

**INSTITUTO DE APOIO A GESTÃO PÚBLICA**

**CNPJ 07.264.707/0001-54**

**PROPOSTA DE TRABALHO PARA OPERACIONALIZAÇÃO,  
APOIO E EXECUÇÃO DE ATIVIDADES E SERVIÇOS DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF), EQUIPES DE SAÚDE BUCAL  
(ESB), EQUIPE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA (EAP), EQUIPES  
MULTIDISCIPLINARES, PROGRAMA PRIMEIRA INFÂNCIA  
MELHOR, EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA (ECR),  
EQUIPE DE SAÚDE INDÍGENA E FARMÁCIA Distrital (FD)  
DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE, conforme  
CHAMAMENTO PÚBLICO EDITAL 01/2026.**

**EDITAL 01/2026**

**PROCESSO SEI Nº 26.0.000006971-9**

**Lote 02 - Coordenadoria de Saúde Leste (CS Leste)**

**PORTO ALEGRE – RS**

**2026**



## Sumário

|                                                                                                                                               |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 0. Resumo da proposta técnica.....                                                                                                            | 3  |
| 1. Introdução.....                                                                                                                            | 5  |
| 1.1 Características da Instituição .....                                                                                                      | 5  |
| 1.2 Breve Histórico da Instituição .....                                                                                                      | 7  |
| 2. Qualidade Assistencial .....                                                                                                               | 10 |
| 2.1 Proposta para acompanhamento e monitoramento dos indicadores.....                                                                         | 10 |
| 2.2 Proposta para garantia de atenção domiciliar .....                                                                                        | 14 |
| 2.3 Proposta de qualificação do atendimento para redução das iniquidades em saúde 18                                                          |    |
| 2.4 Proposta para desenvolvimento de atividades coletivas e comunitárias .....                                                                | 22 |
| 2.5 Proposta para atendimento às pessoas em situação de rua .....                                                                             | 26 |
| 3. Plano de Trabalho.....                                                                                                                     | 30 |
| 3.1 Organização Administrativa e Gerencial .....                                                                                              | 30 |
| 3.1.1 Procedimento de compras, apresentação do regulamento de compras e gerenciamento de estoques .....                                       | 30 |
| 3.1.2 Descrição detalhada das atividades de cada membro da equipe de apoio e gestão, gerentes e assistentes administrativos de serviços ..... | 35 |
| 3.2 Organização Técnica.....                                                                                                                  | 40 |
| 3.2.1 Descrição detalhada das atividades dos Responsáveis Técnicos .....                                                                      | 40 |
| 3.3 Proposta para atendimento à Política Nacional de Humanização .....                                                                        | 46 |
| 3.3.1 Descrição detalhada do processo de trabalho para garantia do acolhimento humanizado.....                                                | 46 |
| 3.3.2 Descrição detalhada do processo para alcançar a indissociabilidade entre atenção e gestão.....                                          | 54 |
| 4. Experiência em Gestão de Serviços de Saúde .....                                                                                           | 64 |

## 0. Resumo da proposta técnica

Entidade: INSTITUTO DE APOIO A GESTÃO PÚBLICA

CNPJ: 07.264.707/0001-54

### 1) EXPERIÊNCIA - CORRESPONDE A 30 (trinta) PONTOS

1.1) Comprovação, pela entidade, de experiência em gestão de *serviços de saúde em Atenção Primária* – 30 (trinta) pontos.

| Tempo de atividade (meses) | Pontuação máxima (item) | Experiência da Entidade (tempo total dos intervalos das certificações) |
|----------------------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| De 24 até 35 meses         | 10                      |                                                                        |
| De 36 até 59 meses         | 20                      |                                                                        |
| Acima de 60 meses          | 30                      | <b>X</b><br><b>A partir da pagina 64</b>                               |

Marcar X no item da avaliação técnica que foram apresentadas as certificações (observado o subitem 10.8.2.1 do Edital) Indicar a página em que se encontra a certificação

### 2. QUALIDADE ASSISTENCIAL - CORRESPONDE A 30 (trinta) PONTOS

| QUALIDADE ASSISTENCIAL (Itens)                                                                         | Indicar as páginas em que se encontram os itens da proposta |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 1. Proposta para acompanhamento e monitoramento dos indicadores constante no Plano de Trabalho anexo V | 10                                                          |
| 2. Proposta para garantia de atenção domiciliar.                                                       | 14                                                          |
| 3. Proposta de qualificação do atendimento para redução das iniquidades em saúde.                      | 18                                                          |
| 4. Proposta para desenvolvimento de atividades coletivas e comunitárias.                               | 22                                                          |
| 5. Proposta para atendimento às pessoas em situação de rua.                                            | 26                                                          |

### 3. APRESENTAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO - CORRESPONDE a 40 (quarenta) PONTOS;

| Critérios                       | Itens                                                   | Indicar a página em que se encontra o item no Plano de Trabalho |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 1. Organização Administrativa e | Procedimento de compras, apresentação do regulamento de | 30                                                              |

|                                                                 |                                                                                                                                    |    |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Gerencial                                                       | compras e gerenciamento de estoques                                                                                                |    |
|                                                                 | Descrição detalhadas das atividades de cada membro da equipe de apoio e gestão, gerentes e assistentes administrativos de serviços | 35 |
| 2. Organização Técnica                                          | Descrição detalhada das atividades dos Responsáveis Técnicos                                                                       | 40 |
| 3. Proposta para atendimento à Política Nacional de Humanização | Descrição detalhada do processo de trabalho para garantia do acolhimento humanizado                                                | 46 |
|                                                                 | Descrição detalhada do processo para alcançar a indissociabilidade entre atenção e gestão.                                         | 54 |

3.1 Receberá pontuação máxima a entidade que melhor adequar ao Plano de Trabalho aos

indicadores abaixo:

- Organização administrativa e gerencial
- Organização Técnica
- Proposta para atendimento à Política Nacional de Humanização.

Porto Alegre, 09 de março de 2026.

Antônio Cesar Monteiro Fabretti  
Diretor do IAG



## 1. Introdução

### 1.1 Características da Instituição

O Instituto de Apoio à Gestão – IAG é uma organização da sociedade civil sem fins lucrativos, fundada em 07 de março de 2005, com atuação voltada à gestão e operacionalização de serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ao longo de duas décadas de atividade, o IAG consolidou experiência sólida na administração de unidades de saúde de diferentes complexidades, sempre orientado pelos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e eficiência que regem a atuação das organizações que operam com recursos públicos.

A instituição atua em conformidade com a Lei 13.019/2014 — Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil — e com as normativas dos conselhos profissionais, das vigilâncias sanitárias e das secretarias municipais e estaduais de saúde parceiras. Seus processos internos de gestão são estruturados para garantir transparência na aplicação dos recursos, rastreabilidade das decisões e prestação de contas regular aos órgãos de controle e à sociedade.

### Áreas de atuação

O IAG tem atuação voltada prioritariamente à Atenção Primária à Saúde, com experiência comprovada na gestão de Unidades de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal, Equipes de Atenção Primária, Consultórios na Rua e serviços correlatos. Além da APS, a instituição tem histórico de gestão em serviços de urgência e emergência, ambulatorios especializados e policlínicas, o que confere ao seu modelo de gestão uma visão integrada da Rede de Atenção à Saúde — condição importante para garantir a continuidade do cuidado e o adequado encaminhamento dos usuários entre os diferentes pontos da rede.

A atuação do IAG abrange também ações de promoção da saúde coletiva — imunização, educação em saúde, prevenção de doenças e campanhas sanitárias — e iniciativas de qualificação profissional voltadas para os trabalhadores das unidades sob sua gestão. O investimento na formação continuada das equipes é entendido pela instituição não como despesa, mas como condição para a qualidade do cuidado prestado à população.

### Presença no Rio Grande do Sul

O IAG possui atuação estabelecida em diversos municípios do estado do Rio Grande do Sul, incluindo Vacaria, Tramandaí, Maquiné, Camaquã, Eldorado do Sul, Bom Jesus e Alvorada, entre outros. Essa presença regional representa um conjunto expressivo de atendimentos mensais — com média de 60 mil atendimentos, todos direcionados exclusivamente ao público do SUS —, o que demonstra a capacidade operacional da instituição para assumir contratos de grande porte e de alta complexidade de gestão.



A experiência acumulada nesses municípios abrange contextos territoriais variados — zonas urbanas periféricas, regiões com populações em situação de vulnerabilidade, territórios com características rurais e populações dispersas — o que qualifica o IAG para atuar nos territórios dos Lotes Norte e Leste de Porto Alegre, que apresentam perfis populacionais igualmente diversos e desafiadores.

## **Modelo de gestão**

O modelo de gestão adotado pelo IAG combina eficiência administrativa com sensibilidade para as especificidades do serviço público de saúde. A instituição entende que gerir bem uma unidade de saúde vai além de controlar gastos e cumprir metas numéricas — exige construir equipes coesas, organizar processos que facilitem o trabalho dos profissionais assistenciais, garantir condições dignas de atendimento para os usuários e manter uma relação transparente e colaborativa com o gestor público parceiro.

Para isso, o IAG utiliza ferramentas de planejamento, monitoramento e avaliação adaptadas à realidade da APS: painéis de indicadores atualizados mensalmente, reuniões regulares de análise de situação com as equipes, ciclos de melhoria baseados em dados e processos estruturados de educação permanente. Esses instrumentos garantem que as decisões de gestão sejam informadas pelo que acontece no atendimento — e não apenas por orientações externas desconectadas da prática cotidiana das unidades.

## **Missão, visão e princípios**

A missão do IAG é promover saúde e bem-estar coletivo por meio de uma gestão eficiente, acolhedora e humanizada, garantindo acesso integral e de qualidade à população atendida pelo SUS. A instituição busca ser reconhecida como referência em gestão pública de saúde, com processos que aliam rigor técnico, responsabilidade social e respeito aos trabalhadores e usuários dos serviços.

Os princípios que orientam a atuação do IAG incluem ética e integridade em todas as relações institucionais, valorização e cuidado com os trabalhadores da saúde, respeito à diversidade e rejeição a qualquer forma de discriminação, compromisso com a transparência na gestão dos recursos públicos e alinhamento permanente com as diretrizes do SUS — universalidade, integralidade e equidade.

O IAG rejeita qualquer uso político-partidário da instituição e mantém sua atuação pautada exclusivamente pelo interesse público e pelo cumprimento dos objetivos pactuados com os gestores parceiros.

## **Comprometimento com o objeto do presente chamamento**

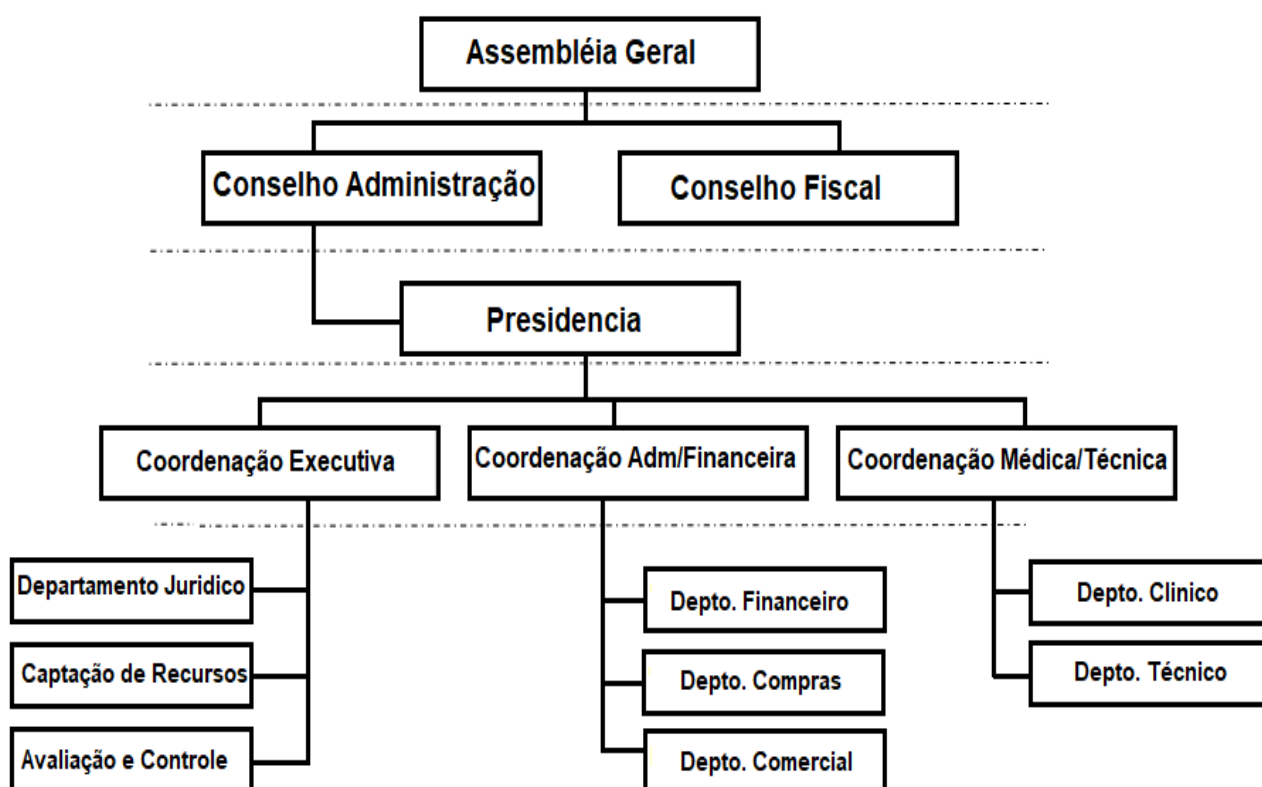
A proposta do IAG para os Lotes Norte e Leste da Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre é apresentada com pleno conhecimento das exigências do edital, das características dos territórios envolvidos e das responsabilidades que o contrato



implica. A instituição tem capacidade técnica, operacional e financeira para assumir a gestão das unidades e equipes previstas nos dois lotes, e está comprometida com a continuidade e a qualificação dos serviços prestados à população desses territórios.

O IAG se apresenta a este chamamento com a convicção de que a Atenção Primária à Saúde bem gerida é o investimento de maior impacto para a saúde da população — e com a disposição de colocar sua experiência acumulada a serviço das comunidades dos Lotes Norte e Leste de Porto Alegre.

## Organograma Macro Institucional



### 1.2 Breve Histórico da Instituição

O Instituto de Apoio à Gestão – IAG foi fundado em 07 de março de 2005 e atua há mais de duas décadas na gestão de serviços públicos de saúde. Nesse período, a instituição construiu uma trajetória baseada em resultados concretos: unidades funcionando, equipes bem estruturadas, usuários atendidos e gestores parceiros com quem mantém relações de confiança e transparência. Não se trata de uma instituição que apenas declara compromissos — é uma organização que demonstra seus valores na forma como administra cada contrato, cuida de cada equipe e responde a cada desafio que o cotidiano do serviço público apresenta.

Desde sua fundação, o IAG operou com a convicção de que a gestão eficiente e o cuidado humanizado não são objetivos que se excluem — ao contrário, um depende do outro. Um serviço bem gerido tem mais condições de oferecer cuidado de qualidade. E um serviço que cuida bem de seus usuários e trabalhadores tende a ser mais eficiente, porque trabalha com menos conflitos, menos rotatividade e mais compromisso coletivo com os resultados.

### **Modelo de gestão participativa**

O IAG adota um modelo de gestão que valoriza a participação dos trabalhadores e dos usuários nas decisões sobre o funcionamento dos serviços. Isso significa que as equipes assistenciais não apenas executam — elas também contribuem para o planejamento, identificam problemas e propõem soluções. Os espaços de deliberação coletiva, como reuniões de equipe, colegiados de gestão e conselhos locais de saúde, são tratados pela instituição como instrumentos reais de melhoria e não como formalidades a cumprir.

Essa postura se reflete também na relação com o gestor público parceiro. O IAG entende que o Termo de Colaboração não é uma terceirização de responsabilidade, mas uma parceria de fato — onde as obrigações são compartilhadas, as informações circulam com transparência e as decisões relevantes são tomadas em conjunto, com base em dados e no interesse da população atendida.

A descentralização das decisões operacionais para os gerentes de unidade, o incentivo ao engajamento das equipes na melhoria contínua dos processos e o investimento permanente na qualificação dos profissionais fazem parte do modo como o IAG funciona no dia a dia — não como política declarada, mas como prática institucional verificável.

### **Gestão financeira responsável**

A gestão dos recursos financeiros é tratada pelo IAG com rigor técnico e responsabilidade pública. A instituição opera com planejamento detalhado das despesas, controle sistemático de estoques e compras, prestação de contas regular e acesso transparente às informações financeiras para os órgãos de controle e para o gestor público parceiro.

O objetivo da gestão financeira não é apenas equilibrar receitas e despesas — é garantir que cada real aplicado resulte em melhoria concreta para o funcionamento das unidades e para o cuidado prestado à população. Isso exige eliminar desperdícios, priorizar aquisições com base em necessidade real e planejar com antecedência para evitar compras emergenciais que costumam ser mais caras e menos eficientes.

As equipes administrativas do IAG são treinadas para operar com agilidade dentro dos limites do regulamento de compras, garantindo que os processos de



aquisição sejam rápidos o suficiente para não comprometer o abastecimento das unidades e rigorosos o suficiente para assegurar a legalidade de cada transação.

### **Experiência consolidada em serviços de saúde**

Ao longo de sua trajetória, o IAG estabeleceu parcerias com gestores públicos de diferentes municípios do Rio Grande do Sul, acumulando experiência em contextos territoriais variados e em diferentes modalidades de serviço. Essa experiência abrange as seguintes áreas de atuação.

Na Estratégia Saúde da Família, o IAG tem histórico comprovado de gestão de unidades de ESF, incluindo mapeamento territorial, planejamento de ações, busca ativa de famílias, acolhimento, consultas e procedimentos de enfermagem, imunização, ações educativas e preventivas, apoio psicossocial, atendimento de urgências básicas e encaminhamento qualificado para outros níveis de atenção. Essa é a área de maior profundidade de experiência da instituição e a que mais diretamente corresponde ao objeto do presente chamamento.

Na gestão de serviços de urgência e emergência, o IAG administrou prontos-socorros e coordenou escalas de plantão médico, de enfermagem e de equipes multiprofissionais, desenvolvendo competência na organização de processos assistenciais sob pressão de alta demanda e em contextos de maior complexidade clínica.

