

Rio de Janeiro, 31 de outubro de 2018



REORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

ESTUDO PARA OTIMIZAÇÃO DE RECURSOS

SUBPAV

INTRODUÇÃO

A expansão da rede de Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro durante o período 2009 – 2016, através da construção de Clínicas da Família e implantação de Equipes de Saúde da Família, ampliou o acesso à saúde e melhorou o atendimento à população da cidade.

Porém, feita de forma desordenada, especialmente no ano de 2016, onde boa parte das equipes foi contratada sem previsão de custeio para os anos seguintes, demonstrou-se não sustentável financeiramente, e não necessariamente justa quanto aos critérios de cobertura geográfica.

Além disso, a performance dessas equipes nos anos subsequentes à sua implantação foi heterogênea, havendo unidades e equipes com grande produção de serviços, eventualmente sobrecarregadas, e outras subutilizadas, com baixa performance quantitativa e qualitativa.

O resultado global, provavelmente relacionado a estas condições, foi uma dificuldade, ainda presente, em se mostrar impacto em processos e resultados sanitários estratégicos para a cidade, mesmo após um ano e meio do término da implantação.

Frente a esta situação e à necessidade de adequação financeira a um orçamento possível de ser realmente executado, previsto no PLOA 2019, evitando assim a inadimplência com compromissos financeiros e contratuais por parte da Prefeitura, iniciou-se um esforço de avaliação de dimensão de serviços e custos operacionais, com o objetivo de identificação de oportunidades de aumento da eficiência da rede de atenção primária do município, visando à melhoria de sua relação custo-benefício, com provável impacto no resultado em saúde e na experiência de atendimento dos usuários.

Utilizando-se conceitos de melhoria da qualidade e otimização de serviços e aplicando a filosofia *Lean* para a gestão de serviços de saúde, foram definidos “Blocos” de ações, listados abaixo:

1. **BLOCO 1** – Redimensionamento do número de equipes
2. **BLOCO 2** – Criação de tipologia de equipes com melhor custo-benefício
3. **BLOCO 3** – Recursos Humanos
4. **BLOCO 4** – Categorização e distribuição de serviços
5. **BLOCO 5** – Simplificação e padronização de insumos.
6. **MONITORAMENTO** – Como será feito o monitoramento de nossas unidades e serviços.

As duas premissas básicas contidas nesse estudo são: a necessidade de manutenção da Rede de Atenção Primária implantada na cidade e da Estratégia Saúde da Família, respeitando-se as evidências científicas práticas que comprovam o benefício de cobertura universal de cuidados primários; a otimização e o uso responsável do recurso público disponível à prestação destes serviços para a população.

1. BLOCO 1 – REDIMENSIONAMENTO DO NÚMERO DE EQUIPES

Executou-se um processo de avaliação do dimensionamento da rede de atenção primária em duas fases: uma primeira fase de análise de informações relativas às **1263** equipes de saúde da família, e uma segunda fase envolvendo avaliação de viabilidade das mudanças pelas Coordenações de Atenção Primária (CAP) das dez Áreas de Planejamento em saúde do município.

Fase 1 – Análise quantitativa

O objetivo da análise quantitativa foi determinar critérios objetivos de seleção para possíveis oportunidades de redução do número de Equipes de Saúde da Família do município, sem prejuízo significativo à cobertura de Atenção Primária da população, especialmente em áreas socialmente mais vulneráveis da cidade.

Aplicou-se, em cada equipe de saúde da família, um escore de avaliação, formado por cinco itens:

- 1) Índice de Desenvolvimento Social (IDS) médio da área geográfica da equipe;
- 2) População cadastrada na equipe;
- 3) Produção ambulatorial em consultas médicas e de enfermagem nos últimos dois anos (excetuando-se períodos de greve);
- 4) Cobertura assistencial (proporção de pessoas cadastradas já atendidas pela equipe desde a sua implantação);
- 5) Presença de Programas de Residência Médica e de Enfermagem em execução na equipe.

Para cada item, a equipe recebeu um ponto, caso se enquadrasse nas seguintes condições (critérios para elegibilidade de desativação):

- 1) Equipes em áreas de IDS médio e alto (> 0,567)
- 2) Equipes cobrindo um baixo número de pessoas (abaixo de 3000 usuários)
- 3) Equipes com baixa produção ambulatorial (< 75% do esperado)
- 4) Equipes com pouco contato de usuários (menos de 40% da população já atendida)
- 5) Equipes sem programas de ensino estratégicos (Residência Médica ou de Enfermagem).

Os critérios foram selecionados baseando-se em algumas análises.

A primeira análise é que áreas socialmente mais vulneráveis da cidade devem permanecer com o mesmo dimensionamento de serviços, funcionando o IDS baixo como fator protetor (Critério 1).

