotadas. | 4 vezes ao ano | Apresentação de justificativa de todas as reclamações recebidas no período | Relatório das Ouvidorias e do SAU | Relatório comentado apresentado | Organização Social de Saúde e CGESS |

ANEXO VIII – DO MODELO DE ATESTADO DE VISITA TÉCNICA

ATESTADO DE VISITA TÉCNICA

Em cumprimento ao disposto no Edital de Chamamento Público SMS n.º 002/2017 (Processo de Seleção de Projeto de Gestão de Unidades de Saúde da Família – USF), atesto que, nesta data, o responsável técnico da (o) (NOME DA OSS, CNPJ, ENDEREÇO, CIDADE), vistoriou as instalações físicas das Unidades de Saúde da Família – USF a seguir elencadas, bem como os equipamentos e veículos disponibilizados por esta Secretaria Municipal de Saúde:

- Unidade de Saúde da Família “Dr. Bartolomeu Maragliano Venere” (CNES 2093650)
Rua 1.º de Maio s/n.º – CEP 14780-200 – Bairro Derby Club;
- Unidade de Saúde da Família “Dr. Apolônio Moraes e Souza” (CNES 2048736)
Rua L-6 s/n.º – CEP 14787-085 – Bairro Los Angeles;
- Unidade de Saúde da Família “Dr. Wilson Hayeck Saigh” (CNES 2093642)
Alameda Dep. Eloy Chaves s/n.º – CEP 14783-261 – Cecap I;
- Unidade de Saúde da Família “Dr. José Parassu Borges” (CNES 2048744)
Avenida Ibirapuera s/n.º - CEP 14784-128 – Bairro Ibirapuera; e
- Unidade de Saúde da Família “Dr. Sérgio Nogueira Franco” (CNES 7585020)
Avenida Líbano n.º 1050 – CEP 14784-062 – Bairro City Barretos.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE BARRETOS,
Secretaria de Saúde, em de de 2017.

Secretário Municipal de Saúde

ANEXO IX – DO MODELO DE CARTA DE CREDENCIAMENTO

CARTA DE CREDENCIAMENTO

Ref.: Edital de Chamamento Público SMS n.º 002/2017 (Processo de Seleção Pública de Projeto de Gestão para Unidades de Saúde da Família – USF).

À Comissão Especial de Seleção,

Pelo presente instrumento, designamos o Sr.(a) _____, portador da cédula de identidade RG n.º _____, e do CPF n.º _____, para nosso **REPRESENTANTE CREDENCIADO**, podendo responder por esta entidade junto a essa Comissão, em tudo o que se fizer necessário durante os trabalhos de abertura, exame, habilitação, classificação, interposição de recursos, bem como sua renúncia expressa, relativamente à documentação de habilitação e às propostas de gestão apresentadas, para fins de participação no Processo de Seleção Pública de Projeto de Gestão em epígrafe.

LOCAL E DATA.

Assinatura do Responsável pela Entidade
(firma reconhecida)

Assinatura do Representante Credenciado
(firma reconhecida)

**ANEXO X – DO MODELO DA DECLARAÇÃO DE REGULARIDADE PERANTE O MINISTÉRIO DO
TRABALHO**

DECLARAÇÃO

Declaro, sob as penas da lei, que a _____ (NOME DA OSS, CNPJ, ENDEREÇO, CIDADE), interessada em participar do Processo de Seleção Pública de Projeto de Gestão para Unidades de Saúde da Família – USF (Edital de Chamamento Público SMS n.º 002/2017), encontra-se em situação regular perante o Ministério do Trabalho, nos termos do inciso XXXIII, do art. 7.º, da Constituição Federal.

LOCAL E DATA.

Representante legal da empresa
(firma reconhecida)

(A declaração deverá ser digitada em papel timbrado da empresa ou com o carimbo onde conste o nome da empresa, endereço e o n.º do CNPJ)

**ANEXO XI – DO MODELO DA DECLARAÇÃO DE INIDONEIDADE PARA CONTRATAR COM A
ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

DECLARAÇÃO

Declaro, sob as penas da lei, que a(o) _____,
inscrita no CNPJ sob o n.º _____, localizada na _____, na
data da apresentação da proposta de que trata o Edital de Chamamento Público SMS n.º 002/2017
(Processo de Seleção Pública de Projeto de Gestão para Unidades de Saúde da Família – USF), não está
cumprindo pena de suspensão temporária de participação de seleção pública, nem impedida de contratar
com a Administração Pública, tampouco apenada com declaração de inidoneidade para licitar ou com esta
contratar.

LOCAL E DATA.

Representante legal da empresa
(firma reconhecida)

(A declaração deverá ser digitada em papel timbrado da empresa ou com o carimbo onde conste o nome
da empresa, endereço e o n.º do CNPJ)

ANEXO XII – DO MODELO DA DECLARAÇÃO DO DIRIGENTE DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE QUE NÃO POSSUI AGENTE PÚBLICO EM EXERCÍCIO DE CARGO DE DIREÇÃO

DECLARAÇÃO

Declaro, sob as penas da lei, que a _____ (NOME DA OSS, CNPJ, ENDEREÇO, CIDADE), interessada em participar do Processo de Seleção Pública de Projeto de Gestão para Unidades de Saúde da Família – USF (Edital de Chamamento Público SMS n.º 002/2017), não possui agente público em exercício em nenhum cargo de direção.

LOCAL E DATA.

Representante legal da empresa
(firma reconhecida)

(A declaração deverá ser digitada em papel timbrado da empresa ou com o carimbo onde conste o nome da empresa, endereço e o n.º do CNPJ)

ANEXO XIII – DO MODELO DA DECLARAÇÃO DO DIRIGENTE DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE DE PLENO CONHECIMENTO DO CONTEÚDO DO EDITAL E DO OBJETO A SER PACTUADO E DE SUAS CONDIÇÕES

DECLARAÇÃO

Declaro, sob as penas da lei, que a _____ (NOME DA OSS, CNPJ, ENDEREÇO, CIDADE), interessada em participar do Processo de Seleção Pública de Projeto de Gestão para Unidades de Saúde da Família – USF (Edital de Chamamento Público SMS n.º 002/2017), tem pleno conhecimento das disposições do Edital em epígrafe, bem como do objeto a ser pactuado e de suas condições.

LOCAL E DATA.

Representante legal da empresa
(firma reconhecida)

(A declaração deverá ser digitada em papel timbrado da empresa ou com o carimbo onde conste o nome da empresa, endereço e o n.º do CNPJ)

ANEXO XIV – MINUTA DO CONTRATO DE GESTÃO

CONTRATO DE GESTÃO SMS N.º XXX/2017

CONTRATO QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE BARRETOS, ESTADO DE SÃO PAULO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, E O (A), QUALIFICADO (A) COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE, NO ÂMBITO DO MUNICÍPIO, PARA OPERACIONALIZAÇÃO DA GESTÃO E EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES E SERVIÇOS DE SAÚDE DE UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA QUE ESPECIFICA.