Em serviços ambulatoriais e especializados, a instituição acumulou experiência na gestão de policlínicas e serviços de média complexidade, o que contribui para uma visão integrada da Rede de Atenção à Saúde — fundamental para garantir que os encaminhamentos realizados pelas equipes de APS sejam adequados e que a continuidade do cuidado seja assegurada.

### **Presença no Rio Grande do Sul e compromisso com Porto Alegre**

A atuação do IAG no Rio Grande do Sul abrange municípios como Vacaria, Tramandaí, Maquiné, Camaquã, Eldorado do Sul, Bom Jesus e Alvorada, entre outros, com uma média de 60 mil atendimentos mensais, todos destinados exclusivamente ao público do SUS. Essa capilaridade regional demonstra que a instituição tem estrutura administrativa, capacidade operacional e conhecimento do sistema público de saúde gaúcho para assumir contratos de grande porte com segurança.

A proposta para os Lotes Norte e Leste da Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre representa, para o IAG, a oportunidade de contribuir com a saúde de uma das populações mais densas e diversas do estado. A instituição chega a este chamamento com experiência acumulada, processos estruturados e equipe qualificada — e com a disposição concreta de construir, junto com a Secretaria Municipal de Saúde, um serviço de APS de qualidade para as comunidades dos territórios Norte e Leste da cidade.

## 2. Qualidade Assistencial

### 2.1 Proposta para acompanhamento e monitoramento dos indicadores

O monitoramento dos indicadores é uma das funções mais estratégicas da gestão de serviços de saúde. Sem acompanhamento sistemático dos resultados, a gestão trabalha no escuro — toma decisões sem saber o que está funcionando, identifica problemas tarde demais e perde a oportunidade de corrigir o rumo antes que uma situação pontual se torne um problema crônico. Com monitoramento bem estruturado, a equipe sabe onde está, para onde precisa ir e o que precisa mudar para chegar lá.

O IAG organiza o monitoramento dos indicadores das unidades de saúde dos Lotes Norte e Leste como um processo contínuo, com coleta regular de dados, análise participativa com as equipes e ciclos de melhoria baseados nos resultados observados. O objetivo não é produzir relatórios para cumprir exigência contratual — é usar os dados para melhorar o cuidado prestado à população.

#### 1. Estrutura do sistema de monitoramento

O sistema de monitoramento do IAG é organizado em três níveis complementares. O primeiro é o nível da unidade de saúde, onde os dados são coletados, organizados e analisados pelas equipes locais com apoio do gerente. O segundo é o nível do lote, onde o Gestor de Operações e o Supervisor consolidam as informações de todas as unidades e identificam tendências e variações que precisam de atenção. O terceiro é o nível institucional, onde os dados consolidados são apresentados à Secretaria Municipal de Saúde nas reuniões de monitoramento do contrato.

Esses três níveis se comunicam de forma sistemática. Os dados que sobem do nível da unidade para o lote e, deste, para a SMS precisam chegar organizados, confiáveis e com análise qualitativa que ajude a interpretar os números. E as orientações que descem da SMS para as unidades precisam ser traduzidas em ações concretas, com responsáveis e prazos definidos.

#### 2. Fontes de dados e ferramentas de coleta

Os indicadores monitorados pelo IAG têm origem em diferentes sistemas de informação. O prontuário eletrônico adotado pela SMS é a principal fonte de dados de produção assistencial — consultas realizadas, procedimentos, atendimentos por categoria profissional, registros de condições crônicas e de programas de saúde. O sistema e-SUS PEC e os demais sistemas do Ministério da Saúde complementam essa base com dados de indicadores nacionais do programa Previne Brasil e de outros programas de monitoramento federal.

O Assistente Administrativo com função de monitoramento é o responsável pela extração mensal dos dados desses sistemas, pela organização dessas informações

em formato padronizado e pela produção do painel de indicadores de cada unidade. Esse painel é atualizado até o décimo dia útil de cada mês, com os dados do mês anterior, e disponibilizado para o gerente da unidade, o Supervisor de Operações e o Gestor de Operações.

O painel de indicadores utiliza linguagem visual simples — tabelas e gráficos de fácil leitura — para que as informações sejam acessíveis não apenas aos gestores, mas também aos profissionais assistenciais nas reuniões de equipe. Um painel que só o gestor consegue interpretar tem valor limitado como ferramenta de melhoria coletiva.

### **3. Indicadores monitorados**

Os indicadores acompanhados pelo IAG incluem os indicadores pactuados no contrato com a SMS, os indicadores do programa Previne Brasil e outros indicadores locais definidos pelo plano de ação de cada unidade.

Entre os indicadores contratuais e federais monitorados estão: proporção de gestantes com pelo menos seis consultas de pré-natal realizadas, sendo a primeira até a décima segunda semana de gestação; proporção de gestantes com exames de sífilis e HIV realizados; proporção de crianças menores de um ano com vacinas em dia conforme o calendário nacional; proporção de pessoas com hipertensão com pressão arterial aferida em cada semestre; proporção de pessoas com diabetes com hemoglobina glicada solicitada; proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com exame citopatológico em dia; e número de atendimentos realizados por categoria profissional por equipe.

Além desses, cada unidade acompanha indicadores locais definidos no seu plano de ação — por exemplo, proporção de usuários faltosos contatados pela busca ativa, número de visitas domiciliares realizadas, taxa de completude dos registros no prontuário eletrônico e resultado da pesquisa de satisfação dos usuários. Esses indicadores locais capturam aspectos do processo de trabalho que os indicadores federais não alcançam, e são igualmente importantes para a gestão cotidiana das unidades.

### **4. Análise participativa dos indicadores nas unidades**

Os dados coletados só têm utilidade quando analisados por quem pode fazer algo com eles. Por isso, o IAG organiza a análise dos indicadores como um processo coletivo, realizado mensalmente nas reuniões de análise de situação de cada unidade, com participação das equipes assistenciais e do gerente.

Nessa reunião, o painel de indicadores é apresentado e discutido. Para cada indicador abaixo da meta ou com tendência de queda, o grupo busca entender o que está acontecendo: é um problema de registro — o procedimento foi realizado, mas não foi registrado corretamente? É um problema de processo — existe algum gargalo no fluxo que impede a realização? É um problema de demanda — a população está



menos acessando esse serviço por alguma razão identificável? Ou é um problema externo — uma falha no sistema de informação, uma situação climática que dificultou o acesso, uma irregularidade no abastecimento de insumos?

Essa análise qualitativa é o que transforma um número em informação útil. Um indicador abaixo da meta pode ter causas muito diferentes, e a ação correta depende de identificar a causa real. Sem essa análise, a tendência é adotar respostas genéricas que não resolvem o problema específico.

Ao final da reunião, cada indicador com problema identificado tem um plano de ação associado: ação definida, responsável pelo cumprimento e prazo. Na reunião do mês seguinte, o primeiro item da pauta é o acompanhamento dessas ações. Esse ciclo contínuo de análise, decisão e acompanhamento é o núcleo do processo de melhoria baseado em dados.

## **5. Monitoramento no nível do lote**

O Supervisor de Operações consolida mensalmente os dados de todas as unidades do lote e elabora um panorama comparativo que é apresentado na reunião mensal de coordenação de lote. Esse panorama identifica as unidades com melhores e piores resultados em cada indicador, as variações mais relevantes em relação ao mês anterior e os problemas que são comuns a várias unidades — o que pode indicar uma causa sistêmica que precisa de resposta em nível de lote, não apenas de unidade individual.

Quando uma unidade apresenta resultado consistentemente melhor do que as demais num determinado indicador, o Gestor de Operações investiga o que essa unidade está fazendo de diferente. Se a prática for replicável, ela é compartilhada com as demais equipes como referência. Esse processo de aprendizagem entre unidades é uma das formas mais efetivas de melhoria coletiva — aproveitar o que já está funcionando internamente, sem precisar buscar soluções externas.

O Gestor de Operações elabora, com base nos dados consolidados e na reunião de coordenação, um relatório mensal de monitoramento do lote. Esse relatório é encaminhado à Diretoria de Atenção Primária à Saúde da SMS dentro do prazo estabelecido no contrato e inclui os dados de produção, a análise das variações mais relevantes, as ações de melhoria em andamento e os resultados das ações definidas nos meses anteriores.

## **6. Alertas e respostas rápidas**

Além do ciclo mensal de monitoramento, o IAG prevê um mecanismo de alerta para situações que exigem resposta mais rápida. Quando um indicador apresentar queda abrupta — redução de mais de 20% em relação ao mês anterior — ou quando uma situação operacional comprometer significativamente a capacidade de atendimento de uma unidade, o gerente comunica imediatamente ao Supervisor de Operações, que aciona o Gestor de Operações para avaliação.





Nesses casos, não se espera a reunião mensal para discutir o problema. O Supervisor realiza visita técnica específica à unidade, analisa as causas com o gerente e a equipe e define ações corretivas com prazo de implementação mais curto. O resultado dessa análise é registrado e incorporado ao relatório mensal, com descrição do problema identificado, das causas e das medidas adotadas.

Esse mecanismo de resposta rápida é especialmente importante em situações sazonais — períodos de maior demanda por vacinação, surtos de doenças respiratórias no inverno, aumento da demanda por atendimentos de urgência em períodos de calor — que podem gerar pressão sobre os indicadores de forma previsível e que permitem preparação antecipada quando o monitoramento está funcionando bem.

## **7. Transparência e acesso às informações**

O IAG adota a transparência como princípio do processo de monitoramento. Os dados de produção das unidades são disponibilizados para os trabalhadores, não apenas para os gestores. O painel de indicadores é afixado em local acessível dentro de cada unidade, atualizado mensalmente, para que qualquer profissional possa consultar os resultados do próprio serviço onde trabalha.

Essa transparência tem um efeito prático relevante: profissionais que conhecem os indicadores do serviço tendem a se sentir mais responsáveis por eles. A meta de cobertura vacinal ou de acompanhamento de gestantes deixa de ser um número abstrato e passa a ser uma referência concreta para o trabalho cotidiano de cada membro da equipe.

Os usuários e os Conselhos Locais de Saúde também têm acesso às informações sobre o funcionamento do serviço. Nas reuniões do Colegiado de Gestão, os resultados dos indicadores são apresentados de forma simplificada aos representantes dos usuários, que podem fazer perguntas, trazer suas percepções e contribuir para a interpretação dos dados com a perspectiva de quem usa o serviço.

## **8. Indicadores de qualidade do próprio processo de monitoramento**

O processo de monitoramento em si também precisa ser monitorado. O IAG acompanhará a regularidade e a qualidade do processo por meio de três indicadores simples. A proporção de unidades com painel de indicadores atualizado dentro do prazo terá meta de 100% mensalmente. A proporção de reuniões de análise de situação realizadas em relação às reuniões previstas terá meta mínima de 90% ao longo do contrato. A proporção de indicadores abaixo da meta com plano de ação associado terá meta de 100% — nenhum indicador problemático sem resposta definida.

Esses indicadores são reportados pelo Supervisor de Operações ao Gestor de Operações e apresentados à SMS nas reuniões de monitoramento do contrato,



demonstrando que o processo de acompanhamento está funcionando de forma organizada e sistemática.

## 2.2 Proposta para garantia de atenção domiciliar

A atenção domiciliar é uma das dimensões mais importantes do trabalho da Atenção Primária à Saúde. Ela garante que o cuidado chegue até pessoas que, por limitações físicas, condições de saúde ou outras circunstâncias, não conseguem se deslocar até a unidade para receber atendimento. Mais do que uma alternativa à consulta presencial, a visita domiciliar é uma oportunidade única de conhecer o contexto de vida do usuário — o ambiente em que mora, as condições de moradia, os recursos familiares disponíveis e as dificuldades reais que enfrenta no cuidado à saúde. Esse conhecimento muda a qualidade do cuidado oferecido, porque permite que as orientações e os planos terapêuticos sejam construídos de forma realista, compatível com a vida de cada pessoa.

Além do cuidado individual, a visita domiciliar tem função territorial. Quando os ACS percorrem regularmente as ruas e conhecem as famílias, identificam situações que nunca chegariam espontaneamente à unidade — uma criança sem vacina em dia, um idoso que caiu e não contou para ninguém, uma família em situação de extrema vulnerabilidade que precisa de apoio intersetorial. Essa função de vigilância ativa do território é insubstituível e diferencia a APS de qualquer outro nível de atenção.

## 1. Organização das visitas domiciliares

As visitas domiciliares são realizadas por todos os membros das equipes de saúde, conforme as atribuições de cada categoria profissional. Os Agentes Comunitários de Saúde realizam visitas mensais a todas as famílias cadastradas no seu microterritório, como parte da sua função regular. Os demais membros da equipe — enfermeiro, médico, técnico de enfermagem e, quando necessário, profissionais das eMultis — realizam visitas específicas para usuários com demandas que exigem avaliação ou intervenção profissional no domicílio.

A organização das visitas da equipe de saúde segue uma lista de prioridades atualizada mensalmente. Essa lista é construída a partir das informações trazidas pelos ACS nas reuniões de equipe, dos usuários identificados nos atendimentos como necessitando de acompanhamento domiciliar e das solicitações de familiares ou cuidadores. Os critérios de prioridade incluem usuários acamados ou com mobilidade muito reduzida, pessoas em cuidados paliativos, usuários com condições crônicas descompensadas que não conseguem comparecer à unidade, puérperas e recém-nascidos de risco no período pós-alta hospitalar e idosos que vivem sozinhos com comprometimento funcional importante.

O planejamento semanal das visitas é feito na reunião de equipe, com definição de quais usuários serão visitados, por quais profissionais e com quais objetivos. Esse planejamento evita visitas desnecessárias e garante que os casos mais urgentes

sejam priorizados. A distribuição das visitas ao longo da semana também é discutida na reunião, levando em conta a disponibilidade dos profissionais, a distância entre os domicílios e as condições do território — em alguns casos, questões de segurança no território podem exigir ajuste nos dias e horários das visitas, situação que o gerente da unidade acompanha em contato regular com os ACS e com as lideranças locais.

Após cada visita, o profissional registra no prontuário eletrônico as informações coletadas, as condutas realizadas e os encaminhamentos necessários, no prazo máximo de vinte e quatro horas. Esse prazo é monitorado mensalmente pelo Assistente Administrativo de monitoramento.

## **2. Priorização e estratificação dos usuários para atenção domiciliar**

Nem todos os usuários que precisam de visita domiciliar têm a mesma urgência ou a mesma complexidade de cuidado. O IAG organizará a lista de acompanhamento domiciliar em três grupos, com periodicidade de visita e composição da equipe definidas conforme o nível de necessidade.

O primeiro grupo inclui usuários com maior complexidade e dependência — acamados, em cuidados paliativos, com condições neurológicas graves ou em recuperação de procedimentos cirúrgicos de grande porte. Esses usuários recebem visita da equipe de saúde com frequência mínima quinzenal, com participação do enfermeiro e do médico quando a situação clínica exigir. O cuidador familiar é sempre envolvido nas orientações, com atenção especial à sua sobrecarga e às suas necessidades de apoio.

O segundo grupo inclui usuários com condições crônicas que dificultam o deslocamento, mas que têm certa estabilidade clínica — hipertensos e diabéticos com controle regular, idosos com mobilidade reduzida, usuários em uso de medicamentos de uso contínuo que precisam de renovação e monitoramento. Esses usuários recebem visita mensal, conduzida pelo enfermeiro ou pelo técnico de enfermagem, com encaminhamento ao médico quando identificada alteração clínica.

O terceiro grupo inclui usuários em situações transitórias — puérperas na primeira semana após o parto, usuários em pós-operatório recente, pessoas em recuperação de internação hospitalar. Para esse grupo, a visita é organizada com maior agilidade, preferencialmente nos primeiros dias após a alta, com foco na adaptação ao cuidado domiciliar e na identificação de sinais de alerta que demandem retorno ao serviço de saúde. A pós-alta hospitalar é um dos momentos de maior risco de complicações e reinternações, e a presença da equipe nesse período tem impacto direto na segurança do usuário.

A lista de cada grupo é revisada mensalmente na reunião de equipe. Usuários que melhoram e conseguem retomar o acesso à unidade saem da lista de prioridade domiciliar. Usuários que pioram ou cujas condições mudam são reclassificados para o grupo de maior complexidade. Esse processo de revisão periódica garante que a lista reflita a realidade atual de cada território e não se torne um registro estático e desatualizado.

### **3. O papel das eMultis na atenção domiciliar**

As Equipes Multidisciplinares ampliam significativamente a capacidade das equipes de ESF e EAP na atenção domiciliar. Profissionais como fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional trazem perspectivas de cuidado que o núcleo básico da ESF não consegue cobrir de forma adequada — especialmente para usuários com condições complexas que demandam reabilitação, adaptação do ambiente domiciliar ou suporte em saúde mental.

O IAG organizará visitas domiciliares conjuntas — equipe de ESF e profissional da eMulti — para os casos identificados como mais complexos, onde a avaliação multiprofissional no próprio ambiente de vida do usuário é fundamental para a construção de um plano de cuidado adequado. Essas visitas são agendadas com antecedência, com clareza sobre os objetivos de cada profissional e com registro conjunto no prontuário.

O fisioterapeuta apoiará especificamente os usuários com limitações de mobilidade, orientando exercícios e adaptações no ambiente domiciliar que reduzam o risco de quedas e melhorem a funcionalidade. A avaliação no domicílio é especialmente relevante nesse caso, porque permite identificar obstáculos reais — tapetes soltos, banheiros sem barra de apoio, degraus sem sinalização — que uma consulta na unidade não revelaria. O nutricionista apoiará usuários com restrições alimentares que precisam de orientação adaptada ao que está disponível no contexto domiciliar real — não a prescrição ideal, mas o que é possível e sustentável para aquela família. O psicólogo acompanhará usuários com sofrimento psíquico significativo que não conseguem se deslocar para atendimentos regulares na unidade ou no CAPS, mantendo o vínculo terapêutico no próprio domicílio enquanto a situação não permite outro arranjo.

A terapeuta ocupacional, quando disponível na composição da eMulti, contribuirá com a avaliação funcional no domicílio e com orientações sobre adaptações que aumentem a independência do usuário nas atividades do dia a dia — vestir-se, alimentar-se, higiene pessoal. Essa contribuição é especialmente relevante para idosos com sequelas de AVC ou outras condições que afetam a funcionalidade.