A segunda é que equipes com baixo cadastramento, baixa produção de atendimento ambulatorial e baixa cobertura assistencial apresenta relação custo-benefício desfavorável (Critérios 2,3 e 4). Estas equipes, embora prestem serviços à população, estão em áreas de baixa pressão assistencial, onde a população tem acesso à saúde suplementar, por exemplo, ao passo que áreas bastante vulneráveis da cidade não apresentam cobertura de saúde da família. Deve-se, pois, em um esforço de reorganização, aproveitar a economia resultante da desativação de uma equipe em área nobre da cidade para cobrir áreas onde há maior necessidade.

A terceira análise é que programas de ensino que visam prover a cidade de profissionais especialistas em Medicina de Família e Comunidade e Enfermagem em Saúde da Família devem ser estimulados, e suas equipes mantidas (Critério 5).

O resultado da aplicação deste escore retornou um número de **230** equipes de saúde da família com 4 ou 5 critérios indicativos para desativação.

Fase 2 - Validação pelas CAP

Após a seleção inicial do quantitativo de equipes elegíveis para desativação, houve a análise qualitativa das Coordenações de Área, com inclusão dos gestores locais das unidades de saúde, para validar a escolha.

Após a aplicação deste filtro, foram identificadas **46** equipes que, por conta de particularidades do território e vieses de informação presentes na avaliação inicial, não deveriam ser desativadas, com risco de comprometimento da eficiência dos serviços. Tal avaliação foi considerada, chegando-se ao número final de **184** equipes a serem desativadas com baixo impacto assistencial e potencial aumento da eficiência dos serviços, quando levada em conta a relação custo-benefício destas equipes.

O número de equipes avaliadas de acordo com sua pontuação, por área de planejamento, encontra-se detalhado no quadro 1.

Quadro 1 – Pontuação das equipes segundo escore de avaliação, por AP, e validação pelas CAP

N. de equipes por contagem de pontos por AP x Redesenho sugerido pelas CAPs									
AP	0	1	2	3	4	5	Total Geral	Selec.	Equipes Remanescentes
10		13	32	26	4		75	10	65
21	1	16	26	18	2	1	64	9	55
22	1	2	13	18	7	3	44	10	34
31	15	60	92	40	3		210	15	195
32		8	26	60	21	4	119	16	103
33	4	7	41	75	47	5	179	19	160
40	4	13	23	44	30	13	127	36	91
51	1	4	25	70	54	7	161	34	127
52		34	66	44	15	1	160	21	139
53		9	56	46	11	2	124	14	110
Total Geral	26	166	400	441	230		1263	184	1079

Uma vez definida a lista de equipes de saúde de família a serem desativadas, efetuou-se o mesmo desenho para dimensionamento de Equipes de Saúde Bucal, mantendo a relação de uma equipe para cada três equipes de saúde da família. Tal cálculo resultou em **55** equipes de saúde bucal elegíveis para desativação, com capacidade da rede restante de absorção da demanda assistencial da população com segurança.

2. BLOCO 2 – CRIAÇÃO DE TIPOLOGIA DE EQUIPES COM MELHOR CUSTO-BENEFÍCIO

Os documentos que definem a Política Nacional de Atenção Básica anteriores ao vigente (PNAB 2006, PNAB 2013), descrevem a composição das Equipes de Saúde da Família como um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e um dado número de agentes comunitários de saúde (ACS) dependendo da população cadastrada, na relação aproximada de um ACS para cada 750 pessoas. Cada equipe tem como população recomendada para cobertura cerca de 3500 pessoas.

Em sua versão mais recente, de 2017, a PNAB reitera este formato como Equipe de Saúde da Família, porém flexibiliza a modelagem de equipes, definindo como “Equipe de Atenção Básica” modelos diferentes do descrito acima, desde que haja ao menos 40 horas disponíveis de trabalho médico (podendo ser compostas por profissionais de cargas horárias diversas e parametrizados por especialidades básicas, por exemplo), 40h de enfermeiro, 40h de técnico de enfermagem e ao menos um agente comunitário.

Tal movimento vem na direção do entendimento de que, embora no passado o formato de equipe de saúde da família tenha sido prescrito de forma única e aplicado em toda a ESF brasileira, eventualmente outros modelos de composição de equipe podem se adequar às diferentes realidades dos territórios cobertos. É frequente, por exemplo, em nossa cidade, moradores de áreas mais socialmente desenvolvidas utilizarem pouco o recurso de equipes de saúde da família, e muitas vezes as visitas dos ACS serem recusadas no condomínios e prédios de bairros mais abastados. Tais situações levam à má utilização do recurso pessoal e financeiro na saúde, gerando custo sem o benefício relacionado.

Considerando estes fatos, estruturamos uma tipologia de equipe que varia de acordo com as características do território e utilização dos serviços pela população, da seguinte forma:

Equipe Tipo 1 (Equipe de Saúde da Família)

- Modelo de Atenção: Estratégia Saúde da Família (ESF)
- População Adscrita: Máximo 3500 habitantes
- Composição da Equipe:
 - ✓ Um médico com carga horária de 40h, preferencialmente especialista em Medicina de Família e Comunidade (Residência em MFC ou TEMFC emitido pela SBMFC)
 - ✓ Um enfermeiro, preferencialmente especialista em enfermagem de família e comunidade
 - ✓ Um técnico de enfermagem
 - ✓ Um agente comunitário de saúde para cada 750 pessoas cadastradas.

