Carimbos 7435-18

Identificação da Secretaria

09
SECRETARIA MUNICIPAL SAÚDE

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

2018

Número do processo

12/005298/18

Data do início

13 NOV 2018

Nome

Ofício Nº 359/2018 S/SUBPAV

Assunto

Reorganização da Atenção Primária no Município do Rio de Janeiro - Projeto de Otimização

DECLARADA JUNTADA

13 NOV 2018
07/005298/18
S/SUBG/CIL/GI/SCA

Ofício nº. 359/2018/S/SUBPAV

Rio de Janeiro, 13 de novembro de 2018.

A Sua Senhoria a Senhora
CLAUDIA MAGINA DE SOUZA
Subgerente
Gerência de Infraestrutura – **S/SUBG/CIL/GI - (Protocolo)**
Subsecretaria de Gestão
Secretaria Municipal de Saúde

Assunto: Reorganização da Atenção Primária no Município do Rio de Janeiro – Projeto de otimização de recursos e fortalecimento dos atributos da Atenção Primária.

Senhora Subgerente,

Cumprimentando-a cordialmente, solicitamos constituir processo administrativo do presente expediente e posterior devolução.

Aproveitamos o ensejo para reiterar meus protestos de alta estima e distinta consideração.

p/.

LUCIANE CAMPOS BRAGANÇA
Substituta Eventual do Subsecretário
Subsecretaria de Promoção, Atenção
Primária e Vigilância em Saúde
Matrícula nº 11/228.430-5

LEONARDO DE OLIVEIRA EL WARRAK
Subsecretário
Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária
e Vigilância em Saúde
Secretaria Municipal de Saúde
Matrícula nº 54/257.709-6

Processo nº 09/ 005298/18	
Data de Autuação: 13 NOV 2018	Fls. 03
Rubrica	

A (AO) 5/SUBPAV com a solicitação
Em 13/11/18

LUCIENE SANT'ANNA DE SOUZA
S/SUBG/CIUG - COM. ADMINISTRATIVAS
99/900128-0

Rio de Janeiro, 13 de novembro de 2018

RIO PREFEITURA
SAÚDE

REORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

ESTUDO PARA OTIMIZAÇÃO DE RECURSOS

SUBPAV

SUMÁRIO

1. Introdução 3

2. Atenção Primária 5

2.1. Definição 5

2.2. Premissas 5

3. Metodologia *Lean* aplicada à Atenção Primária 6

4. Escopo 12

4.1. Justificativa do Projeto 12

4.2. Objetivos do Projeto 12

4.3. Descrição dos Produtos 13

5. Estudo de reorganização da Estratégia de Atenção Primária na Cidade do Rio de Janeiro 13

5.1. As Organizações Sociais 13

5.1.1. Monitoramento e Controle 15

5.2. Estratégia de Saúde da Família 15

5.2.1. Equipes de Saúde da Família 15

5.2.1.1. Definição 18

5.2.1.2. Tipologia de Equipe 18

5.2.1.3. Núcleo de Gestão 21

5.2.1.4. Núcleo Administrativo 22

5.2.1.5. Núcleo Técnico 22

5.2.1.6. Núcleos ampliados de Saúde da Família – NASF 22

5.2.1.7. Equipes de Saúde Bucal – eSB 23

5.2.1.8. Consultório de Rua 23

5.2.2. Insumos 23

5.2.3. Serviços 26

5.2.3.1. Categorização e Distribuição de Serviços 26

5.2.3.2. Serviços essenciais de natureza continuada 27

5.2.3.3. Serviços complementares 28

5.2.3.4. Serviços compartilhados pelas unidades 29

5.2.3.5. Serviços de concessionárias 30

6. Conclusão 30

ANEXOS

Estudo de redimensionamento do número de equipes 34

Análises de Riscos 36

Territórios Sociais 41

Grades de Insumos 45

Condição de elegibilidade para transformação de ESF em eAB 61

Listagem de equipes passíveis de desativação 64

Declaração da Sup. de Vigilância em Saúde sobre o impacto no serviço de vacinação 76

Plano de comunicação elaborado pela Sup. De Promoção da Saúde 79

Declaração das CAPs validando a reorganização da Atenção Primária 82

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é entendida como o conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

É desenvolvida, no Sistema Único de Saúde – SUS, respeitando seus princípios: universalidade, integralidade, equidade e participação social. Os atributos da APS são a acessibilidade, a continuidade, a resolutividade e a coordenação do cuidado.

A Atenção Primária funciona, portanto, como ordenadora da rede, capaz de organizar o fluxo dos serviços de saúde, dos mais simples aos mais complexos. Para isto, é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e proximidade da vida das pessoas. A APS deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada no SUS e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde.

No Brasil, o modelo preferencial de organização da APS é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), executada em Unidades de Atenção Primária (UAP). Consultas, exames, vacinas, radiografias e outros procedimentos são disponibilizados aos usuários nas UAP.

A APS envolve também outras iniciativas, como: as Equipes de Consultórios de Rua, que atendem pessoas em situação de rua; o Programa Brasil Sorridente de saúde bucal; o Programa Saúde nas Escolas, e outros programas complementares para melhorar as condições de saúde de seus usuários.

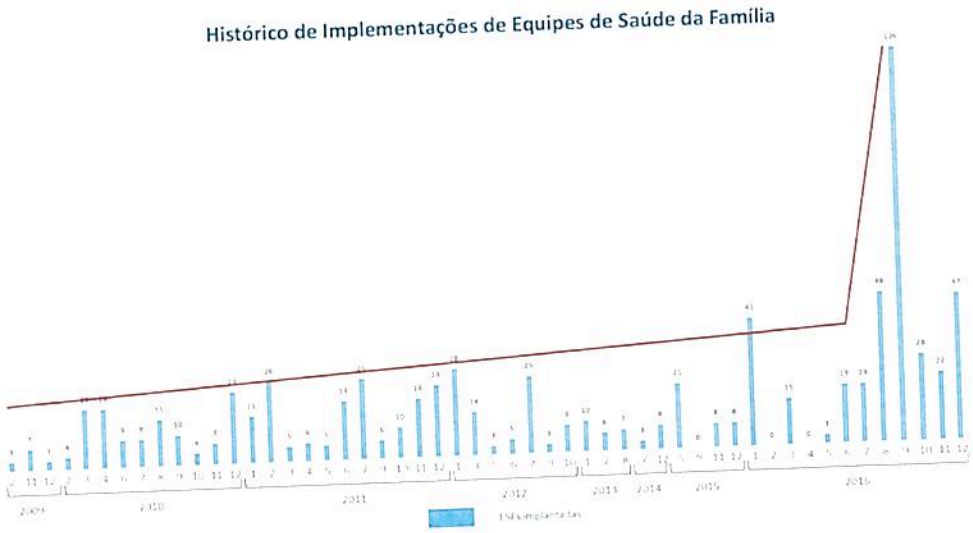
No Município do Rio de Janeiro a APS está constituída por 232 pontos de atenção, sendo, 110 Centros Municipais de Saúde (CMS) e 122 Clinicas da Família (CF).

Durante o período de 2009 a 2016, houve uma grande expansão da rede, através da construção de Clínicas da Família e consequente implantação de Equipes de Saúde da Família, ampliando o acesso à saúde e melhorando o atendimento à população da cidade. Porém, esta expansão foi feita de forma desordenada, especialmente no ano de 2016, onde boa parte das equipes foi contratada sem previsão de custeio para os anos seguintes, demonstrando-se insustentável financeiramente, e não necessariamente justa quanto aos critérios de cobertura geográfica.

Apenas no último quadrimestre de 2016 tivemos a implantação de 223 equipes representando aproximadamente 18 % do total de equipes implementadas desde 2009

até a presente data. Segue abaixo gráfico 1 com a evolução de implantação de eSF no Município do Rio de Janeiro.

Gráfico 1 – Histórico de Implementação de Equipes de saúde da família



Após análise dos indicadores e estudo do atual cenário, foi constatado que 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. Necessita, portanto, de um processo de reestruturação com base na otimização de recursos e fortalecimento de um modelo de gestão eficiente e sustentável.

Cabe à Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV), junto à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de atenção primária, de forma universal e coesa com a realidade orçamentária. Para o cumprimento desta missão, apresenta neste documento instrumentos que norteiam o trabalho das equipes de atenção primária com o objetivo de padronizar as ações na rede básica, respeitando as especificidades e peculiaridades de cada processo e território.

Assim, a Secretaria quer qualificar a relação e a convivência entre usuários e colaboradores, garantindo o acesso aos serviços de saúde da rede.

2. ATENÇÃO PRIMÁRIA: PROMOVENDO A SAÚDE, ACOLHENDO AS PESSOAS E ESTABELENCENDO VÍNCULO.

2.1. DEFINIÇÃO

No Brasil, a Portaria Nº 648 GM/2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), define Atenção Básica como:

> *um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (Brasil, 2006)*

Vários estudos observaram que a orientação dos sistemas nacionais de saúde pelos princípios da atenção primária está associada a melhores resultados. Em 2005 a Organização Pan-Americana de Saúde (com a participação de ministros de todos os países membros), reafirmou que *basear os sistemas de saúde na APS é a melhor abordagem para produzir melhoras sustentáveis e equitativas na saúde das populações das Américas*.

2.2. PREMISSAS

As duas premissas básicas contidas nesse projeto são:

- A necessidade de manutenção da Rede de Atenção Primária implantada na cidade, respeitando e valorizando o modelo Estratégia Saúde da Família, de acordo com 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.

3. METODOLOGIA LEAN APLICADA À ATENÇÃO PRIMÁRIA

O pensamento *Lean* caracteriza-se por ser uma filosofia de liderança e gestão que tem por objetivo a identificação e redução gradual do desperdício presente em toda a organização criando valor para todas as partes interessadas, conseguido através do desenvolvimento de pessoas, processos e sistemas. O objetivo global deste pensamento passa por produzir com qualidade da forma mais eficiente.

O *Lean* centra o seu principal foco nas pessoas, pois são o elemento essencial numa produção e com o qual está relacionado o sucesso ou insucesso da mesma. São os colaboradores que melhor conhecem cada etapa dos processos, o que leva a que sejam os melhores a solucionarem qualquer problema que possa surgir. O objetivo é conseguir entregar ao usuário um produto ou serviço com a maior qualidade possível tendo um maior valor incorporado, sem haver a necessidade de perda por parte de qualquer outra entidade ligada direta ou indiretamente à atividade. O segredo reside no fato de que todo o valor que é acrescentado ao produto ou serviço provém da eliminação de tudo o que não traz valor ao mesmo, o desperdício.

Cabe ressaltar que valor deve vir do usuário e não da organização de saúde, portanto deveremos buscar oferecer os serviços que os usuários querem, da forma que querem, na quantidade e qualidade desejada com custo razoável e factível da nossa realidade.

A implementação do *Lean* requer uma mudança de mentalidades na organização, a qual se deve centrar no desenvolvimento de uma cultura de melhoria contínua identificando e eliminando o desperdício em todos os processos. Os colaboradores são parte integrante deste procedimento tanto na implementação das melhorias como na resolução de problemas. Quando se pretende implementar o *LEAN*, o respeito pelas pessoas, ser paciente e ter uma visão a longo prazo, são elementos essenciais.

Existem dois pilares essenciais para a implementação do *LEAN*: - a melhoria contínua e o respeito pelas pessoas. O respeito é necessário para trabalhar com pessoas. Por "pessoas" referimo-nos a funcionários, fornecedores e usuários. Não nos referimos apenas ao usuário final; na linha de prestação de serviços a pessoa no posto de trabalho seguinte é também um usuário do serviço anterior. Isso leva ao trabalho em equipe. Se

é adotado esse princípio, vai continuar a analisar-se o que é feito de forma a ver se está sendo realizado na perfeição, não trazendo problemas para o próximo usuário. Isso nutre a habilidade para identificar problemas, e observando de perto, vai levar ao "kaizen" – melhoria contínua. O primeiro pilar da filosofia *Lean*, respeito pelas pessoas, traduz-se numa cultura onde o trabalho não é desperdiçado nem é realizado desnecessariamente, havendo trabalho de equipe, e no qual existe orientação com o objetivo de desenvolver as capacidades de cada um. O ambiente de trabalho é humanizado através do respeito mútuo. Neste sentido, consideramos também seis pontos essenciais para alcançar os resultados esperados:

I. Não prejudicar os usuários, com trabalho desnecessário, esperas ou serviços mal prestados;
II. Desenvolver pessoas e só depois construir produtos, apostando na aprendizagem contínua para melhor solucionar problemas;
III. Gestores com ações e decisões com vista à eliminação de desperdício e melhoria contínua;
IV. Desenvolvimento de equipes, fomentando o trabalho em equipe;
V. Estabelecer parceiros, criando relações de confiança;
VI. Envolver as suas próprias práticas e melhorias, em equipe ou individualmente.

Com a implantação do Pensamento *Lean*, poderemos melhor desenvolver nossos colaboradores, oferecer treinamentos e com a redução de perdas investir mais neles aumentando assim a sua lealdade com o serviço público de saúde.

Outro pilar fundamental deste pensamento é a melhoria contínua, que assenta em quatro ideias principais, ver por si mesmo, "kaizen", desafiar a perfeição e trabalhar no sentido do fluxo. Ver por si mesmo significa não ficar à espera de informações de terceiros, mas sim descobrir as respostas nos locais onde decorre o problema. Para saber o que se passa e ajudar a melhorar (eliminando informação indireta e distorcida), a gestão deve frequentemente ir ao verdadeiro local de trabalho para ver e perceber por si mesma. "Kaizen" caracteriza-se por ser tanto uma mentalidade através da constante melhoria do trabalho pessoal, como uma prática de técnicas até à sua completa compreensão por parte de todos os colaboradores. No mesmo sentido, o próprio trabalho deve ser desafiado para objetivos cada vez mais estimulantes a nível individual com vista à perfeição e à criação de valor.

Portanto, o aspecto mais importante da implantação do *Lean* é o desenvolvimento de uma cultura de resolução de problemas. É uma cultura em que cada membro da equipe acredita que, desafiando o estado atual e da resolução de problemas, amanhã será melhor que hoje.

Uns dos maiores desafios com a aplicação do *Lean*, e que em muitas vezes refletem em maus resultados ou não tem um retorno esperado é a mudança de cultura e métodos de gestão envolvidos que a organização terá que passar.

Cabe destacar que será muito difícil sustentar o *Lean* em uma organização cujos gestores e líderes estão fechados a novas mudanças organizacionais, não repassando para a sua equipe o que de fato é para ser passado. Dito de outra maneira, a simplicidade em desenvolver o *Lean* vai contra a complicada tarefa de desenvolver a estrutura gerencial, que em muitas vezes já tem um pensamento formado e fechado para novas melhorias. É fundamental ressaltar que é possível a gestão na atenção primária possa mudar seus genes sem perder sua história.

Os serviços podem ser vistos como um processo composto por vários subsistemas que estão relacionados à produção e à entrega de determinada oferta. Ao considerar as diversas etapas de um processo, a ponta do fluxo de atividades que está em contato direto com os usuários passa a ter maior importância para gerar satisfação. A razão disso é que os usuários muitas vezes não têm contato ou acesso a outras partes da organização como estrutura física e tecnológica que auxiliam no desempenho desses profissionais. Aqueles que estão em contato direto com o usuário interagem e produzem o serviço, causando uma impressão. Estes momentos são chamados de encontro de serviços. Os níveis de contato com os usuários, do ponto de vista da interação, são importantes para determinar o tipo de qualidade que deve ser perseguido, a fim de atingir os objetivos de satisfação. Os serviços, cujos contatos são de curta duração, exigem das organizações que prestam serviços muita agilidade e rapidez para causar uma boa impressão naquele curto espaço de tempo. Por outro lado, os serviços mais duráveis irão exigir a aplicação de atividades mais complexas, inclusive o marketing de relacionamento e a necessidade de que seus representantes demonstrem habilidades nas relações humanas para que se preserve o vínculo e o nível de satisfação por um período maior.

Um serviço pode ser considerado de qualidade quando proporciona um determinado nível de satisfação. Geralmente, são considerados fatores para um bom serviço de atendimento:

- ✓ Tangibilidade: os clientes avaliam os aspectos visíveis de um local onde ocorre a prestação de serviços. Tudo conta nessa avaliação, inclusive quadros, limpeza do local, arrumação, layout, etc.
- ✓ Confiança: estabelecer uma relação de confiança é fundamental. Reconhecer as fraquezas e os erros, entregar o que promete e ser sempre ético são fatores que auxiliam para atingir esses objetivos.
- ✓ Responsividade: esta característica se refere à capacidade que um profissional tem para prestar serviços rapidamente, sem deixar que os indivíduos esperem desnecessariamente. Boa vontade e prontidão também são avaliados pelos usuários.
- ✓ Autoconfiança: um bom profissional deve demonstrar que é bom. A forma com que trabalha, demonstrando segurança e de maneira correta, transmite confiança. Os usuários gostam de lidar e ser atendidos por pessoas confiáveis.

A percepção pelos usuários de qualidade na prestação de serviços públicos, mostra que o conhecimento de fatores condicionantes se faz necessário, pois, serviços distintos podem apresentar fatores avaliativos diferentes, pela avaliação dos usuários. A abordagem do tema Administração Pública, e especificamente o serviço público prestado à comunidade, vigora no senso comum que, tal serviço é ineficiente, de má qualidade, burocrático demais e, entre outros. Termos como excelência de atendimento e qualidade nos serviços prestados foram, historicamente, mais atrelados a métodos organizacionais da iniciativa privada, restando por fim, ao serviço público a descrição de lentidão e mau atendimento.

A probabilidade que duas ou mais pessoas tenham a mesma expectativa sobre a qualidade de um determinado serviço público é remota. Os atributos que decidem a qualidade são totalmente diferenciados entre os seres humanos. Uma pessoa volta-se para o atendimento, a cordialidade do atendente, mas a outra analisa atributos voltados principalmente para a competência de uso do serviço, enquanto outro pode olhar sobre a forma de conformação de como o serviço é prestado. Portanto identificar as percepções sobre as dimensões da qualidade em serviço, como componentes da

entrega do serviço é algo que deve ser continuamente mensurado em operações de serviços.

Diferentes tipos de serviços geram diferentes configurações de encontros de serviço, variando de situações de baixo contato até alto contato, conforme o número e a duração das interações necessárias entre o prestador e o usuário para que o serviço seja executado. Outro aspecto relevante, refere-se aos tipos de interações necessárias (usuário-funcionário, usuário-equipamento, usuário-usuário) os quais determinam diferentes ambientes de serviço. Além disto, a participação do usuário dentro do processo de produção e entrega do serviço também influencia a forma como a organização irá estrutura o sistema de prestação, como um todo. Esta participação pode variar desde um nível baixo, onde o serviço é executado na íntegra por funcionários, até um nível extremamente elevado, como nas situações de autosserviço, onde o usuário assume a tarefa de executá-lo, no caso da saúde, o autocuidado.

Em operações de alto contato com o usuário, tudo se passa como se o usuário fosse um dos "insumos" para a prestação do serviço, juntamente com os recursos e as competências da operação. Estabelece-se a chamada "experiência" do serviço do ponto de vista do usuário e a "produção do serviço", do ponto de vista do processo. Pode o usuário não ter contato com todo o processo de prestação de serviço, porém, naqueles pontos com que tiver poderão formar a imagem da "experiência" favorável ou não. O grau de intensidade da interação refere-se basicamente à riqueza (amplitude, detalhe e profundidade) das informações trocadas em ambos os sentidos na interação e ao grau de intensidade de personalização (também chamada customização) do contato. Embora a riqueza das informações trocadas em ambos os sentidos seja relevante para análise do grau de contato, é importante frisar que o fluxo de informações no sentido do usuário para o prestador de serviço tem peso maior do que o do prestador de serviço para o usuário, na definição do grau de interação.

Neste sentido, a análise da percepção da qualidade, quanto aos serviços prestados nas organizações públicas, aponta-se para a adequação de um serviço quanto às necessidades de uso (utilidade), bem como a satisfação às expectativas e exigências do usuário/cliente. Para isso, a qualidade nada mais é do que a satisfação. A gestão da qualidade seria então a gestão da satisfação, enquanto o controle da qualidade seria o controle da satisfação do consumidor e o produto que tem qualidade satisfaz às

necessidades do cliente/consumidor. Um aspecto importante no projeto de serviço é o treinamento das pessoas que irão prestar o serviço. Principalmente em serviços de alto contato, a relação e interação entre cliente e provedor são importantes para atender aos desejos dos clientes e deixá-los satisfeitos.

A prestação de serviços na Atenção primária, que envolvem um alto contato com os usuários, traz desafios adicionais para a estratégia de operações, pois este processo de produção do serviço pode ter impacto significativo para a saúde e bem-estar do usuário. Se o serviço não for prestado de forma que as ambas partes conversem entre si, o tratamento de um problema pode acarretar outro, por vezes piores. Em serviços de saúde de natureza preventiva o desafio ainda é maior, pois a participação do usuário e a natureza intangível do serviço torna o processo de produção ainda mais difícil, uma vez que o usuário deve desenvolver atividades que contribuam para sua própria satisfação. Na estratégia de Saúde da Família, estudos apontam que 3 dimensões da qualidade apresentam alto grau de satisfação, sendo elas a assistência clínica, a confidencialidade e direito a informações, e as dimensões relacionadas à relação profissional-usuário, que tornam o atendimento solidário e humano, fortalecem a responsabilidade com as necessidades da comunidade e consolidam as premissas da Estratégia. Já a insatisfação está relacionada com os tempos de espera, relativos ao agendamento de consulta especializada e realização de consulta na unidade, pode evidenciar dificuldades relacionadas à organização do serviço de saúde e à garantia de acesso à atenção especializada em tempo oportuno e resolutivo assim como as condições físicas das unidades.

Ao se analisar e oferta de serviços hoje nas unidades de Atenção Primária do município do Rio de Janeiro podemos, com muita facilidade, destacar os serviços de alto contato com os usuários como dispensação de medicamentos, registro/recepção e procedimentos em geral que hoje são realizados por profissionais que compõe as equipes de saúde da família. Estes serviços não fazem parte do núcleo central de atividades dos profissionais da saúde da família, o que tem gerado distorções na forma como o modelo hoje opera no Rio de Janeiro. Como exemplo, temos agentes comunitários de saúde realizando a recepção de usuários sem o perfil para tal função. Temos também as salas de vacinas sendo conduzidas por diversos profissionais em sistema de rodizio, o que dificulta o controle dos imunobiológicos e a passagem de

informações. Como impactos imediatos temos aumento do número de falhas gerando insegurança para os usuários e para os próprios funcionários. Com o intuito de organizar melhor a oferta de serviços, estamos propondo a separação destes serviços, criando equipes exclusivamente dedicadas para isto, portanto estamos sugerindo que as salas de imunização sejam compostas por profissionais fixos, que conheçam a rotina do setor e que possam minimizar as falhas hoje encontradas na prestação deste serviço. Sugerimos também por analogia, profissionais dedicados aos procedimentos como curativo e coleta de exames. Cabe destacar que no serviço de dispensação de medicamentos, as unidades já atuam com equipe dedicada, o que gera ganhos em eficiência e segurança. Um importante avanço para o sistema municipal de saúde seria a contratação de profissionais dedicados ao registro e acolhimento dos usuários, desonerando os agentes comunitários desta atividade, fazendo com que os mesmos possam desempenhar em mais tempo sua atividade principal que é o trabalho de campo, realizando as visitas domiciliares e a vigilância em saúde no território. Ao se propor uma equipe com perfil de recepção, sabemos que a maneira como alguém se comporta no primeiro contato com outra pessoa se torna fundamental para a construção de uma boa imagem da organização.

4. ESCOPO

4.1. JUSTIFICATIVA DO PROJETO

Como a APS é o principal ponto de entrada do usuário ao Sistema de Saúde considera-se necessário reorganizar os processos de trabalho das equipes de Estratégias de Saúde da Família, sempre respeitando a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) vigente.

- ✓ Aumentar o custo-efetividade das equipes e unidades de atenção primária à saúde adequando-as à realidade econômico-financeira do município do Rio de Janeiro.

4.2. OBJETIVOS DO PROJETO

- ✓ Promover a qualidade no atendimento e dos serviços prestados aos usuários sem diminuir a cobertura e a carteira de serviços da Atenção Primária.
- ✓ Evitar a inadimplência com os compromissos financeiros e contratuais por parte da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro.

✓ Melhorar o modelo de gestão, aplicando a metodologia *Lean* e suas ferramentas a fim de otimizar os serviços de saúde.

4.3. DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS

- Acolhimento com escuta qualificada e ampliada
- Avaliação/estratificação de risco e de vulnerabilidades
- Consultas médicas
- Consultas de enfermagem
- Consulta odontológica
- Grupos terapêuticos
- Educação popular
- Educação em saúde com estímulo ao autocuidado
- Vacinação
- Rastreamento de doenças
- Atenção domiciliar
- Dispensação de medicamentos
- Solicitação, coleta ou realização de exames
- Fornecimento de atestados de saúde
- Atendimentos compartilhados
- Matriciamento de especialistas e generalistas
- Atendimentos de outros profissionais
- Práticas Integrativas em Saúde – PIS

5. ESTUDO DE REORGANIZAÇÃO ESTRATÉGIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

5.1. AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

As transformações que ocorreram como consequência da globalização, impulsionaram a formulação e a implementação de novos modelos gerenciais e administrativos. Na esfera de saúde, destaca-se a redefinição das formas de intervenção do poder público por meio da contratação de organizações privadas para a gestão e execução dos serviços. Por um lado, o foco era reduzir da atuação estatal na execução

direta das atividades e, por outro, o incremento da função reguladora, fiscalizadora e promotora.

Com o entendimento de diversos gestores públicos de que a descentralização e a desconcentração da ação estatal, com o concomitante estabelecimento de um modelo contratual competitivo, aumentou a capacidade do município implementar, de forma eficiente, as políticas públicas.

Nesse cenário, vários municípios expandiram o acesso aos serviços de saúde por meio da parceria com as Organizações Sociais de Saúde (OSS), entidades do terceiro setor que prestam serviços mediante contratos de gestão realizados com a administração pública direta e que discriminam objetivos e metas a serem alcançados. Esse modelo teria duas características principais. A primeira seria a ampliação da autonomia decisória em termos financeiros e organizacionais em relação aos proprietários públicos, o que incentivaria a flexibilização administrativa para romper a rigidez da estrutura organizacional com compartilhamento na autoridade e na responsabilidade. A segunda, o incremento do controle público dessas entidades por meio do fortalecimento de práticas voltadas ao aumento da participação da sociedade na formulação e na avaliação do desempenho da OSS.

No âmbito federal, as OSS foram regulamentadas na forma da Lei nº 9.637 de 15 de maio de 1998, mas sua implementação aconteceu principalmente nas esferas estadual e municipal que, utilizando-se das autonomias legislativas, instituíram versões locais.

Outros municípios além do Rio de Janeiro, também utilizam essa forma de gestão através de Organizações Sociais, cito: alguns municípios do estado de São Paulo; Rio Grande do Sul; Paraná; Minas Gerais; Mato Grosso; Ceará; além dos municípios de Goiânia (GO); Joinville (SC); Parnaíba (PI); Petrolina (PE) e Vitória (ES).

O conceito de governança, originariamente adotado nas grandes corporações privadas, passa a ser utilizado também na esfera pública com a ideia de transferência para o setor público dos conhecimentos gerenciais desenvolvidos no setor privado.

A implementação do modelo de OSS na Atenção Primária à Saúde (APS) institui uma nova governança pública entre o município (financiador e regulador) e o terceiro setor (prestador de serviços de saúde).

A complexidade das relações de causa e efeito inerentes aos processos organizacionais e interorganizacionais do setor público justifica o permanente esforço de acompanhamento, interpretação e avaliação de novos modelos gerenciais na Atenção Primária.

5.1.1. MONITORAMENTO E CONTROLE

Os serviços de saúde do Rio de Janeiro estão organizados em dez áreas programáticas (AP) onde se localizam as respectivas instâncias gerenciais no âmbito da APS – as Coordenações de Atenção Primária (CAP). Essas coordenações são responsáveis pela fiscalização dos contratos de gestão estabelecidos com as OSS para cada uma das áreas programáticas. Tais contratos foram celebrados a partir de dezembro de 2009.

Atualmente existem cinco OSS contratadas pela SMS para operacionalizar a ESF: Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), Viva Comunidade (Viva), Instituto de Atenção Básica e Avançada em Saúde (IABAS), Instituto Gnosis e Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (Fiotec).

5.2. ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

5.2.1. EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

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 papeis e funções de trabalho e aumentam suas capacidades e habilidades através da tentativa de executar responsabilidades designadas. E 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 na gestão, do tipo funcional colaborativa, que agrupa tarefas em áreas de conhecimento. Foram definidas três coordenações nas unidades com um mínimo de 08 equipes de saúde da família, 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.

O 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 Clinicas de Saúde da Família e 110 Centros Municipais de Saúde, foram atribuídos parâmetros para cada tipologia de Equipes que poderão ser implantadas na reestruturação.

5.2.1.1. DEFINIÇÃO

A Equipe de Saúde da Família tem como principal característica a interdisciplinaridade, pois, para obter melhor impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença, é importante que as ações tenham por base uma equipe formada por profissionais de diferentes áreas, capazes de desenvolver diferentes disciplinas e rotinas. A ação entre diferentes disciplinas pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, transformando ambas na intervenção do contexto em que estão inseridas. Assim, a valorização dos diversos saberes e práticas contribui para uma abordagem mais integral e resolutiva, sendo vista como estratégia para lidar com a dinâmica da vida social das famílias assistidas e da própria comunidade.

5.2.1.2. TIPOLOGIA DE EQUIPE

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:

			COMPOSIÇÃO de EQUIPE			
Mod. de Atenção	**Equipe**	**População Adscrita** (HABITANTES)	**Médico**	**Enfermeiro**	**Técnico de Enfermagem**	**ACS**
			40h/semana	40h/semana	40h/semana	40h/semana
ESF	**Tipo 1**	≤ 3.500	1	1	1	5
ESF	**Tipo 2**	≤ 3.500	1	1	1	5
ESF	**Tipo 3**	3.500 ≥≤ 4.500	1	1	1	1/750
eAB	**Tipo 4**	≥ 4.500	≥ 1	1	1	≥ 0

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 até 4500 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 16.000 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;
- ✓ Poderão agregar outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate à

Endemias de acordo com as especificidades do território conforme PNAB (2017).

- 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.

É pertinente ressaltar que o projeto prevê a manutenção de **1.079 equipes**, que respeitam as normas atribuídas pelo Ministério da Saúde em sua Política Nacional de Atenção Básica.

	COMPOSIÇÃO de EQUIPE		
EQUIPE TITULADA	**Qt.**	**Profissional**	**Carga Horária**
	1	Médico com Titulação	40h
	1	Enfermeiro com Titulação	40h
	1	Técnico de Enfermagem	40h
	5	Agente Comunitário em Saúde	40h
EQUIPE NÃO TITULADA	**COMPOSIÇÃO de EQUIPE**		
	Qt.	**Profissional**	**Carga Horária**
	1	Médico	40h
	1	Enfermeiro	40h
	1	Técnico de Enfermagem	40h
	4	Agente Comunitário em Saúde	40h
EQUIPE eAB	**COMPOSIÇÃO de EQUIPE**		
	Qt.	**Profissional**	**Carga Horária**
	1	Médico	40h
	1	Enfermeiro	40h
	1	Técnico de Enfermagem	40h
	≥ 0	Agente Comunitário em Saúde	40h

5.2.1.3. NÚCLEO DE GESTÃO

	COMPOSIÇÃO de EQUIPE		
GESTÃO - Tipo 1	**Qt.**	**Profissional**	**Carga Horária**
	1	Médico (RT)	40h
	1	Enfermeiro (RT)	40h
	1	Gerente Administrativo	40h
GESTÃO - Tipo 2	**COMPOSIÇÃO de EQUIPE**		
	Qt.	**Profissional**	**Carga Horária**
	1	Gerente Técnico Administrativo	40h

5.2.1.4. NÚCLEO ADMINISTRATIVO

	COMPOSIÇÃO de EQUIPE		
ADMINISTRATIVO Tipo 1	**Qt.**	**Profissional**	**Carga Horária**
	3	Registro	40h
	1	Almoxerifado	40h
	1	Direção	40h

	COMPOSIÇÃO de EQUIPE		
ADMINISTRATIVO Tipo 2	**Qt.**	**Profissional**	**Carga Horária**
	2	Registro	40h
	1	Almoxerifado	40h
	1	Direção	40h

5.2.1.5. NÚCLEO TÉCNICO

	COMPOSIÇÃO de EQUIPE		
FARMÁCIA	**Qt.**	**Profissional**	**Carga Horária**
	1	Farmacêutico	40h
	1	Técnico de Farmácia	40h

	COMPOSIÇÃO de EQUIPE		
AP. ENFERMAGEM Tipo 1	**Qt.**	**Profissional**	**Carga Horária**
	3	Técnico de Enfermagem	40h

	COMPOSIÇÃO de EQUIPE		
AP. ENFERMAGEM Tipo 2	**Qt.**	**Profissional**	**Carga Horária**
	1	Técnico de Enfermagem	40h

5.2.1.6. NÚCLEO DE APOIO AO SAÚDE DA FAMÍLIA – NASF

	COMPOSIÇÃO de EQUIPE	
NASF	**Profissional**	**Carga Horária**
	Assistente Social	200h
	Educador Físico	
	Fisioterapeuta	
	Nutricionista	
	Psicólogo	
	Psiquiatra	

Ressaltamos que o quadro acima é meramente sugestivo, podendo alterar de acordo com as necessidades dos territórios e as demandas das equipes de saúde da família.