Pelo presente instrumento, de um lado o **MUNICÍPIO DE BARRETOS, ESTADO DE SÃO PAULO**, por intermédio da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, entidade de direito público, inscrito no CNPJ sob o n.º 44.780.609/0001-54, com sede na Avenida Ibirapuera n.º 177, neste ato representada pelo Secretário Municipal de Saúde,, portador (a) da Cédula de Identidade RG n.º, CPF n.º, doravante denominada **SECRETARIA**, e, de outro lado, o (a), entidade de direito privado sem fins lucrativos, inscrito (a) no CNPJ sob o n.º, com endereço à, e com estatuto arquivado no Cartório de Registro de Títulos e Documentos sob n.º, do Registro Civil de Pessoas Jurídicas de, neste ato representada por seu, Sr. (a.), portador da Cédula de Identidade RG n.º, CPF n.º, doravante denominada **PARCEIRA**, tendo em vista o disposto na Lei Municipal n.º 3.447, de 14 de agosto de 2001, e alterações subsequentes, combinado com o disposto na Lei Federal n.º 8.666, de 21 de junho de 1993, e alterações subsequentes, e, ainda, em conformidade com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecidos na Lei Federal n.º 8.080, de 1990, com fundamento na Constituição Federal, em especial no seu artigo 196 e seguintes, e na Lei Orgânica do Município, resolvem celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO** referente à operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde desenvolvidos nas Unidades de Saúde da Família referenciadas, cujo uso fica permitido pelo período de vigência do presente instrumento, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

- 1.1. O presente Contrato de Gestão tem por objeto a operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde desenvolvidos nas Unidades de Saúde da Família a seguir elencadas, em conformidade com os Anexos Técnicos que integram este instrumento:
- Unidade de Saúde da Família “Dr. Bartolomeu Maragliano Venere” (CNES 2093650)
Rua 1.º de Maio s/n.º – CEP 14780-200 – Bairro Derby Club;
 - Unidade de Saúde da Família “Dr. Apolônio Moraes e Souza” (CNES 2048736)
Rua L-6 s/n.º – CEP 14787-085 – Bairro Los Angeles;
 - Unidade de Saúde da Família “Dr. Wilson Hayeck Saigh” (CNES 2093642)
Alameda Dep. Eloy Chaves s/n.º – CEP 14783-261 – Cecap I;
 - Unidade de Saúde da Família “Dr. José Parassu Borges” (CNES 2048744)
Avenida Ibirapuera s/n.º - CEP 14784-128 – Bairro Ibirapuera; e
 - Unidade de Saúde da Família “Dr. Sérgio Nogueira Franco” (CNES 7585020)
Avenida Líbano n.º 1050 – CEP 14784-062 – Bairro City Barretos.

- 1.2. O objeto contratual executado deverá atingir o fim a que se destina, com eficácia e qualidade requeridas.
- 1.3. Fazem parte integrante deste Contrato de Gestão:
 - 1.3.1. Anexo Técnico I – Das Metas de Produção e Equipe Mínima;
 - 1.3.2. Anexo Técnico II – Dos Parâmetros para Pagamento e Avaliação de Desempenho;
 - 1.3.3. Anexo Técnico III – Da Matriz de Indicadores de Qualidade e do Quadro Explicativo;
 - 1.3.4. Anexo Técnico IV – Do Plano Orçamentário de Custeio para o Período de 12 (doze) meses e do Cronograma de Desembolso por Unidade Gerenciada; e
 - 1.3.5. Anexo Técnico V – Programa de Trabalho da Organização Social de Saúde.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA PARCEIRA

- 2.1. Em cumprimento às suas obrigações, cabe à PARCEIRA, além das obrigações constantes das especificações técnicas nos Anexos e daquelas estabelecidas na legislação referente ao SUS, bem como nos diplomas federal e estadual que regem a presente contratação, as seguintes:
 - 2.1.1. Prestar os serviços de saúde que estão especificados no Anexo Técnico I (Descrição de Serviços) à população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com o estabelecido neste Contrato de Gestão;
 - 2.1.2. Dar atendimento exclusivo aos usuários do SUS no estabelecimento de saúde cujo uso lhe fora permitido, nos termos deste Contrato de Gestão;
 - 2.1.3. Dispor, por razões de planejamento das atividades, de informação oportuna sobre o local de residência dos usuários atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando o município de residência e;
 - 2.1.4. Responsabilizar-se pela indenização de dano decorrente de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes, nessa qualidade, causarem a paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a estes vinculados, bem como aos bens públicos móveis e imóveis objetos de permissão de uso, de que trata a Lei Municipal n.º 3.447, de 14 de agosto de 2001, e alterações subsequentes, assegurando-se o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis, estendendo-se aos casos de danos causados por falhas relativas à prestação dos serviços, nos termos do art. 14 da Lei Federal n.º 8.078, de 11 de setembro de 1990, e alterações subsequentes;
 - 2.1.5. Restituir, em caso de desqualificação, ao Poder Público, o saldo dos recursos líquidos resultantes dos valores dele recebidos;
 - 2.1.6. Administrar os bens móveis e imóveis cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos termos de permissão de uso, até sua restituição ao Poder Público, observado o disposto na Lei Municipal n.º 3.447, de 14 de agosto de 2001, e alterações subsequentes, bem como comunicar à instância responsável da SECRETARIA todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência;
 - 2.1.7. Transferir, integralmente, à SECRETARIA, em caso de desqualificação e consequente extinção da Organização Social de Saúde, o patrimônio, os legados ou doações que lhe foram destinados, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação

de serviços de saúde nas Unidades de Saúde da Família – USF gerenciadas, cujo uso lhe fora permitido;