Equipe Tipo 2 (Equipe de Saúde da Família)

- Mesmos parâmetros, mas com Programa de Residência
- Processo de trabalho (Tipo 1 e Tipo 2):

Cadastramento e atualização de cadastro ativos. Trabalho na lógica da ESF, com agenda padrão da equipe (consultas, visitas domiciliares, grupos, reunião de equipe). Garantia de atenção a famílias socialmente vulneráveis que não acessem espontaneamente o serviço de saúde, tenham dificuldade de utilização de canais de comunicação com a equipe de saúde ou precisem

de vigilância ativa no território, feita pessoalmente através de visitas domiciliares regulares pelo agente comunitário.

- Área para cobertura: regiões com menor Índice de Desenvolvimento Social (IDS) da cidade.

Equipe Tipo 3 (Equipe de Saúde da Família)

- Modelo de Atenção: Estratégia Saúde da Família (ESF)

População Adscrita: Acima de 3500 habitantes, variando com base em dados de utilização do serviço e perfil epidemiológico

- Composição da Equipe:

- ✓ Um médico com carga horária de 40h
- ✓ Um enfermeiro com carga horária de 40h
- ✓ Um técnico de enfermagem 40h
- ✓ Ao menos um agente comunitário de saúde, com número dependente da necessidade de busca ativa e mobilidade da equipe na área adscrita.

- Processo de Trabalho:

Cadastramento e atualização de cadastro depende do tamanho da população, utilização e perfil epidemiológico, podendo ser ativo ou passivo. Trabalho com agenda padrão da equipe (consultas, visitas domiciliares, grupos, reunião), adaptada ao padrão de utilização dos serviços pela população. Visitas domiciliares dependentes da capacidade de acesso da população às unidades de saúde e facilidade de comunicação por outros canais (telefone, email).

Área para Cobertura: regiões com Índice de Desenvolvimento Social (IDS) médio e alto, onde haja relativa facilidade de deslocamento da equipe técnica pelo território.

Equipe Tipo 4 – Equipe de Atenção Básica (Modelo não – ESF)

Modelo de Atenção: anterior à implantação da ESF

População Adscrita: até 18.000 habitantes

Composição da Equipe:

- ✓ Ao menos um médico com carga horária de 40h (com avaliação dinâmica)
- ✓ Um enfermeiro com carga horária de 40h
- ✓ Um técnico de enfermagem dedicado 40h à equipe;
- ✓ Um agente comunitário de saúde

Processo de trabalho: cadastramento passivo (a partir da procura do usuário pelos serviços). Agenda padrão da equipe (consultas, visitas domiciliares, grupos, reunião de equipe) adaptada ao padrão de utilização dos serviços pela população

Área para cobertura: Regiões com Índice de Desenvolvimento Social (IDS) alto, com facilidade de deslocamento da equipe e população que acessa o serviço de saúde quando necessita, o fazendo com baixa frequência.

3. BLOCO 3 – RECURSOS HUMANOS

O ambiente de saúde inclui desafios especiais na perspectiva do gerenciamento, alguns destes desafios podem ser considerados como problemas comuns de gestão, como exigências múltiplas no trabalho diário que podem incluir fazer mais com menos recursos, estar sob a pressão constante dos órgãos reguladores e enfrentar um ambiente de trabalho intenso e complexo com o desafio de um clima negativo.

A necessidade de melhoria nos serviços de saúde em relação aos custos, velocidade, qualidade do atendimento, segurança do paciente e erros médicos é uma realidade aceita e reconhecida pelos gestores. Na tentativa de melhorar estes serviços, organizações cada vez mais vêm procurando formas alternativas de reduzir os desperdícios. O Lean é uma das estratégias de melhoria de desempenho e requer respeito pelas pessoas, melhoria contínua, visão de longo prazo, um nível de paciência e foco nos processos. Ainda, os princípios Lean visam gerenciar e melhorar os processos de construção com custo mínimo e valor máximo considerando as necessidades dos usuários.

O aspecto mais desafiador para alcançar a excelência operacional, no entanto, ainda é o fator humano. A aplicação do conceito Lean em serviços de saúde implica capacitar os profissionais da saúde a melhorar seu trabalho enquanto o realizam. A implementação da filosofia Lean depende em grande parte da aprendizagem da equipe envolvida e do conhecimento gerado, ou seja a criação de conhecimento medirá o impacto e a eficácia das ferramentas, métodos e técnicas enxutas. Nesse processo de desenvolvimento *on the job*, os colaboradores da saúde aprendem seus papéis e funções de trabalho e aumentam suas capacidades e habilidades através da tentativa de executar responsabilidades designadas. É aí que as lideranças precisam ter a responsabilidade básica para o desenvolvimento do colaborador. Elas são responsáveis pelos resultados da unidade e devem ter o interesse direto em treinar e orientar os colaboradores. A implantação do Lean depende de equipes multidisciplinares, já que muitos processos envolvem diferentes setores das unidades. Além disso, a melhoria contínua se faz mais efetiva quando há um fluxo maior de ideias. A visão de grupo, de time, é necessária para estruturar o desenvolvimento dos processos, de maneira a não perder o foco. Além disso, quando os problemas aparecerem, o sentimento de equipe pode contribuir para evitar a personalização de culpas, dissolvendo responsabilidades no grupo.