5.2.1.7. EQUIPES DE SAÚDE BUCAL – eSB

As equipes de saúde bucal da estratégia de saúde da família atuam no âmbito da atenção primária desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção e controle do câncer bucal e atendimentos de urgência com resolutividade.

	COMPOSIÇÃO de EQUIPE		
eSB - Tipo 1	**Qt.**	**Profissional**	**Carga Horária**
	1	Cirurgião Dentista	40h
	1	Aux. ou Tec. de Saúde Bucal	40h
	COMPOSIÇÃO de EQUIPE		
eSB - Tipo 2	**Qt.**	**Profissional**	**Carga Horária**
	1	Cirurgião Dentista	40h
	1	Técnico de Saúde Bucal	40h
	1	Aux. ou Tec. de Saúde Bucal	40h

5.2.1.8. CONSULTÓRIO DE RUA

	COMPOSIÇÃO de EQUIPE		
CONSULTÓRIO DE RUA	**Qt.**	**Profissional**	**Carga Horária**
	1	Agente Social	40h
	1	Assistente Social	30h
	1	Enfermeiro	40h
	3	Médico	40h
	1	Psicólogo	30h
	1	Técnico de Enfermagem	40h

5.2.2. 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 6 grades:

- Material Médico Cirúrgico.
- Odontologia
- Medicamentos da Atenção Básica.
- Saneantes.
- Material para Coberturas
- Maleta de Emergência

As grades sofreram redução com critério técnico, sem que haja prejuízo ao atendimento. Desconsiderando as grades da maleta de emergência e de medicamentos da atenção básica, que já seguem critérios técnicos e não foram modificadas em sua variedade e apenas modificadas na padronização da especificação; passamos de 402 itens (Anexo) distribuídos em Material Médico Cirúrgico, Material Odontológico, Material para Coberturas e Saneantes, para 179 itens. Este processo representa a redução de 44,52% na variedade de itens ofertados.

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.

Torna-se obrigatória a utilização dos descritivos e dos códigos padronizados pela Subsecretaria de Serviços Compartilhados, dos itens constantes nas grades padronizadas, nos documentos relativos movimentação ou controle.

Todos os itens constantes nas grades, estarão nos processos de Registros de Preço da Secretaria Municipal de Saúde. Sendo assim um parâmetro oficial para comparação de valores praticados e fonte para aquisições com as Empresas vencedoras.

Importante ressaltar que a movimentação de insumos no interior da unidade seguirá a lógica da produção "puxada", sendo realizada pelo Almoxarifado 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 almoxarifado).

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).

Os Medicamentos de Atenção Básica são armazenados na Logística Central da SMS e devem ser solicitados pelo NAF Regional, via sistema do operador, dentro do cronograma estipulado pela Subsecretaria de Gestão, obedecendo aos critérios de estoque mínimo e máximo da SUBPAV.

Em relação a armazenagem dos insumos no Almoxarifado 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 com conferência qualitativa e quantitativa com Nota Fiscal/Nota de transferência.
2. Registro de entrada e 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 com registro de saída.

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 20% das unidades por CAP, mensalmente. 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.

Cada Unidade Armazenadora deve contar com o mínimo de 2 (duas) estações de trabalho tipo 1, com configurações atualizadas e acesso a internet que permita a utilização dos Sistemas Gerenciais ligados aos controles de medicamentos e insumos da PCRJ, assim como o Sistema de Gerenciamento de Materiais e Prontuário Eletrônico.

5.2.3. SERVIÇOS

5.2.3.1. 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	*SERVIÇOS ESSENCIAIS DE NATUREZA CONTINUADA*
GRUPO 2	*SERVIÇOS COMPLEMENTARES*
GRUPO 3	*SERVIÇOS COMPARTILHADOS PELAS UNIDADES*
GRUPO 4	*SERVIÇOS DE CONCESSIONÁRIAS*

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.

5.2.3.2. 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 ESSENCIAIS COMUNS AS TODAS UNIDADES			
GRUPO 1	Serviço	**Descrição**	**OBSERVAÇÕES**	**REGRA DE APLICAÇÃO**
		Portaria | Controlodor de Acesso - diurno	Posto = 2 colaboradores em escala 12/36hs	
		Portaria | Controlodor de Acesso - noturno	Posto = 2 colaboradores em escala 12/36hs	
		Internet		
		Gases Medicinais	Locação mensal de cilindro de 1m3. Fornecimento mensal de 10 m3 O2.	

	SERVIÇOS ESSENCIAIS COMUNS AS TODAS UNIDADES			
GRUPO 1	Equipamento	**Descrição**	**OBSERVAÇÕES**	**REGRA DE APLICAÇÃO**
		Locação | Nobreak		
		Locação | Impresora PB		
		Locação | Impresora COLORIDA		
		Locação | Computadores		
		Licensa Microsoft Office		

	SERVIÇOS ESSENCIAIS COMUNS AS TODAS UNIDADES			
GRUPO 1	Manutenção	**Descrição**	**OBSERVAÇÕES**	**REGRA DE APLICAÇÃO**
		Ponto Biométrico		
		Profssional Limpeza | Carga horária: 44hrs	1 profissional com carga horária diária de 08hrs a cada 450m2 *Inlcuso valor de material	DECRETO RIO Nº 45194 / Instrução Normativa MPOG nº 5/2017
		Remoção de lixo comum		
		Remoção de lixo infectante		
		Manutenção Predial	Serviço de manutenção mensal. Valor com material incluso.	1 equipe compartilhada a cada: * 4 unidades Tipo I * 6 unidades Tipo II
		Manutenção de Câmara Fria		
		Manutenção de Equipamento de Refrigeração	Manutenção mensal dos equipamentos abaixo, com substituição de peças caso necessário: * Ar-Condicionado Split * Ar-Condicionado Janela * Bebedouro * Refrigerador	
		Manutenção de Equipamentos Clínicos		

5.2.3.3. SERVIÇOS COMPLEMENTARES

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**	*SERVIÇOS ELEMENTARES A CONSERVAÇÃO*
	Pacote **B**	*SERVIÇOS COMPLEMENTARES*
	Pacote **C**	*PRONTUÁRIO ELETRÔNICO*
	Pacote **D**	*SERVIÇO DE IMAGEM E DIAGNÓSTICO*
	Pacote **E**	*SERVIÇOS ESPECIALIZADOS*
	Pacote **F**	*MANUTENÇÃO DE ELEVADORES*

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				
		Descrição	**Dependente de Estrutura (Unidade)**	**Sob Demanda**	**REGRA DE APLICAÇÃO**
GRUPO 2	Pacote **A**	*Detetização/Desratização*	> 1000m²	✓	02 eventos - Anualmente.
		Limpeza de caixa d'água		✓	02 eventos - Anualmente.
		Limpeza de cisterna		✓	02 eventos - Anualmente.
		Limpeza de Fossa		✓	01 evento - Anualmente.
		Manutenção de extintores de incêndio		✓	02 eventos - Anualmente.
		Seguro (opcional)		✓	01 evento - Anualmente.

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

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

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

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

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

5.2.3.4. SERVIÇOS COMPARTILHADOS PELAS UNIDADES

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.

	SERVIÇOS COMPARTILHADOS ATRAVÉS DA SEDE	
GRUPO 3	**Descrição**	**REGRA DE APLICAÇÃO**
	Motoboy	
	Logística	
	Transporte	1 carro para 03 unidades.

5.2.3.5. SERVIÇO DE CONCESSIONÁRIAS

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

	SERVIÇOS DE CONCESSIONÁRIAS	
GRUPO 4	**Descrição**	**REGRA DE APLICAÇÃO**
	Luz	
	Água & Esgoto	
	Telefone e Internet	

6. CONCLUSÃO

Considerando os princípios doutrinários que conferem legitimidade ao Serviço Único de Saúde (SUS): a universalidade, a integralidade e a equidade, bem como as diretrizes que norteiam os serviços prestados pela atenção básica, dentre eles a Regionalização e Hierarquização, Territorialização e Adstrição, Cuidado Centrado na Pessoa e resolutividade.

Considerando a necessidade de racionalização dos recursos e otimização dos serviços de saúde.

Esta proposta visa a reorganização dos serviços de Atenção Primária à Saúde dentro da visão da filosofia *Lean*, onde se propões objetividade na identificação e redução gradual do desperdício presente na organização, utilizando como ferramenta o desenvolvimento de pessoas, processos e sistemas. Introduzindo o *Lean Thinking* – O que toda organização deseja é atender seu público de forma qualificada, otimizando custos e tempo e reduzindo desperdícios. Como premissa principal para o início da

reorganização dos serviços de atenção primária, estamos prezando pela otimização e o uso responsável do recurso público, sem prejudicar o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Atualmente o contexto no Município do Rio de Janeiro conta na atenção primária com a atuação de 1263 Equipes de Saúde da Família (eSF), 7 Equipes de Consultório de Rua (eCnR), 22 Equipes de Atenção Básica (eAB), 78 Núcleos ampliados de saúde da família e 419 Equipes de Saúde Bucal (eSB) distribuídas em 232 Unidades de Saúde nas dez Áreas de Planejamento (AP) da Cidade. Das 232 Unidades temos 122 Clínicas da família e 110 Centros Municipais de saúde. Todas as equipes em atuação encontram-se devidamente inseridas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), com atualização mensal da base de dados.

Segundo o Censo demográfico de 2010 IBGE, a população do Município do Rio de Janeiro é de cerca de 6.320.446 habitantes. As 1263 eSF tem um total de 4.230.238 usuários cadastrados cobrindo 66,93% dos munícipes. Em média cada equipe tem 3349 usuários cadastrados, com uma produção média mensal de 540 consultas por equipe. A distribuição da população cadastrada por área de planejamento e respectiva média de cadastrados por equipe está configurado na tabela 1 abaixo:

Tabela 1 – Cobertura por AP

AP	Nº de ESF	População cadastrada agosto /2018	Média de cadastrados/ESF
AP 1.0	75	302.424	4032
AP 2.1	64	205.860	3217
AP 2.2	44	106.722	2426
AP 3.1	210	692.403	3297
AP 3.2	119	388.318	3263
AP 3.3	179	621.966	3475
AP 4.0	127	366.987	2890
AP 5.1	161	523.153	3249
AP 5.2	160	621.944	3887
AP 5.3	124	400.461	3230
MRJ	1263	4.230.238	3349

Fonte: CNES, agosto-2018

No primeiro quadrimestre do ano de 2018 foram realizados um total de 16.001.855 procedimentos ambulatoriais e 21.127.773 no segundo quadrimestre de 2018, conforme distribuição apontada na tabela 2:

Tabela 2 – Total de Procedimentos realizados por AP

AP	Nº de ESF	1º Quadrimestre de 2018	2º Quadrimestre de 2018
AP 1.0	75	1.203.735	1.292.781
AP 2.1	64	1.137.178	1.308.324
AP 2.2	44	538.386	594.442
AP 3.1	210	1.613.927	2.254.191
AP 3.2	119	2.034.671	2.160.374
AP 3.3	179	1.985.085	3.137.273
AP 4.0	127	1.458.477	2.310.647
AP 5.1	161	2.063.528	2.910.596
AP 5.2	160	2.363.619	2.983.174
AP 5.3	124	1.603.249	2.175.971
MRJ	1263	16.001.855	21.127.773

Fonte: TABNET, agosto-2018

Dentro deste contexto a média de produção por equipe nos dois primeiros quadrimestres do ano foi de 29.397 procedimentos ambulatoriais.

A proposta de reorganização contará com ajuste no quantitativo total de equipes que passará a ser um total de 1079 equipes distribuídas pelas dez áreas programáticas conforme descrito na tabela 3 a seguir:

Tabela 3 – Reorganização do quantitativo de equipes de Saúde da família/Cobertura por AP

AP	Nº de eSF atual	Nº de eSF ajustado	População cadastrada Agosto/2018	Média de cadastrados/ESF
AP 1.0	75	65	4.230.238	3921
AP 2.1	64	55		
AP 2.2	44	34		
AP 3.1	210	195		
AP 3.2	119	103		
AP 3.3	179	160		
AP 4.0	127	91		
AP 5.1	161	127		
AP 5.2	160	139		
AP 5.3	124	110		
MRJ	1263	1.079		

Fonte: CNES, agosto-2018
OBS: incluído somente Equipe de saúde da família.

Cabe destacar que além da manutenção de 1079 eSF estima-se a criação de novas equipes de atenção básica que, na projeção, passarão das 22 atuais para cerca de 41 eAB.

A introdução gradativa dos ajustes possibilitará maior produtividade das equipes que passarão a atender em média 3921 usuários por equipe que realizarão em média estimada de 33.151 procedimentos ambulatoriais.

Neste processo considera-se a diminuição de 1400 postos de trabalho. Não necessariamente sendo este o número de profissionais demitidos. Isto deve-se ao fato da existência de vacâncias nas equipes, principalmente de Médicos e Enfermeiros. Segundo fonte CNES, no mês de outubro de 2018 haviam 288 eSF incompletas por ausência de qualquer profissional da equipe mínima que corresponde a cerca de 23% das equipes existentes. Destas, 103 equipes encontram-se sem Médicos, correspondendo a 8% do total de equipes. Desde o início do ano a Superintendência de Atenção Primária vem trabalhando junto ao Recursos-Humanos das Organizações Sociais para diminuir esta vacância, porém a questão tem múltiplas causas e de difícil solução.

Dessa forma a reorganização da APS e dos demais pontos de atenção que constituem a rede de serviços de saúde são estratégias para que o acesso universal seja possível e para que o sistema trabalhe em prol do usuário e seja orientado de acordo com as reais necessidades da população. Pretende-se assim manter acessível para a população os serviços com a otimização dos recursos materiais e humanos disponíveis. Aproveitando ao máximo a capacidade instalada e dentro da razoabilidade financeira e manutenção da sustentabilidade econômica.

Processo nº 09/005.298/2018	
Data da autuação: 13/11/2018	Fls. 38
Rubrica.	

À S/GAB

Frente a situação orçamentária que a Secretaria Municipal de Saúde vem enfrentando no exercício de 2018 e a necessidade de estudar uma forma de adequar o nível de despesas ao Projeto de Lei Orçamentária proposto para o exercício de 2019, esta Subsecretaria vem envidando esforços para produzir um estudo de reestruturação da rede de Atenção Primária do Município, buscando uma melhor eficiência e melhores níveis de qualidade na prestação de serviços.

Esse estudo adequa a necessidade de manutenção da Rede de Atenção Primária, respeitando as evidências científicas práticas que comprovam o benefício de cobertura universal de cuidados primários à disponibilidade orçamentária prevista para a Atenção Primária.

Esta Subsecretaria, entende ser possível a imediata execução/aplicação dos estudos propostos na Reorganização dos Serviços de Atenção Primária à Saúde, estando com os meios necessários para monitoramento de todas as ações propostas.

Neste sentido, trazendo a metodologia LEAN que está sendo aplicada como filosofia de liderança e gestão, e buscando sempre a melhoria contínua, que é um dos pilares, esta Subsecretaria estará sempre buscando formas e métodos para um melhor atendimento aos usuários da Atenção Primária no Município do Rio de Janeiro.

Aproveitamos para enviar em anexo (CD), toda memória de cálculo de referido estudo, incluindo todos os dados primários que foram utilizados no mesmo.

Em, 13/11/2018

LEONARDO DE OLIVEIRA EL WARRAK
Subsecretário
Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária
e Vigilância em Saúde
Secretaria Municipal de Saúde

Processo nº 09/005.298/2018	
Data da autuação: 13/11/2018	Fls.: 39
Rubrica	

Exmo. Senhor Prefeito da Cidade do Rio de Janeiro

Versa o presente processo sobre o plano de reorganização dos Serviços de Atenção Primária do Município do Rio de Janeiro, elaborado pela Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde desta Secretaria Municipal de Saúde.

Considerando as extensas restrições econômicas da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro nos anos de 2017 e 2018 o presente estudo tem como objeto a adequação da prestação dos serviços de Atenção Básica à atual realidade orçamentária.

Nesta toada há a previsão da extinção de postos de trabalho no âmbito dos Contratos de Gestão celebrados com Organizações Sociais em Saúde, e consequentemente a demissão de funcionários contratados pelas OS.

Tendo em vista que o descompasso dos repasses de recursos pactuados ocasionou pontuais atrasos de salários dos aludidos funcionários, bem como que a rescisão de contratos de trabalho somente é possível após a plena quitação das verbas trabalhistas previstas em Lei;

Sirvo-me do presente para solicitar a Vossa Excelência autorização para implementação do plano de reorganização da Atenção Primária (nos termos de fls. 04/37 e fl. 38), bem assim para que as OS, que tiverem celebrado Contratos de Gestão no âmbito da Atenção Primária em Saúde, utilizem os valores eventualmente existentes nas respectivas contas correntes de provisão de cada projeto, criadas pela Resolução SMS 2.734, de 29/09/2015, de maneira a possibilitar a quitação das parcelas salariais e benefícios em atraso dos profissionais que forem demitidos (em Excepcionalidade ao Parágrafo Décimo Primeiro da Cláusula Quinta estipulada na Minuta Padrão instituída pelo Decreto RIO nº 41.081, de 09/12/2015).

Rio de Janeiro 14 de novembro de 2018

Ana Beatriz Busch Araujo
Secretária Municipal de Saúde

Ana Beatriz Busch Araujo
Secretária Municipal de Saúde

À SMS remetido para publicação em 14/11/18
Em 14/11/18
Denise Iná G. Ribeiro
Assessoria - GBP/

AUTORIZO

Em 14/11/2018

PROTOCOLO
S/GAB

DATA: 21/11/2018

HORA: 19:55

Carolina S. de Argollo e Castro
Ag. Administração - S/GAB
Mat.99/983046-0

Processo nº 09/005298/2018	
Data da autuação 13/11/2018	Fls. 40
Rubrica	VBA

À S/SUBG/CIL/GI – PROTOCOLO

Solicitamos a juntada do Ofício nº363/2018/S/SUBPAV ao presente processo e posterior devolução a este Gabinete.

Em 21 de novembro de 2018.

Valéria do B. Alchorne

VALÉRIA DO BOMFIM ALCHORNE
Assistente I – S/GAB
Matr. 11/140948-1

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL
21 NOV 2018
- PROTOCOLO -

À S/GAB,
Atendida a solicitação supra
Em. 21/11/2018

Catia Valeria Ferreira da Rocha
S/SUBG/CIL/GI/SCA
Mat.: 99/[illegible]

PREFEITURA DA CIDADE DO
RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE PROMOCÃO, ATENCÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

13 NOV 2018

41

OFÍCIO nº. 363/2018/S/SUBPAV

Rio de Janeiro, 19 de novembro de 2018.

(DECLARADA JUNTADA)

À Sua Senhoria a Senhora
ANA BEATRIZ BUSCH ARAÚJO
Secretária Municipal de Saúde

Assunto: Reorganização dos Serviços de Atenção Primária à Saúde.

Senhora Secretária,

Cumprimentando-a cordialmente, encaminho para aprovação e posterior envio para Procuradoria Geral do Município, a inclusa minuta de Ofício, que será enviada para as Organizações Sociais com objetivo de redução do quantitativo de Equipes de Saúde da Família.

O ajuste proposto está em consonância ao estudo para adequação à necessidade da Rede de Atenção Primária, respeitando as evidências científicas e práticas que comprovam o benefício de cobertura universal dos cuidados primários à disponibilidade orçamentária prevista para a Atenção Primária.

Aproveitamos o ensejo para reiterar meus protestos de alta estima e distinta consideração.

LEONARDO DE OLIVEIRA EL WARRAK
Subsecretário
Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária
e Vigilância em Saúde
Secretaria Municipal de Saúde
Matrícula: 54/257.709-6

OFÍCIO nº. xxxx/2018/S/SUBPAV

Rio de Janeiro, xxx de novembro de 2018.

À Sua Senhoria o Senhor
xxxxxxxxxx
Superintendente
Organização Social xxxxxxxxxx

Assunto: Supressão de Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal.

Senhor Superintendente,

Cumprimentando-o cordialmente, tendo em vista a restruturação em andamento, comunico a supressão das equipes de saúde da família e saúde bucal (ANEXO I) do Contrato de Gestão nº xxx - AP xxx.

A supressão das equipes não significa, necessariamente a demissão dos profissionais das mesmas. Para isso, devem ser observados as vacâncias do respectivo Contrato e eventuais necessidades de remanejamentos de profissionais entre equipes.

Dito isto, solicito que a escolha dos profissionais a serem demitidos sigam critérios técnicos como: assiduidade, pontualidade, existência de punições prévias e anotações em livros próprios.

Neste sentido, solicito por escrito, relatório contendo nomes dos profissionais por equipe, definido pelo Gerente Técnico da Clínica de Saúde da Família, e que as demissões sejam sem justa causa, aviso prévio trabalhado e data de demissão em xxx/11/2018.

Aproveitamos o ensejo para reiterar meus protestos de alta estima e distinta consideração.

LEONARDO DE OLIVEIRA EL WARRAK
Subsecretário
Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária
e Vigilância em Saúde
Secretaria Municipal de Saúde

13 NOV 2018

ANEXO I

Supressão de Equipes de Saúde da Família - AP 1.0		
	Unidades	**Equipes**
1	SMS CF XXXXXXXXXXXXX	EQUIPE XXXXXXXXX
2	SMS CF XXXXXXXXXXXXX	EQUIPE XXXXXXXXX
3	SMS CF XXXXXXXXXXXXX	EQUIPE XXXXXXXXX
4	SMS CF XXXXXXXXXXXXX	EQUIPE XXXXXXXXX
5	SMS CF XXXXXXXXXXXXX	EQUIPE XXXXXXXXX
6	SMS CF XXXXXXXXXXXXX	EQUIPE XXXXXXXXX
7	SMS CF XXXXXXXXXXXXX	EQUIPE XXXXXXXXX
8	SMS CF XXXXXXXXXXXXX	EQUIPE XXXXXXXXX
9	SMS CF XXXXXXXXXXXXX	EQUIPE XXXXXXXXX
10	SMS CF XXXXXXXXXXXXX	EQUIPE XXXXXXXXX

Saúde Bucal		
	Unidades	**Equipes**
1	SMS CF XXXXXXXXXXXXX	1 Equipe

PROTOCOLO
S/GAB
DATA: 19/11/2018
HORA: 13:10
Danielle Teles
Administração S/GAB
Mat.: 99/989255-0

13 NOV 2018

Ofício S/SUBPAV nº 363/2018	
Data da autuação 19/11/2018	Fls. 04
Rubrica	VBA

À S/SUBG/CIL/GI – PROTOCOLO

Solicitamos a juntada do presente ofício ao processo nº09/005298/2018 e posterior devolução a este Gabinete.

Em 21 de novembro de 2018.

Valéria do B. Alchorne

VALÉRIA DO BOMFIM ALCHORNE
Assistente I – S/GAB
Matr. 11/140948-1

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL
21 NOV 2018
PROTOCOLO

À S/GAB.

Atendida a solicitação de juntada do Of. Nº 363/2018/S/SUBPAV. ao processo 09/005.298/2018

Em, 21/NOV/2018.

Catia Valeria Ferreira da Rocha
S/SUBG/CIL/GI/SCX
Mat.: 99/986.318-0

PROTOCOLO
S/GAB
DATA: 21/11/18
HORA: 17:10

Valéria do Bomfim Alchorne
Assistente I - S/GAB
Mat.: 11/140948-1

Processo nº 09/005.298/2018	
Data da autuação: 13/11/2018	Fls.: 45
Rubrica	

À PGM

Versa o presente processo sobre o plano de reorganização dos Serviços de Atenção Primária do Município do Rio de Janeiro, elaborado pela Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde desta Secretaria Municipal de Saúde.

Considerando as extensas restrições econômicas da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro nos anos de 2017 e 2018 o presente estudo tem como objeto a adequação da prestação dos serviços de Atenção Básica à atual realidade orçamentária.

Consta à fl. 39 autorização do Excelentíssimo Senhor Prefeito para a implementação do plano de reorganização da Atenção Primária (nos termos de fls. 04/37 e fl. 38), bem assim para que as OS, que tiverem celebrado Contratos de Gestão no âmbito da Atenção Primária em Saúde, utilizem os valores eventualmente existentes nas respectivas contas correntes de provisão de cada projeto, criadas pela Resolução SMS 2.734, de 29/09/2015, de maneira a possibilitar a quitação das parcelas salariais e benefícios em atraso dos profissionais que forem demitidos (em Excepcionalidade ao Parágrafo Décimo Primeiro da Cláusula Quinta estipulada na Minuta Padrão instituída pelo Decreto RIO nº 41.081, de 09/12/2015).

À fl. 42 foi encartado pela S/SUBPAV minuta de ofício direcionado às entidades qualificadas como Organizações Sociais que possuem Contratos de Gestão em vigor na área da atenção básica em saúde comunicando acerca da supressão de equipes a ocorrer na área respectiva, bem como solicita que eventuais demissões de profissionais sejam definidas por critérios objetivos e que sejam relatados por escrito à Subsecretaria.

Tendo em vista o dissídio de greve atualmente em andamento e a autorização para a implementação do plano de reorganização da Atenção Primária remetemos os autos para avaliação jurídica da minuta de ofício proposta pela SUBPAV (fl. 42).

Rio de Janeiro 21 de novembro de 2018

Ana Beatriz Busch Araujo
Secretária Municipal de Saúde

Ana Beatriz Busch Araujo
Secretária Municipal de Saúde

PROCURADORIA GERAL DO
MUNICÍPIO DO RJ
RECEBIDO
22 NOV 2018

Ao I. Procurador-Assistente da PG/PPE
Daniel Gaiza. Para análise.

22.11.18

Antonio Carlos de Sá
Procurador-Geral do Município
Matr. 11/176.131-1 - OAB/RJ 79.430

MANIFESTAÇÃO TÉCNICA PG/PPE/004/2018/DGLG Em 23 de novembro de 2018

Ref. Processo Administrativo nº 09/005.298/2018

Ao Exmo. Sr. Procurador Geral do Município do Rio de Janeiro, Dr. Antônio Carlos de Sá,

Trata-se de consulta jurídica formulada pela Exma. Sr. Secretária Municipal de Saúde, Dra. Ana Beatriz Busch Araujo, relacionada à reorganização dos serviços de atenção primária na rede de saúde do Município do Rio de Janeiro.

À fl. 45, a Exma. Sra. Secretária Municipal encaminha, para análise jurídica, minuta de ofício (fl. 44/45), proposta pela d. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde da SMS-Rio, a ser encaminhada às organizações sociais conveniadas/contratadas, bem como noticia a existência de dissídio coletivo de greve em curso.

Considerando que a referida consulta jurídica teve o seu escopo bem definido, bem como que os aspectos subjacentes aos questionamentos suscitados podem gerar cristalinos efeitos sob o prisma do contencioso trabalhista, **a presente análise está cingida à consulta formulada** pela autoridade administrativa competente.

Cumpre inicialmente lançar a ressalva de que **a Administração Municipal**, não sendo empregadora de trabalhadores que possam eventualmente ser atingidos por redimensionamento de serviços, **não está adstrita a eventuais limitações legais de caráter trabalhista, cuja aplicabilidade se refere às relações havidas entre empregadores e empregados**.

13/11/18 47

Nesse passo, a alteração dos instrumentos de contrato de gestão, nos limites permitidos pela legislação, visando à remodelação da gestão dos serviços de saúde, não é obstaculizada por eventual movimento grevista dos empregados privados das organizações conveniadas/contratadas.

Na espécie, a relação jurídica travada entre a edilidade e as organizações sociais ostentam cristalina natureza cível-administrativa, e evidentemente não-trabalhista, razão pela qual os efeitos trabalhistas de eventuais prerrogativas do Poder Público em razão de cláusulas contratualmente convencionadas e/ou advindas da legislação de regência são, via de regra, de responsabilidade direta do convenente/contratado privado.[1]

Disso resulta ser lógica a conclusão de que **cabe à empregadora a decisão sobre o melhor modelo de gestão do seu pessoal**, isto é, de perquirir a viabilidade de remanejamento de pessoas para outras unidades sob a sua gestão e/ou até mesmo para outros estabelecimentos próprios, a cessação de contrato de trabalho *sponte sua* ou outras medidas de administração de recursos humanos porventura existentes.[2]

Lançadas tais observações, com relação a movimentos grevistas, cabe registrar que o parágrafo único do art. 7º da Lei Federal nº 7.783/89, que disciplina o exercício do direito de greve, veda aprioristicamente a rescisão de contrato de trabalho durante o período de greve[3]. Confira-se:

---

[1] Não se pode olvidar, contudo, a existência de jurisprudência aplicando a Súmula nº 331 do c. TST a fim de condenar subsidiariamente a Administração contratante dos serviços, não obstante a decisão do eg. Supremo Tribunal Federal quando do julgamento do RE nº 760.931.

[2] Em tal linha de intelecção, a redação da minuta de ofício de fl. 44 é deveras percuciente quanto destaca que "a supressão das equipes não significa, necessariamente, a demissão dos profissionais das mesmas. Para isso, devem ser observadas as vacâncias do respectivo contrato e eventuais necessidades de remanejamentos de profissionais entre equipes".

[3] Por óbvio, não se incluem aqui as rescisões de trabalho por decisão unilateral do próprio empregado.

> Art. 7º Observadas as condições previstas nesta Lei, a participação em greve suspende o contrato de trabalho, devendo as relações obrigacionais, durante o período, ser regidas pelo acordo, convenção, laudo arbitral ou decisão da Justiça do Trabalho.
>
> Parágrafo único. É vedada a rescisão de contrato de trabalho durante a greve, bem como a contratação de trabalhadores substitutos, exceto na ocorrência das hipóteses previstas nos arts. 9º e 14.

Além de resultar de expressa dicção legal, a inviabilidade apriorística de rescisão unilateral do contrato de trabalho pelo empregador durante movimento grevista igualmente é consequência lógica da irrupção da greve resultar na suspensão (ou na interrupção, a depender do entendimento doutrinário) do contrato de trabalho[4].

Entretanto, a estabilidade provisória em referência não se sustenta na hipótese de ser reconhecida a **abusividade[5] do movimento grevista**, consoante se extrai do verbete da Orientação Jurisprudencial nº 10 da Sessão de Dissídios Coletivos do eg. Tribunal Superior do Trabalho:

> OJ-SDC-10 GREVE ABUSIVA NÃO GERA EFEITOS. Inserida em 27.03.1998
> É incompatível com a declaração de abusividade de movimento grevista o estabelecimento de quaisquer vantagens ou

[4] "Regra geral, o mencionado prazo é tratado como suspensão do contrato de trabalho (art. 7º, Lei n. 7.783/89). Isso significa que os dias parados, em princípio, não são pagos, não se computando para fins contratuais o mesmo período. Em contraponto, o empregador não pode dispensar o trabalhador durante o período de afastamento (e nem alegar justa causa pela adesão à greve, após o retorno do obreiro, conforme já estudado: Súmula n. 316, STF)." (DELGADO, Mauricio Godinho. *Curso de Direito do Trabalho*. 16ª ed. São Paulo: LTr, p. 1.622).