- 2.1.8. Contratar, se necessário, pessoal para a execução das atividades previstas neste Contrato de Gestão, responsabilizando-se pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, resultantes da execução do objeto desta avença;
- 2.1.9. Instalar nas Unidades de Saúde da Família gerenciadas, de que trata este instrumento, e cujo uso lhe fora permitido, o “Serviço de Atendimento ao Usuário – SAU”, devendo encaminhar à SECRETARIA relatório mensal de suas atividades, conforme o disposto nos Anexos deste Contrato de Gestão;
- 2.1.10. Manter, em perfeitas condições de uso, os equipamentos e instrumental necessários para a realização dos serviços de saúde nas Unidades de Saúde da Família gerenciadas, de que trata este Contrato de Gestão;
- 2.1.11. Adotar o símbolo e o nome designativo da unidade de saúde cujo uso lhe fora permitido, seguido pelo nome designativo “Organização Social de Saúde”;
- 2.1.12. Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou ao seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste Contrato de Gestão;
- 2.1.13. Manter sempre atualizado o arquivo dos pacientes, pelo prazo mínimo de 5 (cinco) anos, ressalvados os prazos previstos em lei;
- 2.1.14. Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação, exceto nos casos de consentimento informado, devidamente aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa Consentido, quando deverá haver manifestação expressa de consentimento do paciente ou de seu representante legal, por meio de termo de responsabilidade pelo tratamento a que será submetido;
- 2.1.15. Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços;
- 2.1.16. Afixar aviso, em lugar visível, de sua condição de entidade qualificada como Organização Social de Saúde, e de gratuidade dos serviços prestados nessa condição;
- 2.1.17. Justificar ao paciente ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato de Gestão;
- 2.1.18. Esclarecer os pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;
- 2.1.19. Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;
- 2.1.20. Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos pacientes;
- 2.1.21. Assegurar aos pacientes o direito de serem assistidos, religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso;
- 2.1.22. Limitar suas despesas com o pagamento de remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados das Organizações Sociais de Saúde a 70% (setenta por cento) do valor global das despesas de custeio da respectiva unidade.

- 2.1.22.1. A remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados das Organizações Sociais de Saúde não poderão exceder os níveis de remuneração praticada na rede privada de saúde, observando-se a média de valores de instituições de mesmo porte e semelhante complexidade dos serviços, remuneração esta baseada em indicadores específicos divulgados por entidades especializadas em pesquisa salarial existentes no mercado.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DA SECRETARIA

- 3.1. Para a execução do objeto do presente Contrato de Gestão, a SECRETARIA obriga-se a:
- 3.1.1. Prover a PARCEIRA dos meios necessários à execução do objeto deste Contrato de Gestão;
- 3.1.2. Programar no orçamento do Município, nos exercícios subsequentes ao da assinatura do presente Contrato de Gestão, os recursos necessários, nos elementos financeiros específicos para custear a execução do objeto contratual, de acordo com o sistema de pagamento previsto no Anexo Técnico II (Sistema de Pagamento), que integra este instrumento;
- 3.1.3. Permitir o uso dos bens móveis e imóveis, mediante a celebração dos correspondentes termos de permissão de uso e sempre que uma nova aquisição lhe for comunicada pela PARCEIRA;
- 3.1.4. Inventariar e avaliar os bens referidos no item 3.1.3 desta Cláusula, anteriormente à formalização dos termos de permissão de uso;
- 3.1.5. Promover, mediante autorização da Administração Pública Municipal, observado o interesse público, o afastamento de servidores públicos para terem exercício nas Unidades de Saúde da Família gerenciadas, de que trata este Contrato de Gestão, sob gestão da PARCEIRA, conforme disposição do interesse público;
- 3.1.6. Analisar, sempre que necessário e, no mínimo anualmente, a capacidade e as condições de prestação de serviços comprovadas por ocasião da qualificação da PARCEIRA como Organização Social de Saúde, para verificar se a mesma ainda dispõe de suficiente nível técnico-assistencial para a execução do objeto contratual.

CLÁUSULA QUARTA – DA COMISSÃO TÉCNICA DE AVALIAÇÃO E FISCALIZAÇÃO

- 4.1. O presente Contrato de Gestão será acompanhado por uma Comissão Técnica de Avaliação e Fiscalização – CTAF, sempre presidida pelo Secretário Municipal de Saúde.
- 4.2. À Comissão Técnica de Avaliação e Fiscalização – CTAF compete:
- 4.2.1. realizar a avaliação, o acompanhamento e fiscalização da prestação dos serviços de saúde, objeto deste Contrato de Gestão, bem como, do seu funcionamento de acordo com os critérios, parâmetros e calendário previamente acordados com a PARCEIRA, elaborando relatórios de avaliação e fazendo cumprir disposto neste instrumento;
- 4.2.2. analisar o relatório da execução deste Contrato de Gestão, com comparativo específico entre metas propostas e os resultados alcançados, acompanhados da prestação de contas apresentadas pela PARCEIRA, ao final de cada exercício financeiro ou a qualquer tempo, se necessário;
- 4.2.3. reunir-se, ordinariamente, ao final de cada semestre, para avaliação da execução do presente Contrato de Gestão, com base nas metas contratualmente estipuladas, nos

resultados efetivamente alcançados e no cumprimento dos respectivos prazos de execução;

- 4.3. O relatório conclusivo da Comissão de Acompanhamento e Fiscalização (CAF) será submetido ao Secretário Municipal da Saúde e disponibilizado no Portal da Prefeitura do Município de Barretos, e publicado na Imprensa Oficial do Município.
- 4.4. Havendo indícios fundados ou provas de malversação de bens e recursos de origem pública por parte da PARCEIRA, caberá ao Presidente da CTAF representar junto ao Ministério Público e ao Tribunal de Contas do Município, informando-lhe o que foi apurado pela referida Comissão.
- 4.5. O acompanhamento da produção será realizado de acordo com as metas estabelecidas por serviço no Anexo Técnico I (Do Quadro de Metas de Produção e Equipe Mínima).
- 4.6. O acompanhamento e avaliação da qualidade será realizado de acordo com os indicadores definidos no Anexo Técnico III (Da Matriz de Indicadores de Qualidade e do Quadro Explicativo).
- 4.7. Os trabalhos da CTAF serão trimestrais e os relatórios conclusivos elaborados serão disponibilizados, sempre que necessário, para subsidiar as demais instâncias de controle, bem como adequar o planejamento aos exercícios subsequentes.

CLÁUSULA QUINTA – DO ACOMPANHAMENTO

- 5.1. Além da Comissão Técnica de Acompanhamento e Fiscalização – CTAF de que trata a Cláusula anterior, a execução do presente Contrato de Gestão será acompanhada, ainda, pela Coordenadoria de Gestão Estratégica de Serviços de Saúde, da SECRETARIA, através do disposto neste Contrato de Gestão e seus Anexos, bem como dos instrumentos por ela definidos.

CLÁUSULA SEXTA – DO PRAZO DE VIGÊNCIA

- 6.1. O prazo de vigência do presente Contrato de Gestão será de 12 (doze) meses, tendo por termo inicial a data de sua assinatura, podendo ser renovado, por igual período, até o limite de 60 (sessenta) meses, após a demonstração da consecução dos objetivos estratégicos e das metas estabelecidas e havendo concordância de ambas as partes.
 - 6.1.1. O prazo de vigência contratual estipulado nesta Cláusula não exime a SECRETARIA da comprovação da existência de recursos orçamentários para a efetiva continuidade da prestação dos serviços nos exercícios financeiros subsequentes ao da assinatura deste Contrato de Gestão.