### **4. Articulação com o cuidador familiar**

A atenção domiciliar efetiva passa, quase sempre, pelo cuidador familiar. É ele quem permanece com o usuário após a visita da equipe, quem administra os medicamentos, quem identifica as alterações no quadro e quem busca o serviço quando algo muda. Ignorar o cuidador no processo de atenção domiciliar é ignorar o ator mais presente no cuidado cotidiano.

O IAG orientará as equipes a incluir o cuidador em todas as etapas da visita domiciliar — não apenas como testemunha, mas como participante ativo das orientações e das decisões sobre o cuidado. As orientações serão dadas de forma clara e adaptada à capacidade de compreensão e às condições reais do cuidador,

evitando prescrições que não podem ser cumpridas no contexto domiciliar disponível. Materiais de apoio simples — cartilhas, listas de verificação, orientações escritas em linguagem acessível — serão disponibilizados quando necessário para facilitar a continuidade do cuidado entre as visitas da equipe.

A equipe também ficará atenta à saúde do próprio cuidador. A sobrecarga de quem cuida de um familiar dependente é um problema de saúde relevante e frequentemente invisível nos sistemas de informação. Sintomas de esgotamento, isolamento social, adoecimento físico e sofrimento emocional são comuns entre cuidadores de pessoas com alto grau de dependência. Quando a equipe identificar esses sinais, o caso será discutido na reunião de equipe e poderão ser acionados recursos de apoio — grupos de cuidadores, apoio psicológico pelas eMultis, articulação com a assistência social para verificar direito a benefícios como o BPC e outros auxílios disponíveis.

Em situações onde o cuidador não tem condições de manter o cuidado adequado — por limitações físicas, cognitivas ou de disponibilidade —, a equipe articulará com a assistência social a busca de soluções complementares: apoio de outros familiares, serviços comunitários de apoio ao idoso ou encaminhamento para avaliação de institucionalização quando for a alternativa mais adequada para a segurança do usuário.

## **5. Cuidados paliativos no domicílio**

Usuários em cuidados paliativos merecem atenção especial na organização da atenção domiciliar. Para essas pessoas, o domicílio é frequentemente o local de preferência para viver a fase final da vida, e o papel da equipe de saúde é garantir conforto, controle de sintomas e suporte à família durante esse processo.

O IAG capacitará as equipes para a identificação de usuários que se beneficiariam de cuidados paliativos e para a abordagem adequada com o usuário e a família sobre essa proposta de cuidado. As visitas para usuários em cuidados paliativos terão frequência adaptada ao momento clínico — podendo ser diárias nas fases de maior instabilidade — e envolvimento do médico sempre que houver necessidade de ajuste no controle de sintomas.

A equipe de enfermagem é responsável pelo monitoramento regular dos sintomas, pela orientação ao cuidador sobre os sinais de piora e sobre o que fazer em cada situação, e pelo suporte emocional à família. O psicólogo das eMultis apoiará as famílias que necessitam de acompanhamento específico para lidar com o processo de adoecimento e perda.

## **6. Registro e continuidade do cuidado**

Toda visita domiciliar realizada por qualquer membro da equipe de saúde será registrada no prontuário eletrônico do usuário. O registro incluirá as informações coletadas, as condutas realizadas, as orientações fornecidas ao usuário e ao cuidador





e os encaminhamentos definidos. Quando a visita for realizada por mais de um profissional, cada um registra sua parte no mesmo prontuário, garantindo que o documento reflita a avaliação multiprofissional de forma integrada.

Esse registro é fundamental para a continuidade do cuidado. Quando o usuário retorna à unidade para consulta presencial, o profissional que o atende tem acesso ao histórico das visitas domiciliares e pode dar continuidade ao plano de cuidado sem repetir avaliações ou perder informações relevantes. Quando há substituição de profissional na equipe, o novo integrante encontra no prontuário o histórico necessário para assumir o acompanhamento sem descontinuidade.

## **7. Indicadores de monitoramento da atenção domiciliar**

O desempenho da atenção domiciliar será monitorado por indicadores específicos, acompanhados mensalmente pelo gerente de unidade e pelo Supervisor de Operações.

O número de visitas domiciliares realizadas pela equipe de saúde por mês — excluindo as visitas dos ACS, que seguem fluxo próprio — será monitorado por unidade, com meta definida a partir do tamanho da lista de acompanhamento domiciliar de cada equipe. A proporção de usuários da lista de prioridade que receberam visita dentro da periodicidade prevista terá meta mínima de 85%, sinalizando que o planejamento das visitas está sendo cumprido.

O percentual de visitas com registro no prontuário em até vinte e quatro horas terá meta de 100%, com verificação mensal pelo Assistente Administrativo de monitoramento. Registros com atraso são identificados e comunicados ao gerente para orientação ao profissional envolvido.

A proporção de usuários em pós-alta hospitalar que receberam visita domiciliar nos primeiros sete dias após a alta será monitorada como indicador de atenção ao momento mais crítico de transição do cuidado. A proporção de usuários em cuidados paliativos com visita realizada dentro da periodicidade definida no plano de cuidado individual também será acompanhada mensalmente. Esses indicadores são discutidos nas reuniões de análise de situação das unidades e apresentados mensalmente nas reuniões de coordenação de lote.

### **2.3 Proposta de qualificação do atendimento para redução das iniquidades em saúde**

Iniquidades em saúde são diferenças nos níveis de saúde entre grupos populacionais que são evitáveis, injustas e decorrentes de condições sociais desfavoráveis. Elas não aparecem apenas nos dados epidemiológicos — aparecem no cotidiano das unidades de saúde, na dificuldade de acesso de determinados grupos, no atendimento que não considera as especificidades culturais e sociais de quem chega, nas condições crônicas que poderiam ter sido evitadas se o cuidado tivesse chegado antes e de forma adequada.

Reduzir iniquidades em saúde na APS exige mais do que ampliar o número de consultas. Exige identificar quem está sendo menos alcançado pelo serviço, entender por que isso acontece e reorganizar os processos de trabalho para que o cuidado chegue de forma mais equânime a todos os grupos populacionais do território. O IAG organiza essa proposta em ações concretas voltadas para o acesso, para a qualificação do atendimento e para a atenção às populações com maiores vulnerabilidades nos territórios dos Lotes Norte e Leste de Porto Alegre.

## **1. Identificação das iniquidades no território**

O primeiro passo para reduzir iniquidades é identificá-las. O IAG realizará, no início do contrato e com atualização anual, um diagnóstico de equidade em cada unidade de saúde, cruzando os dados de produção assistencial com o perfil socioeconômico e epidemiológico da população cadastrada.

Esse diagnóstico responde a perguntas concretas: quais grupos populacionais do território têm menor cobertura de consultas programadas? Quais condições crônicas estão com pior controle em grupos específicos — idosos que vivem sozinhos, mulheres que trabalham em horário comercial, moradores de áreas com maior vulnerabilidade social? Quais barreiras de acesso são mais frequentes — dificuldade de transporte, incompatibilidade de horário, barreiras de comunicação?

As respostas a essas perguntas orientam o planejamento das ações de qualificação. Sem esse diagnóstico, as ações tendem a beneficiar principalmente quem já acessa o serviço com facilidade, aprofundando as desigualdades em vez de reduzi-las.

O diagnóstico é elaborado pelo gerente da unidade com apoio do Assistente Administrativo de monitoramento e do Supervisor de Operações, e discutido com as equipes nas reuniões de análise de situação. Os Agentes Comunitários de Saúde são fonte fundamental nesse processo, porque conhecem as famílias do território e identificam barreiras que os dados dos sistemas de informação não capturam.

## **2. Ampliação e flexibilização do acesso**

Uma das principais barreiras de acesso identificadas na APS é a incompatibilidade entre os horários de funcionamento das unidades e os horários disponíveis de determinados grupos populacionais. Trabalhadores em regime formal de emprego, por exemplo, frequentemente não conseguem consultas em horário comercial sem precisar faltar ao trabalho.

O IAG organizará, nas unidades com funcionamento das 7h às 22h, a disponibilização de vagas de atendimento em horários ampliados — início da manhã, final da tarde e início da noite — especificamente reservadas para usuários que não conseguem acessar o serviço no horário convencional. A reserva dessas vagas será definida com base no diagnóstico de equidade de cada unidade e revisada trimestralmente conforme a demanda observada.

Nas unidades com funcionamento convencional, o IAG avaliará, junto à Coordenadoria de Saúde e à DAPS, a possibilidade de organizar pelo menos um dia por semana com horário estendido para atendimentos programados, priorizando os grupos identificados no diagnóstico como menos alcançados pelo serviço regular.

Além do horário, o IAG qualificará o processo de agendamento para torná-lo mais acessível. O agendamento por telefone e por outros canais remotos será ampliado nas unidades que ainda dependem predominantemente do agendamento presencial, reduzindo a necessidade de deslocamento apenas para marcar uma consulta. As regras de agendamento serão revisadas para eliminar exigências desnecessárias que funcionam como barreiras — como a exigência de chegada muito cedo para garantir uma vaga, que prejudica principalmente idosos e pessoas com dificuldades de mobilidade.

### **3. Qualificação do atendimento a populações específicas**

Reduzir iniquidades exige que o atendimento seja qualificado para responder às necessidades específicas de grupos populacionais que enfrentam barreiras adicionais. O IAG prevê ações direcionadas para os principais grupos identificados nos territórios dos dois lotes.

Para a população negra, o IAG capacitará as equipes para a identificação e o manejo adequado de condições de saúde com maior prevalência nesse grupo — anemia falciforme, hipertensão, diabetes e condições relacionadas ao racismo estrutural que impacta a saúde. Além da dimensão clínica, a capacitação abordará o reconhecimento e o enfrentamento do racismo institucional nas práticas de saúde, incluindo a forma como profissionais se comunicam com usuários negros, a tendência de subestimar queixas de dor e as disparidades no acesso a procedimentos e encaminhamentos. O preenchimento adequado do quesito raça/cor nos sistemas de informação será monitorado como indicador de qualidade do registro, porque sem esse dado não é possível identificar e monitorar as iniquidades raciais no atendimento.

Para mulheres em situação de violência doméstica — grupo com alta prevalência nos territórios atendidos —, o IAG capacitará as equipes para a identificação de sinais de violência durante os atendimentos de rotina, para a abordagem adequada quando a violência é identificada ou relatada e para o acionamento dos fluxos de proteção disponíveis na rede intersetorial. A unidade de saúde é, frequentemente, o único serviço que uma mulher em situação de violência acessa regularmente, o que torna a equipe de saúde um ator estratégico na proteção dessas mulheres.

Para pessoas com deficiência, as unidades garantirão acessibilidade física e comunicacional. Além das adaptações estruturais de responsabilidade da gestão — rampas, banheiros adaptados, sinalização —, as equipes serão orientadas sobre comunicação alternativa para usuários com deficiência auditiva ou de fala, e sobre adaptações no atendimento para usuários com deficiência intelectual. O agendamento para esse grupo será facilitado, com possibilidade de marcação de consultas em

horários com menor movimento e com tempo de atendimento ampliado quando necessário.

Para a população LGBTQIA+, o IAG promoverá a qualificação das equipes para um atendimento sem discriminação e adequado às especificidades de saúde desse grupo, incluindo o uso do nome social nos registros e no atendimento, o conhecimento dos cuidados específicos para pessoas trans e travestis e a abordagem respeitosa de questões de saúde sexual. O ambiente das unidades será avaliado quanto a possíveis barreiras simbólicas que afastem esse grupo do serviço.

Para a população indígena do Lote Leste, o atendimento respeitará as especificidades culturais de cada grupo, com envolvimento dos Agentes Indígenas de Saúde e das lideranças comunitárias no planejamento das ações. O IAG reconhece que práticas tradicionais de cuidado têm valor e devem ser respeitadas, e que a integração entre o cuidado convencional e as práticas tradicionais pode melhorar a adesão e os resultados do atendimento.

#### **4. Busca ativa de populações menos alcançadas**

Muitos usuários que mais precisam do serviço de saúde são exatamente os que menos o acessam espontaneamente. Idosos com dificuldade de locomoção, pessoas com condições crônicas mal controladas que se sentem envergonhadas, famílias em situação de extrema vulnerabilidade que não percebem o serviço de saúde como acessível para elas. Alcançar esses grupos exige que a equipe vá ao encontro deles, e não apenas espere que eles venham à unidade.

O IAG organizará, a partir do diagnóstico de equidade, ações de busca ativa direcionadas para os grupos identificados como menos alcançados. Essa busca ativa é feita principalmente pelos Agentes Comunitários de Saúde nas visitas domiciliares, mas envolve também o contato telefônico com usuários faltosos em consultas programadas e a articulação com outros serviços — CRAS, CREAS, escolas — para identificar famílias que precisam de cuidado e não estão chegando à unidade.

Usuários com condições crônicas que estão há mais de seis meses sem consulta na unidade serão identificados mensalmente pelo Assistente Administrativo de monitoramento e terão seus nomes comunicados à equipe de referência para que o ACS realize a busca ativa. O registro dessa busca — se o contato foi feito, qual foi o resultado, se o usuário foi agendado ou se há alguma barreira específica que impediu o acesso — será feito no prontuário eletrônico e acompanhado nas reuniões de equipe.

#### **5. Capacitação das equipes para a abordagem equânime**

As ações descritas acima só funcionam se as equipes estiverem preparadas para realizá-las. O IAG prevê um programa de capacitação voltado para a redução de iniquidades, integrado ao programa de educação permanente das unidades.





Esse programa inclui ao menos duas ações formativas por ano especificamente voltadas para o tema da equidade em saúde, com conteúdos adaptados às realidades de cada território. Os temas são definidos com base no diagnóstico de equidade e nas situações identificadas no cotidiano do atendimento — não são capacitações genéricas, mas respostas a necessidades concretas identificadas na prática.

Além das ações formativas específicas, o tema da equidade será incorporado às discussões regulares das reuniões de equipe. Quando um profissional identificar uma situação de atendimento inadequado por discriminação — explícita ou não —, esse caso será discutido coletivamente como oportunidade de aprendizagem, sem exposição desnecessária do profissional envolvido, mas com clareza sobre o que precisa mudar.

## **6. Indicadores de monitoramento**

O avanço na redução de iniquidades será monitorado por indicadores que permitem comparar o acesso e a qualidade do atendimento entre diferentes grupos populacionais. A proporção de usuários com condições crônicas em acompanhamento regular — desagregada por raça/cor, faixa etária e área de moradia — será acompanhada para identificar se os grupos mais vulneráveis estão sendo alcançados de forma equânime. O percentual de completude do campo raça/cor nos registros de atendimento terá meta de preenchimento acima de 90%.

O número de buscas ativas realizadas por equipe por mês será monitorado com meta mínima definida a partir do diagnóstico de equidade de cada unidade. A proporção de usuários faltosos contatados que retornaram ao serviço será acompanhada como indicador de efetividade da busca ativa. Esses indicadores são apresentados nas reuniões mensais de coordenação de lote e reportados à SMS.

### **2.4 Proposta para desenvolvimento de atividades coletivas e comunitárias**

As atividades coletivas e comunitárias são parte estrutural do trabalho da Atenção Primária à Saúde, não um complemento opcional ao atendimento individual. Grupos de educação em saúde, ações extramuros, atividades com a comunidade e iniciativas intersetoriais ampliam o alcance do cuidado, fortalecem o vínculo entre as equipes e a população e contribuem para a promoção da saúde em dimensões que o atendimento individual não consegue alcançar. Uma equipe que só atende dentro do consultório conhece pouco o território onde trabalha. Uma equipe que também atua coletivamente conhece a comunidade, é reconhecida por ela e consegue atuar de forma muito mais efetiva.

O IAG organiza as atividades coletivas e comunitárias das unidades de saúde dos Lotes Norte e Leste como parte integrante do processo de trabalho das equipes, com planejamento, registro, monitoramento e avaliação sistemáticos.

## **1. Planejamento das atividades coletivas**

Cada unidade de saúde elaborará, ao início de cada ano ou no momento de início das atividades, um plano de atividades coletivas e comunitárias para o período. Esse plano é construído com base em três fontes de informação: o perfil epidemiológico da população cadastrada, as demandas identificadas pelas equipes no atendimento cotidiano e as sugestões trazidas pelos usuários e pelos Conselhos Locais de Saúde.

O plano define, para cada atividade prevista, o público-alvo, os objetivos, a periodicidade, os profissionais responsáveis, os materiais necessários e o local de realização. Atividades realizadas dentro da unidade e atividades realizadas no território têm organização distinta, mas ambas precisam estar previstas no plano e registradas após a realização.

O gerente da unidade é responsável por garantir que o plano seja executado e por apoiar as equipes na organização logística das atividades — reserva de espaço, materiais, comunicação com a comunidade. O Supervisor de Operações acompanha a execução do plano nas visitas regulares às unidades e apoia a resolução de dificuldades operacionais que possam comprometer a realização das atividades previstas.

## **2. Grupos de educação em saúde e acompanhamento de condições crônicas**

Os grupos de educação em saúde são uma das atividades coletivas mais consolidadas na APS. O IAG organizará grupos regulares nas unidades de saúde para os principais programas de acompanhamento: hipertensos e diabéticos, gestantes, puericultura, saúde do idoso, saúde mental e outros grupos definidos conforme o perfil de cada território.

Esses grupos têm dupla função. A primeira é educativa: ampliar o conhecimento dos participantes sobre sua condição de saúde, os cuidados necessários, os sinais de alerta e os recursos disponíveis na rede. A segunda é de acompanhamento: nos grupos, as equipes conseguem alcançar um número maior de usuários num mesmo período, monitorar indicadores coletivos e identificar situações que precisam de atenção individualizada.

A organização dos grupos não será uniforme para todas as unidades. Cada equipe adaptará o formato, a linguagem e os temas ao perfil do grupo, ao nível de escolaridade dos participantes e às demandas que emergirem ao longo das sessões. O IAG orientará as equipes a evitar o modelo de palestra unidirecional — onde o profissional fala e os usuários escutam — e a priorizar formatos participativos, onde os próprios usuários trazem suas experiências, dúvidas e saberes para o coletivo.

As Equipes Multidisciplinares apoiarão os grupos das equipes de ESF e EAP, trazendo a perspectiva de diferentes profissionais — psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, educador físico — para as discussões coletivas. Essa integração enriquece o conteúdo dos grupos e reduz a fragmentação do cuidado, porque os usuários passam a ter acesso a múltiplos olhares sobre sua saúde num mesmo espaço.