Neste contexto, buscou-se configurar o capital humano neste redesenho da Atenção Primária de forma que se otimizasse as atividades nucleares dos profissionais de saúde da família. Atividades ou funções consideradas de alto contato com o público como registro, imunização e procedimentos foram contempladas com equipes dedicadas para que pudesse atingir dois principais objetivos: uma resposta mais efetiva do serviço prestado e a uma desoneração do profissional de saúde da família para que ele se ocupasse seu tempo com suas atividades nucleares.

Assim se estabeleceram equipes de apoio como equipes de enfermagem, de gestão e de apoio operacional que potencializarão os resultados das equipes de saúde da família.

Para permitir o foco no paciente, o redesenho da Atenção Primária proposto estabelece uma estrutura organizacional do tipo funcional colaborativa, que agrupa tarefas em áreas de conhecimento. Foram definidas três coordenações na Unidade, que estabelecem uma estrutura

de poder equilibrado, com interdependência, hierarquia e comunicação formal. São três lideranças: Responsável Técnico Médico, Responsável Técnico de Enfermagem e Coordenação Administrativa. Assim, os profissionais da Assistência (Médicos e Enfermagem) focam exclusivamente na atenção a usuários e suas famílias, enquanto as atividades de suporte (SADT, manutenção, limpeza, vigilância, etc) ficam a cargo da Coordenação Administrativa. Este arranjo potencializa a dedicação dos profissionais da assistência aos processos assistenciais, desonerando-os de funções administrativas assim como de funções técnico gerenciais

Outra proposta é de que a liderança esteja visível e atuante a fim de se estabelecer a cultura de liderança desejada. Isso se consegue posicionando a coordenação onde as coisas acontecem, ou seja, no “gemba”. Por isso, estamos definindo uma sala compartilhada para as 3 lideranças, como forma de fomentar o espírito de equipe, facilitando e agilizando a tomada de decisão e a solução de problemas. Além disso, essa sala é localizada ao lado dos consultórios, perto dos pacientes, acompanhantes e colaboradores.

Uma das formas de envolver e motivar colaboradores e terceiros que atuam na unidade é incentivá-los e empoderá-los a implantar continuamente melhorias para executar suas tarefas. Esse é um dos fundamentos da metodologia Lean. Para implementar e enraizar este conceito, devem-se utilizar ferramentas como o formulário A3 e o 5S, ferramentas de fácil utilização e já utilizadas em diversas situações, inclusive na área da saúde. Para tal, reúne-se uma equipe multidisciplinar que define o problema, encontra as soluções e as implanta, visando melhorar um processo. Isso faz com que toda a equipe enxergue o problema e reduz as resistências naturais na implantação de uma nova forma de trabalho.

Considerando a responsabilidade social do financiamento público, buscando analisar o que é produzido como serviços de saúde e os recursos dimensionados nesse processo, e considerando o perfil das unidades, procuramos estabelecer convenções para chegar ao quadro de pessoal desejado.

A estudo avalia também distribuir da melhor forma possível os Recursos Humanos voltados para o atendimento da Atenção Primária do Rio de Janeiro, focando principalmente no atendimento das áreas vulneráveis. Com isso, há necessidade de estudar melhorias na forma de distribuição dos recursos humanos para um melhor aproveitamento das ofertas de serviços.

Com isso, analisando a estrutura da atenção primária que hoje conta com 122 Clínicas de Saúde da Família e 110 Centros Municipais de Saúde, foram atribuídos parâmetros para cada tipologia de Equipes que poderão ser implantadas na reestruturação.

EQUIPE DE SAÚDE BUCAL

Categoria	Quantidade de Profissionais para 3 Equipes ESF
Cirurgião Dentista	1
Técnico de Saúde Bucal	1
TOTAL	2

A relação de equipes de saúde bucal para equipes de saúde da família se manterá em 1:3.

EQUIPE NASF

Categoria	Quantidade de Profissionais
Fisioterapeuta	1
Psicologo	2
Educador Físico	1
Psiquiatra	1
Nutricionista	1
Assistente Social	1
TOTAL	7

O apoio matricial do NASF se dará para 9 equipes de Saúde da família e contemplará todas as equipes de saúde da família tipo I e II e 10% das equipes tipo III.

Ressaltamos que as categorias apresentadas são sugestões, podendo ser alteradas de acordo com a necessidade da região.