CLÁUSULA SÉTIMA – DO FINANCIAMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO, DOS RECURSOS FINANCEIROS E DAS CONDIÇÕES DA TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS E DOS DESCONTOS PREVISTOS

- 7.1. A PARCEIRA deverá possuir Conta Corrente única, específica e exclusiva para este Contrato de Gestão, constando como titular a PARCEIRA, para as movimentações bancárias referentes aos repasses dos recursos financeiros oriundos do Fundo Municipal de Saúde – FMS.
- 7.2. É vedada a utilização de contas de outros Contratos de Gestão para movimentação financeira decorrente deste instrumento e vice-versa.

- 7.3. A PARCEIRA deverá apresentar, mensalmente, em sua prestação de contas, os extratos bancários de movimentação de Conta Corrente e de investimentos, demonstrando a origem e aplicação dos recursos financeiros.
- 7.4. A PARCEIRA deverá disponibilizar, permanentemente, à SECRETARIA, responsável pelo acompanhamento e avaliação do presente Contrato de Gestão, todas as informações relacionadas aos recursos transferidos, demonstrativos gerenciais e extratos bancários.
- 7.5. Pela execução das atividades e serviços de saúde objeto deste Contrato de Gestão, a SECRETARIA pagará à PARCEIRA os valores definidos no Programa de Trabalho e seu respectivo Plano Orçamentário, aprovados neste Contrato de Gestão, no prazo e condições nele estabelecidos.
- 7.5.1. O valor global estimado do presente Contrato de Gestão para o período de 12 (doze) meses é de R\$ XXXXXX (XXXXXX), onerando as seguintes classificações orçamentárias:

Fonte de Recursos: 01 – Tesouro Municipal

Unidade Orçamentária: 02.05.00

Unidade Executora: 02.05.00

Funcional Programática: 10.301.0005-2.372

Ficha 0179 – 3.3.90.39.00-01

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Manutenção Do Bloco Da Atenção Básica

Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica

Fonte de Recursos: 05 – Recurso Federal

Unidade Orçamentária: 02.05.00

Unidade Executora: 02.05.00

Funcional Programática: 10.301.0005-2.372

Ficha 0180 – 3.3.90.39.00-01

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Manutenção Do Bloco Da Atenção Básica

Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica

- 7.5.2. Ao término de cada período deverá ser apresentado e aprovado novo Programa de Trabalho e Plano orçamentário para o período de 12 (doze) meses subsequente.
- 7.5.3. Os recursos pagos à PARCEIRA, enquanto não utilizados, deverão ser aplicados, por esta, em cadernetas de poupança se a previsão de seu uso for igual ou superior a 1 (um) mês, ou em fundo de aplicação financeira de curto prazo ou operação de mercado aberto lastreada em títulos da dívida pública, quando a sua utilização verificar-se prazos menores do que 1 (um) mês, eximindo a SECRETARIA dos riscos assumidos nestas aplicações.
- 7.5.4. Os rendimentos das aplicações financeiras devem ser aplicados, exclusivamente, no objeto deste Contrato de Gestão.
- 7.5.5. A PARCEIRA deve transferir os recursos destinados ao Contrato de Gestão para as conta corrente específica de acordo com a fonte dos recursos, de conformidade com a legislação pertinente, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas a contar da data do recebimento do recurso.
- 7.5.6. As despesas deverão observar as previsões constantes no Anexo Técnico IV (Do Plano Orçamentário de Custeio para o Período de 12 (doze) Meses e do Cronograma de Desembolso por Unidade Gerenciada).
- 7.5.7. Eventuais despesas que excedam as previstas devem ser justificadas e previamente aprovadas pela SECRETARIA mediante eventual revisão de metas.
- 7.6. O repasse de recursos referentes às despesas no exercício financeiro será realizado da seguinte forma:

- 7.6.1. O pagamento das despesas de CUSTEIO será realizado em 12 (doze) parcelas mensais e sucessivas, conforme Plano Orçamentário de Custeio e Cronograma de Desembolso parte integrante deste contrato, a serem pagas até o 5.º (quinto) dia útil do mês consignado, em conformidade com a avaliação dos critérios estabelecidos, de acordo com a Cláusula Nona (Dos Parâmetros Para Transferência de Recursos em Função da Avaliação Do Desempenho, e das Metas De Qualidade) deste Contrato de Gestão.
- 7.6.2. Mediante resultado da avaliação de desempenho, de acordo com os parâmetros definidos na Cláusula Nona (Dos Parâmetros Para Transferência de Recursos em Função da Avaliação Do Desempenho, e das Metas De Qualidade) deste Contrato de Gestão, poderão ser aplicados os seguintes descontos:
- 7.6.1.1. Desconto proporcional à não manutenção da equipe mínima;
- 7.6.1.2. Desconto proporcional ao não cumprimento das metas de produção assistencial;
- 7.6.1.3. Desconto proporcional ao não cumprimento das metas de qualidade.
- 7.6.3. O pagamento estará condicionado à correta prestação de contas, livre de inconsistências, conforme critérios estabelecidos pela SECRETARIA, bem como ao envio tempestivo da documentação completa, conforme definido no item 8.4 da Cláusula Oitava (Da Prestação de Contas, do Acompanhamento da Execução Financeira, e da Manutenção e Apresentação dos Documentos Fiscais e Contábeis).
- 7.6.4. Na apuração de saldo financeiro, durante a execução deste Contrato de Gestão, a SECRETARIA poderá reter, a seu critério, valores de recursos financeiros visando ajustar o saldo financeiro do Contrato.
- 7.6.5. Havendo atrasos nos pagamentos previstos no cronograma de desembolso a PARCEIRA poderá realizar adiantamentos com recursos próprios à Conta Corrente indicada para recebimento dos pagamentos mensais, tendo reconhecido as despesas efetivadas desde que em montante igual ou inferior aos valores ainda não repassados que estejam previstos neste Contrato de Gestão.
- 7.6.6. O pagamento das despesas de INVESTIMENTO somente será realizado, se previamente aprovado pela SECRETARIA.