### **3. Atividades extramuros e ações no território**

As atividades realizadas fora da unidade de saúde — em escolas, associações de moradores, igrejas, praças, centros comunitários — têm um alcance que as atividades intramuros não têm. Elas chegam a pessoas que não buscam espontaneamente o serviço de saúde, fortalecem a presença das equipes no território e permitem que a APS cumpra seu papel de promotora de saúde para além do cuidado às doenças.

O IAG incentivará as equipes a realizarem pelo menos uma ação extramuros por mês, com planejamento prévio e registro após a realização. Essas ações incluem campanhas de vacinação fora da unidade, feiras de saúde em espaços comunitários, atividades de promoção de alimentação saudável e atividade física, ações de rastreamento de condições prevalentes como hipertensão e diabetes, e iniciativas voltadas para datas comemorativas do calendário de saúde — Outubro Rosa, Novembro Azul, Dia Mundial de Combate à AIDS, entre outras.

A organização das ações extramuros envolve articulação com outros atores do território — lideranças comunitárias, diretores de escolas, coordenadores de equipamentos sociais. O IAG estimulará que essa articulação seja feita de forma sistemática, com parceiros mapeados e contatos mantidos ao longo do ano, e não apenas nas vésperas de uma ação específica.

Quando a SMS ou a Coordenadoria de Saúde convocar as unidades para participar de campanhas ou ações coletivas mais amplas — como campanhas de vacinação, ações de combate à dengue ou outras mobilizações territoriais —, o IAG garantirá a participação das equipes conforme as orientações recebidas, integrando essas ações ao calendário de atividades das unidades.

### **4. Atividade física e promoção de saúde com apoio das eMultis**

As Equipes Multidisciplinares — previstas nos dois lotes — incluem profissional de Educação Física na sua composição. Esse profissional tem papel central na organização de atividades de promoção de saúde voltadas para a prática de atividade física regular, que é um dos fatores de proteção mais relevantes para as doenças crônicas não transmissíveis mais prevalentes na população atendida pela APS.

O IAG organizará, com apoio dos educadores físicos das eMultis, grupos de atividade física regulares — caminhadas, ginástica, alongamento — em espaços das próprias unidades ou em áreas externas próximas, como praças e quadras comunitárias. Esses grupos serão abertos prioritariamente para usuários com condições crônicas — hipertensos, diabéticos, idosos com mobilidade reduzida — mas também para outros membros da comunidade interessados.

A proposta não é criar academias nas unidades de saúde, mas organizar um ponto de encontro regular que estimule a prática de movimento de forma leve e acessível, com supervisão profissional e com o valor adicional do convívio social que

esses grupos proporcionam. Muitos usuários que participam desses grupos relatam benefícios que vão além da atividade física em si: redução do isolamento, melhora do humor, fortalecimento de vínculos com a equipe e com outros moradores do território.

## **5. Ações voltadas para grupos populacionais específicos**

O perfil dos territórios dos Lotes Norte e Leste é diverso e inclui populações com necessidades específicas que demandam atividades coletivas adaptadas. O IAG prevê ações direcionadas para alguns desses grupos.

Para crianças e adolescentes, as equipes articuladas com as escolas do território realizarão ações de saúde escolar — verificação de saúde bucal, atualização vacinal, rodas de conversa sobre saúde sexual e reprodutiva com adolescentes, orientações sobre alimentação saudável. O Programa Primeira Infância Melhor, presente em algumas unidades dos dois lotes, terá atividades coletivas voltadas para as famílias participantes, integrando saúde, desenvolvimento infantil e fortalecimento dos vínculos familiares.

Para idosos, além dos grupos já mencionados, as equipes realizarão atividades voltadas para prevenção de quedas, orientação sobre uso racional de medicamentos — problema especialmente relevante nessa faixa etária — e promoção da saúde mental, com atenção à solidão e ao isolamento social que afetam muitos idosos do território.

Para a população indígena atendida no Lote Leste, as atividades coletivas respeitarão as especificidades culturais de cada grupo, com envolvimento das lideranças das aldeias no planejamento e na execução. O IAG reconhece que a imposição de formatos de atividades coletivas sem adaptação cultural pode ser mais prejudicial do que benéfica, e por isso o planejamento dessas ações será feito em diálogo direto com as comunidades.

## **6. Registro, monitoramento e avaliação**

Todas as atividades coletivas e comunitárias realizadas serão registradas em instrumento padrão definido pelo IAG, com informações sobre data, local, tipo de atividade, público-alvo, número de participantes, profissionais envolvidos e principais resultados ou situações identificadas. Esse registro é a base para o monitoramento e para a prestação de contas à SMS.

Os indicadores de acompanhamento das atividades coletivas incluem o número de atividades realizadas por unidade por mês, o número de participantes por atividade e a proporção de atividades previstas no plano que foram efetivamente realizadas. A meta é que pelo menos 80% das atividades previstas no plano sejam realizadas no período. Quando uma atividade não for realizada, o gerente registra a justificativa e o reagendamento previsto.

A avaliação qualitativa das atividades será feita nas reuniões de equipe, com base nos relatos dos profissionais que as conduziram e, quando possível, na



percepção dos próprios participantes. Atividades com baixa adesão são analisadas pelo grupo para identificar se o problema está no horário, no formato, no tema ou na forma de comunicação com a comunidade, e ajustadas conforme necessário.

Os dados de atividades coletivas são reportados mensalmente ao Gestor de Operações, apresentados nas reuniões de coordenação de lote e incluídos no relatório mensal enviado à SMS.

## 2.5 Proposta para atendimento às pessoas em situação de rua

A população em situação de rua representa um dos grupos com maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde. As barreiras são múltiplas: ausência de endereço fixo para cadastro, dificuldade de acesso às unidades físicas, desconfiança em relação às instituições, uso problemático de álcool e outras drogas, situações de sofrimento psíquico não tratadas e condições de vida que tornam a adesão a tratamentos convencionais muito difícil. Atender bem essa população exige que o serviço vá até onde ela está, com abordagem adaptada à sua realidade.

O IAG organiza o atendimento às pessoas em situação de rua a partir das Equipes de Consultório na Rua (ECR), previstas no edital para os dois lotes. O Lote Norte conta com uma ECR Tipo III e duas ECR Saúde Mental. O Lote Leste conta com uma ECR Tipo I. Cada uma dessas equipes tem composição multiprofissional e atuação itinerante, chegando até as pessoas nos locais onde vivem — praças, viadutos, albergues, territórios de uso de drogas — sem exigir que elas se desloquem até uma unidade como condição para receber cuidado.

### 1. Organização do trabalho das equipes de Consultório na Rua

O trabalho das ECR é organizado a partir do mapeamento dos territórios de maior concentração da população em situação de rua em cada região. Esse mapeamento é realizado logo no início das atividades, com base nas informações da Coordenadoria de Saúde, da Assistência Social e dos próprios trabalhadores com experiência no território. Ele é atualizado periodicamente, porque os fluxos e os pontos de concentração dessa população mudam com frequência.

A partir do mapeamento, cada equipe define seu roteiro semanal de abordagens, distribuindo os dias e turnos de forma que os principais pontos do território sejam cobertos regularmente. O roteiro não é rígido — situações emergentes podem exigir desvios — mas serve de referência para garantir que nenhuma área fique sem cobertura por períodos prolongados.

Cada saída de campo é registrada com local, horário, número de pessoas abordadas, ações realizadas e situações identificadas. Esse registro é feito em sistema de informação acessível durante os deslocamentos — tablet ou smartphone com acesso ao prontuário eletrônico — e é a base para o acompanhamento longitudinal de cada pessoa atendida. O histórico de atendimentos permite que a

equipe conheça a trajetória de cada usuário, mesmo que os contatos sejam irregulares e em locais diferentes.

O veículo disponibilizado para cada ECR não é apenas meio de transporte. É também espaço de realização de alguns atendimentos, quando o local de abordagem não oferece condições mínimas de privacidade ou segurança. O IAG garantirá que o veículo esteja em condições adequadas de funcionamento, com manutenção preventiva regular e substituição imediata em caso de pane que comprometa as atividades da equipe.

## **2. A abordagem inicial e o vínculo como estratégia central**

O principal desafio no atendimento à população em situação de rua não é técnico — é relacional. Muitas pessoas que vivem nas ruas têm histórico de experiências negativas com serviços de saúde e com instituições em geral. A abordagem inicial precisa ser respeitosa, sem julgamento e sem exigências imediatas de contrapartida. O objetivo do primeiro contato não é necessariamente realizar um procedimento ou marcar uma consulta. É estabelecer uma relação de confiança que, ao longo do tempo, permita que a pessoa acesse o cuidado de que precisa.

Por isso, a equipe do Consultório na Rua é capacitada para realizar abordagens de baixa exigência — oferecer informação, escuta, orientação e insumos básicos de saúde sem impor condições ou protocolos que a pessoa não está preparada para aceitar naquele momento. Essa postura não significa ausência de cuidado técnico. Significa que o ritmo e a forma do cuidado são adaptados à disposição e às condições de cada pessoa em cada momento.

O IAG realizará capacitação específica de abordagem para todos os profissionais das ECR antes do início das atividades de campo. Essa capacitação aborda redução de danos, manejo de situações de crise, comunicação com pessoas em sofrimento psíquico, identificação de sinais clínicos de urgência em contexto de rua e acionamento dos recursos de apoio disponíveis na rede. A capacitação é renovada anualmente e complementada por atividades de educação permanente ao longo do ano, com base nas situações identificadas no cotidiano do trabalho.

## **3. Ações de saúde realizadas pelas equipes de Consultório na Rua**

As ações realizadas pelas ECR no campo incluem escuta e acolhimento de demandas de saúde, verificação de sinais vitais, curativos e cuidados básicos de enfermagem, orientações sobre uso de medicamentos, distribuição de insumos de redução de danos — seringas, preservativos, cachimbos seguros —, aplicação de vacinas em dias e locais previamente combinados com a população do território, testagem rápida para HIV, sífilis e hepatites quando disponível, e identificação de situações que demandam encaminhamento para outros pontos da rede.

Para situações de urgência identificadas no campo — trauma, crise hipertensiva, overdose, crise psiquiátrica aguda —, a equipe aciona o SAMU e

permanece com a pessoa até a chegada do suporte, garantindo que ela não fique sozinha e que as informações clínicas disponíveis sejam passadas à equipe de resgate.

A ECR Tipo III, prevista no Lote Norte, conta com médico na composição, o que amplia a capacidade de resolução das demandas clínicas diretamente no campo. Situações que podem ser manejadas no próprio território — prescrições, orientações clínicas, exame físico básico — são resolvidas sem necessidade de deslocamento da pessoa até uma unidade. Isso aumenta muito a adesão ao cuidado, porque reduz as barreiras de acesso.

As ECR Saúde Mental do Lote Norte têm foco específico no cuidado à saúde mental das pessoas em situação de rua, com psiquiatra, psicólogo e enfermeiro na composição. O trabalho dessas equipes inclui acompanhamento de pessoas com transtornos mentais graves que vivem nas ruas, manejo de situações de crise, articulação com os CAPS e com o SAMU para casos que necessitam de internação e apoio às equipes das unidades de saúde no manejo de usuários com demandas de saúde mental complexas.

#### **4. Integração com a rede de atenção e com a assistência social**

O cuidado à população em situação de rua não pode ser resolvido apenas pelo setor saúde. A maioria das situações identificadas pelas ECR tem interface direta com a assistência social — necessidade de abrigo, benefícios, documentação, reinserção social — e com outros setores como segurança pública, educação e direitos humanos. O IAG organiza a atuação das ECR com ênfase nessa articulação intersetorial.

Cada ECR terá mapeados os serviços de referência no seu território: Centro Pop, albergues, CAPS, CREAS, Defensoria Pública, SAMU e unidades de saúde de referência para internação. Os fluxos de encaminhamento para esses serviços serão pactuados no início do contrato e revisados periodicamente. O objetivo é que qualquer profissional da equipe saiba, para cada tipo de necessidade identificada, qual serviço acionar e como fazer esse encaminhamento de forma efetiva.

A integração com as unidades de saúde da APS é especialmente importante. Quando uma pessoa em situação de rua expressa disposição para se vincular a uma unidade de saúde — para acompanhamento de uma condição crônica, para realização de exames, para acesso a medicamentos —, a ECR apoia ativamente esse processo: acompanha a pessoa na primeira visita à unidade, articula com o gerente e com a equipe de referência para garantir um acolhimento adequado e mantém contato com a unidade para acompanhar como está sendo a vinculação.

O gerente responsável pelas ECR participa das reuniões mensais de coordenação de lote, trazendo as principais demandas e dificuldades identificadas no campo. Situações que envolvem falhas nos fluxos da rede são registradas e levadas ao Gestor de Operações para tratamento institucional junto à SMS e às Coordenadorias.

## 5. Cuidado à saúde mental e redução de danos

Grande parte da população atendida pelas ECR vive situações de sofrimento psíquico e uso problemático de substâncias. O IAG adota a redução de danos como abordagem central no cuidado a esse grupo — não como alternativa ao tratamento, mas como estratégia que respeita a autonomia das pessoas e cria condições para que o cuidado seja possível mesmo quando a abstinência não é o objetivo imediato.

Na prática, isso significa oferecer cuidado sem exigir que a pessoa abandone o uso de substâncias como condição de acesso ao serviço. Significa distribuir insumos que reduzem os danos associados ao uso — seringas limpas, cachimbos seguros, orientações sobre uso menos arriscado. E significa construir, ao longo do tempo, uma relação que permita que a pessoa avance no seu processo de cuidado no próprio ritmo.

Quando a pessoa expressa desejo de acessar tratamento para dependência química, a ECR apoia ativamente o encaminhamento para o CAPS AD ou para outros serviços da rede de atenção psicossocial, acompanhando o processo e mantendo o vínculo mesmo durante o tratamento.

## 6. Indicadores de monitoramento

O trabalho das ECR será acompanhado por indicadores específicos, monitorados mensalmente. O número de pessoas abordadas no campo por equipe por mês será registrado e acompanhado, com meta definida com base no mapeamento territorial inicial e ajustada conforme as condições de cada período. A proporção de pessoas com pelo menos dois registros de atendimento nos últimos três meses será utilizada como indicador de longitudinalidade do cuidado — ou seja, de que o vínculo está sendo mantido ao longo do tempo.

O número de encaminhamentos realizados para outros pontos da rede e a proporção desses encaminhamentos com registro de efetivação serão monitorados para avaliar a qualidade da integração com a rede. Situações em que o encaminhamento não se efetivou serão analisadas para identificar as barreiras envolvidas.

O número de situações de urgência manejadas no campo — com registro de conduta e desfecho — também será monitorado, como indicador da capacidade resolutiva das equipes em contexto extramuros.

Esses indicadores são apresentados mensalmente nas reuniões de coordenação de lote e reportados à SMS como parte do relatório mensal do contrato.





## 3. Plano de Trabalho

### 3.1 Organização Administrativa e Gerencial

#### 3.1.1 Procedimento de compras, apresentação do regulamento de compras e gerenciamento de estoques

A gestão de compras e o controle de estoques impactam diretamente a qualidade do atendimento nas unidades de saúde. Quando os materiais chegam no prazo e nas quantidades certas, as equipes assistenciais trabalham sem interrupções. Quando o processo falha — por falta de planejamento ou estoque mal controlado — o reflexo aparece no atendimento: falta de insumo na sala de vacinas, ausência de material de curativo, descontinuidade na dispensação de medicamentos.

O IAG organiza seus processos de compras e gestão de estoques com base em três princípios: planejamento antecipado da demanda, transparência nas aquisições e controle sistemático do que entra e sai das unidades.

#### 1. Estrutura do regulamento de compras

O IAG possui Regulamento de Compras próprio, elaborado em conformidade com os princípios de transparência, economicidade e razoabilidade exigidos pela Lei 13.019/2014 e pelas orientações da Secretaria Municipal de Saúde. Esse regulamento define as modalidades de compra aplicáveis conforme o valor estimado da aquisição, as alçadas de aprovação para cada faixa de valor, os documentos exigidos em cada etapa e os critérios para seleção de fornecedores.

As modalidades previstas são três. A cotação simplificada é utilizada para aquisições de menor valor, com consulta a pelo menos três fornecedores e seleção da proposta de menor preço, respeitadas qualidade e prazo. A cotação ordinária se aplica a valores intermediários, com processo mais estruturado de coleta e análise comparativa de propostas. A licitação simplificada é utilizada para aquisições de maior valor ou contratos de prestação continuada, com publicação de edital e julgamento formal.

As alçadas de aprovação estão definidas da seguinte forma. Compras dentro do limite da cotação simplificada são aprovadas pelo Gestor de Operações. Compras acima desse limite até o teto da cotação ordinária exigem aprovação conjunta do Gestor de Operações e da Diretoria do IAG. Compras acima desse segundo limite seguem o rito da licitação simplificada, com aprovação da Diretoria e registro formal de todo o processo.

Nenhuma compra é realizada sem demanda formal registrada, orçamento aprovado dentro do Plano de Aplicação de Recursos e documentação completa. Compras emergenciais são admitidas em caráter excepcional, com justificativa registrada pelo Gestor de Operações e comunicação imediata à Diretoria. Toda compra emergencial é analisada posteriormente para verificar se decorreu de falha no planejamento, com adoção de medidas preventivas para evitar recorrência. O

regulamento é revisado anualmente ou sempre que houver alteração normativa relevante, e está disponível para consulta da SMS e dos órgãos de controle a qualquer tempo.

## **2. O processo de compras: do planejamento à entrega**

O processo de compras é organizado em etapas sequenciais, com responsáveis definidos em cada uma delas.

A primeira etapa é o planejamento da demanda. No início de cada mês, os gerentes de unidade e os Responsáveis Técnicos consolidam as necessidades de materiais para o período seguinte, com base no consumo histórico e nas demandas específicas previstas — campanhas de vacinação, ações extramuros, sazonalidades. Essas necessidades são registradas em formulário padrão e encaminhadas ao Assistente Administrativo responsável pelo controle de estoque até uma data limite definida no calendário administrativo do contrato.