[5] **Súmula nº 189 do c. TST** - GREVE. COMPETÊNCIA DA JUSTIÇA DO TRABALHO. ABUSIVIDADE (nova redação) - Res. 121/2003, DJ 19, 20 e 21.11.2003 - A Justiça do Trabalho é competente para declarar a abusividade, ou não, da greve.

13/11/18

garantias a seus partícipes, que assumiram os riscos inerentes à utilização do instrumento de pressão máximo.

Há ainda registro de precedentes[6] admitindo a possibilidade de dispensa motivada por **falta grave**[7].

Desse modo, conquanto o parágrafo único do art. 7º da Lei Federal estabeleça a regra geral de impossibilidade de demissão de empregados durante o movimento grevista, há cristalinas exceções admitidas pela jurisprudência remansosa dos Tribunais Pátrios, sobretudo quanto à (i) dispensa motivada por falta grave e ao (ii) reconhecimento da abusividade do movimento grevista[8].

Destarte, fato é que a rescisão de contrato de trabalho durante o período grevista é um fator de risco que deve ser ponderado pela contratada na adoção das diligências necessárias à sua adaptação ao novo modelo adotado na Atenção Primária à Saúde.

Atualmente, há quatro dissídios coletivos de greve ajuizados recentemente e em curso perante a Presidência do eg. Tribunal Regional do Trabalho da Primeira Região (SDC/TRT-1): 0101916-98.2018.5.01.0000,

---

[6] Confira-se em < https://www.conjur.com.br/2017-mai-08/demissao-durante-greve-permitida-falta-grave>.

[7] Embora de notória sabença, não é despicienda a ressalva de que "a simples adesão à greve não constitui falta grave" (**Súmula nº 316 do c. STF**).

[8] Dissídio coletivo de greve. Não cumprimento imediato da sentença normativa pela empresa. Irregular exercício do direito de greve pela categoria profissional. Culpa recíproca. Descontos dos dias parados. Estabilidade provisória indevida. A SDC, por maioria, conheceu do recurso ordinário e, no mérito, deu-lhe parcial provimento para declarar a culpa recíproca das partes no tocante à greve deflagrada em 10.7.2014, determinar o desconto dos dias de paralisação e indeferir a estabilidade provisória, nos termos da Orientação Jurisprudencial nº 10 da SDC. Na hipótese, a empresa agiu mal ao decidir pelo não cumprimento imediato da sentença normativa quanto ao reajuste ali fixado, a pretexto da interposição de embargos de declaração. Todavia, a categoria profissional também atuou em desconformidade com o direito, pois deflagrou nova greve, sem as notificações devidas, e mesmo após a existência de sentença normativa a seu favor, passível de ação de cumprimento, portanto. Vencidos os Ministros Mauricio Godinho Delgado e Kátia Magalhães Arruda. **TST-RO-1000974-53.2014.5.02.0000, SDC, rel. Min. Maria de Assis Calsing, 13.2.2017, Informativo nº 152.**

13/11/18

0101971-49.2018.5.01.0000, 0102040-81.2018.5.01.0000 e 0102039-96.2018.5.01.0000.

Com exceção do DCG nº 0102039-96.2018.5.01.0000, que versa sobre eventuais verbas rescisórias dos empregados da OS Viva Rio que estão em exercício no Hospital Municipal Ronaldo Gazolla (Acari), os demais dissídios mencionados referem-se a movimentos grevistas de diversas categorias da área da saúde basicamente em relação a atrasos salariais.

Entretanto, na data de ontem (22/11/2018), em audiência realizada em âmbito de conciliação perante a d. Presidência do c. Tribunal Regional do Trabalho da 1ª Região[9], o Município noticiou o repasse de verbas às organizações sociais capaz de fazer frente aos pagamentos das remunerações de outubro, razão pela qual o Tribunal instou às categorias o fim dos movimentos grevistas, determinando a realização de assembleias até os dias 26 e 27 de novembro de 2018.

Considerando o posicionamento consolidado da d. Presidência do TRT-1 no sentido da impossibilidade de greve de solidariedade, bem como a determinação dada em audiência, é possível que, a partir do dia 27 de novembro de 2018, as categorias não estejam mais em paralisação, ainda que tal cessação do movimento grevista possa ser transitória.[10]

Ademais, a título de colaboração, vale rememorar que nada impede que os empregadores (OSs) ajuízem dissídio coletivo de greve, bem como se valham dos meios conciliatórios perante a Justiça Laboral competente, para fins de minorar os riscos de eventual dispensa e/ou remanejamento de pessoal, considerando o disposto no art. 7º da Lei Federal nº 7.783/89:

---

[9] A ata ainda não estava disponível quando da elaboração da presente peça jurídica.

[10] **Art. 14 da Lei Federal nº 7.783/89**. Constitui abuso do direito de greve a inobservância das normas contidas na presente Lei, bem como a manutenção da paralisação após a celebração de acordo, convenção ou decisão da Justiça do Trabalho.

13/11/18 5A

> Art. 7º Observadas as condições previstas nesta Lei, a participação em greve suspende o contrato de trabalho, devendo as relações obrigacionais, durante o período, ser regidas pelo acordo, convenção, laudo arbitral ou decisão da Justiça do Trabalho.

Diante disso, há de se reiterar que a melhor gestão do modo de operacionalização do redimensionamento dos serviços, isto é, a forma que as organizações sociais conveniadas irão se adequar os seus recursos humanos à nova realidade dos contratos de gestão é de responsabilidade da empregadora/contratada.

Entretanto, nada impede que a Secretaria Municipal de Saúde, no seu papel de formuladora de políticas públicas de saúde e de contratante dos serviços prestados pelas organizações, **recomende às ditas organizações sociais diretrizes de boas práticas na implementação da reorganização a ser realizada**, sempre na condição de recomendações visando à realização de boas práticas para a persecução do interesse público primário, que – na espécie – se circunscreve ao atendimento das necessidades de saúde da população carioca.

Nesse tear interpretativo, entende-se, em via de consequência, como salutar a iniciativa da d. Secretaria Municipal de Saúde, por sua Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (S/SUBPAV) em destacar que "a supressão das equipes não significa necessariamente a demissão dos profissionais das mesmas", exigir das contratadas que sejam adotados critérios técnicos para eventuais demissões realizadas e orientar que as "demissões sejam sem justa causa".

Entretanto, cumpre lançar algumas sugestões à minuta encartada à fl. 44, quais sejam: (i) a de que seja explicitado que a reorganização administrativa não implica compulsoriamente na rescisão de contrato de

profissionais das organizações sociais não só por sua eventual absorção em outras equipes relativas ao contrato de gestão firmado, mas igualmente por eventual remanejamento do pessoal em outras unidades/estabelecimentos da organização social, ainda que não associadas ao respectivo contrato de gestão; (ii) conquanto não se vislumbre, *a priori*, qualquer inviabilidade jurídica nos critérios técnicos indicados, haja vista que parecem suficientemente objetivos, caberia a ressalva de que o critério "assiduidade" não possa ser prejudicado pela participação/adesão do empregado em movimento grevista, salvo na hipótese da greve ter sido declarada ilegal pelo órgão jurisdicional competente com decisão transitada em julgado; e, (iii) a data de eventual demissão dos profissionais **não** seja fixada pela d. Secretaria de Saúde, eis que – conforme dito – a absorção ou rescisão de contrato de trabalho, bem como o melhor momento para fazê-lo, é uma escolha do empregador (organização social), podendo – entretanto – a d. Secretaria de Saúde determinar a apresentação da listagem dos profissionais que forem mantidos na execução dos serviços contratados e a dos profissionais remanejados/dispensados com as respectivas datas.

À consideração superior.

Daniel Galliza Simões Lorenzo Gonzalez
Procurador do Município do Rio de Janeiro
Procurador-Assistente da Procuradoria de Pessoal (PG/PPE)
Matrícula nº 11/297.779-1 | OAB/RJ nº 162.077

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
PROCURADORIA GERAL DO MUNÍCIPIO

Processo 09/005.298/2018

VISTO,

Estou de acordo com os termos da Manifestação Técnica PG/PPE/004/2018/DGLG, de 23 de novembro de 2018, no sentido de que:

a) não sendo a Administração Municipal empregadora dos trabalhadores que possam ser eventualmente atingidos pelo redimensionamento dos serviços, não restaria adstrita a eventuais limitações legais de caráter trabalhista, sendo certo que os efeitos trabalhistas das relações administrativas existentes entre Município e Organizações Sociais são de responsabilidade única e exclusiva das respectivas entidades parceiras;

b) a remodelação da gestão dos serviços de saúde não deve ser obstaculizada por eventual movimento grevista dos empregados privados das organizações sociais;

c) cabe às respectivas Organizações Sociais a definição a respeito do melhor modelo de gestão dos seus respectivos empregados / colaboradores;

d) nada impede que a Secretaria Municipal de Saúde recomende às entidades parceiras diretrizes de boas práticas na implementação da reorganização a ser realizada, com caráter de mera recomendação, ressalte-se; e

e) de todo modo, mostra-se relevante a iniciativa da SMS em destacar que "a supressão das equipes não significa necessariamente a demissão dos profissionais das mesmas", exigir que sejam adotados critérios técnicos em eventuais demissões e orientar que as "eventuais demissões sejam sem justa causa".

GABINETE DO PROCURADOR-GERAL
Travessa do Ouvidor, nº 4 – Centro – Rio de Janeiro – RJ – Cep 20.040-040
Telefones: (21) 3083-8004 e 3083-8019 • Fax: 3083-8383

13/11/18 - fls. 54.

Outrossim, também estou de acordo com as observações apontadas às fls. 51/52, itens (i), (ii) e (iii), quanto à minuta de fls. 44 dos autos.

À SMS, em prosseguimento.

Rio de Janeiro, 23 de novembro de 2018

Antonio Carlos de Sá

Procurador-Geral do Município

PROTOCOLO
S/GAB
DATA: 23/11/18
HORA: 19:39

Valéria do Bomfim Alchorne
Assistente I - S/GAB
Mat.: 11/140948-1

GABINETE DO PROCURADOR-GERAL
Travessa do Ouvidor, nº 4 – Centro – Rio de Janeiro – RJ – Cep 20.040-040
Telefones: (21) 3083-8004 e 3083-8019 • Fax: 3083-8383

À S/ SUBPAV, para providências.

Em 23/11/2018.

Amanda Coelho Damasceno Correa
Assistente I
S / SUBGEX / CGPE
Mat.: 60/303060-8

Data: 13/11/2018	Fls. 55
Rubrica:	

À **S/GAB,**

Conforme MANIFESTAÇÃO TÉCNICA PG/PPE/004/2018/DGLG e VISTO do Exmo. Sr. Procurador Geral do Município em 23 de novembro de 2018, objeto de consulta jurídica formulada pela Exma. Sr. Secretária Municipal, de Saúde, Dra. Ana Beatriz Busch Araújo.

Retorno o presente processo com as sugestões à minuta encartada à fl. 44 atendida em sua totalidade por essa Subsecretaria.

Importante salientar que na manifestação técnica de fls. 50, parágrafo 2º e 3º, o Sr. Procurador esclarece que:

> *"o Município noticiou o repasse de verbas para às Organizações Sociais capaz de fazer frente aos pagamentos das remunerações de outubro, razão pela qual o Tribunal instou às categorias o fim dos movimentos grevistas, determinando a realização de assembleias até os dias 26 e 27 de novembro de 2018".*
>
> *"Considerando o posicionamento consolidado da d. Presidência do TRT-1 no sentido da impossibilidade de greve de solidariedade, bem como a determinação dada em audiência, é possível que, a partir do dia 27 de novembro de 2018, as categorias não estejam mais em paralisação, ainda que tal cessação do movimento grevista possa ser transitória".*

Neste sentido, encaminho nova minuta de ofício para aprovação da Exma. Sr. Secretária Municipal, de Saúde, a fim de serem enviados em momento oportuno, para as Organizações Sociais.

13/11/2018

Rubrica:

Em oportuno, junto ao presente processo a avaliação da produção e do desempenho assistencial de atendimento das equipes do programa de Estratégia de Saúde da Família realizado pelo Tribunal de Contas do Rio de Janeiro, que, fortalece e endossa nossa visão sobre uma necessidade de reorganização dos serviços para uma melhor custo-efetividade no processo. Segue abaixo um pequeno trecho do documento:

> A CF Maicon Siqueira apresentou a menor quantidade de pessoas cadastradas por equipe, em torno de 1.542. A unidade tem capacidade de atendimento para no máximo 37.500 pessoas[7], mas atende somente 8.158, ou seja, ¼ da sua capacidade.
>
> Conclui-se que o potencial de atendimento das Equipes de Saúde da Família na CAP 4.0 está subestimado. Isso retrata uma fragilidade na gestão do Programa, que poderia estar atuando de forma mais efetiva, atendendo o maior número de usuários possíveis, sem ultrapassar os limites estipulados pela legislação pertinente.

Pg.17 – ANEXO 12.

Ademais, encartamos o Projeto de Processos em Unidade de Saúde: o fluxo do paciente na atenção básica do município do Rio de Janeiro. O projeto é uma parceria entre a SMS e Laboratório de Engenharia e Gestão em Saúde (LEGOS) / FEN / DEIN / UERJ, que tem objetivo de identificação de oprotunidades de melhorias, que procede a modelagem de processos da situação atual, conforme método descrito no capítulo 3 do referido documento.

Não obstante, encartamos Decisão proferida pelo MM. Dr. Juiz Marcello Alvarenga Leite, processo nº 0273681-84.2018.8.19.001 – Ação Popular, onde Deferiu Parcialmente a Liminar onde impõem o prosseguimento do estudo do Plano de Reorganização dos Serviços de Atenção Primária à Saúde, sendo vedada a extinção, " desabilitação" ou transferência dos profissionais das 184 equipes, até que seja apresentada ao Juízo as informações detalhadas, na qual transcrevemos: *"não consta quais seriam as 184 equipes de Saúde da Família que serão "desabilitadas". Indaga-se qual a especialidade dos profissionais "desabilitados", quantos permanecerão, qual a quantidade de profissionais e se este número atenderá de forma eficiente a necessidade da população, bem como à escala de plantão das unidades médicas envolvidas".*

Para atender à solicitação, escalaremos que o estudo do Plano de Reorganização dos serviços da APS realizado pela Prefeitura Municipal do RJ baseou-se numa análise

quantitativa tendo como objetivo determinar critérios de seleção para possíveis oportunidades de redução do número de equipes de saúde da família do MRJ. Foram considerados cinco critérios já detalhados no processo 09/005.298/2018 partes II, no Anexo I fl.34,35, priorizando as Áreas com Índice de Desenvolvimento Social mais baixos, e também evitar o desabastecimento de medicamentos ofertados à população carente, e a falta de equipamentos e insumos básicos.

i) *"não consta quais seriam as 184 equipes de Saúde da Família que serão "desabilitadas".*

Como já descrito serão 184 equipes "desabilitadas" conforme a relação a seguir por Área Programática,

CAP	Equipes
1.0	10
2.1	9
2.2	10
3.1	15
3.2	16
3.3	19
4.0	36
5.1	34
5.2	21
5.3	14
Total:	184

ii) *"Indaga-se qual a especialidade dos profissionais "desabilitados", quantos permanecerão, qual a quantidade de profissionais e se este número atenderá de forma eficiente a necessidade da população".*

Em relação as especialidades que serão "desabilitadas", temos: Médicos generalistas (embora alguns tenham outras especialidades), enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS). Como já referido anteriormente, esse processo ainda se

13/11/2018
Rubrica:

encontra em estudo por isso a princípio serão "desabilitados" aproximadamente 1.431 profissionais, permanecendo em torno de 8.854.

Foi efetuada uma análise dos riscos com proposta de manejo e resultado esperado, como relatado no processo na parte II, no Anexo II páginas 36 a 40, que responde ao parágrafo sobre o atendimento as necessidades da população.

iii) *"bem como à escala de plantão das unidades médicas envolvidas".*

A Atenção Primária não trabalha em escala de plantão, a carga horária se dá em 40h semanais. Dentro desta carga horária semanal, as grades de horário poderão ser flexibilizadas sem a redução da carga horária semanal De acordo com a Carteira de serviços (Rio Janeiro 2016) o horário de funcionamento das unidades é prerrogativa de definição das Coordenadorias Gerais de Atenção Primária.

Vendo a oportunidade de otimizar recursos diante da performance heterogênea apresentada pelas equipes de saúde da família, juntando os critérios utilizados e a análise dos riscos e o monitoramento, cabe a Superintendência de Promoção Atenção e Vigilância em Saúde (SUBPAV) junto a SMS, organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Primária, de forma universal e coesa com a realidade orçamentaria, buscando atender de forma eficiente a necessidade da população.

Em 26 de novembro de 2018.

LUCIANE CAMPOS BRAGANÇA
Substituta Eventual do Subsecretário
Subsecretaria de Promoção, Atenção
Primária e Vigilância em Saúde
Matrícula nº 11/228.430-5

LEONARDO DE OLIVEIRA EL WARRAK
Subsecretário
Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária
e Vigilância em Saúde
Secretaria Municipal de Saúde

p. 5+ 8

OFÍCIO nº. xxxx/2018/S/SUBPAV

Rio de Janeiro, xxx de novembro de 2018.

À Sua Senhoria o Senhor
xxxxxxxxxx
Superintendente
Organização Social xxxxxxxxxx

Assunto: Supressão de Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal.

Senhor Superintendente,

Cumprimentando-o cordialmente, tendo em vista a restruturação em andamento, comunico a supressão das equipes de saúde da família e saúde bucal (ANEXO I) do Contrato de Gestão nº xxx - AP xxx.

A supressão das equipes não significa, necessariamente a demissão dos profissionais das mesmas. Para isso, devem ser observados as vacâncias do respectivo Contrato e eventuais necessidades de remanejamentos de profissionais entre equipes e unidades da Organização Social.

Dito isto, solicito que a escolha dos profissionais a serem demitidos sigam critérios técnicos como: assiduidade (**não** levar em consideração a falta caso tenha acorrido com a participação/adesão do empregado em movimento grevista), pontualidade, existência de punições prévias e anotações em livros próprios.

Neste sentido, solicito por escrito, relatório contendo nomes dos profissionais por equipe, definido pelo Gerente Técnico da Clínica de Saúde da Família, e que as demissões sejam sem justa causa, aviso prévio trabalhando.

Aproveitamos o ensejo para reiterar meus protestos de alta estima e distinta consideração.

LEONARDO DE OLIVEIRA EL WARRAK
Subsecretário
Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária
e Vigilância em Saúde
Secretaria Municipal de Saúde

fls: 58

ANEXO II

ANÁLISES DE RISCOS

CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS

Os riscos relacionados à execução das mudanças no trabalho em Atenção Primária no município do Rio de Janeiro podem ser classificados em riscos à garantia de acesso da população aos serviços de saúde, à operação dos serviços pelas equipes, à adaptação dos processos de trabalho por parte de profissionais e usuários e quanto à produção de informação e monitoramento dos serviços pela equipe de gestão.

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS E OPORTUNIDADES

Diminuição da cobertura da ESF no município

Atualmente, existem 4.226.900 pessoas cadastradas a alguma Equipe de Saúde da Família (ESF) do município do Rio de Janeiro (estimativa de cobertura de 67%, levando em conta população do município estimada de 6.320.466 habitantes segundo o Censo de 2010 do IBGE).

O restante da população também tem acesso a serviços de atenção primária, não executados por equipes de saúde da família. São médicos, enfermeiros, e profissionais de outras categorias que prestam cuidado a esta parcela dos habitantes do município, trabalhando com outros modelos de organização (Atenção Primária não-Estratégia saúde da Família). Dentre as diferenças se destaca, primariamente, a ausência da prerrogativa da visita domiciliar realizada por Agentes Comunitários de Saúde, ausentes neste modelo, e por outras categorias, por não se enquadrar a atividade em sua carteira de serviços.

Com a desativação das equipes de saúde da família, há o risco de áreas da cidade antes cobertas pela ESF não contarem mais com este modelo de atenção.

Proposta de Manejo do Risco: Após a desativação das equipes, o território coberto por estas será distribuído entre as outras equipes da mesma unidade de saúde ou por unidade adjacente. A população residente neste território (531.373 pessoas) será distribuída para outras equipes de saúde da família, sendo neste caso a cobertura efetiva (população cadastrada / população residente) mantida.

No caso da adoção de outro modelo de Atenção Primária no território em questão (situação de exceção que ocorrerá apenas em áreas de população com menor capacidade de comunicação com a equipe e maior dependência de visita domiciliar), esta, embora perca a cobertura de Saúde da Família, permanece coberta por profissionais da Atenção Primária, com o mesmo modelo praticado na área atualmente sem cobertura de ESF.

Resultado Esperado: queda pouco expressiva da cobertura real de ESF, com pouco impacto sanitário.

Perda da Adscrição de Usuários às Equipes de Atenção Primária

Todo habitante da cidade, quer esteja cadastrado a uma eSF ou não, possui uma Unidade de Atenção Primária de referência, de acordo com seu endereço ou local de permanência. A vinculação pode ser consultada pelo mesmo ou por qualquer cidadão no site www.ondeseratendido.org.br, disponível na internet. Quando o usuário é coberto por uma equipe de saúde da família, ele é direcionado à equipe, cujos dados aparecem no website, incluindo o nome do médico e do enfermeiro e o telefone de contato da unidade. No caso de não haver cobertura por equipe de saúde da família, há a orientação do usuário procurar a unidade para agendamento do serviço pretendido na Unidade, conforme o funcionamento determinado pela direção da instituição. De ambas as formas o acesso ao serviço de atenção primária é garantido.

A redução do número de equipes causará alterações na distribuição dos usuários pelas equipes ou unidades, havendo o risco de ausência de adscrição do usuário a uma equipe ou unidade de saúde.

Proposta de Manejo do Risco: A população residente no território da equipe desativada será distribuída para outras equipes de saúde da família, no caso onde se mantém a cobertura de ESF, ou será coberta por serviços de atenção primária organizados de forma distinta da ESF, como já ocorre atualmente na cidade. De qualquer modo cada usuário manterá vínculo com uma equipe de saúde da família ou unidade de atenção primária.

A ferramenta *Onde Ser Atendido*, base georreferenciada de dados de adscrição de habitantes da cidade aos serviços de atenção primária, será atualizada para divulgar as novas referências para os usuários.

Resultado Esperado: que todo cidadão mantenha-se coberto por Serviço de Atenção Primária do município, quer este funcione no modelo ESF ou não-ESF (como já ocorre atualmente na cidade).

Sobrecarga dos Serviços de Atenção Primária remanescentes e seus profissionais

Toda redução de capacidade instalada de serviços e profissionais tem o potencial risco de sobrecarga de serviços remanescentes. No caso deste projeto, a desativação das 184 equipes de saúde da família apresenta o risco de causar aumento do trabalho das equipes que permanecem atuando.

Considerando a demanda por consultas como o elemento de maior pressão assistencial imposta à Atenção Primária em geral, sendo as demais atividades (visitas domiciliares, grupos de cuidado e educação em saúde, reuniões de equipe, atividades de educação continuada etc.) de mais simples gerenciamento quanto à agenda, tomou-se como parâmetro o número de consultas oferecidas por médico e enfermeiro da eSF como parâmetro de avaliação de produção de trabalho.

A produção média de consultas mensais das 1263 equipes do município, considerando-se o ano de 2018, foi de 679.751 consultas, com média 538 por equipe, 88% do padrão definido de 608 consultas mensais esperadas destes profissionais. Já as equipes selecionadas para a desativação apresentam produção

mensal de 86.855 consultas, com média de 472 consultas por equipe (77% do padrão).

Com a desativação há o risco de sobrecarga ambulatorial das equipes remanescentes.

Proposta de Manejo do Risco: considerando a manutenção do atendimento e prevendo a estabilidade da produção ambulatorial, as 1079 equipes remanescentes deverão produzir, mensalmente, a mesma quantidade de serviços praticada pelo total das equipes antes da desativação. Para atingir esse resultado, cada equipe deverá produzir 630 consultas mensais, sendo esse o novo padrão já contido nos novos contratos de gestão celebrados. Desse modo, considerando a procura dos usuários aos serviços estável, garante-se a assistência.

Resultado esperado: que não haja sobrecarga da oferta de serviços mesmo com a redução do número de equipes da cidade.

Mudança de processos de trabalho e adaptação das equipes

O aumento do número de consultas por profissional esperado para que as equipes absorvam a demanda por cuidado da população traz a necessidade de ajustes e alinhamentos de processos de trabalho destas equipes, que atualmente desenvolvem suas ações de modo heterogêneo, com cada unidade de saúde e eventualmente cada equipe dentro de uma mesma unidade trabalhando de forma diversa quanto à recepção de usuários, classificação de risco clínico e social, critérios para atendimento no dia e agendamento de consultas. A dificuldade de implantação de novas regras de trabalho e de adaptação das equipes a estas regras consiste em risco.

Proposta de Manejo do Risco: serão produzidos e divulgados pela SMS dois documentos: o *Manual Operacional do Trabalho na Atenção Primária* e conjunto de *Procedimentos Operacionais Padrão (POP)*, incluindo um POP para recepção de usuários, classificação de risco e agendamento de consultas. Tais documentos visam organizar e uniformizar os processos de trabalho nas unidades, de modo a garantir

um padrão básico de conduta, o que aumentará o acesso da população a consultas médicas e de enfermagem, pois potencializará os espaços nas agendas dos profissionais.

Resultados esperados: agendas de trabalho das equipes mais organizadas, com facilitação do cumprimento dos padrões quantitativos, incluindo o número de consultas esperado acima, e de qualidade, definidos pelos documentos citados.

Dificuldade de monitoramento da continuidade do cuidado

Com a desativação das equipes, há risco de perda de continuidade e vigilância do cuidado de grupos de atenção especial atualmente cobertos pelas equipes (ex: gestantes, pessoas com tuberculose, crianças menores de um ano, pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Proposta de Manejo do Risco: foram criadas listas de pessoas cobertas pelas equipes futuramente desativadas que se enquadram nesses grupos de atenção especial. As pessoas incluídas nestas listas terão seu cuidado monitorado pela gestão e pelas equipes remanescentes, objetivando a manutenção da continuidade do cuidado. Tal prática, denominada "gestão de listas", é comum e já ocorre rotineiramente para alguns processos de vigilância, sendo factível a aplicação da técnica para o monitoramento desta população especial.

Resultados esperados: que os portadores de condições especiais que requerem monitoramento e cuidado continuado não percam seguimento e sejam adscritos às equipes remanescentes.

ANEXO I

Estudo de 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.

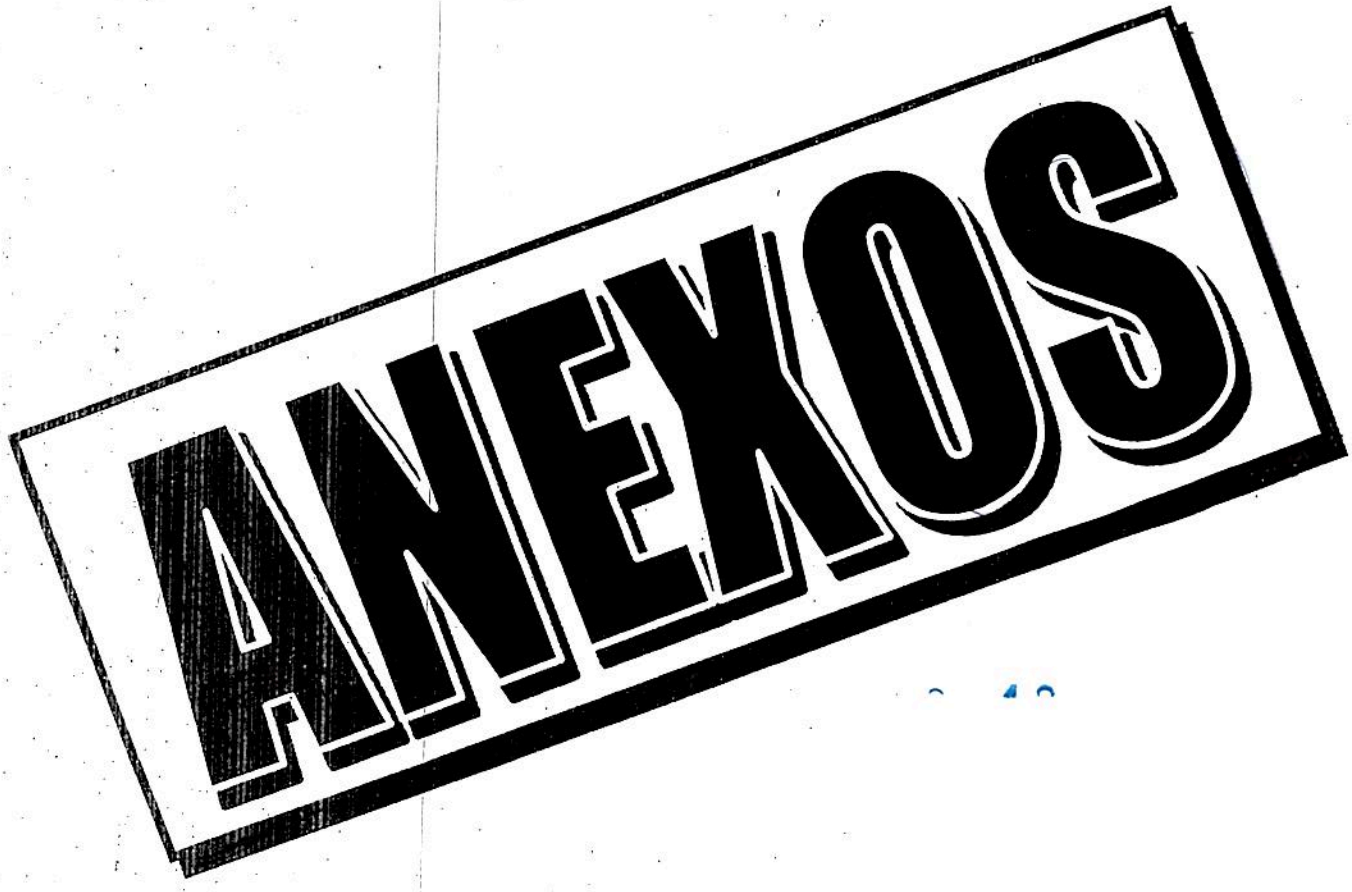
Fase 2 - Validação pelas CAP

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.

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.



DE ACORDO COM O DECRETO Nº 2.477 DE 25 DE JANEIRO DE 1980

Art 34 – Anexação é o ato pelo qual se insere em processo documento que, por sua natureza, dele não deva fazer parte integrante, mas que seja necessário a seu estudo e apreciação.

§ 1º - A peça anexada será colocada depois da última folha de processo, dela separada por uma folha com a indexação ANEXOS.

§ 2º - Quando o volume da peça anexada o exigir, será utilizada capa de documentos (impresso padronizado).

ANEXO I

Estudo de 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.

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.

ANEXO II

ANÁLISES DE RISCOS

CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS

Os riscos relacionados à execução das mudanças no trabalho em Atenção Primária no município do Rio de Janeiro podem ser classificados em riscos à garantia de acesso da população aos serviços de saúde, à operação dos serviços pelas equipes, à adaptação dos processos de trabalho por parte de profissionais e usuários e quanto à produção de informação e monitoramento dos serviços pela equipe de gestão.

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS E OPORTUNIDADES

Diminuição da cobertura da ESF no município

Atualmente, existem 4.226.900 pessoas cadastradas a alguma Equipe de Saúde da Família (ESF) do município do Rio de Janeiro (estimativa de cobertura de 67%, levando em conta população do município estimada de 6.320.466 habitantes segundo o Censo de 2010 do IBGE).

O restante da população também tem acesso a serviços de atenção primária, não executados por equipes de saúde da família. São médicos, enfermeiros, e profissionais de outras categorias que prestam cuidado a esta parcela dos habitantes do município, trabalhando com outros modelos de organização (Atenção Primária não-Estratégia saúde da Família). Dentre as diferenças se destaca, primariamente, a ausência da prerrogativa da visita domiciliar realizada por Agentes Comunitários de Saúde, ausentes neste modelo, e por outras categorias, por não se enquadrar a atividade em sua carteira de serviços.