EQUIPE DE APOIO DE ENFERMAGEM – VACINA E PROCEDIMENTO

Categoria	Quantidade de Profissionais
Técnico de Enfermagem	3
TOTAL	3

EQUIPE DE APOIO DE ENFERMAGEM – VACINA

Categoria	Quantidade de Profissionais
Técnico de Enfermagem	1
TOTAL	1

Para as 232 unidades serão 146 Equipe de apoio de Enfermagem distribuído da seguinte forma: 43 equipes em unidade com mais de 08 equipes de saúde da família e 103 equipes em unidade com mais de 05 equipes e menos de 08 equipes.

EQUIPE DE FARMÁCIA

Categoria	Quantidade de Profissionais
Farmacêutico	1
Técnico de Farmácia	1
TOTAL	2

Considerando a estrutura das unidades, as localizações e as demandas, a reestruturação prevê a composição de 180 equipes de farmácia de forma que a distribuição de medicamentos e insumos sejam padronizadas.

É pertinente ressaltar que o estudo prevê a manutenção de 1.079 equipes, que respeitam as normas atribuídas pelo Ministério da Saúde em sua Política Nacional de Atenção Básica. As equipes serão classificadas da seguinte forma:

EQUIPE TITULADA

Categoria	Quantidade de Profissionais para 1 Equipes
Médico com Titulação	1
Enfermeiro com Titulação	1
Tecnico em Enfermagem	1
Agente Comunitário em Saúde	4
TOTAL	7

EQUIPE NÃO TITULADA

Categoria	Quantidade de Profissionais para 1 Equipes ESF
Médico	1
Enfermeiro	1
Tecnico em Enfermagem	1
Agente Comunitário em Saúde	4
TOTAL	7

EQUIPE NÃO TITULADA – 1 ACS

Categoria	Quantidade de Profissionais para 1 Equipes ESF
Médico	1
Enfermeiro	1
Tecnico em Enfermagem	1
Agente Comunitário em Saúde	1
TOTAL	4

EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA

Categoria	Quantidade de Profissionais para 1 eAB
Médico	1
Enfermeiro	1
Tecnico em Enfermagem	1
TOTAL	3

EQUIPE CONSULTÓRIO DE RUA

Categoria	Quantidade de Profissionais
Enfermeiro	1
Médico	1
Técnico de Enfermagem	1
Agente Social	3
Assistente Social	1
Psicologo	1
TOTAL	8

Cabe ressaltar que as equipes serão reorganizadas de acordo com a realidade do território.

Serão implantadas 180 equipes de gestão e 180 equipes de apoio operacional, distribuídas da seguinte forma:

EQUIPE DE GESTÃO - TIPO 1

Categoria	Quantidade de Profissionais para Equipes Tituladas
Médico RT	1
Enfermeiro RT	1
Gerente Administrativo	1
TOTAL	3

EQUIPE DE GESTÃO - TIPO 2

Categoria	Quantidade de Profissionais
Gerente Técnico Administrativo	1
TOTAL	1

Equipes de gestão apenas para as equipes tituladas.

EQUIPE DE APOIO OPERACIONAL 1

Categoria	Quantidade de Profissionais
Técnico administrativo	5
TOTAL	5

EQUIPE DE APOIO OPERACIONAL 2

Categoria	Quantidade de Profissionais
Técnico administrativo	4
TOTAL	4

4. BLOCO 4 – CATEGORIZAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE SERVIÇOS

No que tange os serviços demandados por cada tipo de Unidade de Atenção Primária, separamos em 04 (quatro) principais grupos, sendo eles:

GRUPO 1	<i>SERVIÇOS ESSENCIAIS DE NATUREZA CONTINUADA</i>
GRUPO 2	<i>SERVIÇOS COMPLEMENTARES SOB DEMANDA</i>
GRUPO 3	<i>SERVIÇOS COMPARTILHADOS PELAS UNIDADES</i>
GRUPO 4	<i>SERVIÇOS DE CONCESSIONÁRIAS</i>

No novo modelo de gestão da Saúde na Atenção Primária, todo estudo foi embasado em evidências e fatos do atual cenário do Rio de Janeiro, tendo como principal foco a otimização de recursos financeiros sem diminuição dos serviços prestados aos usuários.

4.1 – GRUPO 1 - SERVIÇOS ESSENCIAIS DE NATUREZA CONTINUADA

São serviços auxiliares e necessários ao funcionamento e administração da unidade, que se interrompidos podem comprometer a continuidade de suas atividades e cuja contratação deva estender-se por mais de um curto período.