CLÁUSULA OITAVA – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS, DO ACOMPANHAMENTO DA EXECUÇÃO FINANCEIRA, E DA MANUTENÇÃO E APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS FISCAIS E CONTÁBEIS

- 8.1. O acompanhamento da execução financeira será realizado pelo monitoramento e análise das informações estabelecidas pela SECRETARIA e disponibilizadas mensalmente pela PARCEIRA, através do Relatório de Prestação de Contas.
- 8.2. Todas as informações são integrantes do RELATÓRIO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS, documento oficial de apresentação das contas relacionadas à execução deste Contrato de Gestão.
- 8.3. O Relatório de Prestação de Contas deverá ser finalizado e entregue à SECRETARIA, até o dia 15 (quinze) de cada mês subsequente ao mês de referência, prorrogado para o próximo dia útil, no caso de final de semana ou feriado.
- 8.4. O Relatório de Prestação de Contas, entregue à SECRETARIA, deverá incluir os documentos abaixo relacionados, cujas páginas deverão ser todas devidamente rubricadas:

- 8.4.1. TERMO DE RESPONSABILIDADE da PARCEIRA, atestando a veracidade das informações enviadas;
- 8.4.2. FLUXO FINANCEIRO SINTÉTICO MENSAL;
- 8.4.3. EXTRATOS BANCÁRIOS de Conta Corrente e de aplicações financeiras deste Contrato de Gestão;
- 8.4.4. CERTIDÕES NEGATIVAS de débitos trabalhistas, de INSS e de FGTS, bem como da Receita Federal.
- 8.5. Poderão ser glosadas pela SECRETARIA as despesas que não se enquadrarem no objeto deste Contrato de Gestão, além daquelas que não estiverem previstas e aprovadas em Plano Orçamentário referente ao Programa de Trabalho pactuado com a PARCEIRA.
- 8.6. A PARCEIRA deverá manter em perfeita ordem todos os documentos fiscais e contábeis, especialmente os respectivos livros e os comprovantes de todas as despesas, devendo apresentá-los sempre que requerido pelos órgãos fiscalizadores competentes e pela SECRETARIA.
- 8.7. As informações fiscais e contábeis deverão ser encaminhadas à SECRETARIA, através do Relatório de Prestação de Contas assinado pelo responsável da PARCEIRA.
- 8.8. Todos os comprovantes fiscais deverão ser emitidos em nome da PARCEIRA e seus originais ficarão sob sua guarda e à disposição dos órgãos fiscalizadores.
- 8.9. As notas fiscais deverão estar devidamente quitadas, contendo aposição de carimbo identificador da PARCEIRA, bem como a data e a assinatura de seu preposto.
- 8.10. Somente serão aceitos os recibos e as notas fiscais quando forem emitidos com datas posteriores à assinatura deste Contrato de Gestão e de seus respectivos Termos Aditivos e de acordo com o Programa de Trabalho e o Plano Orçamentário.

CLÁUSULA NONA – DOS PARÂMETROS PARA TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS EM FUNÇÃO DA AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO, E DAS METAS DE QUALIDADE

- 9.1. **MANUTENÇÃO DE EQUIPE MÍNIMA:**
 - 9.1.1. A não manutenção da equipe mínima estabelecida para os serviços deste Contrato de Gestão implicará no desconto do valor de pessoal e reflexo correspondente aos profissionais não contratados pela PARCEIRA;
 - 9.1.2. O acompanhamento da contratação da equipe mínima será realizado mensalmente pela SECRETARIA, através da Comissão Técnica de Acompanhamento e Fiscalização – CTAF, da Coordenadoria de Gestão Estratégica de Serviços de Saúde, e da Equipe Municipal de Auditoria e Avaliação.
 - 9.1.3. O desconto previsto no subitem 9.1.1 incidirá no repasse do segundo mês subsequente à prestação de contas do mês da ocorrência.
- 9.2. **PRODUTIVIDADE POR LINHA DE SERVIÇO:**
 - 9.2.1. O cumprimento de 85% (oitenta e cinco por cento) ou mais das Metas de Produção Assistencial não implicará em desconto.
 - 9.2.2. O não cumprimento de, no mínimo 85% (oitenta e cinco por cento), implicará no desconto de 10% (dez por cento) sobre a proporção da respectiva linha de serviço,

conforme Anexo Técnico II (Dos Parâmetros Para Pagamento e Avaliação de Desempenho); o desconto proporcional incidirá sobre 95% (noventa e cinco por cento) do valor total de custeio deste Contrato de Gestão.

- 9.2.3. As metas de produção assistencial serão acompanhadas mensalmente pela SECRETARIA, nos termos de suas responsabilidades, e levarão em consideração as atividades realizadas frente às metas estabelecidas para cada linha de serviço, conforme Anexo Técnico I (Do Quadro de Metas de Produção e Equipe Mínima).
- 9.2.4. A produtividade será avaliada trimestralmente pela Comissão Técnica de Acompanhamento e Fiscalização – CTAF, e em caso de não atingimento de no mínimo 85% (oitenta e cinco por cento) das metas para cada linha de serviço contratada, a SECRETARIA, nos termos de suas responsabilidades, procederá ao desconto proporcional, no segundo mês subsequente à reunião da CTAF.
- 9.2.5. Caso seja verificado que o não cumprimento da meta de produção deveu-se à não contratação do número de profissionais estabelecido na equipe mínima, a SECRETARIA procederá ao desconto de que trata o item 7.6.1.1, somente referente à não manutenção da equipe mínima, não incidindo, neste caso, duplo desconto.
- 9.2.6. Em caso de execução abaixo de 85% (oitenta e cinco por cento) das metas de produção assistencial por período maior de 3 (três) meses consecutivos, além do desconto previsto no item 9.2.2, sem prejuízo de outras sanções, será realizada a revisão das metas de produção assistencial pactuadas por linha de serviço, dos recursos humanos estimados para execução das atividades contratadas, assim como a revisão do Plano Orçamentário de Custeio, com base na análise de eventuais mudanças na demanda assistencial formalizando as necessárias alterações por meio de Termo Aditivo ao presente Contrato de Gestão.
- 9.3. **METAS DE QUALIDADE:**
- 9.3.1. As Metas de Qualidade serão avaliadas e pontuadas através dos indicadores estabelecidos no Anexo III (Da Matriz de Indicadores de Qualidade e do Quadro Explicativo).
- 9.3.2. A avaliação dos indicadores de qualidade, com valoração dos resultados, será realizada trimestralmente pela CTAF nos termos de suas responsabilidades, conforme descrito neste Contrato de Gestão.
- 9.3.3. O não cumprimento das Metas de Qualidade implicará em desconto proporcional à meta não cumprida, conforme matriz de indicadores, que incidirá sobre 5% (cinco por cento) do valor mensal de custeio deste Contrato de Gestão relativo ao mês de incidência.
- 9.3.4. Em caso de não atingimento de 100% (cem por cento) da meta estabelecida para cada indicador, de acordo com sua periodicidade, a pontuação será zerada e a SECRETARIA, nos termos de suas responsabilidades, fará, trimestralmente, o desconto proporcional correspondente às metas não atingidas, no segundo mês subsequente à reunião da CTAF.