Com a desativação das equipes de saúde da família, há o risco de áreas da cidade antes cobertas pela ESF não contarem mais com este modelo de atenção.

Proposta de Manejo do Risco: Após a desativação das equipes, o território coberto por estas será distribuído entre as outras equipes da mesma unidade de saúde ou por unidade adjacente. A população residente neste território (531.373 pessoas) será distribuída para outras equipes de saúde da família, sendo neste caso a cobertura efetiva (população cadastrada / população residente) mantida.

No caso da adoção de outro modelo de Atenção Primária no território em questão (situação de exceção que ocorrerá apenas em áreas de população com menor capacidade de comunicação com a equipe e maior dependência de visita domiciliar), esta, embora perca a cobertura de Saúde da Família, permanece coberta por profissionais da Atenção Primária, com o mesmo modelo praticado na área atualmente sem cobertura de ESF.

Resultado Esperado: queda pouco expressiva da cobertura real de ESF, com pouco impacto sanitário.

Perda da Adscrição de Usuários às Equipes de Atenção Primária

Todo habitante da cidade, quer esteja cadastrado a uma eSF ou não, possui uma Unidade de Atenção Primária de referência, de acordo com seu endereço ou local de permanência. A vinculação pode ser consultada pelo mesmo ou por qualquer cidadão no site www.ondeseratendido.org.br, disponível na internet. Quando o usuário é coberto por uma equipe de saúde da família, ele é direcionado à equipe, cujos dados aparecem no website, incluindo o nome do médico e do enfermeiro e o telefone de contato da unidade. No caso de não haver cobertura por equipe de saúde da família, há a orientação do usuário procurar a unidade para agendamento do serviço pretendido na Unidade, conforme o funcionamento determinado pela direção da instituição. De ambas as formas o acesso ao serviço de atenção primária é garantido.

A redução do número de equipes causará alterações na distribuição dos usuários pelas equipes ou unidades, havendo o risco de ausência de adscrição do usuário a uma equipe ou unidade de saúde.

Proposta de Manejo do Risco: A população residente no território da equipe desativada será distribuída para outras equipes de saúde da família, no caso onde se mantém a cobertura de ESF, ou será coberta por serviços de atenção primária organizados de forma distinta da ESF, como já ocorre atualmente na cidade. De qualquer modo cada usuário manterá vínculo com uma equipe de saúde da família ou unidade de atenção primária.

A ferramenta *Onde Ser Atendido*, base georreferenciada de dados de adscrição de habitantes da cidade aos serviços de atenção primária, será atualizada para divulgar as novas referências para os usuários.

Resultado Esperado: que todo cidadão mantenha-se coberto por Serviço de Atenção Primária do município, quer este funcione no modelo ESF ou não-ESF (como já ocorre atualmente na cidade).

Sobrecarga dos Serviços de Atenção Primária remanescentes e seus profissionais

Toda redução de capacidade instalada de serviços e profissionais tem o potencial risco de sobrecarga de serviços remanescentes. No caso deste projeto, a desativação das 184 equipes de saúde da família apresenta o risco de causar aumento do trabalho das equipes que permanecem atuando.

Considerando a demanda por consultas como o elemento de maior pressão assistencial imposta à Atenção Primária em geral, sendo as demais atividades (visitas domiciliares, grupos de cuidado e educação em saúde, reuniões de equipe, atividades de educação continuada etc.) de mais simples gerenciamento quanto à agenda, tomou-se como parâmetro o número de consultas oferecidas por médico e enfermeiro da eSF como parâmetro de avaliação de produção de trabalho.

A produção média de consultas mensais das 1263 equipes do município, considerando-se o ano de 2018, foi de 679.751 consultas, com média 538 por equipe, 88% do padrão definido de 608 consultas mensais esperadas destes profissionais. Já as equipes selecionadas para a desativação apresentam produção

mensal de 86.855 consultas, com média de 472 consultas por equipe (77% do padrão).

Com a desativação há o risco de sobrecarga ambulatorial das equipes remanescentes.

Proposta de Manejo do Risco: considerando a manutenção do atendimento e prevendo a estabilidade da produção ambulatorial, as 1079 equipes remanescentes deverão produzir, mensalmente, a mesma quantidade de serviços praticada pelo total das equipes antes da desativação. Para atingir esse resultado, cada equipe deverá produzir 630 consultas mensais, sendo esse o novo padrão já contido nos novos contratos de gestão celebrados. Desse modo, considerando a procura dos usuários aos serviços estável, garante-se a assistência.

Resultado esperado: que não haja sobrecarga da oferta de serviços mesmo com a redução do número de equipes da cidade.

Mudança de processos de trabalho e adaptação das equipes

O aumento do número de consultas por profissional esperado para que as equipes absorvam a demanda por cuidado da população traz a necessidade de ajustes e alinhamentos de processos de trabalho destas equipes, que atualmente desenvolvem suas ações de modo heterogêneo, com cada unidade de saúde e eventualmente cada equipe dentro de uma mesma unidade trabalhando de forma diversa quanto à recepção de usuários, classificação de risco clínico e social, critérios para atendimento no dia e agendamento de consultas. A dificuldade de implantação de novas regras de trabalho e de adaptação das equipes a estas regras consiste em risco.

Proposta de Manejo do Risco: serão produzidos e divulgados pela SMS dois documentos: o *Manual Operacional do Trabalho na Atenção Primária* e conjunto de *Procedimentos Operacionais Padrão (POP)*, incluindo um POP para recepção de usuários, classificação de risco e agendamento de consultas. Tais documentos visam organizar e uniformizar os processos de trabalho nas unidades, de modo a garantir

um padrão básico de conduta, o que aumentará o acesso da população a consultas médicas e de enfermagem, pois potencializará os espaços nas agendas dos profissionais.

Resultados esperados: agendas de trabalho das equipes mais organizadas, com facilitação do cumprimento dos padrões quantitativos, incluindo o número de consultas esperado acima, e de qualidade, definidos pelos documentos citados.

Dificuldade de monitoramento da continuidade do cuidado

Com a desativação das equipes, há risco de perda de continuidade e vigilância do cuidado de grupos de atenção especial atualmente cobertos pelas equipes (ex: gestantes, pessoas com tuberculose, crianças menores de um ano, pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Proposta de Manejo do Risco: foram criadas listas de pessoas cobertas pelas equipes futuramente desativadas que se enquadram nesses grupos de atenção especial. As pessoas incluídas nestas listas terão seu cuidado monitorado pela gestão e pelas equipes remanescentes, objetivando a manutenção da continuidade do cuidado. Tal prática, denominada "gestão de listas", é comum e já ocorre rotineiramente para alguns processos de vigilância, sendo factível a aplicação da técnica para o monitoramento desta população especial.

Resultados esperados: que os portadores de condições especiais que requerem monitoramento e cuidado continuado não percam seguimento e sejam adscritos às equipes remanescentes.

ANEXO III

TERRITÓRIOS SOCIAIS

É um programa integrado entre as Secretarias de Saúde, Assistência Social e Diretos Humanos e de Educação, Instituto Pereira Passos e Casa Civil. Seus principais objetivos são identificar e dar visibilidade as famílias mais vulneráveis dos territórios, inserindo-as na rede de proteção social, priorizando suas demandas nos serviços de Saúde, Educação e Assistência Social.

Com a reorganização da rede de Atenção Primária de Saúde, 09 Equipes de Saúde da Família que acompanham famílias do Programa Território Social serão desativas, contudo, estas famílias continuarão sendo acompanhadas por outras equipes de saúde conforme a reorientação em cada território.

ESTIMATIVA DO NÚMERO DE FAMÍLIAS DO PROGRAMA TERRITÓRIO SOCIAL POR SUAS RESPECTIVAS UNIDADE E EQUIPES DE SAÚDE

AP / UNIDADE DE SAÚDE	Nome da Equipe	INE	Nº DE FAMILIAS ACOM	Equipe será desativada?
1.0				
SMS CMS ERNANI AGRICOLA - AP 10	PRAZERES	1615106	3	NÃO
2.2				
SMS CF ODALEA FIRMO DUTRA - AP 22	ADOLFO CAMINHA	1612395	10	NÃO
SMS CF ODALEA FIRMO DUTRA - AP 22	ARAXA	1612344	8	SIM
SMS CF ODALEA FIRMO DUTRA - AP 22	ESPERANCA	1612409	4	NÃO
SMS CF ODALEA FIRMO DUTRA - AP 22	SANTO ESTEVAO	1612387	35	NÃO
SMS CMS CASA BRANCA - AP 22	CASA BRANCA	305200	28	NÃO
SMS CMS HEITOR BELTRAO - AP 22	SAO FRANCISCO	300543	4	NÃO
SMS CMS NICOLA ALBANO - AP 22	CACHOEIRA	1603035	6	SIM
SMS CMS NICOLA ALBANO - AP 22	FLORESTA DA TIJUCA	302864	1	NÃO
3.1				
SMS CF ASSIS VALENTE - AP 31	SANTOS DUMONT	308811	52	NÃO
SMS CF VALTER FELISBINO DE SOUZA - AP 31	TONINHO	304468	14	NÃO
SMS CMS NAGIB JORGE FARAH - AP 31	FICAP	1495313	79	NÃO
SMS CMS NAGIB JORGE FARAH - AP 31	RENASCER	303445	26	NÃO
SMS FIOCRUZ/ENSP/CSE GERMANO SINVAL FARIA - AP 31	HARMONIA	1532448	5	NÃO
SMS FIOCRUZ/ENSP/CSE GERMANO SINVAL FARIA - AP 31	VIDA	1532472	11	NÃO

3.2				
SMS CF BIBI VOGEL - AP 32	MARECHAL CASTELO BRANCO	309451	20	NÃO
SMS CF BIBI VOGEL - AP 32	MOREIA	309419	8	NÃO
SMS CF EDNEY CANAZARO DE OLIVEIRA - AP 32	ALZIRA VALDETARO	308676	22	NÃO
SMS CF SERGIO NICOLAU AMIN - AP 32	CONFEDERACAO SUICA	309486	1	NÃO
SMS CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO - AP 32	ARAUJO LEITÃO	303046	20	NÃO
SMS CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO - AP 32	BICUIBA	303054	10	NÃO
SMS CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO - AP 32	MIGUEL GALVÃO	303038	10	NÃO
SMS CMS MILTON FONTES MAGARAO - AP 32				NÃO
3.3				
SMS CF ADOLFO FERREIRA DE CARVALHO - AP 33	BOA ESPERANÇA	1597353	5	NÃO
SMS CF ADOLFO FERREIRA DE CARVALHO - AP 33	PEIXOTO	1544799	5	NÃO
SMS CF DANTE ROMANO JUNIOR - AP 33	CURUIPE	310644	2	NÃO
SMS CF DANTE ROMANO JUNIOR - AP 33	MONTE CARMELO	310301	1	SIM
SMS CF JOSUETE SANTANNA DE OLIVEIRA - AP 33	APARTAMENTOS	307378	2	NÃO
SMS CF MAESTRO CELESTINO - AP 33	LOURENCO MARQUES	309907	3	NÃO
SMS CF MARCOS VALADAO - AP 33	PARMALAT	306606	35	NÃO
SMS CF MESTRE MOLEQUINHO DO IMPERIO - AP 33	CANDIRU	1611909	1	NÃO
SMS CF MESTRE MOLEQUINHO DO IMPERIO - AP 33	MONTEIRO MANSO	1611895	8	NÃO
SMS CF SOUZA MARQUES - AP 33	FUBA	305316	5	NÃO
SMS CMS ALICE TOLEDO TIBIRICA - AP 33	JOSE BORGES	306118	13	NÃO
SMS CMS CARLOS CRUZ LIMA - AP 33	TORRE	300470	13	NÃO
SMS CMS PORTUS E QUITANDA - AP 33	PORTUS	305103	20	NÃO
SMS CMS PORTUS E QUITANDA - AP 33	QUITANDA	305073	6	NÃO
SMS CMS SYLVIO FREDERICO BRAUNER - AP 33	ISRAEL	300837	17	NÃO
SMS CMS SYLVIO FREDERICO BRAUNER - AP 33	PARQUE NOVA CIDADE	300810	8	NÃO
SMS CMS SYLVIO FREDERICO BRAUNER - AP 33	UNEIRA	300829	10	NÃO
SMS CMS SYLVIO FREDERICO BRAUNER - AP 33	TERRA NOSTRA	1591320	63	NÃO
4.0				
SMS CF HELENA BESSERMAN VIANNA - AP 40	Tambaú	0001610473	10	NÃO
SMS CF HELENA BESSERMAN VIANNA - AP 40	Boa Viagem	0001610449	6	NÃO
SMS CF HELENA BESSERMAN VIANNA - AP 40	PRAIA DO FORTE	1599232	42	NÃO
SMS CF MAICON SIQUEIRA - AP 40	São Gonçalo do Amarante	0001613146	24	NÃO
SMS CF OTTO ALVES DE CARVALHO - AP 40	Cordel	0000309699	7	NÃO
SMS CF OTTO ALVES DE CARVALHO - AP 40	Caatinga	0000309737	10	NÃO
SMS CF OTTO ALVES DE CARVALHO - AP 40	Mandacaru	0000309672	10	NÃO
SMS CF OTTO ALVES DE CARVALHO - AP 40	MARIA BONITA	309710	10	NÃO
SMS CMS ALVARO RAMOS - AP 40	MATA ATLÂNTICA	0001576747	3	SIM
SMS CMS ALVARO RAMOS - AP 40	Araras Claras	0001612573	25	NÃO
SMS CMS ALVARO RAMOS - AP 40	Adauto Botelho	0001612581	1	NÃO
SMS CMS ALVARO RAMOS - AP 40	SANTA AGUEDA	1613170	2	NÃO
SMS CMS CECILIA DONNANGELO - AP 40	Beira Rio	301213	5	NÃO
SMS CMS CECILIA DONNANGELO - AP 40	Santa Luzia	301221	96	NÃO
SMS CMS CECILIA DONNANGELO - AP 40	CASCATINHA	1610406	41	NÃO
SMS CMS HAMILTON LAND - AP 40				NÃO
SMS CMS HARVEY RIBEIRO DE SOUZA FILHO - AP 40	GRUMARI	0001615955	33	SIM
SMS CMS HARVEY RIBEIRO DE SOUZA FILHO - AP 40	BEIRA RIO	0001610503	144	NÃO
SMS CMS NEWTON BETHLEM - AP 40				NÃO
SMS CMS NOVO PALMARES - AP 40	PALMARES	0000305421	30	NÃO
SMS CMS RAPHAEL DE PAULA SOUZA - AP 40	ARROIO PAVUNA	1612174	7	NÃO

SMS CMS SANTA MARIA - AP 40	RIO PEQUENO	0000305456	17	NÃO
SMS CMS SANTA MARIA - AP 40	LADEIRA SANTA MARIA	0000305448	12	NÃO
5.1				
SMS CF ROMULO CARLOS TEIXEIRA - AP 51	CACHOEIRA DO BARATA	306762	33	NÃO
SMS CF ANTONIO GONCALVES DA SILVA - AP 51	SOL	304034	33	NÃO
SMS CF FIORELLO RAYMUNDO - AP 51	PORTO NACIONAL	306231	21	NÃO
SMS CF KELLY CRISTINA DE SA LACERDA SILVA - AP 51	USINA	1613952	12	NÃO
SMS CF PADRE JOHN CRIBBIN (PADRE JOAO) - AP 51	LEONOR CHRISMAN MULLE	309141	2	SIM
SMS CF PADRE JOHN CRIBBIN (PADRE JOAO) - AP 51	LIGHT	309117	18	NÃO
SMS CF SANDRA REGINA SAMPAIO DE SOUZA - AP 51	FAZENDA VIEGAS	301108	17	NÃO
SMS CMS HENRIQUE MONAT - AP 51	METRAL	1596896	5	NÃO
SMS CMS HENRIQUE MONAT - AP 51	BARRÃO	1597973	6	NÃO
SMS CMS WALDYR FRANCO - AP 51	AUGUSTO FIGUEIREDO	301752	40	NÃO
SMS CMS WALDYR FRANCO - AP 51	SAINÁ	301744	6	NÃO
SMS CMS WALDYR FRANCO - AP 51	SULAMERICA	301728	5	NÃO
5.2				
SMS CF AGENOR DE MIRANDA ARAUJO NETO - AP 52	MARIO LARRUBIA	305928	15	NÃO
SMS CF AGENOR DE MIRANDA ARAUJO NETO - AP 52	LAMEGO	305944	4	SIM
SMS CF ALKINDAR SOARES PEREIRA FILHO - AP 52	CAMBUI	304387	3	NÃO
SMS CF DALMIR DE ABREU SALGADO - AP 52	SANTA PAULA	308226	27	NÃO
SMS CF DALMIR DE ABREU SALGADO - AP 52	CATA-VENTO	308188	23	NÃO
SMS CF DALMIR DE ABREU SALGADO - AP 52	CABUÇU DE BAIXO	308161	2	NÃO
SMS CF DALMIR DE ABREU SALGADO - AP 52	BRILHO DO SOL	308196	12	NÃO
SMS CF HANS JURGEN FERNANDO DOHMANN - AP 52	JARDIM GUARATIBA	1612964	32	NÃO
SMS CF HANS JURGEN FERNANDO DOHMANN - AP 52	OLIMPIA PORTUGAL	307785	2	NÃO
SMS CF ISABELA SEVERO DA SILVA - AP 52	NOSSA SENHORA APARECIDA	1597590	2	NÃO
SMS CF SONIA MARIA FERREIRA MACHADO - AP 52	ARCADAS	310034	2	SIM
SMS CMS ALVIMAR DE CARVALHO - AP 52	VILA MAR	1611534	4	NÃO
SMS CMS ALVIMAR DE CARVALHO - AP 52	CAPELINHA	1611542	14	NÃO
SMS CMS ALVIMAR DE CARVALHO - AP 52	VILA RICA	1611550	20	NÃO
SMS CMS ALVIMAR DE CARVALHO - AP 52	PIRAQUE	1611569	6	NÃO
SMS CMS BELIZARIO PENNA - AP 52				NÃO
SMS CMS DR OSWALDO VILELLA - AP 52	CARNEIRO PORTO FILHO	300683	15	SIM
SMS CMS EDGARD MAGALHAES GOMES - AP 52	ALPHA	300667	7	NÃO
SMS CMS GARFIELD DE ALMEIDA - AP 52	CABLOCO	300594	64	NÃO
SMS CMS MAIA BITTENCOURT - AP 52	CARAPIA	301582	15	NÃO
SMS CMS RAUL BARROSO - AP 52	TACHAS	301507	43	NÃO
SMS CMS RAUL BARROSO - AP 52	GASPAR DE LEMOS	301531	11	NÃO
SMS CMS RAUL BARROSO - AP 52	GROTA FUNDA	301523	17	SIM
SMS CMS WOODROW PIMENTEL PANTOJA - AP 52	SANTA CLARA	301477	17	NÃO
5.3				
SMS CF DEOLINDO COUTO - AP 53	JAQUEIRA	307793	32	NÃO
SMS CF EDSON ABDALLA SAAD - AP 53	PALESTINA	308145	10	NÃO
SMS CF JAMIL HADDAD - AP 53	AGAI	307645	30	NÃO
SMS CF JAMIL HADDAD - AP 53	AUSTIN	307629	9	NÃO
SMS CF JOAO BATISTA CHAGAS - AP 53	OLINDINA	1614738	80	NÃO

SMS CF JOAO BATISTA CHAGAS - AP 53	FUTURO	302481	6	NÃO
SMS CF LENICE MARIA MONTEIRO COELHO - AP 53	BOA ESPERANÇA	307270	24	NÃO
SMS CF VALERIA GOMES ESTEVES - AP 53	BARREIRA	1536978	11	NÃO
SMS CF VALERIA GOMES ESTEVES - AP 53	PIAI	304654	3	NÃO
SMS CF WALDEMAR BERARDINELLI - AP 53	COQUEIRAL	1484621	27	NÃO
SMS CF WALDEMAR BERARDINELLI - AP 53	TRES PODERES	303402	7	NÃO
SMS CMS ADELINO SIMOES - NOVA SEPETIBA - AP 53	DIAMANTE	306363	3	NÃO
SMS CMS ADELINO SIMOES - NOVA SEPETIBA - AP 53	TOPAZIO	306355	27	NÃO
SMS CMS ALOYSIO AMANCIO DA SILVA - AP 53	MORRO DO AR	302392	16	NÃO
SMS CMS CATTAPRETA - AP 53	CHATUBA	301167	19	NÃO
SMS CMS CYRO DE MELLO MANGUARIBA - AP 53	PARAÍSO	302546	3	NÃO
SMS CMS DECIO AMARAL FILHO - AP 53	BAMBUZAL	1614703	68	SIM
SMS CMS EMYDIO CABRAL - AP 53	PRIMEIRO DE ABRIL	302503	13	NÃO
SMS CMS EMYDIO CABRAL - AP 53	MONTE DAS OLIVEIRAS	302511	32	NÃO
SMS CMS SAVIO ANTUNES / ANTARES - AP 53	CAMPO DOS BANDEIRANTES	303895	10	NÃO
SMS CMS SAVIO ANTUNES / ANTARES - AP 53	PONTE AMARELA	303917	20	NÃO

FONTE: PLANILHA NSEC 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10/ IPP

ANEXO IV

GRADES DE INSUMOS

GRADE MATERIAL COBERTURAS			
ITEM	CÓDIGO SIGMA	DESCRIÇÃO COMPLETA	U/C
1	65100103418	BOTA UNNA BANDAGEM FLEXIVEL DE GAZE BRANCA, IMPREGNADA COM PASTA DE OXIDO ZINCO E OUTROS MEDINDO APROXIMADAMENTE 10X10, EMBALAGEM INDIVIDUAL. * SEGUIR PROTOCOLO	UND
2	65100007532	**CURATIVO ALTA ABSORCAO COMPOSTO POR HIDROFIBRAS,** CARBOMETILCELULOSE SODICA E 1,2% DE PRATA IONICA, AGRUPADAS E ALINHADAS VERTICALMENTE NA COR ACINZENTADA, TRANSFORMANDO A PLACA EM GEL COESO, PROTEGENDO AS BORDAS DA LESAO. MEDINDO 10CM X 10CM.	UND
3	65100901756	**CURATIVO CARVAO ATIVADO** RECOBERTO POR UMA PELICULA DE NAO TECIDO ABSORVENTE, VEDADA EM TODA SUA EXTENSAO, NAO RECORTAVEL, MEDINDO APROXIMADAMENTE 10X10 CM,ESTERIL, DESCARTAVEL.	UND
4	65100902566	**CURATIVO EM ESPUMA DE POLIURETANO** ANTI-BACTERIANO, IMPREGNADO COM PRATA, NAO ADESIVO, ESTERIL, DESCARTAVEL, EBALAGEM INDIVIDUAL, MEDINDO APROXIMADAMENTE 10X10CM.	UND
5	65100700181	**CURATIVO EM PLACA DE ALGINATO DE CALCIO**, DERIVADO DE ALGAS MARINHAS, BOA ABSORCAO, MEDINDO APROX. 10X10CM, ESTERIL, DESCARTAVEL.	UND
6	65100007109	**CURATIVO PRIMARIO,** NAO ADERENTE, CONSTITUIDO DE MALHA DE ACETATO DE CELULOSE COM PETROLATUM, MEDINDO APROXIMADAMENTE 7X15 CM, ESTERIL, DESCARTAVEL.	UND
7	65100502118	**GAZE RAYON** EMBEBIDA EM OLEO DERMOPROTETOR COMPOSTO DE AGE, VITAMINAS A E E, COM OLEO DE COPAIBA E MALALEUCA MEDINDO APROXIMADAMENTE 7,5 X 15CM, EMBALADO INDIVIDUAL.	UND
8	65100700505	**GEL DEBRIDANTE VISCOSO** COMPOSTO POR CARBOXIMETILCELULOSE SODICA, ALGINATO DE CALCIO E SODIO, PROPILENOCLICOL, HIDANTOINA, SORBATO DE POTASSIO, TRIETANOLAMINASE ACIDO BORICO. ACONDICIONADO EM TUBO COM 85G.	UND
9	65100008504	**SOLUCAO PARA IRRIGACAO DE FERIDAS** COMPOSTA DE 0,1% DE POLIHEXANIDA, 0,1% DE UNDECILAMINOPROPIL BETAINA E 98% DE AGUA, EMBALAGEM EM SISTEMA FECHADO, ESTERIL,FRASCO CONTENDO 350ML	UND

GRADE SANEANTES			
ITEM	CÓDIGO SIGMA	DESCRIÇÃO	U/C
1	65051707602	**ALCOOL ETILICO A 70%, PARA USO ANTISSEPTICO NA PELE** (DESINFECCAO), FRASCO 1000ML ACONDICIONADO EM EMBALAGEM PLASTICA COM 1 LITRO DE CAPACIDADE	FR
2	68101011805	**ALCOOL ETILICO ANIDRO (ABSOLUTO),** FILTRADO, 99o G.L., TEOR ALCOOLICO MINIMO DE 99,3o INPM, ACONDICIONADO EM EMBALAGEM PLASTICA COM 1 LITRO	FR
3	68101050037	**ALCOOL GEL.** ANTI-SEPTICO DE ACAO INSTANTANEA E BACTERICIDA, PARA HIGIENIZACAO DAS MAOS, FORMULADO COM ALCOOL ETILICO (70 A 80%) E AGENTE EMOLIENTE, NAO IRRITANTE E BIODEGRADAVEL. ACONDICIONADO EM FRASCO (REFIL) COM NO MINIMO 800ML E NO MAXIMO 1000ML.	UND
4	65202936567	**CLOREXIDINA 0,12% SOLUCAO BUCAL**, ISENTO DE ALCOOL. ACONDICIONADO EM FRASCO COMO NO MINIMO 1000ML.	FR
5	65051708757	**CLOREXIDINA 0,2 %** CLOREXIDINA 0,2% SOLUCAO AQUOSA. FRASCO MINIMO 100ML.	FR
6	65156821197	**CLOREXIDINA 2% ESCOVA DEGERMANTE**, EMBALADA INDIVIDUALMENTE.	UND

7	65051708161	**CLOREXIDINA**, DIGLUCONATO 1% SOLUCAO AQUOSA, 1%, EM ALMOTOLIA 100ML.	FR
8	65051707947	**CLOREXIDINA**, DIGLUCONATO DE CLOREXINA DEGERMANTE, 2%, EM FRASCO 1000ML	FR
9	65058001861	**DETERGENTE ENZIMATICO** P/ INSTRUMENTAL CIRURGICO E FIBROSCOPIOPARA INSTRUMENTAL CIRURGICO E FIBROSCOPIO, FORMULACAO COM NO MINIMO TRES ENZIMAS (PROTEASE, LIPASE E AMILASE), BIODEGRADAVEL, PH NEUTRO, NAO IRRITANTE E NAO CORROSIVO.	UND
10	68101036123	**HIPOCLORITO COM 1%** DE CLORO ATIVO. ACONDICIONADO EM FRASCO COM 1LITROS	FR
11	65058001195	**POLIVINILPIRROLIDONA PVPI**, EM SOLUCAO AQUOSA A 10% COM 1% DE IODO ATIVO, COMPOSTO DE BATOQUE E TAMPA DE ROSCA TIPO ALMOTOLIA.ACONDICIONADO EM FRASCO COM 100ML.	UND
12	65058000890	**POLIVINILPIRROLIDONA PVPI**, SOLUCAO DETERGENTE, COM LAURIL SULFATO DE SODIO A 10%. ACONDICIONADO EM FRASCO COM 1 LITRO.	UND
13	65058001438	**SABONETE CREMOSO** ACONDICIONADO EM FRASCO COM 1 LITRO SOLUCAO AMONIACA, SEM GERMICIDA.	FR

GRADE DE MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA MALETA DE EMERGÊNCIA				
ITEM	**SIGMA**	**DESCRIÇÃO**	**U / C**	**QUANTIDADE MÍNIMA POR MALETA**
1	65050121701	ACIDO ACETILSALICILICO COMPRIMIDO 100MG CARTELA PLASTICO/ALUMINIO	CMP	10
2	65054200142	AGUA DESTILADA PARA INJETAVEIS AMPOLA 10ML.	AMP	5
3	65051502032	CAPTOPRIL 25MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO	CMP	10
4	65051601595	CETOPROFENO 100MG INJETAVEL INTRAVENOSO PO LIOFILO FRASCO-AMPOLA	F/A	3
5	65054207155	CLORETO DE SODIO 0,9% SOLUCAO INJETAVEL, FRASCO 500ML, SISTEMA FECHADO, COM DIAFRAGMA/MEMBRANA AUTOCICATRIZANTE E COM PONTO PARA ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS E OUTRO PARA CONEXAO DE EQUIPO	FR	2
6	65050220785	CLORIDRATO DE LIDOCAINA 20MG/G (2%) GELEIA BISNAGA 30G.	BI	3
7	65050220270	CLORIDRATO DE LIDOCAINA 20MG/ML (2%) SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 5ML.	AMP	1
8	65051300162	CLORIDRATO DE METOCLOPRAMIDA 5MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2ML	AMP	5
9	65050500397	CLORIDRATO DE PROMETAZINA SOLUCAO INJETAVEL 25MG/ML AMPOLA 2ML	AMP	3
10	65050300207	DIAZEPAM 5MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO	CMP	5
11	65050300118	DIAZEPAN 5MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2ML	AMP	1
12	65051600638	DICLOFENACO DE SODIO 25MG/ML SOLUCAO INJETAVEL INTRAMUSCULAR AMPOLA 3ML	AMP	3
13	65050110335	DIPIRONA (METAMIZOL) 500MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2ML.	AMP	2
14	65050110416	DIPIRONA (METAMIZOL) 500MG/ML SOLUCAO ORAL FRASCO CONTA-GOTAS MINIMO 10ML	FR	1
15	65052600330	EPINEFRINA (ADRENALINA) 1MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 1ML	AMP	5
16	65053000433	FUROSEMIDA 10MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2ML.	AMP	3
17	65054201033	GLICOSE 50% SOLUCAO INJETAVEL HIPERTONICA AMPOLA 10ML	AMP	3
18	65053800804	HALOPERIDOL SOLUCAO INJETAVEL 5MG/ML AMPOLA 1ML.	AMP	1
19	65051400388	HIOSCINA (N-BUTIL-ESCOPOLAMINA) 20MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 1ML	AMP	3
20	65052301693	IPRATROPIO, BROMINATO DE, 0,25MG/ML (0,25%) SOLUCAO PARA NEBULIZACAO FRASCO CONTA-GOTAS 20ML.	FR	1