Elencamos como serviços essenciais, aqueles que são primordiais ao funcionamento de cada unidade, conforme tabela abaixo:

SERVIÇOS ELEMENTARES DE NATUREZA CONTINUADA

GRUPO 1	CATEGORIA	DESCRIÇÃO	QT.	UNIDADE	OBSERVAÇÕES	REGRA
	Serviço	Portaria Controlador de Acesso - diurno	1	posto	Posto = 2 colaboradores em escala 12/36hs	
	Serviço	Portaria Controlador de Acesso - noturno	1	posto	Posto = 2 colaboradores em escala 12/36hs	
	Serviço	Internet	1	serviço		
	Serviço	Gases Medicinais	1	serviço	Locação mensal de cilindro de 1m3. Fornecimento mensal de 10 m3.	
	Equipamento	Locação Nobreak	34	unidade		
	Equipamento	Locação Impressora PB	2	unidade		
	Equipamento	Locação Impressora COLORIDA	2	unidade		
	Equipamento	Locação Computadores	30	unidade		
	Software	Licença Microsoft Office	30	unidade		
	Manutenção	Ponto Biométrico	1	serviço		
	Manutenção	Profissional Limpeza Carga horária: 44hrs	4	profissional	1 profissional com carga horária diária de 08hrs a cada 450m2 *Incluso valor de material	DECRETO RIO Nº 45194 / Instrução Normativa MPOG nº 5/2017
	Manutenção	Remoção de lixo comum	12	container		
	Manutenção	Remoção de lixo infectante	4	container		
	Manutenção	Manutenção Predial	1	serviço	Serviço de manutenção mensal. Valor com material incluso.	1 equipe compartilhada a cada: * 4 unidades Tipo I * 6 unidades Tipo II
Manutenção	Manutenção de Equipamento de Refrigeração	1	serviço	Manutenção mensal dos equipamentos abaixo, com substituição de peças caso necessário: * Ar-Condicionado Split * Ar-Condicionado Janela * Refrigerador Bebedouro		
Manutenção	Manutenção de Equipamentos Clínicos	1	serviço			

LEVANTAMENTO FEITO NO PORTAL OSINFO DAS DESPESAS DOS ÚLTIMOS 24 MESES

4.2 – GRUPO 2 - SERVIÇOS COMPLEMENTARES SOB DEMANDA

Cada vez mais, a prestação de serviços sob demanda está tomando conta dos setores de negócio e até mesmo fazem parte do novo modelo de gestão empresarial adotada nas grandes instituições ao redor do mundo, embasando a criação de pacotes de serviços adicionais, que, caso a unidade demande, já está contemplada no planejamento do novo modelo de Atenção Primária.

Como a Atenção Primária possui diversos tipos de unidades e com estruturas físicas distintas, separamos os serviços complementares em 06(seis) pacotes pré-definidos, mediante análise junto as CAPS, bem como confrontando com os contratos celebrados nos últimos 24 meses. (fonte: ONSINFO)

SERVIÇOS COMPLEMENTARES	
GRUPO 2	Pacote A <i>SERVIÇOS ELEMENTARES A CONSERVAÇÃO</i>
	Pacote B <i>SERVIÇOS COMPLEMENTARES</i>
	Pacote C <i>PRONTUÁRIO ELETRÔNICO</i>
	Pacote D <i>SERVIÇO DE IMAGEM E DIAGNÓSTICO</i>
	Pacote E <i>SERVIÇOS ESPECIALIZADOS</i>
	Pacote F <i>MANUTENÇÃO DE ELEVADORES</i>

Dentro de cada pacote existem diversos serviços e regras a fim de padronizar a contratação e prestação do mesmo, apenas quando cabível de acordo com cada unidade.

SERVIÇOS COMPLEMENTARES					
GRUPO 2	Pacote A	Descrição	Dependente de Estrutura (Unidade)	Sob Demanda	REGRA DE APLICAÇÃO
		<i>Dedetização/Desratização</i>	> 1000m ²	✓	02 eventos - Anualmente.
		<i>Limpeza de caixa d'água</i>		✓	02 eventos - Anualmente.
		<i>Limpeza de cisterna</i>		✓	02 eventos - Anualmente.
		<i>Limpeza de Fossa</i>		✓	01 eventos - Anualmente.
		<i>Manutenção de extintores de incêndio</i>		✓	02 eventos - Anualmente.
		<i>Seguro (opcional)</i>		✓	01 eventos - Anualmente.

SERVIÇOS COMPLEMENTARES					
GRUPO 2	Pacote B	Descrição	Dependente de Estrutura (Unidade)	Sob Demanda	REGRA DE APLICAÇÃO
		<i>Jardinagem</i>	✓	✓	
		<i>Locação de sistema de CFTV</i>	✓	✓	
		<i>Telefonia VOIP</i>	✓	✓	
		<i>Totens</i>	✓	✓	
		<i>Manutenção de câmara fria</i>	✓	✓	
		<i>Manutenção de equipamento odontológico</i>	✓	✓	

SERVIÇOS COMPLEMENTARES					
GRUPO 2	Pacote C	Descrição	Dependente de Estrutura (Unidade)	Sob Demanda	REGRA DE APLICAÇÃO
		<i>Licença Prontuário Eletrônico ESF</i>	✓	✓	TEMPORÁRIO - A ser substituído pelo eSUS.
		<i>Licença Prontuário Eletrônico ESF</i>	✓	✓	TEMPORÁRIO - A ser substituído pelo eSUS.