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS PENALIDADES

- 10.1. A inobservância, pela PARCEIRA, de cláusula ou obrigação constante deste Contrato de Gestão, autorizará a SECRETARIA a aplicar em cada caso, com observância do direito ao contraditório e a ampla defesa, as sanções previstas nos artigos 86 a 88 da Lei Federal n.º 8.666, de 21 de junho de 1993, e alterações subsequentes, quais sejam:
- 10.1.1. Advertência;

- 10.1.2. Suspensão temporária de participar de licitações e de contratar, bem como de celebrar convênios e parcerias com a Administração Pública, por prazo não superior a 2 (dois) anos;
- 10.1.3. Declaração de inidoneidade para licitar, e contratar, bem como celebrar convênios e parcerias com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida desde que ressarcida a Administração dos prejuízos resultantes e depois de decorrido o prazo da sanção aplicada com base na alínea anterior;
- 10.1.4. Multa a ser cobrada segundo os seguintes critérios:
 - 10.1.4.1. Pelo descumprimento de qualquer cláusula do contrato, que não diga respeito diretamente à execução do objeto, multa de 0,5% (meio por cento) a 10% (dez por cento) do valor mensal dos serviços contratados; e
 - 10.1.4.2. Pela rescisão do Contrato de Gestão por culpa da PARCEIRA, multa de 10% (dez por cento) sobre o valor mensal dos serviços contratados.
 - 10.1.4.3. O valor de eventual multa será descontado dos pagamentos devidos à PARCEIRA.
- 10.2. A imposição das penalidades previstas no item 10.1, será proporcional à gravidade do fato que a motivar, consideradas as circunstâncias objetivas do caso, e dela será notificada a PARCEIRA.
- 10.3. As sanções previstas nos itens 10.1.1., 10.1.2 e 10.1.3 poderão ser aplicadas juntamente com a sanção prevista no item 10.1.4.
- 10.4. Caberá recurso à autoridade competente da Secretaria Municipal da Saúde em face da decisão que aplicar à PARCEIRA quaisquer das sanções indicadas nesta cláusula, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir da data de publicação, na Imprensa Oficial do Município, da decisão recorrida.
- 10.5. A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula não suprime o direito da SECRETARIA de exigir indenização integral pelos prejuízos que o fato gerador da penalidade acarretar para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminal e/ou ética do autor do fato.

CLÁUSULA DÉCIMA-PRIMEIRA – DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL

- 11.1. O presente Contrato de Gestão poderá ser aditado, alterado, parcial ou totalmente, mediante prévia justificativa por escrito que conterá a declaração de interesse de ambas as partes e deverá ser autorizado pelo Secretário Municipal de Saúde, com anuência do Chefe de Poder Executivo Municipal.

CLÁUSULA DÉCIMA-SEGUNDA – DA RESCISÃO

- 12.1. A rescisão do presente Contrato de Gestão obedecerá às disposições contidas nos artigos 77 a 80 da Lei Federal n.º 8.666, de 21 de junho de 1993, e alterações subsequentes.
 - 12.1.1. Verificada qualquer hipótese ensejadora da rescisão contratual, o Poder Executivo providenciará a imediata revogação da permissão de uso dos bens públicos, a cessação dos afastamentos dos servidores públicos colocados à disposição da PARCEIRA, não cabendo à entidade de direito privado sem fins lucrativos direito a qualquer indenização, salvo na hipótese prevista no § 2.º, do art. 79 da Lei Federal n.º 8.666, de 21 de junho de 1993, e alterações subsequentes.

- 12.1.2. Em caso de rescisão unilateral por parte da SECRETARIA, que não decorra de má gestão, culpa ou dolo da PARCEIRA, o Município de Barretos arcará com os custos relativos à dispensa do pessoal contratado pela PARCEIRA para execução do objeto deste Contrato de Gestão, independentemente de indenização a que a PARCEIRA faça jus.
- 12.1.3. Em caso de rescisão unilateral por parte da PARCEIRA, a mesma se obriga a continuar prestando os serviços de saúde ora contratados, por um prazo mínimo de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir da denúncia do Contrato de Gestão.
- 12.1.4. A PARCEIRA terá o prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data da rescisão do Contrato de Gestão, para quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão à SECRETARIA.

CLÁUSULA DÉCIMA-TERCEIRA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

- 13.1. É vedada à PARCEIRA a cobrança, direta ou indireta, ao paciente por serviços referentes à assistência a ele prestada ou outros complementares.
- 13.2. Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercidas pela SECRETARIA sobre a execução do presente Contrato de Gestão, a PARCEIRA reconhece a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), decorrente da Lei Federal n.º 8080, de 19 de setembro de 1990, e alterações subsequentes, ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de termo aditivo, ou de notificação dirigida à PARCEIRA.
- 13.3. Fica acordado que os direitos e deveres atinentes à PARCEIRA serão sub-rogados para a Organização Social de Saúde por ela constituída, mediante a instrumentalização de termo de retificação ao presente Contrato de Gestão.
- 13.4. A PARCEIRA poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa apresentada ao Secretário Municipal de Saúde e ao Prefeito Municipal, propor a devolução de bens ao Poder Público Municipal, cujo uso fora a ela permitido e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

CLÁUSULA DÉCIMA-QUARTA – DA PUBLICAÇÃO

- 14.1. O presente Contrato de Gestão será publicado, em forma de extrato, na Imprensa Oficial do Município, no prazo máximo de até 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.

CLÁUSULA DÉCIMA-QUINTA – DO FORO

- 15.1. Fica eleito o Foro da Comarca de Barretos, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas deste Contrato de Gestão, que não puderem ser resolvidas pelas partes.

- 15.2. E, por estarem justas e contratadas, assinam o presente Contrato de Gestão em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE BARRETOS,
Secretaria de Saúde, em XX de XXXXXX de 2017.

**Secretário Municipal de Saúde
SECRETARIA**

**Representante
PARCEIRA**

Testemunhas:

- 1) _____
Nome
RG n.º
- 2) _____
Nome
RG n.º

ANEXO TÉCNICO I – DAS METAS DE PRODUÇÃO E EQUIPE MÍNIMA

As metas de equipe mínima e de produção pela unidade e serviço de saúde contratualizados, e as informações relacionadas ao acompanhamento dos serviços assistenciais, serão descritas nos quadros adiante.

A manutenção da equipe mínima, na unidade e linha de serviço, durante o horário de funcionamento definido constitui meta a ser avaliada conjuntamente com as metas de produção.