21	65054601643	ISOSSORBIDA, DINITRATO COMPRIMIDO SUBLINGUAL 5MG CARTELA PLASTICO/ALUMINIO	CMP	5
22	65052301868	SALBUTAMOL 100MG DOSE AEROSOL FRASCO 200 DOSES. SEM CFC	FR	1
23	65052900562	SUCCINATO SODICO DE METILPREDNISOLONA 500MG INJETAVEL PO LIOFILO FRASCO-AMPOLA	F/A	2
24	65051400116	SULFATO DE ATROPINA 0,25MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 1ML	AMP	4
25	65150308986	**AGULHA HIPODERMICA COM SISTEMA DE SEGURANCA 13X4,5** (26G 1/2"), COM CORPO EM ACO INOXIDAVEL, SILICONIZADA, BISEL CURTO TRIFACETADO, CONECTOR EM PLASTICO COM CONEXAO LUER, PROTETOR PLASTICO DE ENCAIXE RIGIDO, IDENTIFICACAO DO CALIBRESEGUNDO PADRAO DE CORES UNIVERSAL, ESTERIL, EMBALAGEM INDIVIDUAL.	UND	10
26	65150309010	**AGULHA HIPODERMICA COM SISTEMA DE SEGURANCA 25X7** (22G 1"), COM CORPO EM ACO INOXIDAVEL, SILICONIZADA, BISEL CURTO TRIFACETADO, CONECTOR EM PLASTICO COM CONEXAO LUER PROTETOR PLASTICO DE ENCAIXE RIGIDO, IDENTIFICACAO DO CALIBRE SEGUNDO PADRAO DE CORES UNIVERSAL ESTERIL, EMBALAGEM INDIVIDUAL	UND	10
27	68101050037	**ALCOOL GEL**. ANTI-SEPTICO DE ACAO INSTANTANEA E BACTERICIDA, PARA HIGIENIZACAO DAS MAOS, FORMULADO COM ALCOOL ETILICO (70 A 80%) E AGENTE EMOLIENTE, NAO IRRITANTE E BIODEGRADAVEL. ACONDICIONADO EM FRASCO (REFIL) COM NO MINIMO 800ML E NO MAXIMO 1000ML.	UND	1
28	65100103094	**ATADURA CREPOM 08 CM** CONTENDO 13 FIOS/CM2, CONFECCIONADO EM FIOS DE ALGODAO CRU OU COMPONENTES SINTETICOS, COM AS BORDAS DELIMITADAS, TRAMA FECHADA, ELASTICIDADE ADEQUADA, ENROLADA UNIFORMEMENTE EM FORMA CILINDRICA, ISENTA DE DEFEITOS, MEDINDO 8CM DE LARGURA POR 1,8 METROS DE COMPRIMENTO (REPOUSO), EMBALAGEM INDIVIDUAL COM DADOS DE IDENTIFCACAO E PROCEDENCIA.	UND	5
29	65151413392	**CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO DE SEGURANCA 16G**, CONFECCIONADO EM POLIURETANO, FLEXIVEL, CAMARA DE REFLUXO TRANSPARENTE COM FILTRO HIDROFOGO, ALETA QUE INDICA O POSICIONAMENTO DO BISEL CURTO TRIFACETADO COM PROTECAO, PADRONIZACAO DE CORES, ESTERIL, DESCARTAVEL.	UND	5
30	65151413554	**CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO DE SEGURANCA 20G**, CONFECCIONADO EM POLIURETANO, FLEXIVEL, CAMARA DE REFLUXO TRANSPARENTE COM FILTRO HIDROFOGO, ALETA QUE INDICA O POSICIONAMENTO DO BISEL CURTO TRIFACETADO COM PROTECAO, PADRONIZACAO DE CORES, ESTERIL, DESCARTAVEL.	UND	5
31	65151413716	**CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO DE SEGURANCA 24G**, CONFECCIONADO EM POLIURETANO, FLEXIVEL, CAMARA DE REFLUXO TRANSPARENTE COM FILTRO HIDROFOGO, ALETA QUE INDICA O POSICIONAMENTO DO BISEL CURTO TRIFACETADO COM PROTECAO, PADRONIZACAO DE CORES, ESTERIL, DESCARTAVEL.	UND	5
32	65100101731	**COMPRESSA GAZE 7,5CM X 7,5CM ESTERIL C/10 UND** 100% ALGODAO MEDINDO 7,5 X 7,5CM, COM 13 FIOS/CM2, CINCO DOBRAS, COR BRANCO (ALVEJADA), MACIAS, BOA CAPACIDADE DE ABSORCAO, ISENTA DE IMPUREZAS, DOBRAS PARADENTRO DA COMPRESSA, NAO DEIXANDO FIOS SOLTOS, ESTERIL. ACONDICIONADA EM PACOTE COM 10 UNIDADES.	UND	5
33	65151700103	**DISPOSITIVO INTERMEDIARIO DE DUAS VIAS** PARA ADMINISTRACAO SIMULTANEA DE SOLUCOES, TUBO FLEXIVEL CRISTAL ATOXICO, CORTA FLUXO DE TAMANHO PEQUENO E FACIL MANUSEIO, CONECTOR LUER LOCK REVERSIVEL, COM TAMPAS DE RESERVA E PROTETORES EM TODAS AS VIAS, ESTERIL, EMBALADO INDIVUIDUALMENTE, CONFORME PORTARIA DO MINISTERIO DA SAUDE	UND	5
34	65159500608	**ESFIGNOMANOMETRO**	UND	1
35	65100200294	**ESPARADRAPO BRANCO TAMANHO 10CM POR 4,5 METROS**, DORSO EM TECIDO 100% ALGODAO, IMPERMEABILIZADO EM UMA DAS	UND	1

		FACES, DE COR BRANCA, MASSA ADESIVA A BASE DE OXIDO DE ZINCO, ISENTO DE SUBSTANCIAS ALERGENAS, RESISTENTE, COM BOA ADERENCIA, ENROLADO EM CARRETEL COM RESINA ACRILICA, COM BORDAS SERRILHADAS FAVORECENDO O CORTE EM AMBOS OS SENTIDOS, SEM DESFIAMENTO, EMBALAGEM CONTENDO DADOS DE IDENTIFICACAO E PROCEDENCIA.		
36	65159506870	**ESTETOSCOPIO**	UND	1
37	65152305607	**FIO NYLON MONOFILAMENTAR, DIAMETRO 3-0**, COM AGULHA CORTANTE DE 3/8 DE CIRCULO E 2,0CM DECOMPRIMENTO. EMBALAGEM EM ENVELOPE	UND	3
38	65100200537	**FITA MICROPORE 50MM** PARA FIXACAO DE CURATIVO, COR BRANCA, HIPOALERGENICA, COMPOSTA COM DORSO DE RAYON DE VISCOSE NAO TECIDO, RECOBERTO COM ADESIVO DE BASE ACRILICA, MEDINDO 50MM DE LARGURA E 10M DE COMPRIMENTO.	UND	1
39	65155507863	**GLICOSIMETRO**	UND	1
40	65152700310	**LAMINA DE BISTURI N 15** EM ACO INOXIDAVEL, ISENTO DE REBARBAS E SINAIS DE OXIDACAO, PONTA AFIADA, PERFEITA ADAPTACAO AO CABO, COM PROTECAO NA LAMINA, ESTERIL, No 15. EMBALAGEM INDIVIDUAL, EM ALUMINIO HERMETICAMENTE FECHADO, COM DADOS DE IDENTIFICACAO E PROCEDENCIA, DATA E TIPO DE ESTERILIZACAO, TEMPO DE VALIDADE.	UND	3
41	65150308552	**LANCETA PARA COLETA DE SANGUE CAPILAR** COM DISPOSITIVO DE SEGURANCA RETRATIL, CONFECCIONADA EM PLASTICO RIGIDO, LAMINA SILICONIZADA, TRIFACETADA, 23 A 30G, ESTERIL, DESCARTAVEL.	UND	10
42	65320000391	**LUVA CIRURGICA ESTERIL 7,5** ESTERIL,CONFEC.EM LATEX NATURAL, TEXTURA UNIF., FORM.ANAT.,C/ALTA SENSIB.TACTTIL, BOA ELAST.E RES. A TRACAO. PUNHO C/BAINHA/FRISOS,COMPRIM.MIN.28CM E LUBR.C/ MAT.ATOXICO. ACOND.EM INV. INT.C/DOBRAS P/ABERT.ASSEPTICA, DOBR. CONF. PADRAO HOSP.,C/INDIC.DAS MAOS DIREITA E ESQUERDA E NUMER.ENVEL.AOS PARES EM EMB.DEPAPEL GRAU CIR.E/OUC/FILME TERMOPLAST.,C/ABERT.EM PETALA,CONT.EXT.OS DADOS DEIDENT.E PROCED.DATA,TIPO DE ESTER.,TEMPO DE VAL.E REG.EM ORGAOS COMPETENTES.	PAR	3
43	65058001195	**POLIVINILPIRROLIDONA PVPI,** EM SOLUCAO AQUOSA A 10% COM 1% DE IODO ATIVO, COMPOSTO DE BATOQUE E TAMPA DE ROSCA TIPO ALMOTOLIA.ACONDICIONADO EM FRASCO COM 100ML.	UND	1
44	65156502849	**REANIMADOR MANUAL PULMONAR, DE SILICONE, PARA USO ADULTO**, COM BOLSA AUTO-INFLAVEL DE SILICONE,COM CAPACIDADE APROXIMADA DE 2000 ML, VALVULA REGULADORA DE PRESSAO DE SEGURANCA TIPO POP-OFF, SAIDA PARA MANOMETRO, RESERVATORIO DE OXIGENIO, QUE PERMITAESTERELIZACAO DE TODO MATERIAL.	UND	1
45	65156502768	**REANIMADOR MANUAL PULMONAR, DE SILICONE,PARA USO PEDIATRICO,**COM BOLSA AUTO-INFLAVEL DE SILICONE,COM CAPACIDADE APROXIMADA DE 740 ML,VALVULA REGULADORA DE PRESSAO DE SEGURANCATIPO POP-OFF, SAIDA PARA MANOMETRO, RESERVATORIO DE OXIGENIO, QUE PERMITAESTERELIZACAO DE TODO MATERIAL.	UND	1
46	65153700879	**SCALP 21G**, COMPOSTO DE CANULA DE ACO INOXIDAVEL, BISEL ATRAUMATICO COM DISPOSITIVO DE SEGURANCA, COM PROTETOR FIRME, ASA ANATOMICAS, ANTIDERRAPANTE E FLEXIVEL, EXTENSAO EM PVC TRANSPARENTE, SEM MEMORIA, MEDINDO APROX 30CM, COMPATIVEL COM CONECTOR LUER LOCK E LUER SLIP. ESTERIL, EMBALAGEM INDIVIDUAL	UND	5
47	65153700950	**SCALP 23G**, COMPOSTO DE CANULA DE ACO INOXIDAVEL, BISEL ATRAUMATICO COM DISPOSITIVO DE SEGURANCA, COM PROTETOR FIRME, ASA ANATOMICAS, ANTIDERRAPANTE E FLEXIVEL, EXTENSAO EM PVC TRANSPARENTE, SEM MEMORIA, MEDINDO APROX 30CM, COMPATIVEL COM CONECTOR LUER LOCK E LUER SLIP. ESTERIL, EMBALAGEM INDIVIDUAL.	UND	5

48	65153701093	**SCALP 25G**, COMPOSTO DE CANULA DE ACO INOXIDAVEL, BISEL ATRAUMATICO COM DISPOSITIVO DE SEGURANCA, COM PROTETOR FIRME, ASA ANATOMICAS, ANTIDERRAPANTE E FLEXIVEL, EXTENSAO EM PVC TRANSPARENTE, SEM MEMORIA, MEDINDO APROX 30CM, COMPATIVEL COM CONECTOR LUER LOCK E LUER SLIP. ESTERIL, EMBALAGEM INDIVIDUAL.	UND	5
49	65153801802	**SERINGA DESCARTAVEL 05ML**, CONFECCIONADA EM PLASTICO TRANSPARENTE BICO LUER LOCK ATOXICO, APIROGENICO, CILINDRO COM ESCALA DE GRADUACAO COM ALTO GRAU DE PRECISAO, COM ANEL DE RETENCAO, FLANGE COM FORMATO ADEQUADO, EMBOLO COM PISTAO LUBRIFICADO, SEM AGULHA, ESTERIL. EMBALAGEM INDIVIDUAL CONFORME LEGISLACAO DA ANVISA.	UND	5
50	65153801985	**SERINGA DESCARTAVEL 10 ML,** CONFECCIONADO EM PLASTICO TRANSPARENTE. BICO LUER LOCK ATOXICO APIROGENICO, CILINDRO COM ESCALA DE GRADUACAO COM ALTO GRAU DE PRECISAO, COM ANEL DE RETENCAO, FLANGE COM FORMATO ADEQUADO, EMBOLO COM PISTAO LUBRIFICADO, SEM AGULHA,ESTERIL EMBALAGEM INDIVIDUAL CONFORME LEGISLACAO DA ANVISA.	UND	5
51	65153802019	**SERINGA DESCARTAVEL 20 ML**, EM PLASTICO TRANSPARENTE , BICO SLIP, ATOXICO , APIROGENICO , CILINDRICO C / ESCALA DE GRADUACAO VISIVEL, C/ANEL DE RETENCAO, FLANGE C/FORMATO ADEQUADO, EMBOLO C/PISTAO LUBRIFICADO, S/AGULHA, ESTERIL, EMBALAGEM INDIVIDUAL DE PAPEL GRAU CIRURGICO E/OU C/FILME TERMOPLASTICO, C/ABERTURA EM PETALA, CONSTANDO EXTERNAMENTE OS DADOS DE IDENTIFICACAO E PROCEDENCIA, DATA E TIPO DE ESTERILIZACAO, PRAZO DE VALIDADE E REGISTRO EM ORGAO COMPETENTE.	UND	5
52	65153900703	**SONDA ASPIRACAO TRAQUEAL DESCARTAVEL, No 14,** CONFECCIONADA EM MATERIAL ATOXICO, MALEAVEL, TRANSPARENTE,ATRAUMATICO, SILICONIZADO, COM ORIFICIOS ADEQUADOS, CONECTOR UNIVERSAL. ESTERIL, EM EMBALAGEM INDIVIDUAL, QUE PERMITA ABERTURA ASSEPTICA, CONSTANDO EXTERNAMENTE DADOS DE IDENTIFICACAO E PROCEDENCIA, DATA E TIPO DE ESTERILIZACAO E TEMPO DE VALIDADE.	UND	1
53	65153903397	**SONDA FOLEY N16** 2 VIAS EM BORRACHA NATURAL, DE FORMATO ADEQUADO, SILICONIZADA, C/ANTI-INCRUSTANTE, PONTA PROXIMAL ARREDONDADA, C/DOIS ORIFICIOS GRANDES, ARREDONDAS E LISOS, O No DA SONDA E A CAPACIDADE DO BALAO (MINIMO DE 5ML) DEVERAO ESTAR ESTAMPADOS EM LOCAL VISIVEL E PERMANENTE, ESTERIL, EMBALAGEM INDIVIDUAL DE PAPEL GRAU CIRURGICO E/OU C/FILME TERMOPLASTICO, C/DADOS DE IDENTIFICACAO E PROCEDENCIA, DATA E TIPO DE ESTERILIZACAO, TEMPO DE VALIDADE E REGISTRO.	UND	1
54	65153901858	**SONDA NASOGASTRICA DESCARTAVEL, No 20 LONGA,** CONFECCIONADA EM POLIVINIL, ATOXICO, FLEXIVEL, TRANSPARENTE, COM BATOQUE, ATRAUMATICA, SILICONIZADA, COM ORIFICIOS LATERAIS, CONECTOR UNIVERSAL. ESTERIL, EM EMBALAGEM INDIVIDUAL, QUE PERMITA ABERTURA ASSEPTICA, CONSTANDO DADOS DE IDENTIFICACAO E PROCEDENCIA, DATA E TIPO DE ESTERILIZACAO E TEMPO DE VALIDADE.	UND	3
55	65153902234	**SONDA URETRAL DESCARTAVEL, NUMERO 10**, CONFECCIONADA EM MATERIAL ATOXICO, MALEAVEL, TRANSPARENTE, ATRAUMATICO, SILICONIZADO, ESTERIL, EM EMBALAGEM INDIVIDUAL DE PAPEL GRAUCIRURUGICO E/OU FILME TERMOPLASTICO, COM DADOS DE IDENTIFICACAO E PROCEDENCIA, DATA E TIPO DE ESTERILIZACAO, TEMPO DE VALIDADE E REGISTRO EM ORGAO COMPETENTE.	UND	1
56	66403200140	**SWAB ESTERIL** EMBALADO INDIVIDUALMENTE EM TUBO PLASTICO, DESCARTAVEL, COM GARANTIA DE ESTERILIDADE IMPRESSA NA EMBALAGEM, PARA USO EM BACTERIOLOGIA.	UND	10

GRADE MATERIAL ODONTOLOGIA BÁSICA			
ITEM	CÓDIGO SIGMA	DESCRIÇÃO COMPLETA	U / C
1	65202915560	**AGENTE DE UNIAO ESMALTE DENTINA**, FOTOPOLIMERIZAVEL, MONOCOMPONENTE, HIDROFILICO, BAIXA VISCOSIDADE, SEM ACETONA, A BASE DE ALCOOL. ACONDICIONADO EM FRASCO COM NO MINIMO 4ML.	FR
2	65202900457	**AGULHA DESCARTAVEL CURTA, 30G**, FLEXIVEL, PONTA LANCETADA, ESTERILIZADA, PARA SERINGA CARPULE. ACONDICIONADA EM CAIXA COM 100 UNIDADES.	CT
3	65202900538	**AGULHA DESCARTAVEL LONGA, 27G,** FLEXIVEL, PONTA LANCETADA, ESTERILIZADA, PARA SERINGA CARPULE. ACONDICIONADA EM CAIXA COM 100 UNIDADES.	CT
4	65202903120	**ALGODAO HIDROFILO PARA USO ODONTOLOGICO**, MACIO, 100% ALGODAO, EM FORMATO DE ROLINHOS. ACONDICIONADO EM PACOTE COM 100 UNIDADES.	PCT
5	65050221757	**AMINOBENZOATO DE ETILA A 20%**, COM SABOR, (ANESTESICO TOPICO PARA USO ODONTOLOGICO. ACONDICIONADO EM FRASCO COM 12 GRAMAS.	UND
6	65202905688	**ATAQUE ACIDO CONDICIONADOR DE ESMALTE** A BASE DE ACIDO FOSFORICO A 37%. ACONDICIONADO EM SERINGA COM APROXIMADAMENTE 2,5ML.	UND
7	65202334400	**BROCA CARBIDE CIRURGICA**, PARA ALTA ROTACAO, TIPO ZECRIA, COM 28MM.	UND
8	65202908199	**BROCA CARBIDE PARA ALTA ROTACAO No .6** - ESFERICA. EMBALADA INDIVIDUALMENTE, ESTERELIZADA,NAO DESCARTAVEL. A EMBALAGEM DEVE CONTER INSCRICAO DO FABRICANTE INFORMANDOQUE O PRODUTO E ESTERELIZADO.DEVE SUPORTAR SUCESSIVAS AUTOCLAVAGENS SEM PERDER O CORTE.	UND
9	65202914911	**BROCA CARBIDE PARA ALTA ROTACAO, No. 2** - ESFERICA, EMBALADA INDIVIDUALMENTE, ESTERELIZADA,NAO DESCARTAVEL. A EMBALAGEM DEVE CONTER INSCRICAO DO FABRICANTE INFORMANDOQUE O PRODUTO E ESTERELIZADO. DEVE SUPORTAR SUCESSIVAS AUTOCLAVAGENS SEM PERDER O CORTE.	UND
10	65202915055	**BROCA CARBIDE PARA ALTA ROTACAO, No. 4** - ESFERICA, EMBALADA INDIVIDUALMENTE, ESTERELIZADA,NAO DESCARTAVEL. A EMBALAGEM DEVE CONTER INSCRICAO DO FABRICANTE INFORMANDOQUE O PRODUTO E ESTERELIZADO. DEVE SUPORTAR SUCESSIVAS AUTOCLAVAGENS SEM PERDER O CORTE.	UND
11	65202919042	**BROCA CARBIDE PARA ALTA ROTACAO, No.245** PERA. EMBALADA INDIVIDUALMENTE, ESTERELIZADANAO DESCARTAVEL. A EMBALAGEM DEVE CONTER INSCRICAO DO FABRICANTE INFORMANDOQUE O PRODUTO E ESTERELIZADO. DEVE SUPORTAR SUCESSIVAS AUTOCLAVAGENS SEM PERDER O CORTE.	UND
12	65202914679	**BROCA CARBIDE TIPO GATES-GLIDDEN**, BAIXA ROTACAO, PARA CONTRA ANGULO NO TAMANHO 28MM, N. 02	UND
13	65202914750	**BROCA CARBIDE TIPO GATES-GLIDDEN**, BAIXA ROTACAO, PARA CONTRA ANGULO NO TAMANHO 28MM, N. 03	UND
14	65202914830	**BROCA CARBIDE TIPO GATES-GLIDDEN**, BAIXA ROTACAO, PARA CONTRA ANGULO NO TAMANHO 28MM, N. 04	UND
15	65202600496	**BROCA CIRURGICA CARBIDE PARA ALTA ROTACAO N 04,** EMBALADAS INDIVIDUALMENTE, ESTERELIZADAS, NAO DESCARTAVEL.A EMBALAGEM DEVE CONTER INSCRICAO DO FABRICANTE INFORMANDO QUE O PRODUTO E ESTERELIZADO. DEVE SUPORTAR SUCESSIVAS AUTOCLAVAGENS SEM PERDER O CORTE, No.04,ESFERICA,HASTE LONGA(28MM).	UND
16	65202600658	**BROCA CIRURGICA CARBIDE PARA ALTA ROTACAO N 08**, EMBALADAS INDIVIDUALMENTE, ESTERELIZADAS, NAO DESCARTAVEL.A EMBALAGEM DEVE CONTER INSCRICAO DO FABRICANTE INFORMANDO QUE O PRODUTO E ESTERELIZADO. DEVE SUPORTAR SUCESSIVAS AUTOCLAVAGENS SEM PERDER O CORTE, No.08,ESFERICA,HASTE LONGA(28MM).	UND
17	65202938004	**BROCA DIAMANTADA ESFERICA** ALTA ROTACAO N° 1016 HL	UND
18	65202912978	**BROCA DIAMANTADA PARA ALTA ROTACAO, N.2135 FF**, PRATEADA, PARA ACABAMENTO DE RESINAS E SIMILARESEMBALADA INDIVIDUALMENTE, ESTERELIZADA, NAO DESCARTAVEL. A EMBALAGEM DEVECONTER INSCRICAO DO	UND

		FABRICANTE INFORMANDO QUE O PRODUTO E ESTERELIZADO. DEVESUPORTAR SUCESSIVAS AUTOCLAVAGENS SEM PERDER O CORTE.	
19	65202912544	**BROCA DIAMANTADA PARA ALTA ROTACAO, N.3168 FF**, PRATEADA, PARA ACABAMENTO DE RESINAS E SIMILARESEMBALADA INDIVIDUALMENTE, ESTERELIZADA, NAO DESCARTAVEL. A EMBALAGEM DEVECONTER INSCRICAO DO FABRICANTE INFORMANDO QUE O PRODUTO E ESTERELIZADO. DEVESUPORTAR SUCESSIVAS AUTOCLAVAGENS SEM PERDER O CORTE.	UND
20	65202912706	**BROCA DIAMANTADA PARA ALTA ROTACAO, N.3195 FF**, PRATEADA, PARA ACABAMENTO DE RESINAS E SIMILARESEMBALADA INDIVIDUALMENTE, ESTERELIZADA, NAO DESCARTAVEL. A EMBALAGEM DEVECONTER INSCRICAO DO FABRICANTE INFORMANDO QUE O PRODUTPO E ESTERELIZADO. DEVESUPORTAR SUCESSIVAS AUTOCLAVAGENS SEM PERDER O CORTE.	UND
21	65202900295	**BROCA DIAMANTADA PARA ALTA ROTACAO, No. 1012** - ESFERICA. EMBALADA INDIVIDUALMENTE, ESTERELIZADA,NAO DESCARTAVEL A EMBALAGEM DEVE CONTER INSCRICAO DO FABRICANTE INFORMANDOQUE O PRODUTO E ESTERELIZADO.DEVE SUPORTAR SUCESSIVAS AUTOCLAVAGENS SEM PERDERO CORTE.	UND
22	65202901267	**BROCA DIAMANTADA PARA ALTA ROTACAO, No. 1014** - ESFERICA. EMBALADA INDIVIDUALMENTE, ESTERELIZADANAO DESCARTAVEL. A EMBALAGEM DEVE CONTER INSCRICAO DO FABRICANTE INFORMANDOQUE O PRODUTO E ESTERLIZADO. DEVE SUPORTAR SUCESSIVAS AUTOCLAVAGENS SEM PERDERO CORTE.	UND
23	65202901429	**BROCA DIAMANTADA PARA ALTA ROTACAO, No. 1034** - CONE INVERTIDA. EMBALADA INDIVIDUALMENTE,ESTERELIZADA, NAO DESCARTEVEL. A EMBALAGEM DEVE CONTER INSCRICAO DO FABRICANTEINFORMANDO QUE O PRODUTO E ESTERELIZADO. DEVE SUPORTAR SUCESSIVAS AUTOCLAVAGENS SEM PERDER O CORTE.	UND
24	65202912625	**BROCA DIAMANTADA PARA ALTA ROTACAO, No.3195 F**, DOURADA, PARA ACABAMENTO DE RESINAS E SIMILARES.EMBALADA INDIVIDUALMENTE, ESTERELIZADA, NAO DESCARTAVEL. A EMBALAGEM DEVECONTER INSCRICAO DO FABRICANTE INFORMANDO QUE O PRODUTO E ESTERELIZADO. DEVESUPORTAR SUCESSIVAS AUTOCLAVAGENS SEM PERDER O CORTE.	UND
25	65202938772	**BROCA PARA BAIXA ROTACAO** PARA CONTRA-ANGULO, No. 2 - ESFERICA.	UND
26	65202901003	**BROCA PARA BAIXA ROTACAO** PARA CONTRA-ANGULO, No. 4 - ESFERICA.	UND
27	65202901186	**BROCA PARA BAIXA ROTACAO** PARA CONTRA-ANGULO, No. 6 - ESFERICA.	UND
28	65202914402	**BROCAS, TACAS E PONTAS DE BORRACHA** PARA POLIMENTO DE AMALGAMA, EM 03 CORES MARRON, VERDE E AZUL, PARA USO SEQUENCIAL, CAIXA COM 06 UNIDADES PARA CONTRA ANGULO	CX
29	65202910096	**CIMENTO HIDROXIDO DE CALCIO** CONJUNTO COMPOSTO POR: 01 TUBO DE PASTA BASE COM NO MINIMO 13G, 01 TUBO DE PASTA CATALIZADORA COM NO MINIMO 11G, 01 BLOCO PARA MANIPULACAO.	UND
30	65202916701	**CIMENTO IONOMERO DE VIDRO PARA RESTAURACAO**, COR A2 OU A3, RAIOPACO, PRESA RAPIDA, UNIAO QUIMICA AO ESMALTE E DENTINA, QUE DESPRENDA IONS DE FLUOR, AUTOPOLIMERIZAVEL, COM COEFICIENTEDE EXPANSAO TERMICA SIMILAR AO DENTE, ALTA RESISTENCIA AO DESGASTE, BIO-COMPATIVEL. CONJUNTO COM 01 FRASCO DE PO COM APROXIMADAMENTE 10G, CONTENDO VIDRO DEFLUORSILATO, ACIDO TARTARICO E 01 FRASCO DE LIQUIDO CONTENDO ACIDO TARTARICO COM APROXIMADAMENTE 8ML.	CX
31	65202911300	**CIMENTO IONOMERO DE VIDRO PARA TRA** (TECNICA RESTAURADORA ATRAUMATICA), PRESA RAPIDA POR GELEIFICACAO, QUE APRESENTE REACAO ACIDO-BASE, UNIAO QUIMICA AO ESMALTE E DENTINA, QUE DESPRENDA IONS DE FLUOR, AUTOPOLIMERIZAVEL, COM ATIVACAO QUIMICA... (DEMAIS DETALHESCONFORME TERMO DE REFERENCIA FORNECIDO PELO ORGAO). KIT CONTENDO: 1 FRASCO C/NO MINIMO 8ML DE LIQUIDO, 1 FRASCO C/ NO MINIMO 10G DE PO, COLHER MEDIDORA E BLOCO DE ESPATULACAO.	KIT
32	65202923589	**CIMENTO OXIDO DE ZINCO EUGENOL** CONJUNTO FORMADO POR 01 FRASCO DE PO COM 50GRS. E 01 FRASCO DE LIQUIDO COM20MLAPROXIMADAMENTE.	UND
33	65202913030	**COMPOSTO DENTAL** FOTOPOLIMERIZAVEL PARA RESTAURACOES EM DENTES ANTERIORES E POSTERIORES. SERINGA COM APROXIMADAMENTE 4G, NA COR A2	UND

34	65202920563	**COMPOSTO DENTAL** FOTOPOLIMERIZAVEL PARA RESTAURACOES EM DENTES ANTERIORES E POSTERIORES. SERINGA COM APROXIMADAMENTE 4G, NA COR A2 - OPACO OU DENTINA	UND
35	65202900644	**COMPOSTO DENTAL** FOTOPOLIMERIZAVEL PARA RESTAURACOES EM DENTES ANTERIORES E POSTERIORES. SERINGA COM APROXIMADAMENTE 4G, NA COR A3.5 - OPACO OU DENTINA	UND
36	65202912382	**COMPOSTO DENTAL** FOTOPOLIMERIZAVEL PARA RESTAURACOES EM DENTES ANTERIORES E POSTERIORES. SERINGA COM APROXIMADAMENTE 4G, NA COR C2.	UND
37	65202912110	**COMPOSTO DENTAL** FOTOPOLIMERIZAVEL, PARA RESTAURACOES EM DENTES ANTERIORES E POSTERIORES. SERINGA COM APROXIMADAMENTE 4G, NA COR A3,5.	UND
38	65202912200	**COMPOSTO DENTAL** FOTOPOLIMERIZAVEL, PARA RESTAURACOES EM DENTES ANTERIORES E POSTERIORES. SERINGA COM APROXIMADAMENTE 4G, NA COR B3	UND
39	65202908512	**CONDICIONADOR DENTINA** PARA RESTAURACOES DE IONOMERO DE VIDRO, A BASE DE ACIDO POLIACRILICO A 12%. ACONDICIONADO EM FRASCO COM APROXIMADAMENTE 10ML.	UND
40	65202101066	**CONE PAPEL ABSORVENTE**, SORTIDOS, ESTERILIZADOS, ROLADOS A MAO, TAMANHO DE 15 A 40. ACONDICIONADO EM CAIXA COM 120 UNIDADES.	UND
41	85300006585	**CONJUNTO HIGIENE ORAL PARA USO ADULTO**, COMPOSTO DOS SEGUINTES ITENS: UMA ESCOVA, UMA PASTA DENTAL DE 90G E UM ROLO DE FIO DENTAL DE 25 METROS.	CJ
42	85300006666	**CONJUNTO HIGIENE ORAL PARA USO INFANTIL**, COMPOSTO DOS SEGUINTES ITENS: UMA ESCOVA, UMA PASTA DENTAL DE 90G E UM ROLO DE FIO DENTAL DE 25 METROS.	CJ
43	65202911220	**CUNHA DE MADEIRA** BEM ACABADA SEM FARPAS, INDIVIDUALIZADAS. ACONDICIONADA EM CAIXA COM APROXIMADAMENTE 100 UNIDADES.	CX
44	65202910762	**ESCOVA ROBINSON** TIPO PINCEL COM CERDA PLANA PARA POLIMENTO E PROFILAXIA, PARA CONTRA ANGULO,EMBALADA INDIVIDUALMENTE, ESTERELIZADA, NAO DESCARTAVEL. A EMBALAGEM DEVECONTER INSCRICAO DO FABRICANTE INFORMANDO QUE O PRODUTO E ESTERELIZADO. DEVESUPORTAR SUCESSIVAS AUTOCLAVAGENS SEM PERDER O CORTE.	UND
45	65202902581	**ESPELHO BUCAL PLANO, No. 5**, AUTOCLAVAVEL, RESISTENTE A CORROSAO, DESCOLORACAO E A SUCESSIVAS AUTOCLAVAGENS; EM ACO INOX POLIDO; BORDAS POLIDAS E BEM ACABADAS; PERFEITA UNIAO ENTRE AS BORDAS E O ESPELHO PROPRIAMENTE DITO.	UND
46	65202100507	**EXTIRPA NERVOS** EM ACO INOX, PRE ESTERILIZADOS, ALTAMENTE FLEXIVEIS E RESISTENTE A FRATURAS, TAMANHO 15 A 40.	UND
47	65202909675	**FILME TRANSPARENTE DE PVC**, UTILIZADO PARA EMBALAR, PROTEGER, PRESERVAR, HIGIENIZAR EMBALAGEM COM BOBINA DE 28CM X 15M.	UND
48	65152319403	**FIO DE SEDA PRETO**, DIAMETRO 4-0; COM AGULHA CORTANTEDE 2CM, EM FORMA DE1/2 CIRCULO; COM NO MINIMO 45CM DE COMPRIMENTO.	UND
49	85300004450	**FIO DENTAL** ACONDICIONADA EM ROLO COM 100 METROS NO MINIMO.	UND
50	65202921535	**FLUORETO DE SODIO** NEUTRO, GEL A 2%, COM PROPRIEDADE TIXOTROPICA, COM SABOR, ALTA VISCOSIDADE. ACONDICIONADA EM FRASCO COM, NO MINIMO, 200ML.	FR
51	65202904010	**GEL DENTAL EVIDENCIADOR** DE PLACA BACTERIANA. APRESENTADO EM BISNAGA COM 60G, COMPOSTO POR FLUORETO DE SODIO 0,27%, LAURIL SULFATO DE SODIO, UMECTANTE, CARBOXIMETIL CELULOSE, ERITROSINA 0,5%, SACARINA SODICA E AGUA DESMINERALIZADA. ACOONDICIONADO INDIVIDUALMENTE EM CAIXA DE PAPELAO.	UND
52	65202906307	**HIDROXIDO DE CALCIO P.A.**(PARA ANALISE), QUIMICAMENTE PURO, EM PO. ACONDICIONADO EM FRASCO COM 10G.	UND
53	65050202027	**LIDOCAINA + EPINEFRINA** CLORIDRATO DE LIDOCAINA 20MG/ML(2%)+ EPINEFRINA 20 uG/ML, SOLUCAO INJETAVEL. ACONDICIONADA EM TUBETE COM 1,8ML.	UND
54	65202101902	**LIMA TIPO KERR**, 08 DE 25MM, EM ACO INOX, CABO COLORIDO FORMA PADRONIZADA ALTAMENTE FLEXIVEIS E RESISTENTES A FRATURAS. ACONDICIONADA EM CAIXA COM 06 UNIDADES.	CX
55	65202102461	**LIMA TIPO KERR**, 15 DE 25MM, EM ACO INOX, CABO COLORIDO, FORMA PADRONIZADA, ALTAMENTE FLEXIVEIS E RESISTENTES A FRATURAS. ACONDICIONADA EM CAIXA COM 06 UNIDADES.	CX
56	65202101228	**LIMA TIPO KERR**, 15-40 DE 25MM, EM ACO INOX, CABO COLORIDO, FORMA PADRONIZADA, ALTAMENTE FLEXIVEIS E RESISTENTES A FRATURAS, CAIXA SORTIDA.	CX