SERVIÇOS COMPLEMENTARES					
GRUPO 2	Pacote D	Descrição	Dependente de Estrutura (Unidade)	Sob Demanda	REGRA DE APLICAÇÃO
		<i>Serviços de Ultrassonografia</i>	✓	✓	160 exames/mês.
		<i>Serviços de RX</i>	✓	✓	200 exames/mês.
		<i>Manutenção de RX</i>	✓	✓	Por unidade de equipamento.
		<i>Dosimetria</i>	✓	✓	

SERVIÇOS COMPLEMENTARES					
GRUPO 2	Pacote E	Descrição	Dependente de Estrutura (Unidade)	Sob Demanda	REGRA DE APLICAÇÃO
		<i>Serviços especializados</i>	✓	✓	300 exames/mês.

GRUPO 2	SERVIÇOS COMPLEMENTARES				
	Pacote F	Descrição	Dependente de Estrutura (Unidade)	Sob Demanda	REGRA DE APLICAÇÃO
		<i>Manutenção de Elevador</i>	✓	✓	

4.3 – GRUPO 3 - SERVIÇOS COMPLEMENTARES COMPARTILHADOS

Diversos serviços são contratados pelas unidades descentralizando o custo e a fiscalização da execução do serviço. Pensando nisso e após identificar essas demandas, chegamos ao Grupo 3. Serão serviços contratados pela sede para compartilhar entre as unidades de acordo com a demanda de cada uma.

GRUPO 3	SERVIÇOS COMPARTILHADOS ATRAVÉS DA SEDE	
	Descrição	REGRA DE APLICAÇÃO
	<i>Motoboy</i>	
<i>Transporte</i>	1 carro para 03 unidades.	

4.4 – GRUPO 4 – CONCESSIONÁRIAS DE SERVIÇO

Serviços básicos, fornecidos por concessionárias, imprescindíveis para o bom funcionamento das unidades.

GRUPO 4	SERVIÇOS COMPARTILHADOS ATRAVÉS DA SEDE	
	Descrição	REGRA DE APLICAÇÃO
	<i>Luz</i>	
<i>Água & Esgoto</i>		
<i>Telefone e Internet</i>		

5. INSUMOS

A gestão eficiente de insumos tem como principais objetivos a simplificação do número de itens, gerando diversos impactos positivos, como:

- Redução da variabilidade.
- Padronização de grades visando a oferta mais equânime.
- Maior controle.
- Redução dos estoques nas unidades evitando perdas.
- Impedimento do desabastecimento nos pontos de uso.

Para isto, reduzir custos é fundamental, trabalhando com o menor número de itens possível e que assegurem um atendimento adequado e eficiente.

A SUBPAV trabalhará com 8 grades:

- Material Médico Cirúrgico.
- Imunobiológicos.
- Medicamentos da Atenção Básica.
- Saneantes.
- Material para Esterilização.
- Curativos de Odontologia e Papelaria.

Estas grades passarão por revisão sistemática a cada 06(seis) meses sendo possível a inclusão ou exclusão de itens. Para isto será utilizado formulário próprio contendo o insumo a ser utilizado, sua finalidade e justificativa para inclusão ou exclusão e o parecer das áreas técnicas da SUBPAV.

Importante ressaltar que a movimentação de insumos no interior da unidade seguirá a lógica da produção “*puxada*”, sendo realizada pelo Almoarifado e pela Farmácia. O abastecimento das salas onde se utilizam os insumos será mediante reposição do que apenas foi utilizado seguindo o preceito de menor estoque possível, evitando desperdícios. A logística reversa se dará após o não consumo de itens e seu retorno para os pontos de armazenamento (farmácia e almoarifado).

A movimentação de insumos entre unidades respeitará o monitoramento feito sobre os estoques pela CAP, a fim de se evitar quebra na cadeia de suprimentos através de avaliações regulares (semanais) de consumo médio diário (CMD) assim como avaliação mensal através de avaliação do consumo médio mensal (CMM).

Em relação a armazenagem dos insumos no Almoarifado e na Farmácia, esta deverá obedecer a cuidados especiais, ou seja, organização de modo a garantir condições físicas que preservem a qualidade dos materiais, objetivando uma ordenação da arrumação que facilite a retirada do material. Compreende as fases da armazenagem dos materiais:

1. Verificação das condições de recebimento do material.
2. Identificação do material.
3. Guarda na localização adotada.
4. Informação da localização física de guarda.
5. Verificação periódica das condições de proteção e armazenamento.
6. Separação para distribuição.

O Armazenamento deverá privilegiar a concentração de insumos de mesma classificação em locais adjacentes, a fim de facilitar as atividades de movimentação, inspeção e inventário. A arrumação do material idêntico deverá estar de acordo com a data de recebimento de cada um, de modo a permitir que os itens estocados há mais tempo sejam fornecidos prioritariamente (*PRIMEIRO A ENTRAR, PRIMEIRO A SAIR*) combinando este critério com o da validade do lote, assim o material com prazo de validade mais curto deve sair primeiro, visando minimizar produtos vencidos no estoque.