A segunda etapa é a análise e consolidação. O Assistente Administrativo verifica se os itens solicitados já estão disponíveis no estoque central antes de iniciar qualquer processo de aquisição. Itens disponíveis são encaminhados diretamente para distribuição. Para os itens que precisam ser comprados, as solicitações de todas as unidades são consolidadas, evitando compras fragmentadas de um mesmo item por diferentes unidades no mesmo período.

A terceira etapa é a cotação. O Assistente Administrativo realiza a pesquisa de preços junto a fornecedores cadastrados e, quando necessário, busca novos fornecedores para ampliar a base de comparação. O registro de todos os preços consultados é obrigatório. A seleção segue o critério de menor preço, desde que o fornecedor atenda às exigências de qualidade — prazo de validade adequado, registro na ANVISA quando aplicável, condições de entrega compatíveis com as necessidades da unidade.

A quarta etapa é a aprovação. O processo documentado é submetido ao Gestor de Operações dentro das alçadas definidas no regulamento, com registro formal da aprovação.

A quinta etapa é a emissão do pedido e o acompanhamento da entrega. O pedido é emitido com especificações claras de item, quantidade, prazo e local de recebimento. O Assistente Administrativo acompanha o prazo e comunica ao Gestor de Operações e ao gerente da unidade qualquer atraso que possa comprometer o abastecimento.

A sexta etapa é o recebimento e a conferência. No momento da entrega, o responsável confere quantidade, qualidade, condições de embalagem e prazo de validade dos itens. Produtos em desacordo com o pedido são recusados imediatamente, com registro da ocorrência e comunicação ao fornecedor.



A sétima etapa é o registro no sistema. Após o recebimento, os itens são registrados no sistema de controle de estoque com data de entrada, quantidade, fornecedor e prazo de validade quando aplicável.

### **3. Cadastro e qualificação de fornecedores**

O IAG mantém cadastro de fornecedores atualizado, com informações sobre os itens fornecidos, os preços praticados, o histórico de entregas e a avaliação de desempenho. Para inclusão no cadastro, o fornecedor apresenta documentação básica de regularidade — CNPJ ativo, certidões fiscais e trabalhistas. Para fornecedores de medicamentos e materiais médicos, exige-se também o registro na ANVISA dos produtos fornecidos e as autorizações sanitárias pertinentes.

A avaliação dos fornecedores é feita de forma contínua, com registro de cada entrega: pontualidade, conformidade com o pedido e qualidade dos itens. Fornecedores com avaliação negativa recorrente são notificados e, sem melhora, descadastrados.

O IAG prioriza a diversificação da base de fornecedores para reduzir o risco de desabastecimento por dependência de um único fornecedor. Para os materiais de uso mais frequente e de maior impacto no atendimento — insumos de enfermagem, medicamentos básicos, materiais odontológicos —, o cadastro manterá pelo menos dois fornecedores ativos e avaliados positivamente.

### **4. Gerenciamento de estoques nas unidades de saúde**

O controle de estoque é organizado em dois níveis: o estoque central, mantido pela equipe administrativa do contrato, e os estoques locais de cada unidade.

O estoque central funciona como ponto de redistribuição. Os itens adquiridos centralmente são recebidos, conferidos, armazenados e distribuídos para as unidades conforme as solicitações aprovadas. Isso permite aproveitar condições de escala nas compras sem abrir mão do controle sobre o destino dos materiais.

O estoque local de cada unidade é dimensionado para cobrir entre trinta e quarenta e cinco dias de consumo dos itens mais utilizados. Itens de uso diário sem substituto imediato — como materiais de vacina, luvas e insumos para curativos — têm estoque mínimo mais elevado. Itens de uso eventual ou com substitutos disponíveis localmente podem ter estoque mínimo menor.

O Assistente Administrativo de cada unidade controla o estoque local. Semanalmente, verifica as quantidades disponíveis e compara com os estoques mínimos definidos. Quando um item atinge o ponto de pedido, é emitida a solicitação de reposição ao estoque central ou ao setor de compras.

O controle é feito com registro de entrada e saída de cada item, com identificação do destino — qual equipe ou procedimento utilizou o material. Esse

registro permite identificar variações de consumo, detectar possíveis desperdícios e planejar as compras futuras com base no consumo real.

## **5. Controle de validade e gestão de vencimentos**

O IAG adota o sistema PVPS — primeiro que vence, primeiro que sai — como padrão para organização dos estoques de materiais com prazo de validade. Os itens com validade mais próxima ficam sempre na frente, garantindo que sejam utilizados antes dos mais novos.

Mensalmente, o Assistente Administrativo revisa os prazos de validade de todos os itens do estoque local. Itens com validade inferior a trinta dias são sinalizados para uso prioritário imediato. Itens vencidos são segregados, identificados e encaminhados para descarte conforme as normas de resíduos de serviços de saúde. Toda baixa por vencimento é registrada e comunicada ao gerente da unidade, que avalia se o problema decorre de compra em excesso, de falha no sistema PVPS ou de mudança no perfil de consumo.

O Responsável Técnico de Farmácia supervisiona o controle de validade dos medicamentos na Farmácia Distrital e nas unidades. O Responsável Técnico de Enfermagem supervisiona os insumos de enfermagem e os imunobiológicos da sala de vacinas, incluindo o monitoramento da cadeia de frio — temperatura registrada duas vezes ao dia e arquivada conforme as normas do Programa Nacional de Imunizações.

## **6. Controle de medicamentos sujeitos à legislação especial**

Os medicamentos psicotrópicos, entorpecentes e outros sujeitos a controle especial exigem processo mais rigoroso, previsto na Portaria SVS/MS 344/1998 e suas atualizações. O IAG aplica esses controles tanto na Farmácia Distrital quanto nas unidades que dispõem desses medicamentos.

O controle inclui escrituração específica com registro de cada unidade dispensada, do prescrito, do usuário e da data. O balancete mensal é elaborado pelo Responsável Técnico de Farmácia e arquivado conforme as exigências da Vigilância Sanitária. O estoque físico é conferido diariamente na Farmácia Distrital e semanalmente nas unidades, com registro da contagem e assinatura do responsável.

Qualquer divergência entre o estoque físico e o registro é comunicada imediatamente ao Gestor de Operações e ao RT de Farmácia para verificação. Situações de perda, furto ou extravio são registradas formalmente e comunicadas à SMS conforme os protocolos aplicáveis.

## **7. Compras de serviços continuados**

Para os serviços de prestação continuada — limpeza, portaria, segurança, transporte e outros — o IAG utiliza contratos com prazo definido, geralmente de doze





meses com possibilidade de renovação, precedidos de processo de cotação ou licitação simplificada conforme o valor estimado. Esses contratos definem o escopo do serviço, o número de profissionais, os horários de cobertura, os indicadores de qualidade esperados e as condições de rescisão por descumprimento.

O acompanhamento é feito mensalmente pelo Supervisor de Operações, com base nos registros de frequência dos profissionais terceirizados e nas avaliações dos gerentes de unidade. Quando identificado descumprimento — falta de profissional, qualidade inadequada, descumprimento de horários —, o Gestor de Operações notifica formalmente o prestador e aplica as penalidades contratuais previstas.

## **8. Transparência e prestação de contas**

Todo o processo de compras é documentado e arquivado de forma organizada, garantindo rastreabilidade completa de cada aquisição. Os documentos de cada processo — solicitação, cotações, aprovação, pedido, nota fiscal, comprovante de recebimento — são arquivados juntos e mantidos pelo prazo mínimo de dez anos.

O IAG disponibiliza à SMS, sempre que solicitado, acesso aos registros de compras e controles de estoque. Os relatórios mensais de prestação de contas incluem resumo das principais aquisições do período e a relação com os itens previstos no Plano de Aplicação de Recursos. Qualquer variação relevante entre o planejado e o executado é explicada e justificada.

O sistema de controle interno do IAG inclui verificações periódicas dos processos de compra e estoque, realizadas por profissional não envolvido diretamente nas operações do contrato. Os resultados são reportados à Diretoria do IAG e as ações corretivas acompanhadas até a conclusão.

## **9. Indicadores de monitoramento**

O desempenho do processo de compras e gestão de estoques será acompanhado por três indicadores principais, monitorados mensalmente pelo Gestor de Operações.

O índice de abastecimento — proporção de itens solicitados pelas unidades entregues dentro do prazo — terá meta mínima de 95%. Quando abaixo da meta, o Assistente Administrativo identifica os itens que geraram o problema e verifica se a causa está no processo de cotação, na confiabilidade do fornecedor ou no planejamento da demanda.

O percentual de compras emergenciais em relação ao total do período será mantido abaixo de 10%. Emergenciais recorrentes para um mesmo item indicam falha no planejamento e geram revisão imediata dos estoques mínimos e dos prazos de pedido.

O índice de perda por vencimento — valor dos materiais descartados por validade expirada em relação ao estoque total — terá meta abaixo de 2% ao mês.

Variações acima desse limite são analisadas pelo gerente com o Assistente Administrativo, com ajuste das quantidades adquiridas ou dos processos de distribuição.

Esses indicadores são apresentados nas reuniões mensais de coordenação de lote e reportados à SMS como parte do relatório mensal do contrato.

### 3.1.2 Descrição detalhadas das atividades de cada membro da equipe de apoio e gestão, gerentes e assistentes administrativos de serviços

A equipe de apoio e gestão do IAG é responsável por garantir que as unidades de saúde funcionem de forma organizada, com recursos humanos adequados, processos administrativos estruturados e suporte operacional contínuo às equipes assistenciais. Ela é composta pelo Gestor de Operações, pelo Supervisor de Operações, pelos Assistentes Administrativos da equipe central, pelos Gerentes de Unidade de Saúde, pelos Assistentes Administrativos das unidades e pelos Recepcionistas. Cada um desses profissionais tem atribuições específicas e bem definidas, descritas a seguir.

#### **Gestor de Operações**

O Gestor de Operações é o profissional de nível superior responsável pela condução geral do contrato. Sua função central é garantir que todas as unidades de saúde vinculadas ao lote operem dentro dos padrões pactuados com a Secretaria Municipal de Saúde, que os recursos humanos estejam adequadamente alocados e que os processos administrativos e operacionais funcionem de forma integrada.

No campo da gestão de pessoas, o Gestor de Operações supervisiona os processos de contratação, acompanhamento e desligamento de profissionais, em articulação com o setor de recursos humanos do IAG. Acompanha os dados de vacância de cada unidade e aciona o processo de reposição imediatamente quando identificada ausência de profissional, respeitando o prazo máximo de trinta dias definido no contrato. Monitora também os indicadores de absenteísmo e rotatividade das equipes, analisando as causas e propondo medidas de melhoria quando os índices estiverem acima do aceitável.

No campo do monitoramento assistencial, o Gestor de Operações é responsável pela análise mensal dos indicadores de produção e qualidade de todas as unidades. Consolida os relatórios dos gerentes e dos Responsáveis Técnicos, identifica tendências e variações relevantes e define, junto com a equipe, as ações de melhoria necessárias. É o interlocutor principal com a Diretoria de Atenção Primária à Saúde da SMS nas reuniões de monitoramento do contrato.

No campo da gestão administrativa, o Gestor de Operações aprova os processos de compra de materiais e serviços, conforme as alçadas definidas no regulamento de compras do IAG. Acompanha a execução financeira do contrato, verificando a aderência das despesas ao Plano de Aplicação de Recursos e

identificando desvios que precisem de ajuste. Assina documentos institucionais, responde oficialmente às demandas da SMS e representa o IAG nas instâncias de gestão da parceria.

O Gestor de Operações conduz mensalmente a reunião de coordenação de lote, com a participação dos Responsáveis Técnicos, do Supervisor de Operações e de todos os gerentes de unidade. Também realiza visitas regulares às unidades, com frequência mínima mensal, para acompanhar in loco as condições de funcionamento e manter contato direto com as equipes.

### **Supervisor de Operações**

O Supervisor de Operações é o profissional que faz a interface diária entre a gestão central do contrato e as unidades de saúde. Enquanto o Gestor de Operações tem uma visão mais estratégica e responde pelas decisões de maior impacto, o Supervisor atua no nível operacional cotidiano — é ele quem acompanha de perto o dia a dia das unidades e garante que os processos estejam funcionando conforme o planejado.

Suas principais atribuições são o acompanhamento semanal das unidades de saúde, por meio de visitas presenciais ou contato remoto com os gerentes, verificando pendências de manutenção, organização das escalas, abastecimento de materiais e eventuais intercorrências. Identifica problemas que precisam de resolução rápida e os encaminha ao Gestor de Operações quando estiverem fora da sua alçada de decisão.

O Supervisor de Operações apoia os gerentes de unidade na resolução de situações operacionais do cotidiano — como a substituição emergencial de um profissional ausente, a organização de uma escala em período de férias, ou a articulação com o setor de compras para um abastecimento urgente. Essa proximidade com os gerentes é fundamental para que os problemas sejam resolvidos com agilidade, sem que precisem escalar para o Gestor de Operações em cada situação rotineira.

No campo do monitoramento, o Supervisor consolida semanalmente os dados de produção das unidades e elabora um panorama resumido que subsidia a análise do Gestor de Operações. Quando um indicador apresentar queda ou sinal de alerta, o Supervisor realiza visita técnica específica à unidade envolvida para apoiar a análise e a definição de ações corretivas, em conjunto com o gerente local.

O Supervisor de Operações também apoia a organização das ações de educação permanente das unidades, articulando os Responsáveis Técnicos com os gerentes para a definição de datas, espaços e participantes das atividades formativas.

### **Assistentes Administrativos da equipe central**

A equipe central de apoio conta com três Assistentes Administrativos de quarenta horas, sendo um deles com função específica de monitoramento. As atribuições são distribuídas entre os três profissionais de forma complementar.

O Assistente Administrativo com função de monitoramento é responsável pela coleta, organização e consolidação dos dados de produção de todas as unidades vinculadas ao contrato. Mensalmente, extrai ou recebe os dados dos sistemas de informação utilizados pelas unidades — prontuário eletrônico, sistemas do Ministério da Saúde, planilhas locais —, organiza essas informações em formato padronizado e produz o painel de indicadores que será utilizado nas reuniões de análise de situação e de coordenação de lote. Mantém o histórico de dados organizado de forma que seja possível comparar resultados entre diferentes períodos. Apoiar o Gestor de Operações na elaboração dos relatórios mensais enviados à SMS.

Os outros dois Assistentes Administrativos são responsáveis pelo suporte aos processos administrativos do contrato. Entre suas atribuições estão o controle dos documentos dos trabalhadores — admissões, férias, afastamentos, desligamentos —, o apoio aos processos de compras, incluindo cotações, organização de propostas e controle de entregas, o arquivo e a organização de documentos institucionais e o apoio ao Gestor de Operações na preparação de reuniões, relatórios e correspondências com a SMS e demais instâncias. Um dos assistentes acompanha especificamente os processos de compra e o controle de estoque central, realizando as funções descritas de forma mais detalhada na seção 3.1.1.

### **Gerente de Unidade de Saúde**

O Gerente de Unidade de Saúde é o profissional responsável pela gestão local de cada unidade. É quem garante que o serviço funcione no dia a dia — que os profissionais estejam presentes nas escalas, que os materiais estejam disponíveis, que o espaço físico esteja em condições adequadas e que os processos assistenciais e administrativos estejam organizados conforme os padrões do contrato.

O edital prevê gerentes de vinte ou quarenta horas, de acordo com o porte de cada unidade. Unidades com até duas equipes de ESF contam com gerente de vinte horas. Unidades acima de duas equipes têm gerente de quarenta horas. As eMultis e os Consultórios na Rua compartilham um único gerente de quarenta horas por OSC.

O Gerente de Unidade tem formação de nível superior na área da saúde ou em Administração, com especialização em gestão de serviços de saúde. Suas atribuições se organizam em seis frentes principais.

A primeira é a gestão de pessoas. O gerente organiza e acompanha as escalas mensais de trabalho de todos os profissionais da unidade, garante que ausências sejam cobertas dentro do menor prazo possível e comunica imediatamente ao Supervisor de Operações qualquer vacância que não possa ser resolvida localmente. Conduz o processo de integração dos novos trabalhadores, apresentando a unidade, os processos de trabalho, os sistemas de informação e as rotinas do serviço. Realiza a avaliação de desempenho semestral dos profissionais sob sua responsabilidade, em conjunto com o Supervisor de Operações.

A segunda frente é a gestão dos processos assistenciais. O gerente acompanha o funcionamento dos fluxos de atendimento da unidade — acolhimento,



demanda espontânea, agenda programada, encaminhamentos —, identifica gargalos e propõe ajustes. Participa regularmente das reuniões de equipe assistencial, não como supervisor clínico, mas como apoio à organização do trabalho. Monitora os indicadores de produção da unidade e aciona o Supervisor de Operações quando identifica desvios relevantes.

A terceira frente é a gestão administrativa e de materiais. O gerente controla o estoque de materiais e insumos da unidade, realiza pedidos de reposição dentro dos prazos estabelecidos no processo de compras e garante que não haja desabastecimento de itens essenciais para o funcionamento do serviço. Acompanha a conservação dos equipamentos e aciona o RT de Engenharia quando identifica necessidade de manutenção.

A quarta frente é a gestão dos espaços físicos. O gerente é responsável por garantir que a unidade esteja limpa, organizada e em condições adequadas de funcionamento. Supervisiona o trabalho da equipe de higienização, verifica periodicamente as condições das instalações e comunica ao RT de Engenharia e ao Supervisor de Operações qualquer problema estrutural identificado.

A quinta frente é a articulação com a gestão do contrato. O gerente participa das reuniões mensais de coordenação de lote, levando os dados e as situações da sua unidade para o coletivo e trazendo de volta as orientações e decisões definidas nesse espaço. Elabora relatório mensal da unidade com os principais indicadores do período, as intercorrências registradas e as ações em andamento, compartilhado com o Supervisor de Operações.

A sexta frente é a articulação com os usuários e com o controle social. O gerente participa das reuniões do Colegiado de Gestão da unidade, garante que as manifestações da ouvidoria sejam respondidas dentro dos prazos e apoia o funcionamento do Conselho Local de Saúde, quando existente. É o primeiro ponto de contato para usuários que precisem tratar situações que não foram resolvidas no atendimento regular.

### **Assistentes Administrativos das unidades de saúde**

Cada unidade de saúde conta com pelo menos um Assistente Administrativo, com carga horária de trinta ou quarenta horas conforme o perfil da unidade. Unidades com funcionamento das 7h às 22h ou com quatro equipes ou mais têm Assistente Administrativo de quarenta horas. As demais unidades contam com profissional de trinta horas.