57	65202902824	**MATRIZ DE ACO COM 7MM** DE ESPESSURA. ACONDICIONADA EM ROLO COM 0,50 METROS.	UND
58	65202913516	**OLEO LUBRIFICANTE** EM SPRAY, PARA CANETA DE ALTA ROTACAO. ACONDICIONADO EM FRASCO COM 100ML E 70G.	UND
59	65202907621	**PAPEL CARBONO** PARA ARTICULACAO DENTARIA, DUPLA FACE, RESISTENTE A UMIDADE E SENSIVEL A PRESSAO. ACONDICIONADO EM BLOCO COM 12 FOLHAS.	BL
60	65202906579	**PARAMONOCLOROFENOL** CANFORADO 20ML	UND
61	65202907702	**PASTA PROFILAXIA** GRANULACAO MEDIA, SABOR AGRADAVEL COM FLUOR. ACONDICIONADO EM FRASCO COM 50G.	UND
62	65202915640	**PONTA APLICADORA** PARA AGENTE DE UNIAO, DESCARTAVEL, HASTE PLASTICADOBRAVEL PARA FACILITAR A DEPOSICAO DO MATERIAL, PONTA ATIVA DE FORMA ESFERICA, COMPOSTA POR MICRO FIBRAS ISENTAS DE FIAPOS E NAO ABSORVENTES. ACONDICIONADA EM CAIXA COM NO MINIMO 100 UNIDADES.	UND
63	65202915721	**PONTA PARA INSERCAO** DE MATERIAL RESTAURADOR,MODELO "ACCUDOSE ANTERIORLV", ADAPTAVEL A SERINGA APLICADORA DE MATERIAIS PLASTICOS TIPO "CENTRIX". ACONDICIONADO EM CAIXA COM NO MINIMO 20 PONTAS.	CX
64	65202328001	**PONTAS DE SILICONE** PARA ACABAMENTO E POLIMENTO DE RESINA COMPOSTA; AUTOCLAVAVEIS; COM DUAS ABRASIVIDADES; PONTAS AMARELAS PARA PRE-POLIMENTO E PONTAS BRANCAS PARA OBTENCAO DE ALTO BRILHO. CONJUNTO CONTENDO NO MINIMO, 6 PONTAS DISTRIBUIDAS NOS SEGUINTES FORMATOS: CHAMA, LENTILHA E TACA.	UND
65	85300005694	**SISTEMA AMALGAMA** LIGA COM MISTURA DE PARTICULAS COM ALTO TEOR DE COBRE, M FASE GAMA 2, COM ALTA RESISTENCIA INICIAL A COMPRESSAO E A TRACAO, EXCELENTE VEDAMENTO MARGINAL, COMPOSTO POR 40% DE PRATA, 31% ESTANHO 28% DE COBRE E MERCURIO, CAPSULA ADAPTAVEL A QUALQUER TIPO DE APARELHO AMALGAMADOR, JARRO COM NO MINIMO 50 CAPSULAS DE 1 DOSE CADA.	UND
66	65202910509	**SODA CLORADA** PARA USO ODONTOLOGICO, 500ML.	UND
67	65202903391	**SUGADOR DE SALIVA** PLASTICO, DESCARTAVEL, PACOTE COM 40 UNIDADES.	PCT
68	65202903715	**TIRA LIXA COM 2 GRANULOMETRIAS**: FINA E GROSSA E CENTRO NEUTRO, COM 4MM DE LARGURA, CAIXA COM 100 UNIDADES PARA MATERIAIS ESTETICOS E RESINAS COMPOSTAS.	CX
69	65202903472	**TIRA LIXA DE ACO**, FACE POSTERIOR POLIDA, RESISTENTE; COM CENTRO NEUTRO, 4MM DE LARGURA. ACONDICIONADO EM CARTELA COM NO MINIMO, 12 LIXAS.	UND
70	65202903553	**TIRA POLIESTER** PARA USO DURANTE A CONFECCAO DE RESTAURACOES DE RESINA COMPOSTA E IONOMEROS. ACONDICIONADA EM CARTELA COM APROXIMADAMENTE 100 TIRAS.	UND
71	65202905254	**TRICRESOL-FORMALINA** ACONDICIONADO EM FRASCO COM APROXIMADAMENTE 10ML.	FR
72	65054010874	**VASELINA SOLIDA** PURA ESTERILIZADA BISNAGA 30G	UND
73	65202907974	**VERNIZ COM FLUOR** COMPOSTO POR 50MG DE FLUORETO DE SODIO CORRESPONDENDO A 22,6MG DE FLUOR, SUSPENSO EM SOLUCAO ALCOOLICADERESINAS NATURAIS. ACONDICIONADO EM TUBO COM NO MINIMO 30ML.	UND

GRADE PADRÃO BÁSICA MATERIAL MÉDICO CIRÚRGICO			
ITEM	CÓDIGO SIGMA	DESCRIÇÃO COMPLETA	U/C
1	65150000426	**ABAIXADOR DE LINGUA ESPATULA DE MADEIRA DESCARTAVEL**, COM EXTREMIDADES ARREDONDADAS, COM NO MINIMO DE 1,5CM DE LARGURA E 13,5CM DE COMPRIMENTO, EMBALAGEM CONTENDO DADOS DE IDENTIFICACAO E PROCEDENCIA.	CT
2	65151800590	**ADAPTADOR DE FRASCO DE SORO** SISTEMA FECHADO CONSTITUIDO DE MATERIAL PLASTICO ATOXICO, APIROGENICO COM PENETRADOR TRIFACETADO E TAMPA DE PROTECAO, ESTERIL, DESCARTAVEL, EMBALAGEM INDIVIDUAL CONFORME PORTARIA DO MS.	UND
3	65152111160	**AGUA DESTILADA PARA AUTOCLAVE** - GALAO 5000 ML	GL
4	65150309524	**AGULHA HIPODERMICA COM SISTEMA DE SEGURANCA 20X5,5** (18G 3/4") OU 25X5 (24G 1"), COM CORPO EM ACO INOXIDAVEL, SILICONIZADA, BISEL CURTO TRIFACETADO, CONECTOR EMPLASTICO COM CONEXAO LUER PROTETOR PLASTICO DE ENCAIXE RIGIDO, IDENTIFICACAO DO CALIBRE SEGUNDO PADRAO DE CORES UNIVERSAL ESTERIL, EMBALAGEM INDIVIDUAL.	UND
5	65150309010	**AGULHA HIPODERMICA COM SISTEMA DE SEGURANCA 25X7** (22G 1"), COM CORPO EM ACO INOXIDAVEL, SILICONIZADA, BISEL CURTO TRIFACETADO, CONECTOR EM PLASTICO COM CONEXAO LUER PROTETOR PLASTICO DE ENCAIXE RIGIDO, IDENTIFICACAO DO CALIBRE SEGUNDO PADRAO DE CORES UNIVERSAL ESTERIL, EMBALAGEM INDIVIDUAL	UND
6	65150309262	**AGULHA HIPODERMICA COM SISTEMA DE SEGURANCA 30X8**, COM CORPO EM ACO INOXIDAVEL, SILICONIZADA, BISEL CURTO TRIFACETADO, CONECTOR EM PLASTICO COM CONEXAO LUER PROTETOR PLASTICO DE ENCAIXE RIGIDO, IDENTIFICACAO DO CALIBRE SEGUNDO PADRAO DE CORES UNIVERSAL ESTERIL, EMBALAGEM INDIVIDUAL	UND
7	65150309796	**AGULHA PARA ASPIRACAO DE MEDICAMENTOS 18G** 1, COM CORPO EM ACO INOXIDAVEL, SILICONIZADA, PONTA ROMBA, CANHAO DE PLASTICO COM ENCAIXE PERFEITO PARA BICO LUER SLIP E LUER LOCK PROTETOR PLASTICO DE ENCAIXE RIGIDO, ESTERIL, DESCARTAVEL.	UND
8	6510300248	**ALGODÃO ROLO HIDROFILO 250G** EM MANTA FINA, DE ESPESSSURA UNIFORME, CAMADAS SOBREPOSTAS, REGULARMENTE COMPACTO, DE ASPECTO HOMOGENEO E MACIO, COR BRANCA, BOA ABSORVENCIA, INODORO, ENROLADO EM PAPEL APROPRIADO EM TODA A SUA EXTENSAO, EMBALAGEM COM DADOS DE IDENTIFICACAO E PROCEDENCIA. ACONDICIONADO EM PACOTE COM 250G.	UND
9	65150700401	**ALMOTOLIA PLASTICA** COM CAPACIDADE MINIMA PARA 250ML, ESCURA, COM TAMPA E PROTECAO FIXA PARA O BICO.	UND
10	65150700169	**ALMOTOLIA PLASTICA** COM CAPACIDADE MINIMA PARA 250ML, TRANSPARENTE, COM TAMPA DE ROSCA, BICO LONGO.	UND
11	85300004108	**APARELHO DE BARBEAR MANUAL**, DESCARTAVEL, COM CABO PLASTICO, DUAS LAMINAS PARALELAS FIXAS EM ACO INOXIDAVEL, EMBALADO INDIVIDUALMENTE.	UND
12	65100103094	**ATADURA CREPOM 08 CM** CONTENDO 13 FIOS/CM2, CONFECCIONADO EM FIOS DE ALGODAO CRU OU COMPONENTES SINTETICOS, COM AS BORDAS DELIMITADAS, TRAMA FECHADA, ELASTICIDADE ADEQUADA, ENROLADA UNIFORMEMENTE EM FORMA CILINDRICA, ISENTA DE DEFEITOS, MEDINDO 8CM DE LARGURA POR 1,8 METROS DE COMPRIMENTO (REPOUSO), EMBALAGEM INDIVIDUAL COM DADOS DE IDENTIFCACAO E PROCEDENCIA.	UND
13	65100102799	**ATADURA CREPOM 15 CM** CONTENDO 13 FIOS/CM2, CONFECCIONADA EM FIOS DE ALGODAO CRU OU COMPONENTES SINTETICOS, COM AS BORDAS DELIMITADAS, TRAMA FECHADA, ELASTICIDADE ADEQUADA, ENROLADA UNIFORMEMENTE EM FORMA CILINDRICA, ISENTA DE DEFEITOS, MEDINDO 15CM DE LARGURA POR 1,8 METROS DE COMPRIMENTO (REPOUSO), EMBALAGEM INDIVIDUAL COM DADOS DE IDENTIFICACAO E PROCEDENCIA.	UND
14	65152109182	**CAMPO CIRURGICO FENESTRADO EM NAO TECIDO SMS**, BARREIRA A FLUIDOS E MICROORGANISMOS, FENESTRADO, MEDINDO APROX. 50X40CM, ESTERIL, DESCARTAVEL.	UND
15	65320402350	**CAPOTE DESCARTAVEL CONFECCIONADO EM SMS**, MANGAS LONGAS, PUNHO SANFONADO, TIRAS COM AMARRAS CERVICAL E LOMBAR, COMPRIMENTO APROXIMADO 120CM E LARGURA DE 150CM, GRAMATURA APROXIMADA 25G/M2, COR BRANCA.	UND
16	65151413554	**CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO DE SEGURANCA 20G**, CONFECCIONADO EM POLIURETANO, FLEXIVEL, CAMARA DE REFLUXO TRANSPARENTE COM FILTRO HIDROFOGO, ALETA QUE INDICA O POSICIONAMENTO DO BISEL CURTO TRIFACETADO COM PROTECAO, PADRONIZACAO DE CORES, ESTERIL, DESCARTAVEL.	UND

17	65151413635	**CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO DE SEGURANCA 22G,** CONFECCIONADO EM POLIURETANO, FLEXIVEL, CAMARA DE REFLUXO TRANSPARENTE COM FILTRO HIDROFOGO, ALETA QUE INDICA O POSICIONAMENTO DO BISEL CURTO TRIFACETADO COM PROTECAO, PADRONIZACAO DE CORES, ESTERIL, DESCARTAVEL.	UND
18	65151413716	**CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO DE SEGURANCA 24G,** CONFECCIONADO EM POLIURETANO, FLEXIVEL, CAMARA DE REFLUXO TRANSPARENTE COM FILTRO HIDROFOGO, ALETA QUE INDICA O POSICIONAMENTO DO BISEL CURTO TRIFACETADO COM PROTECAO, PADRONIZACAO DE CORES, ESTERIL, DESCARTAVEL.	UND
19	65151200135	**COLETOR DE URINA ADULTO COM BOLSA COLETORA SISTEMA FECHADO,** COM UMA DAS FACES TRANSPARENTE, CAPACIDADE MINIMA 1000ML E MAXIMA 2000ML ESCALA DE LEITURA DE PEQUENOS E GRANDES VOLUMES, VALVULA ANTI-REFLUXO, SAIDA QUE PERMITA DRENAGEM TOTAL DO LIQUIDO COM PINCA AJUSTAVEL (CLAMP) ALCA PARA FIXACAO NO LEITO, SUPORTE RIGIDO, TUBO COLETOR EMPVC CRISTAL COM CORTA-FLUXO E DISPOSITIVO PARA COLETA DE URINA ESTERIL, CONECTOR DE SONDA COM TAMPA PROTETORA, ESTERIL. EMBALADO INDIVIDUALMENTE.	UND
20	65100500689	**COMPRESSA CURATIVO ESTERIL 10X15** 100% ALGODAO, MINIMO 11 FIOS/CM2, ACOLCHOADA COM MANTA DE ALGODAO HIDROFILO, CAMADA IMPERMEAVEL, ESTERIL, DESCARTAVEL, MEDINDO APROXIMADAMENTE 10X15X0,5CM, EMBALAGEM CONFORME RDC 185/01 ANVISA.	UND
21	65100101731	**COMPRESSA GAZE 7,5CM X 7,5CM ESTERIL C/10 UND** 100% ALGODAO MEDINDO 7,5 X 7,5CM, COM 13 FIOS/CM2, CINCO DOBRAS, COR BRANCO (ALVEJADA), MACIAS, BOA CAPACIDADE DE ABSORCAO, ISENTA DE IMPUREZAS, DOBRAS PARADENTRO DA COMPRESSA, NAO DEIXANDO FIOS SOLTOS, ESTERIL. ACONDICIONADA EM PACOTE COM 10 UNIDADES.	UND
22	65100501308	**COMPRESSA GAZE 7,5CM X 7,5CM NAO ESTERIL C/500 UND** 100% ALGODAO MEDINDO 7,5 X 7,5CM, COM 13 FIOS/CM2, CINCO DOBRAS, COR BRANCA (ALVEJADA), MACIAS, BOA CAPACIDADE DE ABSORCAO, ISENTA DE IMPUREZAS, DOBRAS PARA DENTRO DA COMPRESSA, NAO DEIXANDO FIOS SOLTOS. ACONDICIONADA EM PACOTES COM 500 UNIDADES.	UND
23	65153300188	**CONJUNTO NEBULIZAÇAO ADULTO** DE POLIVINIL (MATERIAL PLASTICO), COMPOSTO DE MASCARA DE MATERIAL PLASTICO, MACIO E TRANSPARENTE, CACHIMBO TAMBEM CONFECCIONADO EM MATERIAL PLASTICO E CIRCUITO UNIVERSAL COMPATIVEL COM REDE DE OXIGENIO, EMBALADO INDIVIDUALMENTE	UND
24	65153300935	**CONJUNTO NEBULIZACAO INFANTIL** DE POLIVINIL (MATERIAL PLASTICO), COMPOSTO DE MASCARA DE MATERIAL PLASTICO, MACIO E TRANSPARENTE, CACHIMBO TAMBEM CONFECCIONADO EM MATERIAL PLASTICO E CIRCUITO UNIVERSAL COMPATIVEL COM REDE DE OXIGENIO, EMBALADO INDIVIDUALMENTE.USO INFANTIL.	UND
25	65151700103	**DISPOSITIVO INTERMEDIARIO DE DUAS VIAS** PARA ADMINISTRACAO SIMULTANEA DE SOLUCOES, TUBO FLEXIVEL CRISTAL ATOXICO, CORTA FLUXO DE TAMANHO PEQUENO E FACIL MANUSEIO, CONECTOR LUER LOCK REVERSIVEL, COM TAMPAS DE RESERVA E PROTETORES EM TODAS AS VIAS, ESTERIL, EMBALADO INDIVUIDUALMENTE, CONFORME PORTARIA DO MINISTERIO DA SAUDE	UND
26	65151800400	**EQUIPO MACROGOTAS** COM INJETOR LATERAL EM "Y" COM PENETRADOR TRIFACETADO, COM FILTRO HIDROFUGO E ADAPTACAO SEGURA PARA AS AMPOLAS PLASTICAS E FRASCOS, CAMARA FLEXIVEL CRISTAL, COM ENTRADA DE AR, TUBO EM PVC CRISTAL, ATOXICO, COMPRIMENTO MINIMO DE 1,20M, PINCA ROLETE COM CORTA FLUXO, CONECTOR LUER-LOCK REVERSIVEL, ESTERIL, DESCARTAVEL, APIROGENICO, EMBALAGEM CONFORME PORTARIA DO MINISTERIO DA SAUDE	UND
27	65155508754	**ESPACADOR INFANTIL** EM ACRILICO, PARA AEROSSOLTERAPIA EM PROTESE RESPIRATORIA.	UND
28	65155512000	**ESPACADOR BIOVALVULADO UNIDIRECIONAL** POSSUI ENCAIXE UNVERSAL PARA TODOS OS FORMATOS DE AEROSOIS DOSIFICADORES (BOMBINHAS) DE MEDICAMENTOS RESPIRATORIOS. SEU MECANISMO IMPEDE O RETORNO DO AR INSPIRADO DE VOLTA PARA O CORPO DO PRODUTO (CAMARA) E MAXIMIZA A DILUICAO DO MEDICAMENTO AEROSOL	UND
29	65100200294	**ESPARADRAPO BRANCO TAMANHO 10CM POR 4,5 METROS,** DORSO EM TECIDO 100% ALGODAO, IMPERMEABILIZADO EM UMA DAS FACES, DE COR BRANCA, MASSA ADESIVA A BASE DE OXIDO DE ZINCO, ISENTO DE SUBSTANCIAS ALERGENAS, RESISTENTE, COM BOA ADERENCIA, ENROLADO EM CARRETEL COM RESINA	UND

		ACRILICA, COM BORDAS SERRILHADAS FAVORECENDO O CORTE EM AMBOS OS SENTIDOS, SEM DESFIAMENTO, EMBALAGEM CONTENDO DADOS DE IDENTIFICACAO E PROCEDENCIA.	
30	65155802270	**ESPECULO VAGINAL GRANDE**, DESCARTAVEL, EMBALADO INDIVIDUALMENTE.	UND
31	65155801702	**ESPECULO VAGINAL MEDIO**, DESCARTAVEL, EMBALADO INDIVIDUALMENTE.	UND
32	65155801893	**ESPECULO VAGINAL PEQUENO**, DESCARTAVEL, EMBALADO INDIVIDUALMENTE.	UND
33	65152305607	**FIO NYLON MONOFILAMENTAR, DIAMETRO 3-0**, COM AGULHA CORTANTE DE 3/8 DE CIRCULO E 2,0CM DECOMPRIMENTO. EMBALAGEM EM ENVELOPE	UND
34	65152305526	**FIO NYLON MONOFILAMENTAR, DIAMETRO 4-0**, COM AGULHA CORTANTE DE 3/8 DE CIRCULO E 2,0CM DECOMPRIMENTO. EMBALAGEM EM ENVELOPE	UND
35	65152100479	**FITA ADESIVA HOSPITALAR SEM INDICADOR PARA AUTOCLAVE**, SEM INDICADOR QUIMICO DE ESTERELIZACAO A VAPOR, COM DORSO DE PAPEL CREPADO, SINALIZADOR VISUAL DA PASSAGEM PELO VAPOR, ADESIVO NA FACE INTERNA, MEDINDO 19MM DE LARGURA E 50M DE COMPRIMENTO. EMBALAGEM INDIVIDUAL CONSTANDO DADOS DE IDENTIFICACAO E DATA DE VALIDADE.	UND
36	65152100126	**FITA ADESIVA PARA AUTOCLAVE**, COM INDICADOR QUIMICO DE ESTERILIZACAO A VAPOR, COM DORSO DE PAPEL CREPADO, SINALIZADOR VISUAL DA PASSAGEM PELO VAPOR, ADESIVO NA FACE INTERNA, MEDINDO 19MM DE LARGURA E 30M DE COMPRIMENTO. EMBALAGEM INDIVIDUAL CONSTANDO DADOS DE IDENTIFICACAO E DATA DE VALIDADE. (MEDIDAS: 19MMX30M)	UND
37	65100200537	**FITA MICROPORE 50MM** PARA FIXACAO DE CURATIVO, COR BRANCA, HIPOALERGENICA, COMPOSTA COM DORSO DE RAYON DE VISCOSE NAO TECIDO, RECOBERTO COM ADESIVO DE BASE ACRILICA, MEDINDO 50MM DE LARGURA E 10M DE COMPRIMENTO.	UND
38	65156400680	**GEL ULTRASSONICO 1L** PARA APLICACAO DE ULTRA-SOM TERAPEUTICO, GEL DESTINADO A CONDUCAO DE FEIXE SONICO CONTINUO OU PULSATIL, FRASCO COM NO MINIMO 1 LITRO.	L
39	65152102250	**INDICADOR BIOLOGICO** PARA VAPOR AUTO CONTIDO COM TEMPO FINAL DE RESPOSTA 3H	AMP
40	65152104547	**INTEGRADOR QUIMICO CLASSE 5** PARA MONITORACAO DO PROCESSO DE ESTERILIZACAO A VAPOR ENTRE 121oC E 134oC, QUE MONITORA TEMPO E TEMPERATURA DO MATERIAL EXPOSTO AO VAPOR, COM VISUALIZACAO QUE INDIQUE QUE O CICLO FOI ACEITO OU REJEITADO ASSEGURANDO A EFICACIA DO PROCESSO.	UND
41	65152700310	**LAMINA DE BISTURI N 15** EM ACO INOXIDAVEL, ISENTO DE REBARBAS E SINAIS DE OXIDACAO, PONTA AFIADA, PERFEITA ADAPTACAO AO CABO, COM PROTECAO NA LAMINA, ESTERIL, No 15. EMBALAGEM INDIVIDUAL, EM ALUMINIO HERMETICAMENTE FECHADO, COM DADOS DE IDENTIFICACAO E PROCEDENCIA, DATA E TIPO DE ESTERILIZACAO, TEMPO DE VALIDADE.	UND
42	65152700409	**LAMINA DE BISTURI N 21** EM ACO INOXIDAVEL, ISENTO DE REBARBAS E SINAIS DE OXIDACAO, PONTA AFIADA, PERFEITA ADAPTACAO AO CABO, COM PROTECAO NA LAMINA, ESTERIL, No 21. EMBALAGEM INDIVIDUAL, EM ALUMINIO HERMETICAMENTE FECHADO, COM DADOS DE IDENTIFICACAO E PROCEDENCIA, DATA E TIPO DE ESTERILIZACAO, TEMPO DE VALIDADE.	UND
43	65320312601	**LENCOL DESCARTAVEL PARA USO EM MACA HOSPITALAR, CONFECCIONADO EM PAPEL** 100% CELULOSE MACIO, FLEXIVEL E RESISTENTE, NA COR BRANCA, MEDINDO APROXIMADAMENTE 70CM X 50M, EMBALADO INDIVIDUALMENTE.	UND
44	65320000120	**LUVA CIRURGICA ESTERIL 6,5** ESTERIL,CONFEC.EM LATEX NATURAL, TEXTURA UNIF., FORM.ANAT.,C/ALTA SENSIB.TACTTIL, BOA ELAST.E RES. A TRACAO. PUNHO C/BAINHA/FRISOS,COMPRIM.MIN.28CM E LUBR.C/ MAT.ATOXICO. ACOND.EM INV. INT.C/DOBRAS P/ABERT.ASSEPTICA, DOBR. CONF. PADRAO HOSP.,C/INDIC.DAS MAOS DIREITA E ESQUERDA E NUMER.ENVEL.AOS PARES EM EMB.DEPAPEL GRAU CIR.E/OUC/FILME TERMOPLAST.,C/ABERT.EM PETALA,CONT.EXT.OS DADOS DEIDENT.E PROCED.DATA,TIPO DE ESTER.,TEMPO DE VAL.E REG.EM ORGAOS COMPETENTES.	PAR
45	65320000200	**LUVA CIRURGICA ESTERIL 7,0** ESTERIL,CONFEC.EM LATEX NATURAL, TEXTURA UNIF., FORM.ANAT.,C/ALTA SENSIB.TACTTIL, BOA ELAST.E RES. A TRACAO. PUNHO C/BAINHA/FRISOS,COMPRIM.MIN.28CM E LUBR.C/ MAT.ATOXICO. ACOND.EM INV. INT.C/DOBRAS P/ABERT.ASSEPTICA, DOBR. CONF. PADRAO HOSP.,C/INDIC.DAS MAOS DIREITA E ESQUERDA E NUMER.ENVEL.AOS PARES EM EMB.DEPAPEL GRAU CIR.E/OUC/FILME TERMOPLAST.,C/ABERT.EM PETALA,CONT.EXT.OS DADOS	PAR

		DEIDENT.E PROCED.DATA,TIPO DE ESTER.,TEMPO DE VAL.E REG.EM ORGAOS COMPETENTES.	
46	65320000391	**LUVA CIRURGICA ESTERIL 7,5** ESTERIL,CONFEC.EM LATEX NATURAL, TEXTURA UNIF., FORM.ANAT.,C/ALTA SENSIB.TACTTIL, BOA ELAST.E RES. A TRACAO. PUNHO C/BAINHA/FRISOS,COMPRIM.MIN.28CM E LUBR.C/ MAT.ATOXICO. ACOND.EM INV. INT.C/DOBRAS P/ABERT.ASSEPTICA, DOBR. CONF. PADRAO HOSP.,C/INDIC.DAS MAOS DIREITA E ESQUERDA E NUMER.ENVEL.AOS PARES EM EMB.DEPAPEL GRAU CIR.E/OUC/FILME TERMOPLAST.,C/ABERT.EM PETALA,CONT.EXT.OS DADOS DEIDENT.E PROCED.DATA,TIPO DE ESTER.,TEMPO DE VAL.E REG.EM ORGAOS COMPETENTES.	PAR
47	65320000472	**LUVA CIRURGICA ESTERIL 8,0** ESTERIL,CONFEC.EM LATEX NATURAL, TEXTURA UNIF., FORM.ANAT.,C/ALTA SENSIB.TACTTIL, BOA ELAST.E RES. A TRACAO. PUNHO C/BAINHA/FRISOS,COMPRIM.MIN.28CM E LUBR.C/ MAT.ATOXICO. ACOND.EM INV. INT.C/DOBRAS P/ABERT.ASSEPTICA, DOBR. CONF. PADRAO HOSP.,C/INDIC.DAS MAOS DIREITA E ESQUERDA E NUMER.ENVEL.AOS PARES EM EMB.DEPAPEL GRAU CIR.E/OUC/FILME TERMOPLAST.,C/ABERT.EM PETALA,CONT.EXT.OS DADOS DEIDENT.E PROCED.DATA,TIPO DE ESTER.,TEMPO DE VAL.E REG.EM ORGAOS COMPETENTES.	PAR
48	65320007485	**LUVA DE PROCEDIMENTO EP** NAO ESTERIL, CONFECCIONADA EM LATEX NATURAL, TEXTURA UNIFORME, AMBIDESTRA, COM ALTA SENSIBILIDADE TACTIL, BOA ELASTICIDADE E RESISTENTE A TRACAO, COMPRIMENTO MINIMO DE 25CM, LUBRIFICADA COM MATERIAL ATOXICO, ACONDICIONADA EM CAIXA CONTENDO EXTERNAMENTE DADOS DE IDENTIFICACAO, PROCEDENCIA E REGISTRO EM ORGAOS COMPETENTES, TAMANHO EXTRA PEQUENO.	CT
49	65320003145	**LUVA DE PROCEDIMENTO G** NAO ESTERIL, CONFECCIONADA EM LATEX NATURAL, TEXTURA UNIFORME, AMBIDESTRA, COM ALTA SENSIBILIDADE TACTIL, BOA ELASTICIDADE E RESISTENTE A TRACAO, COMPRIMENTO MINIMO DE 25CM, LUBRIFICADA COM MATERIAL ATOXICO, ACONDICIONADA EM CAIXA CONTENDO EXTERNAMENTE DADOS DE IDENTIFICACAO, PROCEDENCIA E REGISTRO EM ORGAOS COMPETENTES, TAMANHO GRANDE.	CT
50	65320001363	**LUVA DE PROCEDIMENTO M** NAO ESTERIL, CONFECCIONADA EM LATEX NATURAL, TEXTURA UNIFORME, AMBIDESTRA, COM ALTA SENSIBILIDADE TACTIL, BOA ELASTICIDADE E RESISTENTE A TRACAO, COMPRIMENTO MINIMO DE 25CM, LUBRIFICADA COM MATERIAL ATOXICO, ACONDICIONADA EM CAIXA CONTENDO EXTERNAMENTE DADOS DE IDENTIFICACAO, PROCEDENCIA E REGISTRO EM ORGAOS COMPETENTES, TAMANHO MEDIO.	CT
51	65320003064	**LUVA DE PROCEDIMENTO P** NAO ESTERIL, CONFECCIONADA EM LATEX NATURAL, TEXTURA UNIFORME, AMBIDESTRA, COM ALTA SENSIBILIDADE TACTIL, BOA ELASTICIDADE E RESISTENTE A TRACAO, COMPRIMENTO MINIMO DE 25CM, LUBRIFICADA COM MATERIAL ATOXICO, ACONDICIONADA EM CAIXA CONTENDO EXTERNAMENTE DADOS DE IDENTIFICACAO, PROCEDENCIA E REGISTRO EM ORGAOS COMPETENTES, TAMANHO PEQUENO.	CT
52	65320400225	**MASCARA DESCARTAVEL**, CONFECCIONADA EM NAO TECIDO, TRIPLA CAMADA, MODELO RETANGULAR COM NO MINIMO 20X10CM, COM TRES PREGAS LONGITUDINAIS, COM DISPOSITIVO PARA AJUSTE NASAL, FIXADO NO CORPO DA MASCARA, ATOXICA, HIPOALERGENICA, INODORA, COM TRATAMENTO REPELENTE AOS AGENTES LIQUIDOS E QUATRO TIRAS LATERAIS, COM COMPRIMENTO ADEQUADO PARA FIXACAO. GRAMATURA TOTAL: 40 GRAMAS/M2. EMBALAGEM COM DADOS DEIDENTIFICACAO E PROCEDENCIA.	UND
53	42400021914	**OCULOS DE SEGURANCA** AMPLA VISAO, ARMACAO E VISOR CONFECCIONADO EM UMA UNICA PECA DE POLICARBONATO INCOLOR,USO SOBRE OCULOS CONVENCIONAIS SEM PERDA DE VISAOCONFORTO (SOBREPOSICAO) ASTES AJUSTAVEIS, PROTECAO CONTRA IMPACTOS DE PARTICULAS VOLANTES MULTIDIRECIONAIS, TRATAMENTO ANTI-RISCO, ANTIEMBACANTE, CERTIFICADO DE APROVACAO(CA) DENTRO DA VALIDADE.CONFORME NR 06 DO MT.	UND
54	65152102331	**PAPEL GRAU CIRURGICO 150MM** PARA ESTERILIZACAO EM AUTOCLAVE, CONFECCIONADAS EM DUAS FACES, SENDO UMA EM PAPEL GRAU CIRURGICO, COM NO MINIMO 60G/M E A OUTRA EM FILME LAMINADO DE POLIESTER/POLIPROPILENO, COM SELAGEM FILETADA RESISTENTE ENTRE 8 E 10MMDE LARGURA, COM INDICADOR QUIMICO PARA VAPOR UMIDO E OXIDO DE ETILENO QUE MUDA DE COR APOS O CICLO COMPLETO DE ESTERILIZACAO, COM VALIDADE DE 2 ANOS APOS AUTOCLAVAGEM, 150MM DE LARGURA.	RL