A **equipe mínima** é meta contratual e refere-se aos profissionais que serão monitorados quanto à efetiva contratação pela PARCEIRA e atuação na unidade. Essa equipe foi definida em função das necessidades de saúde, conforme planejamento da Secretaria Municipal de Saúde, e também para garantir a manutenção dos requisitos dos programas federais e respectivos financiamentos. Portanto a equipe mínima não se refere ao dimensionamento de pessoal, cabendo à PARCEIRA propor quadro de pessoal necessário ao pleno funcionamento das ações e atividades dos serviços.

Para avaliação de cumprimento de **meta de produção**, foram selecionados procedimentos chaves, e feito cálculo de metas, baseados em parâmetros de organização de serviços informados pelas áreas técnicas de Secretaria Municipal de Saúde e utilizando índices de planejamento de pessoal. O procedimento escolhido é um dentre o rol de outros procedimentos que deverão ser realizados na execução objeto do Contrato de Gestão.

As metas de produção não se constituem como parâmetros para a configuração das agendas, sendo que deverão ser observadas e seguidas as orientações e diretrizes das coordenadorias e supervisões técnicas da Secretaria Municipal de Saúde.

Toda a produção assistencial deverá ser informada nos respectivos sistemas de informação oficiais do SUS, e em sistema de acompanhamento e avaliação dos contratos indicado pela Secretaria Municipal de Saúde. As áreas técnicas de Secretaria Municipal de Saúde poderão solicitar outras informações para avaliação do programa específico.

ATENÇÃO BÁSICA – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Quadro 1

| UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA “DR. BARTOLOMEU MARAGLIANO VENERE” – 3 ESF | | | | |
|--|------------|--------------------------|---------------------------------|------------|
| EQUIPE MÍNIMA | | | META DE PRODUÇÃO MENSAL | |
| CATEGORIA PROFISSIONAL EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF | QUANTIDADE | JORNADA SEMANAL HORAS | PROCEDIMENTO | QUANTIDADE |
| Médico Generalista | 3 | 40 | Consulta médica | 1.680 |
| Enfermeiro | 3 | 40 | Consulta de enfermagem | 4.200 |
| Técnico de Enfermagem | 3 | 40 | Procedimentos técnicos diversos | 4.500 |
| CATEGORIA PROFISSIONAL EQUIPE DE SAÚDE BUCAL – ESB I | QUANTIDADE | JORNADA SEMANAL HORAS | PROCEDIMENTO | QUANTIDADE |
| Cirurgião Dentista | 1 | 40 | Consulta odontológica | 280 |

Quadro 2

| UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA “DR. APOLÔNIO MORAES E SOUZA” – 1 ESF | | | | |
|---|------------|--------------------------|---------------------------------|------------|
| EQUIPE MÍNIMA | | | META DE PRODUÇÃO MENSAL | |
| CATEGORIA PROFISSIONAL EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF | QUANTIDADE | JORNADA SEMANAL HORAS | PROCEDIMENTO | QUANTIDADE |
| Médico Generalista | 1 | 40 | Consulta médica | 560 |
| Enfermeiro | 1 | 40 | Consulta de enfermagem | 1.400 |
| Técnico de Enfermagem | 1 | 40 | Procedimentos técnicos diversos | 1.500 |
| CATEGORIA PROFISSIONAL EQUIPE DE SAÚDE BUCAL – ESB I | QUANTIDADE | JORNADA SEMANAL HORAS | PROCEDIMENTO | QUANTIDADE |
| Cirurgião Dentista | 1 | 40 | Consulta odontológica | 280 |

Quadro 3

| UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA “DR. WILSON HAYECK SAIGH” – 1 ESF | | | | |
|---|------------|--------------------------|---------------------------------|------------|
| EQUIPE MÍNIMA | | | META DE PRODUÇÃO MENSAL | |
| CATEGORIA PROFISSIONAL EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF | QUANTIDADE | JORNADA SEMANAL HORAS | PROCEDIMENTO | QUANTIDADE |
| Médico Generalista | 1 | 40 | Consulta médica | 560 |
| Enfermeiro | 1 | 40 | Consulta de enfermagem | 1.400 |
| Técnico de Enfermagem | 1 | 40 | Procedimentos técnicos diversos | 1.500 |
| CATEGORIA PROFISSIONAL EQUIPE DE SAÚDE BUCAL – ESB I | QUANTIDADE | JORNADA SEMANAL HORAS | PROCEDIMENTO | QUANTIDADE |
| Cirurgião Dentista | 1 | 40 | Consulta odontológica | 280 |

Quadro 4

| UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA “DR. JOSÉ PARASSU BORGES” – 1 ESF | | | | |
|---|------------|--------------------------|---------------------------------|------------|
| EQUIPE MÍNIMA | | | META DE PRODUÇÃO MENSAL | |
| CATEGORIA PROFISSIONAL EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF | QUANTIDADE | JORNADA SEMANAL HORAS | PROCEDIMENTO | QUANTIDADE |
| Médico Generalista | 1 | 40 | Consulta médica | 560 |
| Enfermeiro | 1 | 40 | Consulta de enfermagem | 1.400 |
| Técnico de Enfermagem | 1 | 40 | Procedimentos técnicos diversos | 1.500 |
| CATEGORIA PROFISSIONAL EQUIPE DE SAÚDE BUCAL – ESB I | QUANTIDADE | JORNADA SEMANAL HORAS | PROCEDIMENTO | QUANTIDADE |
| Cirurgião Dentista | 1 | 40 | Consulta odontológica | 280 |

Quadro 5

| UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA “DR. SÉRGIO NOGUEIRA FRANCO” – 1 ESF | | | | |
|--|------------|--------------------------|---------------------------------|------------|
| EQUIPE MÍNIMA | | | META DE PRODUÇÃO MENSAL | |
| CATEGORIA PROFISSIONAL EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF | QUANTIDADE | JORNADA SEMANAL HORAS | PROCEDIMENTO | QUANTIDADE |
| Médico Generalista | 1 | 40 | Consulta médica | 560 |
| Enfermeiro | 1 | 40 | Consulta de enfermagem | 1.400 |
| Técnico de Enfermagem | 1 | 40 | Procedimentos técnicos diversos | 1.500 |
| CATEGORIA PROFISSIONAL EQUIPE DE SAÚDE BUCAL – ESB I | QUANTIDADE | JORNADA SEMANAL HORAS | PROCEDIMENTO | QUANTIDADE |
| Cirurgião Dentista | 1 | 40 | Consulta odontológica | 280 |

(1) As metas para visitas dos agentes comunitários de saúde referem-se ao somatório de visitas e revisitas, realizadas no mês (Fonte de informação: SIAB + SIA/BPA).