O Assistente Administrativo da unidade é responsável pelo suporte aos processos administrativos do dia a dia do serviço. Suas atribuições incluem o controle do estoque local de materiais e insumos, com registro de entradas e saídas e elaboração dos pedidos de reposição encaminhados ao gerente. Organiza o arquivo físico e digital dos documentos da unidade — escalas, registros de manutenção, controle de temperatura da sala de vacinas, documentos de trabalhadores —, garantindo que estejam atualizados e acessíveis.

Apoia o gerente na organização das reuniões de equipe e do Colegiado de Gestão — preparação de pautas, registro de atas, comunicação de convocações. Acompanha os registros da ouvidoria local, garantindo que as manifestações dos usuários sejam registradas de forma completa e que os prazos de resposta sejam cumpridos. Apoia o processo de monitoramento da unidade, coletando e organizando os dados de produção que serão consolidados pelo Assistente de Monitoramento da equipe central.

Nas unidades com funcionamento ampliado, o Assistente Administrativo também apoia a gestão das escalas dos profissionais de recepção e higienização, verificando a cobertura de todos os turnos e comunicando ao gerente com antecedência qualquer lacuna identificada.

### **Recepcionistas**

Os recepcionistas são os profissionais responsáveis pelo primeiro contato entre os usuários e o serviço. A organização da recepção segue o porte e o horário de funcionamento de cada unidade. Unidades com funcionamento das 7h às 22h contam com dois recepcionistas de trinta horas no turno diurno e um de quarenta horas no turno estendido. Unidades com funcionamento das 7h às 19h têm dois recepcionistas de trinta horas. Unidades com funcionamento das 8h às 17h contam com um recepcionista de quarenta horas.

As atribuições dos recepcionistas incluem o cadastramento e a atualização dos dados dos usuários no sistema de informação, o agendamento de consultas programadas conforme os fluxos definidos pela equipe, a orientação inicial aos usuários sobre os serviços disponíveis na unidade e os fluxos de atendimento, e a identificação de demandas urgentes que precisam ser comunicadas imediatamente ao enfermeiro de acolhimento.

O recepcionista não realiza triagem clínica e não toma decisões sobre prioridade de atendimento — essa função é do enfermeiro. Mas é o primeiro profissional a identificar se há um sinal de alerta que precisa de atenção imediata, e precisa estar habilitado para isso. Por isso, todos os recepcionistas passam por capacitação específica de acolhimento antes de assumir suas funções, conforme descrito na seção 3.3.1.

Os recepcionistas também são responsáveis pelo registro das manifestações da ouvidoria no momento em que os usuários as apresentam presencialmente, encaminhando o registro ao Assistente Administrativo para acompanhamento. Ao final de cada turno, verificam se há usuários aguardando atendimento e comunicam ao gerente ou ao profissional de plantão qualquer situação pendente.

### **Profissionais de higienização e portaria**



Embora não integrem formalmente a equipe de gestão, os profissionais de higienização e portaria têm papel relevante no funcionamento das unidades e são também de responsabilidade do IAG no âmbito do contrato.

Os profissionais de higienização são treinados especificamente para limpeza e desinfecção de ambientes de saúde, incluindo técnicas de limpeza terminal e concorrente, uso correto de produtos saneantes e segregação de resíduos de serviços de saúde conforme as normas da ANVISA. O treinamento é realizado antes do início das atividades e renovado anualmente ou sempre que houver mudança de protocolo.

O porteiro, obrigatório nas unidades com funcionamento das 7h às 22h, é responsável pelo controle de entrada e saída da unidade, pela orientação básica dos usuários que chegam com dúvidas sobre o serviço e pela comunicação ao gerente de qualquer situação de segurança que exija atenção. Também passa por capacitação específica antes de assumir suas funções, com orientações sobre os fluxos da unidade, comunicação respeitosa com os usuários e procedimentos em situações de emergência.

### **Integração entre os membros da equipe de apoio e gestão**

A efetividade de toda a equipe de apoio e gestão depende da comunicação regular e organizada entre seus membros. O gerente de unidade é o elo local, o Supervisor de Operações é o elo intermediário e o Gestor de Operações é o responsável pela visão de conjunto.

Os fluxos de comunicação estão definidos: situações do dia a dia são resolvidas entre recepcionistas, assistentes administrativos e o gerente da unidade. Situações que demandam decisão fora da alçada do gerente são levadas ao Supervisor de Operações. Situações que impactam o contrato como um todo ou que envolvem a relação com a SMS são tratadas pelo Gestor de Operações.

Esse encadeamento garante que cada profissional tenha clareza sobre suas responsabilidades, que as decisões sejam tomadas no nível adequado e que a informação circule de forma organizada entre a ponta operacional e a gestão central do contrato.

### **3.2 Organização Técnica**

#### **3.2.1 Descrição detalhada das atividades dos Responsáveis Técnicos**

A equipe de Responsáveis Técnicos do IAG é composta por cinco profissionais dedicados exclusivamente ao suporte técnico das unidades de saúde vinculadas ao contrato: o Responsável Técnico de Enfermagem, o Responsável Técnico de Medicina, o Responsável Técnico de Odontologia, o Responsável Técnico de Farmácia e o Responsável Técnico de Engenharia e Arquitetura. Todos atuam em regime de quarenta horas semanais e têm como função central garantir que os serviços assistenciais e estruturais das unidades sejam prestados com qualidade, segurança e conformidade técnica.



Os RTs não realizam atendimento direto aos usuários como parte de suas funções contratuais. Sua atuação é voltada para a supervisão, o apoio técnico às equipes, a qualificação dos processos assistenciais e a interface entre as unidades operacionais e a gestão do contrato. Cada RT tem um conjunto de atribuições específicas da sua área, mas todos compartilham responsabilidades comuns: visitas regulares às unidades, elaboração de relatórios técnicos, participação nas reuniões de coordenação de lote e contribuição ativa para o programa de educação permanente.

A seguir, descrevem-se as atribuições de cada Responsável Técnico.

### **RT de Enfermagem**

O Responsável Técnico de Enfermagem é o profissional de referência técnica para todas as ações de enfermagem realizadas nas unidades de saúde, nos Consultórios na Rua e nas Equipes Multidisciplinares. Ele responde perante o Conselho Regional de Enfermagem pela qualidade técnica dos serviços de enfermagem prestados no âmbito do contrato.

Suas atribuições se organizam em quatro eixos principais.

O primeiro é a supervisão técnica das equipes de enfermagem. O RT de Enfermagem realiza visitas presenciais a cada unidade com frequência mínima mensal. Nessas visitas, acompanha a organização da sala de vacinas, a conservação e o controle de temperatura dos imunobiológicos, a organização do material de curativos e procedimentos, a gestão dos resíduos de serviços de saúde e a organização dos prontuários físicos quando existentes. Verifica também se os técnicos de enfermagem estão executando seus procedimentos dentro das atribuições legais definidas pelo COFEN e se os enfermeiros estão conduzindo as consultas de enfermagem conforme os protocolos da SMS.

O segundo eixo é o apoio ao processo de acolhimento. O RT de Enfermagem é a referência técnica para a organização do acolhimento com classificação de risco nas unidades. Ele orienta os enfermeiros na aplicação do protocolo de classificação, apoia a revisão dos fluxos de atendimento por tipo de demanda e atua diretamente nos casos em que o acolhimento precisar ser reorganizado por alteração no perfil da demanda ou por mudança nos recursos disponíveis.

O terceiro eixo é a educação permanente. O RT de Enfermagem coordena as ações de capacitação voltadas para os profissionais de enfermagem, incluindo técnicas de enfermagem, protocolos de imunização, manejo de situações de urgência na APS, atualização de condutas baseadas nas diretrizes da SMS e do Ministério da Saúde e temas identificados nas visitas como necessidades da equipe. Essas capacitações são realizadas preferencialmente nas próprias unidades, integradas às reuniões de equipe já existentes.

O quarto eixo é o apoio à gestão. O RT de Enfermagem elabora relatório mensal de supervisão, com registro das unidades visitadas, das situações identificadas e dos encaminhamentos realizados. Esse relatório é compartilhado com



o Gestor de Operações e com os gerentes das unidades visitadas. Participa das reuniões mensais de coordenação de lote e apoia o monitoramento dos indicadores assistenciais relacionados à área de enfermagem — cobertura vacinal, realização de curativos, visitas domiciliares de enfermagem, entre outros.

Quando identificar situação de risco à segurança do usuário ou ao trabalhador — material vencido em uso, equipamento de proteção individual ausente, procedimento realizado fora das normas técnicas —, o RT de Enfermagem comunica imediatamente ao gerente da unidade e ao Gestor de Operações, registra por escrito a ocorrência e acompanha a resolução até o encerramento.

## **RT de Medicina**

O Responsável Técnico de Medicina é o profissional de referência técnica para as ações médicas realizadas no âmbito do contrato, respondendo perante o Conselho Regional de Medicina pela qualidade técnica dos serviços médicos prestados nas unidades.

Sua atuação está organizada principalmente em três frentes.

A primeira é o apoio técnico às equipes médicas. O RT de Medicina visita regularmente as unidades e apoia os médicos na interpretação e aplicação dos protocolos clínicos da SMS, nas atualizações de condutas e nas situações de maior complexidade clínica que demandam discussão técnica. Não exerce supervisão hierárquica sobre os médicos das equipes — que têm autonomia clínica garantida —, mas atua como interlocutor técnico entre as equipes e a gestão, facilitando o acesso a informações, protocolos e referências clínicas atualizadas.

A segunda frente é o suporte ao processo de educação permanente médica. O RT de Medicina coordena atividades de atualização clínica voltadas para os médicos das equipes, com temas definidos a partir das necessidades identificadas nas visitas, nas reuniões de equipe e nos dados de produção das unidades. Esses momentos de atualização incluem discussão de casos, revisão de protocolos e orientações sobre os sistemas de informação utilizados na APS.

A terceira frente é o monitoramento da qualidade assistencial. O RT de Medicina acompanha os indicadores relacionados à produção médica das unidades — consultas realizadas, proporção de consultas com registro adequado no prontuário eletrônico, encaminhamentos para especialidades —, identifica variações que possam indicar problemas de qualidade ou organização do trabalho e apresenta suas análises nas reuniões de coordenação de lote. Quando um indicador de qualidade clínica apresentar queda relevante, o RT de Medicina propõe ao Gestor de Operações e ao gerente da unidade envolvida uma discussão específica sobre os fatores que podem estar contribuindo.

O RT de Medicina participa também da articulação com a rede de atenção especializada, apoiando as equipes na compreensão dos critérios de encaminhamento para as diferentes especialidades e na elaboração de

encaminhamentos com as informações clínicas adequadas para garantir a continuidade do cuidado.

## **RT de Odontologia**

O Responsável Técnico de Odontologia é o profissional de referência técnica para todas as ações de saúde bucal realizadas nas unidades com Equipes de Saúde Bucal (ESB). Responde perante o Conselho Regional de Odontologia pela qualidade técnica dos serviços odontológicos prestados no âmbito do contrato.

Suas atribuições incluem a supervisão técnica dos consultórios odontológicos, com verificação periódica das condições de biossegurança, organização dos materiais e instrumentos, funcionamento dos equipamentos odontológicos — cadeiras, compressores, autoclave, fotopolimerizadores — e adequação dos procedimentos realizados às normas técnicas vigentes. Qualquer equipamento com manutenção atrasada ou em condição inadequada de funcionamento é identificado nas visitas e comunicado ao gerente da unidade e ao RT de Engenharia para providências.

O RT de Odontologia apoia os cirurgiões-dentistas na aplicação dos protocolos de saúde bucal da SMS, incluindo os programas de saúde bucal infantil, de gestantes e de populações prioritárias. Coordena ações de educação permanente voltadas para a equipe de saúde bucal — cirurgiões-dentistas e auxiliares de saúde bucal — com temas como atualização de técnicas, manejo de materiais odontológicos, atenção a populações específicas e uso adequado dos sistemas de registro.

Acompanha mensalmente os indicadores de produção odontológica das unidades: número de primeiras consultas, procedimentos coletivos realizados, proporção de tratamentos concluídos e registro de procedimentos no sistema de informação. Quando identificar queda em algum desses indicadores, analisa os fatores envolvidos com o gerente da unidade e propõe ajustes no processo de trabalho.

O RT de Odontologia elabora relatório mensal de suas visitas, com registro das situações identificadas e dos encaminhamentos realizados, que é compartilhado com o Gestor de Operações. Participa das reuniões mensais de coordenação de lote e contribui com dados e análises sobre a área de saúde bucal.

## **RT de Farmácia**

O Responsável Técnico de Farmácia é o profissional de referência técnica para a gestão farmacêutica no âmbito do contrato, incluindo a Farmácia Distrital do Lote Norte e os processos de dispensação de medicamentos nas unidades de saúde. Responde perante o Conselho Regional de Farmácia pela qualidade técnica dos serviços farmacêuticos prestados.

Suas atribuições são organizadas em dois âmbitos distintos: a Farmácia Distrital e as unidades de saúde com dispensação de medicamentos.

Na Farmácia Distrital, o RT de Farmácia supervisiona diretamente os processos de recebimento, armazenamento, controle de validade, dispensação e descarte de medicamentos. Garante que os procedimentos operacionais padrão estejam atualizados, que a equipe de farmacêuticos e auxiliares os conheça e os aplique e que as condições de armazenamento dos medicamentos — temperatura, luminosidade, umidade — estejam dentro dos parâmetros exigidos. Supervisiona o controle de psicotrópicos e outros medicamentos sujeitos a controle especial, garantindo que os registros estejam em conformidade com as exigências da ANVISA e da SMS. Realiza inventários periódicos de estoque e identifica discrepâncias entre estoque físico e estoque registrado no sistema.

Nas unidades de saúde, o RT de Farmácia apoia os gerentes e as equipes na organização dos estoques de medicamentos básicos disponíveis nas unidades, orienta sobre as condições adequadas de armazenamento e validade, e contribui para a qualificação dos processos de dispensação realizada pelos técnicos e auxiliares de enfermagem em situações previstas nos protocolos.

Coordena ações de educação permanente voltadas para a equipe farmacêutica e para os profissionais das unidades que lidam com medicamentos no cotidiano, incluindo orientações sobre interações medicamentosas frequentes, uso racional de medicamentos e comunicação com o usuário sobre o uso correto dos medicamentos dispensados.

O RT de Farmácia acompanha mensalmente os indicadores de dispensação da Farmácia Distrital — volume dispensado por categoria terapêutica, taxa de abastecimento, percentual de prescrições atendidas integralmente — e apresenta essa análise nas reuniões de coordenação de lote. Elabora relatório mensal de supervisão compartilhado com o Gestor de Operações.

Quando identificar irregularidade nos processos de controle de medicamentos sujeitos à vigilância sanitária, comunica imediatamente ao Gestor de Operações e ao gerente da unidade ou da Farmácia Distrital, registra por escrito a ocorrência e acompanha a resolução.

## **RT de Engenharia e Arquitetura**

O Responsável Técnico de Engenharia e Arquitetura é o profissional de referência para as questões estruturais, de manutenção e de adequação dos espaços físicos das unidades de saúde vinculadas ao contrato. Responde técnica e legalmente pelas obras, reformas e instalações realizadas no âmbito do contrato, perante o Conselho Regional de Engenharia e Agronomia ou o Conselho de Arquitetura e Urbanismo, conforme a sua formação.

Suas atividades incluem o levantamento e o acompanhamento das condições físicas de cada unidade de saúde, com registro sistemático das necessidades de manutenção preventiva e corretiva. Esse levantamento é realizado por meio de visitas periódicas, com frequência definida pelo cronograma de manutenção preventiva elaborado pelo próprio RT no início do contrato.

O RT de Engenharia e Arquitetura elabora e mantém atualizado o Plano de Manutenção Preventiva de cada unidade, que inclui a programação das inspeções e intervenções necessárias em instalações elétricas, hidráulicas, de climatização, cobertura, pisos, paredes e equipamentos fixos. Esse plano é compartilhado com os gerentes das unidades e com o Gestor de Operações e serve de base para o planejamento das despesas de manutenção.

Quando identificar problema estrutural que represente risco imediato à segurança dos trabalhadores ou dos usuários — infiltração em área elétrica, piso danificado com risco de queda, instalação elétrica irregular —, o RT aciona o Gestor de Operações imediatamente e recomenda as providências de segurança necessárias enquanto a correção definitiva não é realizada. Toda ocorrência desse tipo é registrada formalmente.

O RT de Engenharia e Arquitetura também apoia os processos de adequação dos espaços físicos às normas de acessibilidade e aos padrões definidos pela SMS e pela DAPS. Quando a unidade precisar de reformas ou adaptações, o RT elabora os documentos técnicos necessários — laudos, memoriais descritivos, orçamentos —, acompanha a execução das obras e assina as responsabilidades técnicas pertinentes.

Participa das reuniões mensais de coordenação de lote, apresentando o status das intervenções em andamento, as pendências de manutenção identificadas e as previsões para os próximos meses. Elaborar relatório mensal compartilhado com o Gestor de Operações.

### **Rotinas comuns a todos os Responsáveis Técnicos**

Além das atribuições específicas de cada área, todos os RTs compartilham um conjunto de responsabilidades que garantem a coerência e a integração do trabalho técnico no âmbito do contrato.

Todos os RTs participam das reuniões mensais de coordenação de lote, onde apresentam os relatórios de suas respectivas áreas, compartilham os problemas identificados e contribuem para a definição de ações de melhoria. Essa participação conjunta é importante porque muitos problemas identificados numa área têm interface com outras — por exemplo, um problema de infraestrutura pode afetar o funcionamento de um equipamento odontológico, e um problema no processo de dispensação de medicamentos pode estar relacionado à organização do espaço físico da farmácia.

Todos os RTs elaboram relatório mensal de suas atividades, com registro das unidades visitadas, das situações identificadas, dos encaminhamentos realizados e do status das ações de melhoria em andamento. Esses relatórios são consolidados pelo Gestor de Operações e compõem o relatório mensal do contrato apresentado à SMS.

Todos os RTs participam do programa de educação permanente das unidades, contribuindo com conteúdos técnicos de suas respectivas áreas. As atividades de educação permanente que envolvem mais de uma área são planejadas



conjuntamente pelos RTs envolvidos, evitando sobreposições e garantindo que os temas sejam abordados de forma integrada.