55	65152103303	**PAPEL GRAU CIRURGICO 300MM** PARA ESTERILIZACAO EM AUTO CLAVE,CONFEC.EM DUAS FACES, SENDO UMA EM PAPEL GRAUCIRURGICO,COM NO MINIMO 60G/M E A OUTRA EM FILME LAMINADO DE POLIESTER/POLIPROPILENO, COM SELAGEM FILETADA RESISTENTE ENTRE 8 E 10MM DE LARGURA,COM INDICADOR QUIMICO PARA VAPOR UMIDO E OXIDO DE ETILENO QUE MUDA DE COR APOS O CICLO COMPLETO DE ESTERILIZACAO, COM VALIDADE DE 2 ANOS APOS AUTOCLAVAGEM, 300MM DE LARGURA E 100M DE COMPRIMENTO.	RL
56	66401501780	**POTE PLASTICO PARA COLETA DE ESCARRO**, COM TAMPA DE ROSCA, BOCA LARGA COM NO MINIMO 5 CM DE DIAMETRO, VOLUME DE 50 A 80 ML, DESCARTAVEL.	UND
57	65320401388	**RESPIRADOR FACIAL COM FILTRACAO ACIMA DE 95%** PARA PARTICULAS ACIMA DE 0,3 MICRON, COMPOSTA POR 04 CAMADAS, SENDO DUAS DE POLIPROPILENO, UM FILTRO MELTBLOW E UM FILME LONCET DE POLIETILENO, QUE BLOQUEIA A ENTRADA DE FLUIDOS CORPOREOS, COM DUPLO SISTEMADE TIRAS ELASTICAS.	UND
58	65153700879	**SCALP 21G**, COMPOSTO DE CANULA DE ACO INOXIDAVEL, BISEL ATRAUMATICO COM DISPOSITIVO DE SEGURANCA, COM PROTETOR FIRME, ASA ANATOMICAS, ANTIDERRAPANTE E FLEXIVEL, EXTENSAO EM PVC TRANSPARENTE, SEM MEMORIA, MEDINDO APROX 30CM, COMPATIVEL COM CONECTOR LUER LOCK E LUER SLIP. ESTERIL, EMBALAGEM INDIVIDUAL	UND
59	65153700950	**SCALP 23G**, COMPOSTO DE CANULA DE ACO INOXIDAVEL, BISEL ATRAUMATICO COM DISPOSITIVO DE SEGURANCA, COM PROTETOR FIRME, ASA ANATOMICAS, ANTIDERRAPANTE E FLEXIVEL, EXTENSAO EM PVC TRANSPARENTE, SEM MEMORIA, MEDINDO APROX 30CM, COMPATIVEL COM CONECTOR LUER LOCK E LUER SLIP. ESTERIL, EMBALAGEM INDIVIDUAL.	UND
60	65153701093	**SCALP 25G**, COMPOSTO DE CANULA DE ACO INOXIDAVEL, BISEL ATRAUMATICO COM DISPOSITIVO DE SEGURANCA, COM PROTETOR FIRME, ASA ANATOMICAS, ANTIDERRAPANTE E FLEXIVEL, EXTENSAO EM PVC TRANSPARENTE, SEM MEMORIA, MEDINDO APROX 30CM, COMPATIVEL COM CONECTOR LUER LOCK E LUER SLIP. ESTERIL, EMBALAGEM INDIVIDUAL.	UND
61	65153802523	**SERINGA DESCARTAVEL 01 ML INSULINA C/ AGULHA 1 ML**, P/DENTRO DO CORPO SERINGA, CONFECCIONADO PLASTICO TRANSPARENTE, ATOXICO, APIROGENICA, CILINDRO COM ESCALA DE GRADUACAO VISIVEL,SISTEMA DE SEGURANCA COMPOSTO POR ANEL DUPLO, CORPO DA SERINGA COM SUPORTE HEXAGONAL, AGULHA INOXIDAVEL E TRIFACETADA, LIVRE DE LATEX, ESTERIL EM EMBALAGEM INDIVIDUAL DE PAPEL GRAU CIRURGICO/FILME TERMOPLASTICO COM ABERTURA EM PETALA,CONSTANDO DADOS IDENTIFICACAO E PROCEDENCIA, DATA/TIPO DE ESTERILIZ. PRAZO DE VALIDADE E REGISTRO NO M.S.	UND
62	65153800318	**SERINGA DESCARTAVEL 03ML**, CONFECCIONADO EM PLASTICO TRANSPARENTE, BICO LUER LOCK ATOXICO, APIROGENICO, CILINDRO COM ESCALA DE GRADUACAO COM ALTO GRAU DE PRECISAO. COM ANEL DE RETENCAO, FLANGE COM FORMATO ADEQUADO EMBOLO COM PISTAO LUBRIFICADO, SEM AGULHA, ESTERIL, EMBALAGEM INDIVIDUAL CONFORME LEGISLACAO DA ANVISA.	UND
63	65153801802	**SERINGA DESCARTAVEL 05ML**, CONFECCIONADA EM PLASTICO TRANSPARENTE BICO LUER LOCK ATOXICO, APIROGENICO, CILINDRO COM ESCALA DE GRADUACAO COM ALTO GRAU DE PRECISAO, COM ANEL DE RETENCAO, FLANGE COM FORMATO ADEQUADO, EMBOLO COM PISTAO LUBRIFICADO, SEM AGULHA, ESTERIL. EMBALAGEM INDIVIDUAL CONFORME LEGISLACAO DA ANVISA.	UND
64	65153801985	**SERINGA DESCARTAVEL 10 ML,** CONFECCIONADO EM PLASTICO TRANSPARENTE. BICO LUER LOCK ATOXICO APIROGENICO, CILINDRO COM ESCALA DE GRADUACAO COM ALTO GRAU DE PRECISAO, COM ANEL DE RETENCAO, FLANGE COM FORMATO ADEQUADO, EMBOLO COM PISTAO LUBRIFICADO, SEM AGULHA,ESTERIL EMBALAGEM INDIVIDUAL CONFORME LEGISLACAO DA ANVISA.	UND
65	65153802019	**SERINGA DESCARTAVEL 20 ML**, EM PLASTICO TRANSPARENTE , BICO SLIP, ATOXICO , APIROGENICO , CILINDRICO C / ESCALA DE GRADUACAO VISIVEL, C/ANEL DE RETENCAO, FLANGE C/FORMATO ADEQUADO, EMBOLO C/PISTAO LUBRIFICADO, S/AGULHA, ESTERIL, EMBALAGEM INDIVIDUAL DE PAPEL GRAU CIRURGICO E/OU C/FILME TERMOPLASTICO, C/ABERTURA EM PETALA, CONSTANDO EXTERNAMENTE OS DADOS DE IDENTIFICACAO E PROCEDENCIA, DATA E TIPO DE ESTERILIZACAO, PRAZO DE VALIDADE E REGISTRO EM ORGAO COMPETENTE.	UND
66	65153902900	**SONDA FOLEY N08** 2 VIAS EM BORRACHA NATURAL, DE FORMATO ADEQUADO, SILICONIZADA, C/ANTI-INCRUSTANTE, PONTA PROXIMAL ARREDONDADA, C/DOIS ORIFICIOS GRANDES, ARREDONDAS E LISOS, O No DA SONDA E A CAPACIDADE DO BALAO (MINIMO DE 5ML) DEVERAO ESTAR ESTAMPADOS EM LOCAL VISIVEL E	UND

		PERMANENTE, ESTERIL, EMBALAGEM INDIVIDUAL DE PAPEL GRAU CIRURGICO E/OU C/FILME TERMOPLASTICO, C/DADOS DE IDENTIFICACAO E PROCEDENCIA, DATA E TIPO DE ESTERILIZACAO, TEMPO DE VALIDADE E REGISTRO.	
67	65153903044	**SONDA FOLEY N10** 2 VIAS EM BORRACHA NATURAL, DE FORMATO ADEQUADO, SILICONIZADA, C/ANTI-INCRUSTANTE, PONTA PROXIMAL ARREDONDADA, C/DOIS ORIFICIOS GRANDES, ARREDONDAS E LISOS, O No DA SONDA E A CAPACIDADE DO BALAO (MINIMO DE 5ML) DEVERAO ESTAR ESTAMPADOS EM LOCAL VISIVEL E PERMANENTE, ESTERIL, EMBALAGEM INDIVIDUAL DE PAPEL GRAU CIRURGICO E/OU C/FILME TERMOPLASTICO, C/DADOS DE IDENTIFICACAO E PROCEDENCIA, DATA E TIPO DE ESTERILIZACAO, TEMPO DE VALIDADE E REGISTRO.	UND
68	65153903125	**SONDA FOLEY N12** 2 VIAS EM BORRACHA NATURAL, DE FORMATO ADEQUADO, SILICONIZADA, C/ANTI-INCRUSTANTE, PONTA PROXIMAL ARREDONDADA, C/DOIS ORIFICIOS GRANDES, ARREDONDAS E LISOS, O No DA SONDA E A CAPACIDADE DO BALAO (MINIMO DE 5ML) DEVERAO ESTAR ESTAMPADOS EM LOCAL VISIVEL E PERMANENTE, ESTERIL, EMBALAGEM INDIVIDUAL DE PAPEL GRAU CIRURGICO E/OU C/FILME TERMOPLASTICO, C/DADOS DE IDENTIFICACAO E PROCEDENCIA, DATA E TIPO DE ESTERILIZACAO, TEMPO DE VALIDADE E REGISTRO.	UND
69	65153903206	**SONDA FOLEY N14** 2 VIAS EM BORRACHA NATURAL, DE FORMATO ADEQUADO, SILICONIZADA, C/ANTI-INCRUSTANTE, PONTA PROXIMAL ARREDONDADA, C/DOIS ORIFICIOS GRANDES, ARREDONDAS E LISOS, O No DA SONDA E A CAPACIDADE DO BALAO (MINIMO DE 5ML) DEVERAO ESTAR ESTAMPADOS EM LOCAL VISIVEL E PERMANENTE, ESTERIL, EMBALAGEM INDIVIDUAL DE PAPEL GRAU CIRURGICO E/OU C/FILME TERMOPLASTICO, C/DADOS DE IDENTIFICACAO E PROCEDENCIA, DATA E TIPO DE ESTERILIZACAO, TEMPO DE VALIDADE E REGISTRO.	UND
70	65153903397	**SONDA FOLEY N16** 2 VIAS EM BORRACHA NATURAL, DE FORMATO ADEQUADO, SILICONIZADA, C/ANTI-INCRUSTANTE, PONTA PROXIMAL ARREDONDADA, C/DOIS ORIFICIOS GRANDES, ARREDONDAS E LISOS, O No DA SONDA E A CAPACIDADE DO BALAO (MINIMO DE 5ML) DEVERAO ESTAR ESTAMPADOS EM LOCAL VISIVEL E PERMANENTE, ESTERIL, EMBALAGEM INDIVIDUAL DE PAPEL GRAU CIRURGICO E/OU C/FILME TERMOPLASTICO, C/DADOS DE IDENTIFICACAO E PROCEDENCIA, DATA E TIPO DE ESTERILIZACAO, TEMPO DE VALIDADE E REGISTRO.	UND
71	65153903478	**SONDA FOLEY N18** 2 VIAS EM BORRACHA NATURAL, DE FORMATO ADEQUADO, SILICONIZADA, C/ANTI-INCRUSTANTE, PONTA PROXIMAL ARREDONDADA, C/DOIS ORIFICIOS GRANDES, ARREDONDAS E LISOS, O No DA SONDA E A CAPACIDADE DO BALAO (MINIMO DE 5ML) DEVERAO ESTAR ESTAMPADOS EM LOCAL VISIVEL E PERMANENTE, ESTERIL, EMBALAGEM INDIVIDUAL DE PAPEL GRAU CIRURGICO E/OU C/FILME TERMOPLASTICO, C/DADOS DE IDENTIFICACAO E PROCEDENCIA, DATA E TIPO DE ESTERILIZACAO, TEMPO DE VALIDADE E REGISTRO.	UND
72	65153903559	**SONDA FOLEY N20** 2 VIAS EM BORRACHA NATURAL, DE FORMATO ADEQUADO, SILICONIZADA, C/ANTI-INCRUSTANTE, PONTA PROXIMAL ARREDONDADA, C/DOIS ORIFICIOS GRANDES, ARREDONDAS E LISOS, O No DA SONDA E A CAPACIDADE DO BALAO (MINIMO DE 5ML) DEVERAO ESTAR ESTAMPADOS EM LOCAL VISIVEL E PERMANENTE, ESTERIL, EMBALAGEM INDIVIDUAL DE PAPEL GRAU CIRURGICO E/OU C/FILME TERMOPLASTICO, C/DADOS DE IDENTIFICACAO E PROCEDENCIA, DATA E TIPO DE ESTERILIZACAO, TEMPO DE VALIDADE E REGISTRO.	UND
73	65153903630	**SONDA FOLEY N22** 2 VIAS EM BORRACHA NATURAL, DE FORMATO ADEQUADO, SILICONIZADA, C/ANTI-INCRUSTANTE, PONTA PROXIMAL ARREDONDADA, C/DOIS ORIFICIOS GRANDES, ARREDONDAS E LISOS, O No DA SONDA E A CAPACIDADE DO BALAO (MINIMO DE 5ML) DEVERAO ESTAR ESTAMPADOS EM LOCAL VISIVEL E PERMANENTE, ESTERIL, EMBALAGEM INDIVIDUAL DE PAPEL GRAU CIRURGICO E/OU C/FILME TERMOPLASTICO, C/DADOS DE IDENTIFICACAO E PROCEDENCIA, DATA E TIPO DE ESTERILIZACAO, TEMPO DE VALIDADE E REGISTRO.	UND
74	65153903710	**SONDA FOLEY N24** 2 VIAS EM BORRACHA NATURAL, DE FORMATO ADEQUADO, SILICONIZADA, C/ANTI-INCRUSTANTE, PONTA PROXIMAL ARREDONDADA, C/DOIS ORIFICIOS GRANDES, ARREDONDAS E LISOS, O No DA SONDA E A CAPACIDADE DO BALAO (MINIMO DE 5ML) DEVERAO ESTAR ESTAMPADOS EM LOCAL VISIVEL E PERMANENTE, ESTERIL, EMBALAGEM INDIVIDUAL DE PAPEL GRAU CIRURGICO E/OU C/FILME TERMOPLASTICO, C/DADOS DE IDENTIFICACAO E PROCEDENCIA, DATA E TIPO DE ESTERILIZACAO, TEMPO DE VALIDADE E REGISTRO.	UND
75	65154201655	**TERMOMETRO CLINICO DIGITAL** TEMPERATURA AXILAR, PONTA FLEXIVEL BORRACHA, AUTODESLIGA, RESISTENTE A AGUA, LIVRE DE MERCURIO, BEEP	UND

		SONORO, VISOR DIGITAL. COM CERTIFICADO DO IMETRO E GARANTIA DE DOZE MESES.	
76	65058200554	**TIRA TESTE DE GRAVIDEZ** PELA DETECCAO DE HCG NA URINA, COM SENSIBILIDADE PARA 25 UI/L, EM CAIXA COM 50 TIRAS, EMBALADAS INDIVIDUALMENTE.	CX
77	65320400730	**TOUCA** DESCARTAVEL COM ELASTICO DESCARTAVEL, CONFECCIONADA EM TNT (TECIDO NAO TECIDO), COM ELASTICO EM REPOUSO COM DIAMETRO APROXIMADO DE 13CM EM TODO O CONTORNO. COM 30G DE GRAMATURA. NÃO ESTERIL.	UND
78	65155503108	**TUBO DE LATEX 200** - ROLO COM 15 METROS	RL
79	65152106752	**INDICADOR BOWIE DICK**, CLASSE 2 INTERNO COMPOSTO DE DIVERSAS FOLHAS DE PAPEL SIMPLES COM FOLHA TESTE IMPREGNADA DE TINTA ATOXICA, MUDANCA DE COR DE FACIL VISUALIZACAO, ESTAR IDENTIFICADO NO PACOTE O TEMPO DO CICLO DE 3,5MIN A 121øC A 134øC, O RESULTADO IMPRESSO NAO DEVE SE ALTERAR COM O TEMPO. (ISO 11.140-1). ***QUANDO NECESSÁRIO.**	UND
80	65153902072	**SONDA URETRAL DESCARTAVEL, NUMERO 06**, CONFECCIONADA EM MATERIAL ATOXICO, MALEAVEL, TRANSPARENTE, ATRAUMATICO, SILICONIZADO, ESTERIL, EM EMBALAGEM INDIVIDUAL DE PAPEL GRAUCIRURUGICO E/OU FILME TERMOPLASTICO, COM DADOS DE IDENTIFICACAO E PROCEDENCIA, DATA E TIPO DE ESTERILIZACAO, TEMPO DE VALIDADE E REGISTRO EM ORGAO COMPETENTE.	UND
81	65153902234	**SONDA URETRAL DESCARTAVEL, NUMERO 10**, CONFECCIONADA EM MATERIAL ATOXICO, MALEAVEL, TRANSPARENTE, ATRAUMATICO, SILICONIZADO, ESTERIL, EM EMBALAGEM INDIVIDUAL DE PAPEL GRAUCIRURUGICO E/OU FILME TERMOPLASTICO, COM DADOS DE IDENTIFICACAO E PROCEDENCIA, DATA E TIPO DE ESTERILIZACAO, TEMPO DE VALIDADE E REGISTRO EM ORGAO COMPETENTE.	UND
82	65153902404	**SONDA URETRAL DESCARTAVEL, NUMERO 14**, CONFECCIONADA EM MATERIAL ATOXICO, MALEAVEL, TRANSPARENTE, ATRAUMATICO, SILICONIZADO, ESTERIL, EM EMBALAGEM INDIVIDUAL DE PAPEL GRAUCIRURUGICO E/OU FILME TERMOPLASTICO, COM DADOS DE IDENTIFICACAO E PROCEDENCIA, DATA E TIPO DE ESTERILIZACAO, TEMPO DE VALIDADE E REGISTRO EM ORGAO COMPETENTE.	UND
83	65153902668	**SONDA URETRAL DESCARTAVEL, NUMERO 18**, CONFECCIONADA EM MATERIAL ATOXICO, MALEAVEL, TRANSPARENTE, ATRAUMATICO, SILICONIZADO, ESTERIL, EM EMBALAGEM INDIVIDUAL DE PAPEL GRAUCIRURUGICO E/OU FILME TERMOPLASTICO, COM DADOS DE IDENTIFICACAO E PROCEDENCIA, DATA E TIPO DE ESTERILIZACAO, TEMPO DE VALIDADE E REGISTRO EM ORGAO COMPETENTE.	UND
84	65058200120	**TIRA, ELEMENTOS ANORMAIS NA URINA**, COM NO MINIMO 10 PARAMETROS DE ANALISE, ENTRE ELES DENSIDADE, PARA LEITURA VISUAL E ATRAVES DE LEITORA OTICA, FRASCO COM 100 TIRAS.	UND

ANEXO V

CONDIÇÃO DE ELEGIBILIDADE PARA TRANSFORMAÇÃO DE ESF EM eAB

AP	UNIDADE	EQUIPE	CADASTROS AGO/2018	POPULAÇÃO ESTIMADA POR EQUIPE	RELAÇÃO CADASTRO vs. POPULAÇÃO ESTIMADA
2.1	SMS CMS DOM HELDER CAMARA - AP 21	MANEQUINHO	2996	14828	20%
2.1	SMS CF SANTA MARTA - AP 21	PIONEIROS	3032	12155	25%
2.1	SMS CMS JOAO BARROS BARRETO - AP 21	APOENA	4065	20429	20%
2.1	SMS CMS MANOEL JOSE FERREIRA - AP 21	MACHADO DE ASSIS	3902	28762	14%
2.1	SMS CMS PINDARO DE CARVALHO RODRIGUES - AP 21	PLANETARIO	4105	61227	7%
2.1	SMS CMS ROCHA MAIA - AP 21	PAO DE ACUCAR	3367	22938	15%
2.2	SMS CF ODALEA FIRMO DUTRA - AP 22	ARAXA	1436	14227	10%
2.2	SMS CF PEDRO ERNESTO - AP 22	AMBROSINA	4234	15016	28%
2.2	SMS CF RECANTO DO TROVADOR - AP 22	CARUARU	4566	12074	38%
2.2	SMS CMS HEITOR BELTRAO - AP 22	ITACURUCA	3345	13214	25%
2.2	SMS CMS HELIO PELLEGRINO - AP 22	CANABARRO	5099	19437	26%
2.2	SMS CMS HELIO PELLEGRINO - AP 22	AFONSO PENA	5523	15826	35%
2.2	SMS CMS MARIA AUGUSTA ESTRELLA - AP 22	SOUZA FRANCO	3935	12071	33%
4.0	SMS CF JOSE DE SOUZA HERDY - AP 40	LAGOA DE MARAPENDI	1946	72500	3%
4.0	SMS CMS HARVEY RIBEIRO DE SOUZA FILHO - AP 40	AMERICAS	1992	14166	14%
4.0	SMS CMS HARVEY RIBEIRO DE SOUZA FILHO - AP 40	CHICO MENDES	2347	13495	17%
		Subtotal	**55890**	**362365**	
2.2	SMS CMS HEITOR BELTRAO - AP 22	CATRAMBI	4875	13742	35%
2.2	SMS CMS HEITOR BELTRAO - AP 22	XAVIER DE BRITO	3979	16712	24%

2.2	SMS CMS HEITOR BELTRAO - AP 22	SANTA SOFIA	4256	20777	20%
2.2	SMS CMS HEITOR BELTRAO - AP 22	DONA DELFINA	4168	18296	23%
2.2	SMS CMS HEITOR BELTRAO - AP 22	ALZIRA BRANDAO	3463	18450	19%
2.1	SMS CMS DOM HELDER CAMARA - AP 21	PRAIA	3417	19190	18%
2.2	SMS CMS MARIA AUGUSTA ESTRELLA - AP 22	VIA LACTEA	2904	15973	18%
2.1	SMS CMS JOAO BARROS BARRETO - AP 21	GUARANI	4571	41368	11%
2.1	SMS CMS JOAO BARROS BARRETO - AP 21	CURUMIM	4195	17179	24%
2.1	SMS CMS JOAO BARROS BARRETO - AP 21	AIMORE	4581	25334	18%
2.1	SMS CMS JOAO BARROS BARRETO - AP 21	XINGU	3707	16648	22%
2.1	SMS CMS PINDARO DE CARVALHO RODRIGUES - AP 21	TROMBETA	3780	36489	10%
2.1	SMS CMS PINDARO DE CARVALHO RODRIGUES - AP 21	DOIS IRMAOS	3929	13320	29%
2.1	SMS CMS PINDARO DE CARVALHO RODRIGUES - AP 21	PARQUE	4107	28806	14%
4.0	SMS CMS HARVEY RIBEIRO DE SOUZA FILHO - AP 40	LUCIO COSTA	2900	12576	23%
2.1	SMS CMS MANOEL JOSE FERREIRA - AP 21	GUANABARA	4381	30693	14%
2.1	SMS CMS MANOEL JOSE FERREIRA - AP 21	PARQUE GUINLE	4118	19319	21%
2.1	SMS CMS MANOEL JOSE FERREIRA - AP 21	GETULIO VARGAS	4049	13762	29%
2.1	SMS CMS MANOEL JOSE FERREIRA - AP 21	PARIS	3980	16096	25%
2.2	SMS CF PEDRO ERNESTO - AP 22	MIGUEL PEDRO	4983	14008	36%
4.0	SMS CF JOSE DE SOUZA HERDY - AP 40	LAGOA DE JACAREPAGUA	2060	17148	12%
4.0	SMS CF JOSE DE SOUZA HERDY - AP 40	LAGOA DA TIJUCA	2646	57811	5%
2.1	SMS CMS ROCHA MAIA - AP 21	CARIOCA	3094	23662	13%
		Subtotal	**88143**	**507359**	
		Total	**144033**	**869724**	

EQUIPES COM MAIS DE 12.000 PESSOAS ESTIMADAS.

EQUIPES ELEGÍVES PARA TRANSFORMAÇÃO EM eAB(Equipe Antenção Básica)
16 equipes serão extintas e 23 são elegíveis para transofrmação em eAB.

QUADRO DE EQUIPES ELEGÍVEIS eAB - COMPARATIVO DE DESATIVAÇÃO

EQUIPES QUE SERÃO DESATIVADAS	EQUIPES QUE SERÃO MANTIDAS
SMS CF JOSE DE SOUZA HERDY - AP 40	**SMS CF JOSE DE SOUZA HERDY - AP 40**
LAGOA DE MARAPENDI	LAGOA DA TIJUCA
SMS CF ODALEA FIRMO DUTRA - AP 22	LAGOA DE JACAREPAGUA
ARAXA	**SMS CF PEDRO ERNESTO - AP 22**
SMS CF PEDRO ERNESTO - AP 22	MIGUEL PEDRO
AMBROSINA	**SMS CMS DOM HELDER CAMARA - AP 21**
SMS CF RECANTO DO TROVADOR - AP 22	PRAIA
CARUARU	**SMS CMS HARVEY RIBEIRO DE SOUZA FILHO - AP 40**
SMS CF SANTA MARTA - AP 21	LUCIO COSTA
PIONEIROS	**SMS CMS HEITOR BELTRAO - AP 22**
SMS CMS DOM HELDER CAMARA - AP 21	ALZIRA BRANDAO
MANEQUINHO	CATRAMBI
SMS CMS HARVEY RIBEIRO DE SOUZA FILHO - AP 40	DONA DELFINA
AMERICAS	SANTA SOFIA
CHICO MENDES	XAVIER DE BRITO
	Subtotal
SMS CMS HEITOR BELTRAO - AP 22	**SMS CMS JOAO BARROS BARRETO - AP 21**
ITACURUCA	AIMORE
SMS CMS HELIO PELLEGRINO - AP 22	CURUMIM
AFONSO PENA	GUARANI
CANABARRO	XINGU
SMS CMS JOAO BARROS BARRETO - AP 21	**SMS CMS MANOEL JOSE FERREIRA - AP 21**
APOENA	GETULIO VARGAS
SMS CMS MANOEL JOSE FERREIRA - AP 21	GUANABARA
MACHADO DE ASSIS	PARIS
SMS CMS MARIA AUGUSTA ESTRELLA - AP 22	PARQUE GUINLE
SOUZA FRANCO	**SMS CMS MARIA AUGUSTA ESTRELLA - AP 22**
SMS CMS PINDARO DE CARVALHO RODRIGUES - AP 21	VIA LACTEA
PLANETARIO	**SMS CMS PINDARO DE CARVALHO RODRIGUES - AP 21**
SMS CMS ROCHA MAIA - AP 21	DOIS IRMAOS
PAO DE ACUCAR	PARQUE
16 equipes	TROMBETA
	SMS CMS ROCHA MAIA - AP 21
	CARIOCA
	23 equipes

ANEXO VI

LISTAGEM DE EQUIPES PASSÍVEIS DE DESATIVAÇÃO

AP	CNES	UNIDADE	EQUIPE	USUÁRIOS CADASTRADOS	POPULAÇÃO ESTIMADA POR EQUIPE	IDS Médio
10	6028233	SMS CF ESTACIO DE SA - AP 10	CITISO	2590	2248	0,64
10	9057706	SMS CF ESTIVADORES AP 10	QUINTA DA BOA VISTA	6087	4974	0,68
10	9079939	SMS CF MEDALHISTA OLIMPICO MAURICIO SILVA AP 10	SAO JANUARIO	1382	3072	0,61
10	9079939	SMS CF MEDALHISTA OLIMPICO MAURICIO SILVA AP 10	FERREIRA DE ARAUJO	2138	2344	0,62
10	9080163	SMS CF MEDALHISTA OLIMPICO RICARDO LUCARELLI SOUZA AP 10	MAJOR FREITAS	3004		
10	2270250	SMS CMS ERNESTO ZEFERINO TIBAU JR - AP 10	PAVILHAO DE SAO CRISTOVAO	2931	2762	0,64
10	2277301	SMS CMS MANOEL ARTHUR VILLABOIM - AP 10	PONTE	1090	1790	0,61
10	2277328	SMS CMS OSWALDO CRUZ - AP 10	SELARON	3596	2918	0,62

10	2288346	SMS CMS MARCOLINO CANDAU - AP 10	CIDADE NOVA	6141	3561	0,62
10	2288346	SMS CMS MARCOLINO CANDAU - AP 10	BERCO DO SAMBA	5102	2837	0,61
21	6506232	SMS CF RINALDO DE LAMARE - AP 21	RAIZ	2057	1824	0,54
21	2269651	SMS CMS DOM HELDER CAMARA - AP 21	MANEQUINHO	2996	14828	0,72
21	6272053	SMS CF SANTA MARTA - AP 21	PIONEIROS	3032	12155	0,72
21	2280795	SMS CMS JOAO BARROS BARRETO - AP 21	APOENA	4065	20429	0,73
21	6496989	SMS CF CANTAGALO PAVAO - PAVAOZINHO - AP 21	SAINT ROMAN	3862	3010	0,61
21	2708434	SMS CMS MANOEL JOSE FERREIRA - AP 21	MACHADO DE ASSIS	3902	28762	0,73
21	2708434	SMS CMS MANOEL JOSE FERREIRA - AP 21	RIO CARIOCA	330	#N/D	#N/D
21	2288370	SMS CMS PINDARO DE CARVALHO RODRIGUES - AP 21	PLANETARIO	4105	61227	0,78
21	7990286	SMS CMS ROCHA MAIA - AP 21	PAO DE ACUCAR	3367	22938	0,74
22	9067078	SMS CF ODALEA FIRMO DUTRA - AP 22	UBERABA	7	10146	0,70
22	9067078	SMS CF ODALEA FIRMO DUTRA - AP 22	ARAXA	13	14227	0,69
22	7638086	SMS CF PEDRO ERNESTO - AP 22	AMBROSINA	920	15016	0,70
22	7638086	SMS CF PEDRO ERNESTO - AP 22	MANUEL DE ABREU	738	10615	0,69
22	3785025	SMS CF RECANTO DO TROVADOR - AP 22	CARUARU	4085	12074	0,70
22	2269376	SMS CMS HEITOR BELTRAO - AP 22	ITACURUCA	3041	13214	0,74