(2) As metas de atendimentos individuais previstos na ESB I referem-se ao número de atendimentos individuais realizados no mês pelo Cirurgião Dentista, conforme diretrizes programáticas da Secretaria Municipal de Saúde (Fonte de informação: SIA/BPA).

ANEXO II – DOS PARÂMETROS PARA PAGAMENTO E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

| PARÂMETROS PARA PAGAMENTO E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO CONTRATO DE GESTÃO SMS N.º XXX/2017 | | | | | | | | | |
|--|------------------|--------------------------------------|---|--|---|--|---|---|--|
| MODALIDADE DE ATENÇÃO | LINHA DE SERVIÇO | REPRESENTATIVIDADE NO CUSTEIO MENSAL | DIMENSÕES DA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO CONTRATO DE GESTÃO | | | | | | |
| | | | RECURSOS HUMANOS EQUIPE MÍNIMA | | PRODUÇÃO | | QUALIDADE | | |
| | | | Parâmetros de avaliação: equipe mínima por unidade estabelecida no Contrato | | Parâmetro de avaliação: metras de produção assistencial estabelecidas para cada unidade | | Parâmetros de avaliação: matriz de Indicadores de Qualidade | | |
| | | | Parâmetro de cumprimento das metas | Cálculo do valor do desconto | Parâmetro de cumprimento das metas | Cálculo do valor do desconto | Parâmetro de cumprimento das metas | Cálculo do valor do desconto | |
| ATENÇÃO BÁSICA | ESF + ESB | | Contratação de 100% das equipes mínimas estabelecidas. | Desconto do valor de Pessoal e reflexos, correspondente aos profissionais não contratados conforme Programa de Trabalho. | 85% | Desconto de 10% sobre a representatividade e da linha de serviço correspondente à meta não cumprida aplicada sobre 95% do valor global de custeio do Contrato de Gestão. | 100% | Desconto proporcional à meta não pontuada, incluindo 5% do valor global de custeio do Contrato de Gestão. | |

Quadro 2

| QUADRO EXPLICATIVO DA MATRIZ DE INDICADORES DE QUALIDADE CONTRATO DE GESTÃO SMS N.º XXX/2017 | | | | | | | |
|---|---|---|------------------------------|--|--|--|---|
| Tipo de Indicador | Descrição | Conteúdo | Periodicidade da verificação | Meta | Fonte de Verificação | Evidência | Responsável pela evidência |
| Informação | Pontualidade na entrega dos relatórios mensais de prestação de contas assistenciais e financeiras. | Conjunto de relatórios e documentos referidos no Contrato de Gestão e entregues até o dia 15 do mês subsequente à execução das atividades. | Mensal | 100% de pontualidade para 100% de relatório | Protocolo de recebimento dos relatórios na Coordenação de Planejamento e Gestão Estratégica em Serviços de Saúde (CPGESS) da Secretaria Municipal de Saúde | Protocolo de recebimento preenchido | CPGESS |
| Informação | Preenchimento de prontuários, nos seguintes aspectos: legibilidade, assinaturas, CID, exame físico. | Avaliação das fichas de atendimento e dos prontuários das unidades gerenciadas (amostra). | 3 vezes ao ano | 90% ou mais das fichas avaliadas atendendo todos os requisitos | Prontuário das Unidades de Saúde | Relatório de avaliação emitido pela Equipe Municipal de Auditoria e Avaliação do SUS (AUDITORIA SMS) | AUDITORIA SMS |
| Processo | Apresentação e Aprovação do Plano e Execução do Plano de Educação Permanente aprovado pela CEP. | Número de atividades realizadas/Número de atividades previstas no Plano de Educação Permanente para o período. | 1 vez ao ano | 100% de realização das atividades previstas | Relatório das atividades realizadas no período | Relatórios de atividades com lista de presença e avaliação "a contento" da Coordenadoria de Educação Permanente (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde | Organização Social de Saúde e CEP |
| Processo | Proporção de crianças com até 12 (doze) meses de idade inscritas nas unidades gerenciadas com calendário vacinal completo para a idade e início de vacinação. | Avaliação das fichas de vacinação nas unidades (amostragem). | 2 vezes ao ano | 90% do total da amostra com calendário completo | Fichas de vacinas das unidades gerenciadas | Relatório de verificação das fichas emitidas pela Equipe Municipal de Auditoria e Avaliação do SUS | Avaliação externa pela AUDITORIA SMS e Coordenação de Vigilância Epidemiológica |
| Processo | Proporção de gestantes que realizaram procedimentos básicos no pré-natal e puerpério das unidades gerenciadas. | Total de gestantes com procedimentos básicos de pré-natal e puerpério/total de gestantes que concluíram o pré-natal e puerpério das unidades gerenciadas nos últimos 3 meses. | 3 vezes ao ano | 75% das gestantes que concluíram pré-natal com procedimentos completos | Banco de dados da Rede Cegonha | Relatório emitido pelos responsáveis da Rede Cegonha | Responsáveis pela Rede Cegonha |
| Processo | Proporção de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal realizadas das unidades gerenciadas. | Total de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal/total de gestantes que concluíram pré-natal e puerpério das unidades gerenciadas nos últimos 3 meses. | 3 vezes ao ano | 75% de gestantes com 7 consultas de pré-natal ou mais | Banco de dados da Rede Cegonha | Relatório emitido pelos responsáveis da Rede Cegonha | Responsáveis pela Rede Cegonha |
| Satisfação do Usuário | Análise das reclamações recebidas e providências relacionadas. | Entrega de relatório comentado das reclamações recebidas através das diferentes ouvidorias e SAU, bem como, das providências adotadas. | 4 vezes ao ano | Apresentação de justificativa de todas as reclamações recebidas no período | Relatório das Ouvidorias e do SAU | Relatório comentado apresentado | Organização Social de Saúde e CCESS |

ANEXO TÉCNICO V – PROGRAMA DE TRABALHO DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

(A inserir, quando da homologação do Processo de Seleção Pública)

ANEXO XV – DO TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO

CONTRATANTE: _____
CONTRATADA: _____
CONTRATO DE GESTÃO SMS N.º ____/____
OBJETO: _____

Na qualidade de Contratante e Contratado, respectivamente, do Termo acima identificado, e, cientes do seu encaminhamento ao TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO, para fins de instrução e julgamento, damos-nos por CIENTES e NOTIFICADOS para acompanhar todos os atos da tramitação processual, até julgamento final e sua publicação e, se for o caso e de nosso interesse, para, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito da defesa, interpor recursos e o mais que couber.

Outrossim, estamos CIENTES, doravante, de que todos os despachos e decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, de conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar n.º 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais.

LOCAL E DATA.

CONTRATANTE: (nome, cargo e assinatura)

CONTRATADA: (nome, cargo e assinatura)