Todos os RTs têm canal direto de comunicação com o Gestor de Operações para situações que exijam decisão imediata. Não há hierarquia entre os RTs — cada um tem autonomia técnica na sua área —, mas todos reportam ao Gestor de Operações para efeitos de gestão administrativa e operacional.

### **Indicadores de acompanhamento da atuação dos Responsáveis Técnicos**

A atuação dos RTs será acompanhada por meio de indicadores específicos. A frequência de visitas às unidades será registrada e monitorada mensalmente pelo Gestor de Operações, com meta de cumprimento de 100% das visitas previstas no cronograma. O prazo médio de resolução das ocorrências identificadas nas visitas será monitorado com meta de resolução de ao menos 80% das ocorrências em até trinta dias corridos a partir do registro. A regularidade de entrega dos relatórios mensais será verificada, com meta de 100% dos relatórios entregues dentro do prazo.

Esses indicadores serão apresentados nas reuniões de coordenação de lote e reportados à SMS nas reuniões de monitoramento do contrato.

### **3.3 Proposta para atendimento à Política Nacional de Humanização**

#### **3.3.1 Descrição detalhada do processo de trabalho para garantia do acolhimento humanizado**

O acolhimento humanizado é, na Atenção Primária à Saúde, muito mais do que uma postura simpática na recepção. É uma forma de organizar o trabalho da unidade que garante que toda pessoa que chega ao serviço seja recebida, escutada e orientada — independentemente do motivo que a trouxe, do horário em que chegou ou da complexidade da sua demanda. Quando o acolhimento funciona bem, o acesso ao cuidado melhora, a sobrecarga das equipes diminui e a satisfação dos usuários aumenta. Quando não funciona, a porta da unidade vira um gargalo: filas na entrada, usuários sem resposta adequada e profissionais reagindo a uma demanda que poderia ter sido organizada de outro modo.

O IAG estrutura o acolhimento humanizado nas unidades de saúde dos Lotes Norte e Leste de Porto Alegre como um processo contínuo, com responsabilidades definidas em cada etapa, fluxos claros para os diferentes tipos de demanda e mecanismos de avaliação que permitem identificar falhas e corrigi-las. A seguir, descreve-se como esse processo será organizado na prática.

### **1. O acolhimento como organização do acesso, não apenas como atitude**

Um equívoco comum é tratar o acolhimento como sinônimo de gentileza no atendimento. A gentileza importa, mas o acolhimento que a Política Nacional de

Humanização propõe vai além disso. Ele envolve a reorganização do fluxo de entrada das unidades de forma que toda demanda seja identificada, classificada por risco e complexidade e encaminhada para o profissional ou serviço mais adequado, no tempo certo.

Isso significa que o acolhimento começa antes mesmo do usuário ser atendido por um médico ou enfermeiro. Começa no momento em que ele entra na unidade, no primeiro contato com a recepção, e continua em cada etapa subsequente até que sua demanda seja resolvida ou encaminhada. A experiência do usuário ao longo de todo esse percurso é o que define, na prática, se o acolhimento foi ou não humanizado.

O IAG organizará o processo de acolhimento em três momentos distintos e encadeados: a recepção e identificação da demanda, a escuta qualificada e a classificação de risco, e o encaminhamento e resolutividade. Cada um desses momentos tem responsáveis definidos, ferramentas específicas e metas de qualidade que serão monitoradas ao longo do contrato.

## **2. A recepção: primeiro contato e identificação da demanda**

A recepção é o espaço de entrada da unidade e o primeiro ponto de contato entre o usuário e o serviço. O profissional de recepção não é apenas responsável por cadastrar o usuário no sistema — ele é o primeiro a identificar se aquela pessoa chegou com uma demanda urgente, programada ou espontânea, e a orientá-la sobre o fluxo mais adequado para o seu caso.

O IAG prevê que os recepcionistas das unidades passem por capacitação específica de acolhimento antes de assumir suas funções. Essa capacitação aborda escuta ativa, identificação de sinais de alerta para casos que precisam de atenção imediata, comunicação respeitosa com diferentes públicos — incluindo idosos, pessoas com deficiência, usuários em sofrimento psíquico e pessoas em situação de vulnerabilidade — e os fluxos internos de encaminhamento de cada tipo de demanda.

A capacitação inicial tem duração mínima de dois dias e será parte do processo de integração de todo recepcionista admitido. Ela não substitui o acompanhamento continuado: as reuniões mensais de equipe incluirão, periodicamente, a discussão de situações que geraram dificuldades na recepção, como forma de aprimoramento coletivo.

O fluxo de entrada da unidade será organizado da seguinte forma. O usuário que chega à unidade é recebido pelo recepcionista, que identifica sua demanda e a registra no sistema. Se a demanda indica urgência ou sofrimento agudo — dor intensa, dificuldade respiratória, choro inconsolável, relato de violência —, o recepcionista aciona imediatamente o enfermeiro ou técnico de enfermagem responsável pelo acolhimento daquele período. Se a demanda não é urgente, o usuário é orientado sobre o fluxo disponível: atendimento programado, demanda espontânea do dia ou orientação para outro serviço da rede.

Em nenhuma hipótese o usuário será dispensado sem ter sua demanda identificada e recebido alguma forma de orientação. Mesmo quando a unidade não é

o serviço mais adequado para aquele caso, o recepcionista orientará para onde ir e, quando necessário, acionará o enfermeiro para uma avaliação prévia.

### **3. A escuta qualificada: o papel central da enfermagem no acolhimento**

A escuta qualificada é realizada pelo enfermeiro ou, sob sua supervisão, pelo técnico de enfermagem com treinamento específico para essa função. Ela acontece depois da recepção e antes da definição do encaminhamento, e tem como objetivo compreender a demanda do usuário com mais profundidade — não apenas o motivo declarado da consulta, mas o contexto em que ele chegou, o que ele está sentindo e o que espera do atendimento.

Essa escuta não precisa ser longa. Em muitos casos, cinco a dez minutos são suficientes para identificar a principal demanda, verificar sinais clínicos básicos e definir o encaminhamento mais adequado. O que importa é que esse tempo seja de qualidade: sem interrupções desnecessárias, com o profissional voltado genuinamente para o que o usuário está dizendo.

Na prática, a escuta qualificada cumpre ao menos três funções simultâneas. A primeira é clínica: identifica situações que precisam de atenção imediata, organiza a prioridade de atendimento e evita que casos graves esperem enquanto casos leves são atendidos primeiro. A segunda é relacional: o usuário que se sente ouvido desde o início do atendimento tende a colaborar mais com o processo de cuidado, comparecer às consultas agendadas e seguir as orientações da equipe. A terceira é organizacional: a escuta qualificada reduz o número de consultas médicas desnecessárias, porque parte das demandas pode ser resolvida ou encaminhada pelo próprio enfermeiro, seja por orientação, seja por atendimento de enfermagem ou encaminhamento para outro ponto da rede.

O IAG utilizará a Classificação de Risco como ferramenta padrão para organizar a prioridade de atendimento nas unidades. Essa classificação seguirá protocolo definido pela Secretaria Municipal de Saúde, adaptado às especificidades da Atenção Primária. Os casos classificados como urgência serão atendidos imediatamente ou encaminhados para o serviço de urgência mais próximo, com apoio da equipe na organização do transporte quando necessário. Os demais serão organizados por ordem de chegada dentro de cada categoria de prioridade.

### **4. O fluxo do acolhimento por tipo de demanda**

O IAG organizará o acolhimento em fluxos distintos para diferentes tipos de demanda, garantindo que cada usuário seja direcionado ao caminho mais adequado para resolver sua necessidade.

Para a demanda espontânea — o usuário que chegou sem agendamento prévio —, haverá vagas reservadas diariamente na agenda de cada equipe. Essas vagas serão dimensionadas com base no histórico de demanda espontânea de cada unidade, revisadas trimestralmente. O objetivo é que nenhum usuário que chegue com

demanda do dia precise ser dispensado por falta de vaga, exceto em situações excepcionais que serão registradas e analisadas.

Para a demanda programada — consultas de acompanhamento, retornos, grupos, procedimentos —, o agendamento seguirá fluxo organizado pela recepção, com confirmação prévia quando possível. Os usuários com condições crônicas ou em acompanhamento regular terão suas consultas agendadas no momento da consulta anterior, evitando que precisem retornar à unidade apenas para agendar.

Para a demanda de saúde mental — usuários em sofrimento psíquico, crise, uso problemático de substâncias —, o fluxo será diferenciado. O recepcionista não tentará resolver essa demanda na triagem, mas acionará imediatamente o enfermeiro ou, quando disponível, o profissional de saúde mental da eMulti. Esses casos exigem um espaço reservado, longe do movimento da recepção, e uma abordagem que priorize o vínculo e a escuta antes de qualquer encaminhamento.

Para situações de violência — doméstica, sexual ou outros tipos —, a unidade seguirá o protocolo municipal de atenção às vítimas de violência. O acolhimento será feito em espaço reservado, com garantia de sigilo, e incluirá a articulação com os serviços de assistência social, proteção e segurança quando necessário. Todos os trabalhadores da unidade receberão capacitação básica para identificar e acolher adequadamente essas situações.

## **5. O ambiente físico do acolhimento**

O espaço físico das unidades contribui direta e significativamente para a qualidade do acolhimento. Ambientes barulhentos, sem privacidade, com filas expostas e sinalização confusa dificultam a escuta e aumentam a ansiedade dos usuários.

O IAG adotará como padrão a organização do ambiente de acolhimento com as seguintes características. A recepção será organizada de forma que o recepcionista tenha visão do corredor de entrada e possa identificar rapidamente um usuário que chegue em situação de urgência. Haverá cadeiras suficientes para a espera, distribuídas de forma que a fila não obstrua a circulação. A sinalização das diferentes áreas da unidade será clara e em linguagem acessível.

A escuta qualificada será realizada em espaço com privacidade visual e acústica — uma sala ou maca com biombo, de modo que o usuário possa falar sem ser ouvido por outros. Esse requisito é especialmente importante para usuários que chegam com demandas sensíveis, como saúde mental, violência ou condições estigmatizadas.

Nas unidades com funcionamento das 7h às 22h, o acolhimento estará organizado em todos os turnos, com escala de enfermagem que garanta profissional habilitado para a escuta qualificada em todos os períodos de funcionamento. A organização das escalas levará em conta os horários de maior demanda, identificados pelo histórico de atendimento de cada unidade.



O gerente de unidade é responsável por monitorar as condições físicas do acolhimento e acionar o Responsável Técnico de Enfermagem ou o setor de manutenção quando identificar problemas estruturais que comprometam a qualidade do processo.

## **6. Equipes de Saúde da Família e vínculo como base do acolhimento**

O acolhimento humanizado na APS tem uma dimensão que vai além do momento de chegada do usuário à unidade. Ele se sustenta, ao longo do tempo, no vínculo entre os usuários e a equipe de referência. Quando um usuário conhece os profissionais que o acompanham, sabe quem procurar e se sente reconhecido pelo serviço, o acesso fica mais fácil e o cuidado mais efetivo.

O IAG reforçará o vínculo como elemento estrutural do acolhimento por meio de algumas práticas concretas. Cada usuário cadastrado na unidade terá uma equipe de referência definida — a equipe de ESF ou EAP responsável pelo seu território. O usuário saberá quem é sua equipe e terá acesso a ela de forma prioritária, tanto para consultas programadas quanto para demandas espontâneas.

O Agente Comunitário de Saúde, de responsabilidade da PMPA, é o elo mais próximo entre a equipe e as famílias do território. O IAG garantirá que as informações trazidas pelos ACS sobre situações de saúde identificadas nas visitas domiciliares sejam incorporadas à organização do acolhimento — por exemplo, quando um ACS identifica uma família com dificuldade de acesso à unidade, o gerente e a equipe de enfermagem podem organizar uma abordagem diferenciada para garantir que essa família seja alcançada pelo serviço.

O acolhimento de usuários que não estão cadastrados na área de abrangência da unidade — situação frequente nas grandes cidades — seguirá protocolo de atenção pela demanda espontânea do dia, com encaminhamento para regularização do cadastro quando possível e comunicação com a unidade de referência quando necessário.

## **7. Acolhimento de populações em situação de maior vulnerabilidade**

O acolhimento humanizado exige sensibilidade para as especificidades de diferentes grupos populacionais. O IAG prevê abordagens diferenciadas para populações que, por suas condições de vida, enfrentam barreiras adicionais de acesso ao serviço.

Para a população em situação de rua, o cuidado é organizado principalmente pelas Equipes de Consultório na Rua (ECR). Essas equipes têm atuação itinerante e chegam até as pessoas onde elas estão, sem exigir que elas se desloquem até a unidade como condição para receber cuidado. O IAG garantirá que as equipes de ECR tenham os recursos necessários para essa atuação — veículo, insumos, sistema de informação acessível em campo — e que o acolhimento realizado nesse contexto seja registrado adequadamente.

Para a população indígena atendida pela equipe de saúde indígena do Lote 2, o acolhimento considerará as especificidades culturais dos diferentes grupos, incluindo a comunicação em língua nativa quando necessário e o respeito às práticas tradicionais de cuidado. O IAG articulará com a SMS e com as lideranças das aldeias os protocolos específicos de atendimento a essa população.

Para os usuários idosos e pessoas com deficiência, as unidades garantirão acessibilidade física — rampas, barras de apoio, assentos preferenciais — e prioridade no atendimento conforme legislação vigente. Os recepcionistas e a equipe de enfermagem serão capacitados para abordar esses usuários de forma adequada, com comunicação clara e tempo de escuta compatível com suas necessidades.

Para crianças e adolescentes, especialmente aqueles que chegam desacompanhados ou em situação de vulnerabilidade, o acolhimento seguirá os protocolos do Estatuto da Criança e do Adolescente, com acionamento imediato do serviço social quando identificada situação de risco.

## **8. Acolhimento e saúde mental: integração com as eMultis**

A Atenção Primária é, frequentemente, o primeiro ponto de contato de pessoas em sofrimento psíquico com o sistema de saúde. Por isso, o acolhimento humanizado precisa estar preparado para receber essas situações com competência e sem estigma.

O IAG prevê que todos os trabalhadores das unidades de saúde recebam capacitação básica em saúde mental na APS, com foco em identificação de situações de crise, abordagem inicial sem julgamento e fluxos de encaminhamento. Essa capacitação não transforma os profissionais em especialistas, mas os habilita a não agravar situações que já chegam fragilizadas.

As Equipes Multidisciplinares — previstas tanto no Lote Norte quanto no Lote Leste — serão a referência de apoio para as equipes de ESF e EAP nos casos de saúde mental de maior complexidade. O IAG organizará um fluxo claro de acionamento das eMultis: quando a equipe de referência identificar um caso que precisa de apoio especializado, o encaminhamento será feito de forma direta, com registro em prontuário e prazo de retorno definido.

Nos casos de crise aguda — usuário em sofrimento intenso, risco de autolesão ou situação que demanda intervenção imediata —, o protocolo de acolhimento prevê atendimento prioritário por enfermeiro ou médico, com acionamento do SAMU ou encaminhamento para o serviço de urgência quando necessário. Nenhum usuário em crise será dispensado sem avaliação profissional e definição de um plano mínimo de cuidado.

## **9. Ouvidoria e canais de manifestação dos usuários**

O acolhimento humanizado inclui a garantia de que o usuário possa expressar sua opinião sobre o serviço que recebeu — inclusive quando essa opinião é uma

reclamação. O IAG organizará uma ouvidoria ativa em cada unidade, com canal presencial na própria recepção e possibilidade de manifestação escrita ou verbal.

As manifestações recebidas — elogios, sugestões, reclamações e denúncias — serão registradas, analisadas e respondidas dentro de prazo definido. Reclamações terão resposta ao usuário em até quinze dias úteis. As informações consolidadas da ouvidoria serão levadas ao Colegiado de Gestão mensalmente e utilizadas como insumo para a identificação de problemas no processo de acolhimento.

Quando uma reclamação apontar falha no atendimento de um profissional específico, o gerente da unidade conduzirá uma conversa direta com esse profissional antes de qualquer medida formal, como parte de um processo educativo e não punitivo. Situações graves ou recorrentes serão encaminhadas ao Gestor de Operações e, quando necessário, ao setor de gestão de pessoas do IAG.

O usuário que fizer uma manifestação terá seu contato registrado e receberá retorno sobre o encaminhamento dado — seja por telefone, por escrito ou presencialmente, conforme preferência indicada no momento do registro.

## **10. Indicadores de qualidade do acolhimento**

O acolhimento humanizado precisa ser monitorado por indicadores concretos para que a gestão possa identificar problemas e agir sobre eles. O IAG utilizará os seguintes indicadores.

O tempo médio de espera entre a chegada do usuário e a escuta qualificada será medido mensalmente, com meta de que pelo menos 80% dos usuários sejam acolhidos em até trinta minutos a partir da chegada. Quando o tempo médio superar esse limite, o gerente da unidade analisará as causas com a equipe e definirá ações de ajuste.

A proporção de usuários que chegaram sem agendamento e foram atendidos no mesmo dia será monitorada como indicador de resolutividade da demanda espontânea. A meta é que pelo menos 85% das demandas espontâneas sejam resolvidas ou encaminhadas adequadamente no próprio dia de chegada.

O índice de satisfação dos usuários com o acolhimento, apurado na pesquisa semestral, terá item específico sobre como se sentiram recebidos na unidade. A meta inicial é de 70% de avaliações positivas nesse item, com crescimento progressivo.

O número de reclamações relacionadas ao acolhimento registradas na ouvidoria será acompanhado mensalmente. O objetivo não é zerar as reclamações — que são também um indicador de que o canal está funcionando —, mas garantir que cada reclamação gere uma resposta e, quando recorrente, uma ação de melhoria.

Esses indicadores serão reportados pelo Supervisor de Operações ao Gestor de Operações mensalmente e apresentados nas reuniões de monitoramento do contrato com a SMS.

## **11. Capacitação contínua das equipes para o acolhimento**

O acolhimento humanizado não se instala por decreto. Ele se constrói com treinamento, com prática, com discussão coletiva das situações difíceis e com um ambiente de trabalho que valoriza essa postura.