O controle referente à movimentação e consumo deverá refletir médias confiáveis as quais serão utilizadas para o planejamento das aquisições dos insumos, evitando o desperdício financeiro, reduzindo volumes a serem estocados, movimentações desnecessárias, perdas por obsolescência e furtos.

Com essa medida, um dos principais requisitos para um controle efetivo dos estoques, o levantamento de médias de consumo, estaria contemplado, devendo ocorrer a cada mês.

Além da análise de consumo, deverá ser realizado mensalmente inventários *SPOT* com a finalidade de diminuir a margem de erro entre o estoque físico e o estoque no sistema. Para isto, são elencados aleatoriamente 04(quatro) itens (02 de farmácia e 02 de almoxarifado) que são contabilizados e confrontados em um universo de pelo menos 5% das unidades por *CAP*. Outra ação gerencial eficaz no controle de estoques é a análise mensal das curvas *ABC* e *XYZ* dos insumos. Ao final de cada exercício anual, deverão ser realizados inventários físicos em todos os espaços de armazenamento.

Já os controles em relação ao recebimento de insumos estarão atrelados a conferência destes junto às respectivas notas fiscais. As unidades trabalharão de acordo com os Procedimentos Operacionais Padrão (*POP's*) de recebimento de insumos e atestação de notas fiscais.

6. MONITORAMENTO

A aplicação das medidas de reorganização dos serviços de saúde na Atenção Primária, com o objetivo de aumentar sua eficiência e custo-benefício, serão aplicadas com responsabilidade, mantendo atenção integral à saúde e evitando danos à população.

Para garantir a segurança e a efetividade das mudanças, o monitoramento de indicadores de processo é fundamental. O desempenho da rede quanto ao seu funcionamento, oferta de serviços, garantia de ações estratégicas e satisfação do usuário será monitorado através dos seguintes indicadores, avaliados mês a mês em nível de equipe de saúde da família:

01. Cobertura Assistencial
02. Média de atendimentos por habitante
03. Tipos de serviços executados pela Equipe de Saúde da Família
04. Proporção de encaminhamentos para serviço especializado
05. Tempo médio para agendamento de consultas e exames em outros serviços
06. Proporção de ouvidorias por dificuldade para ser atendido na unidade
07. Índice de ações realizadas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)
08. Razão de coleta de material citopatológico do colo do útero
09. Proporção de gestantes com 6 ou mais consultas de pré-natal
10. Cobertura vacinal de Pentavalente em menores de 1 ano
11. Proporção de RN com atendimento na primeira semana de vida
12. Proporção de casos de Sífilis na Gestação com Tratamento Adequado
13. Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar

Através do monitoramento destes indicadores, realizado em conjunto com análises de custo, pode-se avaliar continuamente a oferta de serviços de APS à população e alguns resultados em saúde, que serão utilizados como marcadores do desempenho das equipes, servindo como base para eventuais ajustes.

Indicador	Objetivo	Fontes
1. Cobertura Assistencial pela Atenção Primária à Saúde	Avaliar o contato da população com o serviço de saúde da APS (acesso)	SISAB
2. Média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante	Avaliar a produção ambulatorial de medicina e enfermagem (acesso)	SISAB
4. Proporção de serviços ofertados pela Equipe de Saúde da Família (incluindo DIU)	Avaliar resolutividade da APS	SISAB
5. Proporção de encaminhamentos para serviço especializado	Avaliar resolutividade da APS	SISAB
6. Tempo médio para agendamento SISREG para consultas e exames	Avaliar a eficiência do processo interno de regulação (coordenação)	SISREG
7. Proporção de ouvidorias por dificuldade para ser atendido na unidade	Avaliar a o acesso à APS pela perspectiva da população (acesso)	Ouvidoria
8. Índice de ações realizadas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	Avaliar a produção de trabalho do NASF em suas diversas modalidades	SISAB
9. Razão de coleta de material citopatológico do colo do útero	Estimar a cobertura do rastreio	PEC e-SUS AB Prontuários Contratados
10. Proporção de gestantes com 6 ou mais consultas de pré-natal		
11. Cobertura Vacinal de Pentavalente em menores de 1 ano		Avaliar a cobertura vacinal
12. Proporção de RN com atendimento na primeira semana de vida		Avaliar a atenção, em tempo oportuno, aos recém-nascidos
13. Proporção de casos de Sífilis na Gestaç�o com Tratamento Adequado	Avaliar a qualidade do cuidado da sífilis na gesta�o	SINAN
14. Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirma�o laboratorial	Avaliar a efetividade do tratamento da tuberculose pulmonar	SINAN

ORGANIZADORES:

LEONARDO EL WARRAK – SUBSECRETÁRIO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

LEONARDO GRAEVER – SUPERINTENDENTE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

ELABORAÇÃO:

AMANDA PELLI

DOUGLAS COSTERMANI

PEDRO VILELA

SILVIA ARAÚJO