O IAG prevê ações regulares de formação voltadas para o acolhimento, integradas ao programa de educação permanente das unidades. Ao menos uma vez por semestre, cada unidade realizará uma atividade formativa específica sobre acolhimento humanizado, com base em situações reais identificadas no cotidiano — casos que geraram dificuldade, atendimentos em que o fluxo não funcionou bem, situações de usuários que foram mal compreendidos.

Essas atividades não serão palestras ou apresentações teóricas. Serão espaços de discussão coletiva, com facilitação do gerente da unidade ou do Responsável Técnico de Enfermagem, onde a equipe pode falar abertamente sobre o que está funcionando e o que precisa melhorar. O resultado dessas discussões é registrado e incorporado ao plano de ação local da unidade.

Os novos trabalhadores admitidos passarão, como parte da integração, por orientação específica sobre o processo de acolhimento da unidade onde irão atuar — os fluxos, os responsáveis em cada etapa, os protocolos de atenção a populações específicas e os canais de comunicação interna. Essa orientação é conduzida pelo gerente da unidade e complementada pelo Responsável Técnico de Enfermagem.

## **12. A relação entre acolhimento e integração com a rede**

O acolhimento humanizado não se encerra dentro da unidade de saúde. Muitas demandas que chegam à APS precisam ser encaminhadas para outros pontos da Rede de Atenção à Saúde — especialidades, serviços de urgência, saúde mental, assistência social, proteção. A qualidade desse encaminhamento é parte do acolhimento.

O IAG garantirá que os encaminhamentos para outros serviços sejam feitos com registro adequado em prontuário, com orientação clara ao usuário sobre para onde vai, o que vai encontrar e o que deve trazer. Encaminhamentos genéricos, sem explicação ao usuário ou sem registro de retorno esperado, são incompatíveis com o modelo de acolhimento humanizado que se propõe.

Quando o encaminhamento não resultar em atendimento — por recusa do serviço, por vaga inexistente ou por perda do usuário no percurso —, a equipe de referência será responsável por identificar o que aconteceu e, se possível, retomar o contato com o usuário para reorganizar o encaminhamento. Situações de dificuldade sistemática num determinado fluxo de encaminhamento serão registradas e levadas à gestão do lote para tratamento institucional junto à SMS.



## Síntese

O acolhimento humanizado que o IAG propõe para as unidades de saúde dos Lotes Norte e Leste de Porto Alegre está organizado como um processo de trabalho com responsabilidades definidas, fluxos claros e mecanismos concretos de monitoramento e melhoria. Ele começa na recepção, passa pela escuta qualificada, organiza o encaminhamento por tipo de demanda e se estende até a resolução ou encaminhamento adequado de cada caso.

Não é um modelo estático. À medida que a operação avança, as reuniões de equipe, os dados da ouvidoria e os resultados das pesquisas de satisfação vão indicando o que precisa ser ajustado. O compromisso do IAG é que esse ajuste aconteça de forma organizada e sistemática — não como resposta a crises pontuais, mas como parte da rotina de melhoria contínua do serviço.

O objetivo final é que qualquer pessoa que chegue a uma das unidades sob gestão do IAG sinta, desde o primeiro contato, que está num serviço que a reconhece, a escuta e está disposto a ajudá-la. Esse é o núcleo do acolhimento humanizado — e é o que orienta toda a organização descrita nesta seção.

### 3.3.2 Descrição detalhada do processo para alcançar a indissociabilidade entre atenção e gestão.

A indissociabilidade entre atenção e gestão é um dos eixos centrais da Política Nacional de Humanização. Ela parte de um princípio direto: não é possível qualificar o cuidado prestado ao usuário sem reorganizar, ao mesmo tempo, a forma como o serviço é gerido. Uma gestão que não se conecta ao que acontece no atendimento tende a se tornar burocrática e distante da realidade. Da mesma forma, equipes assistenciais que não participam das decisões sobre o serviço trabalham com menos compromisso e menos condições de oferecer um cuidado de qualidade.

O IAG entende essa relação não como conceito teórico, mas como modo concreto de organizar o trabalho nas unidades de saúde sob sua responsabilidade. O que se descreve a seguir é o modo como isso será feito na prática, nas unidades dos Lotes Norte e Leste de Porto Alegre.

#### 1. O modelo de cogestão como base organizativa

O IAG adota a cogestão como forma principal de organização dos serviços. Isso significa que as decisões sobre o funcionamento das unidades são tomadas de forma compartilhada, com participação das equipes assistenciais, dos gestores locais e dos representantes dos usuários. Não se eliminam hierarquias nem responsabilidades individuais, o gerente de unidade continua sendo responsável pela gestão local, mas as decisões são informadas pelo que acontece no atendimento, e os trabalhadores participam ativamente dos processos que afetam seu trabalho.

Esse modelo se organiza em dois níveis complementares. O primeiro é o da unidade de saúde, onde funcionam os espaços coletivos de gestão do cotidiano. O segundo é o da coordenação de lote, onde as informações das diferentes unidades são consolidadas e as decisões que afetam mais de uma unidade são discutidas. Os dois níveis se comunicam de forma sistemática, com fluxos de informação definidos e responsáveis claros.

## **2. Espaços coletivos de gestão nas unidades**

Cada unidade de saúde terá um Colegiado de Gestão funcionando quinzenalmente. Esse colegiado será composto pelo gerente da unidade, pelos coordenadores ou referências de cada equipe assistencial, por um representante da recepção e por um representante dos usuários, articulado com o Conselho Local de Saúde, onde existir.

As reuniões terão duração máxima de noventa minutos, com pauta organizada e distribuída com antecedência. A ata será lavrada e ficará disponível para todos os trabalhadores da unidade. As atribuições do Colegiado incluem analisar os indicadores da unidade, propor ajustes nos fluxos de atendimento, discutir problemas identificados pelos trabalhadores e pelos usuários e acompanhar as ações de melhoria pactuadas.

Além do Colegiado, cada unidade realizará reuniões semanais de equipe, com duração de até sessenta minutos. Essas reuniões têm propósito diferente: são espaços de organização do trabalho assistencial, alinhamento de condutas, discussão de casos e planejamento da semana. A participação de todos os membros das equipes assistenciais é obrigatória. O gerente participa como facilitador, garantindo que os encaminhamentos sejam registrados e cumpridos.

A distinção entre os dois espaços é importante. Na reunião semanal se discute o cuidado — o que está funcionando, quais casos precisam de atenção, como organizar a agenda. No Colegiado se discute o serviço como um todo — fluxos, processos, resultados, problemas estruturais. As duas instâncias são complementares.

## **3. Reunião de análise de situação: o ciclo de melhoria contínua**

Uma das ferramentas mais concretas da indissociabilidade é a reunião mensal de análise de situação. Antes de sua realização, o assistente administrativo responsável pelo monitoramento consolida os dados do período: número de consultas, cobertura vacinal, proporção de gestantes com pré-natal adequado, registros de queixas e elogios, ausências de profissionais e outros indicadores do contrato.

Esses dados são apresentados em formato visual simples — um painel acessível a todos os presentes. A partir daí, o grupo discute o que os números significam na prática, quais problemas eles ajudam a identificar e o que pode ser feito

para melhorar. Cada ação identificada é registrada com responsável e prazo definidos. Na reunião seguinte, o primeiro item da pauta é o acompanhamento dessas ações.

Esse ciclo contínuo — analisar, decidir, agir, avaliar — é o núcleo operacional da indissociabilidade. Ele garante que as informações da assistência sejam usadas para melhorar o serviço, e que as decisões da gestão sejam baseadas no que realmente está acontecendo no atendimento.

#### **4. O papel do gerente de unidade como articulador**

O gerente de unidade é o articulador central entre gestão e assistência. Além das responsabilidades administrativas, ele precisa conhecer em profundidade o trabalho das equipes assistenciais: os recursos que elas precisam, os processos que dificultam o cuidado e os fatores que o facilitam.

Para garantir esse conhecimento, o gerente realizará visitas regulares a todos os espaços de trabalho da unidade ao longo da semana — salas de atendimento, recepção, sala de vacinas. Não como inspeção, mas como acompanhamento. Essas visitas permitem identificar problemas antes que se tornem crises e reconhecer boas práticas que merecem ser compartilhadas.

O gerente também participará regularmente das reuniões de equipe assistencial, não como observador, mas como membro ativo. Nessas reuniões, apresenta informações sobre o funcionamento da unidade e recebe dos profissionais as demandas que precisam ser encaminhadas. Essa circulação entre os espaços de gestão e os espaços de cuidado é o que torna a indissociabilidade concreta no cotidiano.

#### **5. Planejamento compartilhado**

O planejamento das ações de cada unidade será feito de forma participativa. A cada início de ano, ou no momento de início das atividades, cada unidade elaborará um plano de ação local, com base na análise da situação de saúde do território, nos indicadores do período anterior e nas metas pactuadas no contrato.

Esse plano será elaborado em reunião específica, com participação do gerente, dos coordenadores de equipe e dos representantes dos usuários. Ele será revisado trimestralmente nas reuniões de análise de situação e ajustado sempre que necessário. Quando uma meta não está sendo alcançada, o grupo analisa por quê e decide se a estratégia precisa mudar ou se há algum problema estrutural que precisa ser resolvido.

O Gestor de Operações consolidará os planos das unidades num plano geral do lote, que será apresentado à Diretoria de Atenção Primária à Saúde da SMS e servirá de referência para o acompanhamento quadrimestral previsto no contrato.

#### **6. Educação permanente como elo entre atenção e gestão**

O IAG entende educação permanente como processo contínuo de aprendizagem que parte das necessidades identificadas na prática, e não como uma série de cursos isolados. Haverá dois pontos de entrada para esse processo.

O primeiro é a reunião de análise de situação: quando o grupo identifica um problema relacionado ao modo como as equipes estão trabalhando, essa identificação gera uma demanda de capacitação diretamente voltada para aquele problema concreto.

O segundo é a supervisão técnica dos Responsáveis Técnicos. Os RTs visitam regularmente as unidades e identificam necessidades de qualificação da equipe, que são consolidadas pelo Gestor de Operações e transformadas em ações de capacitação.

As ações de educação permanente serão realizadas preferencialmente nos espaços e horários de trabalho, integradas sempre que possível às reuniões de equipe já existentes. A meta é pelo menos uma ação por mês em cada unidade, registrada e avaliada pelos participantes. A qualificação também alcançará os gerentes, o supervisor e os assistentes administrativos — a melhoria da gestão local é condição para a melhoria do cuidado.

## **7. Monitoramento participativo dos indicadores**

O monitoramento é uma responsabilidade da gestão, mas não pode ser exercida apenas por ela. Para que os dados se traduzam em melhoria do cuidado, os profissionais assistenciais precisam conhecê-los, entendê-los e participar da sua análise.

O IAG organiza o monitoramento em dois momentos. Internamente, o assistente de monitoramento coleta e consolida os dados, o Supervisor analisa as tendências e o Gestor de Operações produz um relatório mensal compartilhado com os gerentes. O segundo momento é coletivo: os dados são discutidos nas reuniões de análise de situação, com participação das equipes.

Esse processo tem duas funções: melhora a qualidade da análise, porque incorpora o conhecimento de quem está no atendimento, e forma os trabalhadores em relação ao próprio trabalho, desenvolvendo compreensão mais profunda do impacto que ele tem na saúde da população.

O painel de indicadores ficará disponível para consulta de todos os trabalhadores da unidade, atualizado mensalmente. Quando um indicador apresentar queda ou se mantiver abaixo da meta por dois meses consecutivos, o gerente acionará o Supervisor de Operações para uma visita técnica conjunta com a equipe — não apenas com o gerente.

## **8. Participação do usuário na gestão**



A participação do usuário é uma dimensão essencial da indissociabilidade. O IAG prevê representantes dos usuários nos Colegiados de Gestão de cada unidade, articulados com os Conselhos Locais de Saúde onde eles existirem. Onde ainda não houver Conselho Local organizado, o IAG apoiará, junto à SMS e à Coordenadoria, o processo de sua constituição.

O representante dos usuários no Colegiado traz a perspectiva de quem usa o serviço: como está o acolhimento, quais dificuldades os usuários encontram, o que poderia ser feito de forma diferente. As demandas levadas pelos Conselhos Locais à gestão serão registradas e terão resposta formal em prazo definido.

Além disso, o IAG realizará semestralmente uma pesquisa de satisfação dos usuários em cada unidade, com instrumento simplificado aplicado de forma presencial. Os resultados serão analisados no Colegiado de Gestão. Quando identificadas insatisfações recorrentes — espera prolongada, dificuldade no agendamento —, serão definidas ações de melhoria com prazos e responsáveis. A meta inicial é que pelo menos 70% dos usuários avaliem o atendimento como bom ou ótimo, com incremento progressivo ao longo do contrato.

## **9. Reunião de coordenação de lote**

As unidades de saúde fazem parte de uma rede gerenciada pelo IAG. Para garantir coerência entre as práticas das diferentes unidades e permitir o compartilhamento de soluções, o IAG realizará mensalmente uma reunião de coordenação de lote, com a participação do Gestor de Operações, do Supervisor, dos Responsáveis Técnicos e de todos os gerentes de unidade.

Nessa reunião, serão compartilhados os dados de produção e qualidade de cada unidade, as principais dificuldades do período e as ações de melhoria em andamento. Quando uma unidade encontra uma solução eficaz para um problema, essa solução pode ser adaptada pelas demais. O Gestor de Operações elaborará, com base nessas reuniões, um relatório mensal consolidado compartilhado com a Diretoria de Atenção Primária à Saúde da SMS.

## **10. Papel dos Responsáveis Técnicos**

Os Responsáveis Técnicos — de Enfermagem, Medicina, Odontologia, Farmácia e Engenharia/Arquitetura — são pontes entre o cuidado e a gestão. Cada RT realizará visitas mensais às unidades, identificando necessidades de qualificação, problemas de infraestrutura ou equipamentos que afetam a assistência e boas práticas a compartilhar.

Os relatórios das visitas serão compartilhados com os gerentes e com o Gestor de Operações. Quando o RT identificar um problema que exige decisão de gestão, formalizará por escrito e acompanhará o encaminhamento. Quando identificar risco imediato à segurança do usuário, acionará diretamente o Gestor e o gerente da unidade, fora do ciclo de visitas programadas.

## **11. Indicadores para monitorar a indissociabilidade**

Para que o processo não fique apenas no discurso, o IAG monitorará indicadores específicos. A frequência dos Colegiados de Gestão e das reuniões de equipe será acompanhada mensalmente, com meta de realização de 100% das reuniões previstas. O índice de participação dos trabalhadores nas reuniões de equipe terá meta mínima de 80% dos profissionais por reunião.

A proporção de indicadores abaixo da meta com plano de ação associado será monitorada com meta de 100% — quando um indicador estiver abaixo da meta, deve existir um plano de ação vigente com responsável e prazo. O índice de satisfação dos usuários, apurado semestralmente, terá meta inicial de 70% de avaliações positivas. O número de ações de educação permanente realizadas por unidade terá meta mínima de uma ação mensal.

Esses indicadores serão reportados mensalmente ao Gestor de Operações e apresentados nas reuniões de monitoramento do contrato com a SMS.

## **12. Síntese: o que torna a indissociabilidade real no cotidiano**

O que se propôs ao longo desta seção pode ser resumido em alguns princípios que orientarão o trabalho cotidiano do IAG. Toda decisão de gestão que afeta o atendimento será tomada com base em informações produzidas pela assistência. Todo problema identificado no atendimento terá um responsável de gestão que acompanha o seu encaminhamento. Os dados de produção e qualidade serão analisados coletivamente, por profissionais de assistência e gestão, de forma regular. A qualidade do cuidado e as condições de trabalho serão tratadas como dimensões interligadas, não como objetivos que competem entre si. E a participação do usuário é uma condição estrutural, não um adorno.

Esses princípios não resolvem todos os problemas. A gestão de serviços de saúde é complexa e os territórios têm características muito diversas. O que o IAG propõe é um arranjo que torna a aprendizagem coletiva possível: quando um problema surge, há espaços para discuti-lo, processos para encaminhá-lo e pessoas responsáveis por acompanhar a sua resolução. A indissociabilidade, nessa perspectiva, é menos uma meta a atingir e mais um modo de trabalhar — construído no dia a dia, nas reuniões, nas visitas, nos dados analisados coletivamente e nas decisões tomadas com base no que realmente está acontecendo no serviço.



## 4. Experiência em Gestão de Serviços de Saúde

O IAG – Instituto de Apoio à Gestão apresenta, por meio dos documentos anexados (atestados de capacidade técnica acompanhados dos respectivos instrumentos contratuais), comprovação consistente de experiência na execução e gestão de serviços no âmbito da Atenção Primária à Saúde, abrangendo atividades relacionadas à Saúde da Família, Saúde Bucal, Saúde Indígena, Saúde Prisional e Saúde para Pessoas em Situação de Rua, em estrita conformidade com os critérios estabelecidos no item 10.8 do Edital.

Para fins de comprovação da experiência exigida, foram apresentados atestados de capacidade técnica emitidos por órgãos públicos contratantes, devidamente acompanhados de seus respectivos instrumentos contratuais, referentes à execução de serviços nos municípios de Eldorado, Taquara, Vacaria, Bom Jesus, Tramandaí, Maquiné, Lins, Camaquã e Medianeira, além de atestado emitido pela empresa Megaqualy, que também comprova a execução de serviços compatíveis com o objeto deste certame.

Os documentos apresentados atendem integralmente às exigências formais previstas no edital, contendo:

- Identificação da pessoa jurídica emitente;
- Nome e cargo do signatário responsável pelo atestado;
- Período de execução contratual;
- comprovação da efetiva prestação dos serviços objeto da certificação.

A análise do conjunto documental evidencia que o IAG possui experiência acumulada superior a 60 (sessenta) meses na execução de atividades compatíveis com o objeto deste chamamento, considerando-se o marco temporal estabelecido a partir de 21 de setembro de 2017, data da publicação da Portaria MS nº 2.436/2017, que instituiu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Ressalta-se, ainda, que os atestados apresentados demonstram períodos de execução superiores ao prazo mínimo de 24 (vinte e quatro) meses, permitindo a soma das experiências conforme previsto no edital para fins de avaliação deste critério.

Diante do exposto, verifica-se que o IAG atende plenamente aos requisitos estabelecidos no edital, alcançando mais de 60 (sessenta) meses de experiência comprovada, o que corresponde ao atendimento integral da pontuação máxima prevista para o critério de Atestados de Capacidade Técnica, totalizando 30 (trinta) pontos.