22	7414226	SMS CMS HELIO PELLEGRINO - AP 22	CANABARRO	4658	19437	0,71
22	7414226	SMS CMS HELIO PELLEGRINO - AP 22	AFONSO PENA	5125	15826	0,71
22	2280272	SMS CMS MARIA AUGUSTA ESTRELLA - AP 22	SOUZA FRANCO	262	12071	0,67
22	2280280	SMS CMS NICOLA ALBANO - AP 22	CACHOEIRA	3445	1879	0,40
31	5476607	SMS CF ADIB JATENE - AP 31	CONJUNTO PINHEIRO	2521	3042	0,56
31	6664075	SMS CF FELIPPE CARDOSO - AP 31	IPOJUCA	2584	3757	0,58
31	6664075	SMS CF FELIPPE CARDOSO - AP 31	CARACOL	2386	2752	0,53
31	9016805	SMS CF NILDA CAMPOS DE LIMA - AP 31	BRAS DE PINA	2537	4618	0,62
31	9072659	SMS CF WILMA COSTA - AP 31	TIJOLINHO	2489	3436	0,63
31	9072659	SMS CF WILMA COSTA - AP 31	PRAIA DA BANDEIRA	2420	3771	0,66
31	3784975	SMS CF ZILDA ARNS - AP 31	DR. NOGUCHI	3434	4496	0,58
31	2269902	SMS CMS JOSE BREVES DOS SANTOS - AP 31	SETEMBRINO	2356	2699	0,58
31	9391983	SMS CMS JOSE PARANHOS FONTENELLE - AP 31	ANGELICA MOTA	0	4549	0,63
31	2273640	SMS CMS MADRE TERESA DE CALCUTA - AP 31	PIXUNAS	3750	3522	0,60
31	2296535	SMS CMS NAGIB JORGE FARAH - AP 31	ATHILIO PARIM	3807	3801	0,60
31	7856962	SMS CMS PAULINO WERNECK - AP 31	CANINARE	4186	5554	0,60
31	7856962	SMS CMS PAULINO WERNECK - AP 31	COROADO	3685	3810	0,59
31	5476844	SMS CMS VILA DO JOAO - AP 31	RENASCER MARE	2772	3190	0,56
31	9016805	SMS CF NILDA CAMPOS DE LIMA - AP 31	PACHECO JUNIOR	2961	4275	0,63

32	6820018	SMS CF BARBARA STARFIELD - AP 32	RODOLFO GALVAO	2759	3563	0,62
32	6742130	SMS CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO - AP 32	CRISTOVAO COLOMBO	3148	3334	0,60
32	9131795	SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA - AP 32	CAROLINA MEIER	3285	3860	0,65
32	9131795	SMS CF ERIVALDO FERNANDES NOBREGA - AP 32	CORACAO DE MARIA	3819	6955	0,68
32	6681379	SMS CF HERBERT JOSE DE SOUZA - AP 32	MARTIN LUTHER KING JUNIOR	3321	5245	0,62
32	7986505	SMS CF LUIZ CELIO PEREIRA - AP 32	JOSE DOMINGUES	3270	5399	0,62
32	7986505	SMS CF LUIZ CELIO PEREIRA - AP 32	MOREIRA	3399	4364	0,62
32	9045023	SMS CF OLGA PEREIRA PACHECO - AP 32	MEDEIROS	3532	5109	0,62
32	2280744	SMS CMS CARLOS GENTILLE DE MELLO - AP 32	BARAO	2697	3610	0,63
32	2708167	SMS CMS CESAR PERNETTA - AP 32	GALDINO PIMENTEL	2295	4580	0,68
32	2708167	SMS CMS CESAR PERNETTA - AP 32	ANA BARBOSA	3643	7271	0,69
32	2269503	SMS CMS EDUARDO A VILHENA - AP 32	HONORIO	3884	8105	0,64
32	2269805	SMS CMS MILTON FONTES MAGARAO - AP 32	ADRIANO	3167	5098	0,66
32	2269805	SMS CMS MILTON FONTES MAGARAO - AP 32	ITAPEMA	1175	3316	0,66
32	6926797	SMS CMS RODOLPHO ROCCO - AP 32	ITAOCA	2660	3543	0,60
32	5598435	SMS CMS TIA ALICE - AP 32	JOAO RODRIGUES	2748	3021	0,61
33	7892802	SMS CF ADOLFO FERREIRA DE CARVALHO - AP 33	BEIJA FLOR	3660	158	0,58

33	6869009	SMS CF ANA MARIA CONCEICAO DOS SANTOS CORREIA - AP 33	PAULA BARROS	3840	6454	0,65
33	7108265	SMS CF DANTE ROMANO JUNIOR - AP 33	MARIO HERMES	3643	4446	0,61
33	7108265	SMS CF DANTE ROMANO JUNIOR - AP 33	MONTE CARMELO	3769	4596	0,61
33	7998678	SMS CF IVANIR DE MELLO - AP 33	ACARAPE	2573	3808	0,62
33	7998678	SMS CF IVANIR DE MELLO - AP 33	PARATI	2933	3889	0,59
33	6029965	SMS CF MARCOS VALADAO - AP 33	COLINA	3373	4123	0,58
33	6761704	SMS CF MARIA DE AZEVEDO RODRIGUES PEREIRA - AP 33	CIPRIANO BARATA	3851	4355	0,63
33	7021771	SMS CF RAIMUNDO ALVES NASCIMENTO - AP 33	JOAO PARANAGUA	2879	1979	0,62
33	5417708	SMS CF SOUZA MARQUES - AP 33	DIVINO	2986	3632	0,61
33	5417708	SMS CF SOUZA MARQUES - AP 33	PADRE MANSO	3338	3296	0,63
33	5879655	SMS CMS ALICE TOLEDO TIBIRICA - AP 33	AV. BRASIL	3841	4487	0,62
33	5879655	SMS CMS ALICE TOLEDO TIBIRICA - AP 33	HANNIBAL PORTO	3609	5511	0,65
33	2273179	SMS CMS AUGUSTO DO AMARAL PEIXOTO - AP 33	GUADALUPE	4161	4529	0,60
33	2269295	SMS CMS CLEMENTINO FRAGA - AP 33	LUIZA DE CARVALHO	3072	1301	0,62
33	2269295	SMS CMS CLEMENTINO FRAGA - AP 33	MARAMBAIA	3482	6116	0,62
33	5315026	SMS CMS FAZENDA BOTAFOGO - AP 33	ENDER	3360	4531	0,59

33	2269759	SMS CMS FLAVIO DO COUTO VIEIRA - AP 33	CLARA BORGES	3296	3947	0,59
33	2269759	SMS CMS FLAVIO DO COUTO VIEIRA - AP 33	ITANHOMI	3645	3779	0,58
40	7892810	SMS CF BARBARA MOSLEY DE SOUZA- AP 40	VILA CARIOCA	2778	3174	0,61
40	7892810	SMS CF BARBARA MOSLEY DE SOUZA- AP 40	BOSQUE DA FREGUESIA	2886	5577	0,61
40	7996675	SMS CF GERSON BERGHER - AP 40	PEDRO TELES	2241	3130	0,66
40	7996675	SMS CF GERSON BERGHER - AP 40	GUARAPES	2047	2017	0,63
40	7996675	SMS CF GERSON BERGHER - AP 40	CANDIDO	1888	2463	0,65
40	7996675	SMS CF GERSON BERGHER - AP 40	PRACA SECA	1971	3178	0,67
40	7996675	SMS CF GERSON BERGHER - AP 40	NAMUR	2092	2986	0,64
40	7892829	SMS CF HELENA BESSERMAN VIANNA - AP 40	VILA DA PAZ	2336	2789	0,53
40	7873565	SMS CF JOSE DE SOUZA HERDY - AP 40	LAGOA DE MARAPENDI	1946	72500	0,83
40	7995520	SMS CF MAICON SIQUEIRA - AP 40	BANDEIRANTES	1081	1127	0,57
40	7995520	SMS CF MAICON SIQUEIRA - AP 40	SANTA MAURA	1443	1780	0,61
40	7995520	SMS CF MAICON SIQUEIRA - AP 40	MORADA DOS PASSARINHOS	897	1132	0,58
40	7995520	SMS CF MAICON SIQUEIRA - AP 40	MINHA PRAIA	1695	174	0,64
40	7995520	SMS CF MAICON SIQUEIRA - AP 40	PARQUE CARIOCA	2212	48	0,55
40	7995520	SMS CF MAICON SIQUEIRA - AP 40	VILA CAMORIM	1071	831	0,57
40	7995520	SMS CF MAICON SIQUEIRA - AP 40	SALVADOR ALLENDE	2390	2138	0,58
40	9071385	SMS CMS ALVARO RAMOS - AP 40	MATA ATLANTICA	2709	2434	0,52
40	2270013	SMS CMS CECILIA DONNANGELO - AP 40	QUILOMBO	1184	1861	0,49
40	2708213	SMS CMS HARVEY RIBEIRO DE	AMERICAS	1992	14166	0,71

		SOUZA FILHO - AP 40				
40	2708213	SMS CMS HARVEY RIBEIRO DE SOUZA FILHO - AP 40	CHICO MENDES	2347	13495	0,69
40	2708213	SMS CMS HARVEY RIBEIRO DE SOUZA FILHO - AP 40	GRUMARI	2253	4671	0,54
40	2296543	SMS CMS JORGE SALDANHA BANDEIRA DE MELLO - AP40	OLHO DE TIGRE	2845	2097	0,59
40	2296543	SMS CMS JORGE SALDANHA BANDEIRA DE MELLO - AP40	RUBI	3500	3424	0,57
40	6927254	SMS CMS NEWTON BETHLEM - AP 40	ORLANDO BONFIM	1674	3088	0,61
40	6927254	SMS CMS NEWTON BETHLEM - AP 40	TURMALINA	2914	3428	0,62
40	6927254	SMS CMS NEWTON BETHLEM - AP 40	CITRINO	996	2711	0,65
40	6927254	SMS CMS NEWTON BETHLEM - AP 40	LAGOA DA PRATA	1630	2809	0,64
40	5465877	SMS CMS NOVO PALMARES - AP 40	PORTELO	2476	1990	0,59
40	3567508	SMS CMS RAPHAEL DE PAULA SOUZA - AP 40	PARAISO DO NORTE	2297	2943	0,61
40	3567508	SMS CMS RAPHAEL DE PAULA SOUZA - AP 40	VILA SANTA CLARA	2355	3396	0,58
40	3567508	SMS CMS RAPHAEL DE PAULA SOUZA - AP 40	BANDOLIM	2511	3776	0,62
40	3567508	SMS CMS RAPHAEL DE PAULA SOUZA - AP 40	IPERO	2528	2322	0,59
40	3567508	SMS CMS RAPHAEL DE	VILA AURORA	1884	2200	0,57

		PAULA SOUZA - AP 40				
40	3567508	SMS CMS RAPHAEL DE PAULA SOUZA - AP 40	ANDRE ROCHA	2151	2824	0,60
40	3567508	SMS CMS RAPHAEL DE PAULA SOUZA - AP 40	VALE DAS ORQUIDEAS	2519	3088	0,60
40	3567508	SMS CMS RAPHAEL DE PAULA SOUZA - AP 40	VALE DAS ACACIAS	2173	2477	0,58
51	3820599	SMS CF ARMANDO PALHARES AGUINAGA - AP 51	PARQUE REAL	2978	4402	0,63
51	3820599	SMS CF ARMANDO PALHARES AGUINAGA - AP 51	SANTO ANGELO	2795	3903	0,60
51	7722494	SMS CF FAIM PEDRO - AP 51	BARAO	2490	2725	0,57
51	6852203	SMS CF KELLY CRISTINA DE SA LACERDA SILVA - AP 51	BARAO DE CAPANEMA	3180	5029	0,61
51	6852203	SMS CF KELLY CRISTINA DE SA LACERDA SILVA - AP 51	DOZE DE FEVEREIRO	2115	3265	0,62
51	6852203	SMS CF KELLY CRISTINA DE SA LACERDA SILVA - AP 51	PAULA LOPES	2972	4337	0,58
51	6864708	SMS CF MARIO DIAS ALENCAR - AP 51	TELEGRAFOS	3248	3020	0,56
51	6901042	SMS CF NILDO EYMAR DE ALMEIDA AGUIAR - AP 51	UNIAO	2944	3056	0,58
51	6901042	SMS CF NILDO EYMAR DE ALMEIDA AGUIAR - AP 51	VIVENDAS	4372	3093	0,58
51	6387152	SMS CF OLIMPIA ESTEVES - AP 51	ALTO DOURO	3797	4155	0,61

51	6855709	SMS CF PADRE JOHN CRIBBIN (PADRE JOAO) - AP 51	LELIO BOAVENTURA	3053	2968	0,58
51	6855709	SMS CF PADRE JOHN CRIBBIN (PADRE JOAO) - AP 51	LEONOR CHRISMAN MULLE	3064	3023	0,56
51	9023089	SMS CF ROGERIO PINTO DA MOTA - AP 51	MANDACARU	3058	3705	0,58
51	9023089	SMS CF ROGERIO PINTO DA MOTA - AP 51	FREI MIGUEL	3199	3580	0,59
51	9023089	SMS CF ROGERIO PINTO DA MOTA - AP 51	PIRAJURA	3204	4028	0,59
51	9311661	SMS CF ROMULO CARLOS TEIXEIRA - AP 51	GENERAL AZEREDO	3379	3817	0,58
51	9311661	SMS CF ROMULO CARLOS TEIXEIRA - AP 51	GOVERNO	2976	4199	0,57
51	3416372	SMS CF ROSINO BACCARINI - AP 51	CALIFORNIA	2980	2007	0,63
51	3416372	SMS CF ROSINO BACCARINI - AP 51	CANCELINHA	3897	3085	0,63
51	3416372	SMS CF ROSINO BACCARINI - AP 51	JARDIM PROGRESSO	3074	2675	0,61
51	7810172	SMS CF SANDRA REGINA SAMPAIO DE SOUZA - AP 51	SPERANZA VACCARI AYRES	1985	178	0,60
51	7810172	SMS CF SANDRA REGINA SAMPAIO DE SOUZA - AP 51	VITA CRUZ	2513	1765	0,61
51	7874162	SMS CF WILSON MELLO SANTOS (ZICO) - AP51	MIAMI	2656	3543	0,58
51	2269848	SMS CMS ALEXANDER FLEMING - AP 51	ZOROASTRO DA CUNHA	2810	3434	0,56
51	2269848	SMS CMS ALEXANDER FLEMING - AP 51	ABAETE	931	4871	0,60
51	2270463	SMS CMS ATHAYDE JOSE DA FONSECA - AP 51	EDSON FERNANDES	3305	2469	0,59

51	2270463	SMS CMS ATHAYDE JOSE DA FONSECA - AP 51	RECANTO DAS GARCAS	3230	3602	0,59
51	2270463	SMS CMS ATHAYDE JOSE DA FONSECA - AP 51	ROQUE BARBOSA	3689	3166	0,59
51	3416356	SMS CMS BUA BOANERGES BORGES DA FONSECA - AP 51	MALLET	3609	3790	0,60
51	6922031	SMS CMS MANOEL GUILHERME DA SILVEIRA FILHO - AP 51	MONACO	3229	3766	0,62
51	6922031	SMS CMS MANOEL GUILHERME DA SILVEIRA FILHO - AP 51	TOULON	3800	4766	0,62
51	2270560	SMS CMS MASAO GOTO - AP 51	CARLOS PONTES	4166	5434	0,63
51	2270455	SMS CMS PADRE MIGUEL - AP 51	JACQUES OURIQUES	2263	2791	0,59
51	2270552	SMS CMS SILVIO BARBOSA - AP 51	STUART	2306	2761	0,60
52	5620287	SMS CF AGENOR DE MIRANDA ARAUJO NETO - AP 52	LAMEGO	4959	4076	0,56
52	3567540	SMS CF ANA GONZAGA - AP 52	UNIAO	2633	2337	0,56
52	3567540	SMS CF ANA GONZAGA - AP 52	VILAR GUANABARA	3018	2617	0,58
52	7036914	SMS CF ANTONIO GONCALVES VILLA SOBRINHO - AP 52	BARROCAS	3908	4473	0,57
52	5154197	SMS CF DAVID CAPISTRANO FILHO - AP 52	DANCARINOS	2921	3071	0,59
52	6648371	SMS CF HANS JURGEN FERNANDO DOHMANN - AP 52	IVO GOMES	3658	1624	0,62
52	6648371	SMS CF HANS JURGEN FERNANDO	PATRICIA PINTO	3867	2424	0,57

		DOHMANN - AP 52				
52	7908237	SMS CF LECY RANQUINE- AP 52	ASA BRANCA	3778	1892	0,58
52	9307265	SMS CF MARIA JOSE PAPERA DE AZEVEDO - AP 52	CAROLINA	2966	3393	0,61
52	9307265	SMS CF MARIA JOSE PAPERA DE AZEVEDO - AP 52	MIRIM DOCE	3117	3582	0,64
52	9061401	SMS CF MEDALHISTA OLIMPICO ARTHUR ZANETTI - AP 52	ADRIANA	4249	5649	0,64
52	9061401	SMS CF MEDALHISTA OLIMPICO ARTHUR ZANETTI - AP 52	MARMORE	4091	5778	0,58
52	6029841	SMS CF ROGERIO ROCCO - AP 52	ORLANDO DE AZEVEDO	2922	2482	0,56
52	7036884	SMS CF SONIA MARIA FERREIRA MACHADO - AP 52	ABIEIROS	2575	1768	0,58
52	3567559	SMS CF VALDECIR SALUSTIANO CARDOZO - AP 52	AMENDOEIRAS	3404	1602	0,60
52	6029825	SMS CMS CARLOS ALBERTO NASCIMENTO - AP 52	BOA ESPERANCA	4244	6109	0,61
52	2269546	SMS CMS DR OSWALDO VILELLA - AP 52	ARAUJO	3830	2469	0,61
52	2269546	SMS CMS DR OSWALDO VILELLA - AP 52	GUANDU DO SAPE	3957	4179	0,59
52	2270366	SMS CMS MANOEL DE ABREU - AP 52	ITAQUE	2939	2917	0,57
52	2270641	SMS CMS PEDRO NAVA - AP 52	SERRA	2537	2272	0,57
52	2270293	SMS CMS RAUL BARROSO - AP 52	GROTA FUNDA	2715	1910	0,52
53	7896204	SMS CF ALICE DE JESUS REGO - AP53	CONDOMINIO ATERRADO DO LEME	2413	0	0,51

53	6671020	SMS CF EDSON ABDALLA SAAD - AP 53	PRACA DO MAIA	2490	2757	0,58
53	6618863	SMS CF HELANDE DE MELLO GONCALVES - AP 53	CESARIO	2214	252	0,60
53	6559727	SMS CF ILZO MOTTA DE MELLO - AP 53	RIO PARDO	3312	2983	0,56
53	6618871	SMS CF JAMIL HADDAD - AP 53	CAIXA	2110	641	0,62
53	6559735	SMS CF LENICE MARIA MONTEIRO COELHO - AP 53	ATERRADO DO LEME	2646	1571	0,44
53	6572014	SMS CF LOURENCO DE MELLO - AP 53	RIBEIRO COUTO	2914	3300	0,57
53	6618855	SMS CF SERGIO AROUCA - AP 53	BARREIRA	2727	3275	0,58
53	6026737	SMS CMS ADELINO SIMOES - NOVA SEPETIBA - AP 53	CRISTAL	3648	3640	0,55
53	2273551	SMS CMS ALOYSIO AMANCIO DA SILVA - AP 53	VIA BRASIL	2281	1334	0,52
53	2269929	SMS CMS CATTAPRETA - AP 53	SAO FERNANDO	2682	2747	0,46
53	2273616	SMS CMS CYRO DE MELLO MANGUARIBA - AP 53	PRACA SETE	3080	2949	0,57
53	2708183	SMS CMS DECIO AMARAL FILHO - AP 53	BAMBUZAL	3169	3401	0,50
53	2273586	SMS CMS EMYDIO CABRAL - AP 53	NOVO ARRAIAL	2704	2612	0,58

ANEXO VII

Declaração da Sup. de Vigilância em Saúde sobre o impacto no serviço de vacinação.

1. ANÁLISE DE SITUAÇÃO

A presente análise foi baseada no número global de procedimentos por quadrimestres de 2018, apresentados à Câmara de Vereadores na Prestação de Contas, comparando com 2017.

Verificou-se um incremento de cerca de 5.000.000 de procedimentos do 1º para o 2º quadrimestre de 2018, passando de 16.000.000 para 21.000.000. Esta produção foi realizada com 1.263 equipes de ESF. A média de procedimentos dos 1º e 2º quadrimestres de 2017 e 2018 foi de 19.000.000.

A atual proposta de redesenho passa a contar com 1.079 equipes, com a reorganização de 184 territórios.

2. Análise de risco

O menor número de equipes poderia reduzir a produção ambulatorial da ESF, levando à desassistência e à sobrecarga de trabalho.

2.1 Metodologia

A partir do novo número de equipes por AP, verificou-se a redução que ocorreria na produção e em que áreas haveria potencial sobrecarga. Aplicou-se o percentual de redução de equipes por AP ao número de procedimentos do 2º quadrimestre de 2018 (número mais alto). Em seguida, comparou-se o valor obtido ao número de procedimentos do 1º quadrimestre de 2018 (número mais baixo). Os percentuais negativos na coluna "Diferença em relação ao 1º quadrimestre de 2018" foram considerados como **estimadores de sobrecarga**.

2.2 Resultados

A redução de equipes no total do MRJ foi da ordem de 14,6%, com as maiores variações nas AP 4.0 (-28,3%), AP 2.2 (-22,7%) e AP 5.1 (-21,1%).

Tabela 1 – Produção ambulatorial por quadrimestre, número de equipes, número de procedimentos esperados com o redesenho e diferença percentual esperada em relação ao 1º quadrimestre de 2018.

AP	1º quadr 2017	1º quadr 2018	2º quadr 2017	2º quadr 2018	Total equipes	Redução equipes	Nº final equipes	Diferença nº de proc. 1º e 2º quadr 2018	% redução equipes	Nº proc previstos com redução em rel 2º quadri	Diferença em relação ao 1º quadr 2018
CAP10	1.165.719	1.203.735	1.074.641	1.292.781	75	10	65	89.046	13,3	1120410	-6,92
CAP21	1.510.099	1.137.178	1.487.115	1.308.324	64	9	55	171.146	14,1	1124341	-1,13
CAP22	590.665	538.386	734.073	594.442	44	10	34	56.056	22,7	459342	-14,68
CAP31	2.609.380	1.613.927	2.875.041	2.254.191	210	15	195	640.264	7,1	2093177	29,69
CAP32	1.979.781	2.034.671	2.306.656	2.160.374	119	16	103	125.703	13,4	1869904	-8,10
CAP33	2.891.822	1.985.085	3.027.703	3.137.273	179	19	160	1.152.188	10,6	2804266	41,27
CAP40	1.183.743	1.458.477	1.377.181	2.310.647	127	36	91	852.170	28,3	1655660	13,52
CAP51	1.991.776	2.063.528	2.627.255	2.910.596	161	34	127	847.068	21,1	2295936	11,26
CAP52	2.602.493	2.363.619	2.632.633	2.983.174	160	21	139	619.555	13,1	2591632	9,65
CAP53	2.401.776	1.603.249	2.560.820	2.175.971	124	14	110	572.722	11,3	1930297	20,40
MRJ	18.927.254	16.001.855	20.703.118	21.127.773	1263	184	1.079	5.125.918	14,6	18049776	12,80

O total de procedimentos esperados para o MRJ com 1.079 equipes de ESF é de cerca de 18.000.000, próximo da média dos quadrimestres e um valor superior ao 1º quadrimestre de 2018, que apresentou a produção mais baixa do período.

As AP 4.0 e 5.1, apesar de sofrerem maior redução de equipes, ainda seriam capazes de elevar a produção em 13,5% e 11,3%, respectivamente, considerando a produção do 1º quadrimestre. Já a AP 2.2, teria uma redução esperada de 14,7% no número de procedimentos.

Na AP 2.2 (-14,7%) seria esperada, então, uma sobrecarga das equipes remanescentes, para manter o nível de atendimento anterior. As AP 1.0 (-6,9%) e 3.2 (-8,1%) apresentariam uma sobrecarga moderada e a AP 2.1 (-1,1%) um pouco menos.

Para ações de Vigilância em Saúde, em relação ao número de doses de vacinas aplicadas e de visitas domiciliares por Agentes de Vigilância em Saúde (AVS), não se espera redução dos números alcançados, uma vez que os mesmos não serão influenciados pela redução das equipes, pois as salas de vacinas serão mantidas e os AVS permanecerão territorializados às unidades e são servidores da administração direta.

Tabela 2 – Número de doses de vacinas aplicadas por AP nos 1º e 2º quadrimestres de 2017 e 2018, MRJ.

AP	1º quadr 2017	1º quadr 2018	2º quadr 2017	2º quadr 2018
1.0	312242	319657	116174	87379
2.1	484068	422257	122276	90544
2.2	246485	259150	72227	55502
3.1	528244	498911	251664	185156
3.2	315534	296259	121028	94820
3.3	503362	533441	217503	189130
4.0	492073	585489	181790	165267
5.1	400506	372493	169205	171068
5.2	439718	467919	209297	191694
5.3	349659	241825	110516	109442
TOTAL	4071891	3997401	1571680	1340002

Fonte: APIWEB, SIPNI CAMPANHA/DATASUS, SRV-CPI/SVS/SUBAPV/S.

Tabela 3 – Número de imóveis visitados por AP nos 1º e 2º quadrimestres de 2017 e 2018, MRJ.

AP	1º quadr 2017	1º quadr 2018	2º quadr 2017	2º quadr 2018
1.0	186082	88745	154892	79738
2.1	140598	186578	253708	239308
2.2	143634	87042	109260	124721
3.1	565576	571277	944288	515122
3.2	302333	211172	305707	244004
3.3	657696	444889	700893	539570
4.0	482219	517009	467779	701187
5.1	417459	428394	388457	568999
5.2	599378	433391	566444	495941
5.3	336499	260966	383381	345895
MRJ	3831204	3229463	4275079	3854485

Fonte: SISFAD, SMS-RJ, 2017 e 2018.

Ofício S/SUBPAV/SVS n.º 219/2018.

Rio de Janeiro, 12 de novembro de 2018.

Senhor Subsecretário
Dr. Leonardo de Oliveira El Warrak
Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
Rua Afonso Cavalcanti, 455. Sala 701.
Cidade Nova. Rio de Janeiro/RJ

Assunto: Salas de Vacinas no Projeto de Reorganização da Atenção Primária

Senhor Subsecretário,

Informo que conforme a proposta de Reorganização da Atenção Primária nenhuma das atuais 232 salas de vacinas será fechada, permanecendo com todas as atividades inerentes ao Programa de Imunizações.

Respeitosamente,

Maria Cristina Ferreira Lemos
Superintendente de Vigilância em Saúde
Matrícula: 11/120.337-1

Origem: 09/1500
Tipo Doc: 04
Nº DOC: 219/2018

Lauter Ramos Motta
Sh[illegible] andar

13/11/18

Dei[illegible] Soares
S/[illegible]
Matrícula: 99/[illegible]

ANEXO VIII

PLANO DE COMUNICAÇÃO

Superintendência de Promoção da Saúde.

INTRODUÇÃO

A Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde, elabora um Plano de Comunicação para informar e orientar a população com o objetivo de facilitar o acesso e coordenação do cuidado em saúde no contexto da reorganização da Atenção Primária à Saúde.

PÚBLICO ALVO

Gestores, profissionais, funcionários e usuários dos serviços públicos de saúde da SMSRJ

OBJETIVOS

- Esclarecer quanto aos efeitos da reestruturação sobre a utilização dos serviços de saúde
- Orientar quanto aos novos processos associados a mudança organizacional
- Valorizar a reestruturação do serviço na perspectiva do usuário
- Qualificar o processo de trabalho referente a reorganização das equipes
- Criar um ambiente de trabalho seguro e eficiente por meio de uma comunicação ampla e transversal
- Desenvolver mecanismos para estabilizar e planificar os processos relativos a reorganização das equipes

DESENVOLVIMENTO

QUAL A AÇÃO?	QUAL O PROPÓSITO?	MEIOS	COMO	PROCEDIMENTO, MELHORES PRÁTICAS E DESCRIÇÃO DA AÇÃO
"ONDE SER ATENDIDO?"	Campo próprio para verificação apoiada ou autônoma sobre (nova) equipe de referência	Atualização do sistema na Plataforma Subpav	Consulta ao site	Acessar o site "Onde ser Atendido?" com ou sem auxílio
"ZAPSAÚDE"	Canal para comunicação direta com o usuário e esclarecimento imediato	Aplicativo de mensagens	Envio de mensagem	Divulgação do número de telefone na Unidade de Atenção Primária
"LISTA NAS UNIDADES"	Relação de usuários com sua respectiva equipe de referência para consulta na recepção das Unidades de Atenção Primária	Instrumento de comunicação e informação para facilitar a identificação das equipes de referência	Consulta de lista nominal	Consulta de lista nominal na recepção da Unidade de Atenção Primária
"CALL-CENTER CARIOCA"	Canal de informação via serviço de marcação para remanejamento do usuário na APS	Educação Permanente	Call-center	Orientação do fluxo/alta referenciada para APS
"INFORMAÇÃO A GRUPOS PRIORITÁRIOS"	Comunicar proativamente a reorganização das equipes para grupos vulneráveis	Lista de grupo vulnerável a ser informado via Visita Domiciliar pelo ACS	Busca Ativa e Visita Domiciliar	Antecipar as informações sobre a reorganização para grupos vulneráveis
"COMUNICAÇÃO COM USUÁRIOS ESTRATÉGICOS"	Diálogo com rede de participantes frequentes e ativos em programas e grupos terapêuticos nas Unidades de Atenção Primária	Método "Roda de Conversa"	Organização de grupo por Unidades de Atenção Primária	Escuta qualificada no intuito de gerar parceiros estratégicos que ajudarão a gestão e profissionais na capilarização da informação e implementação da reorganização.
"PONTO FOCAL" - OUVIDORIA	Definir observador participante para levantar reclamações de solicitação, críticas e sugestões dirigidas a reorganização das equipes	Atividade presencial	Monitoramento	Abordagem aos usuários com objetivo de avaliar a qualidade do atendimento das reorganização das equipes
"FAQ Saúde"	Identificar perguntas frequentes sobre a reorganização das equipes	Acompanhamento da ouvidoria, imprensa e mídias sociais	Monitoramento	Sistematizar as dúvidas e questões mais relevantes para a produção de respostas sobre a planificação dos processos e reorganização das equipes

*[1] Perguntas frequentes sobre a reestruturação da Atenção Primária

1) Alguma Clínica da Família vai ser fechada?

Não. Todas as clínicas vão permanecer em funcionamento e o acesso à Atenção Primária está garantido a todos.

2) Se vai haver corte de pessoal, como vocês podem afirmar que as unidades não vão sofrer com superlotação?

A reorganização feita a partir de critérios técnicos e de produção das equipes vai permitir um melhor acompanhamento do trabalho desenvolvido na Atenção Primária, absorvendo o público que busca atendimento em unidades pré-hospitalares como as UPAs.

3) Por que não remanejar pacientes de clínicas cheias para clínicas mais vazias próximas?

A reformulação levou em conta diversos fatores, como Índice de Desenvolvimento Social das áreas da cidade, produtividade das equipes, com isso o objetivo é garantir atendimento a todos.

4) Vai haver corte na saúde? E o já que está acontecendo com o NASF?

Os atendimentos realizados pelos NASFs (Núcleos de Apoio à Saúde da Família) estão garantidos e continuarão respeitando os parâmetros do Ministério da Saúde, conforme a portaria da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

5) Na minha família há um paciente com dificuldade de locomoção que depende de um agente de saúde da família para receber suas injeções. Ele vai deixar de ser atendido?

A população mais vulnerável, bem como as áreas de maior carência, continuará cobertas pelo atendimento dos agentes comunitários de saúde.

ANEXO IX

DECLARAÇÕES DAS ÁREAS DE PROGRAMÁTICAS

Declaração

Declaro que ao assumir a coordenação da AP 1.0 o estudo já estava em andamento, e encontra-se em processo de finalização com a minha participação.

Rio de Janeiro, 6 de novembro de 2018.

Jaciano Gomes Santiago
Coordenador Geral de Saúde CAP 1.0
Matricula:60/301273-9

PREFEITURA DA CIDADE DO
RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Ofício S/SUBPAV/CAP 2.1 n.[1249]/2018 Rio de Janeiro, 08 de novembro 2018

Da: Coordenadoria Geral de Saúde da AP 2.1
Para: Subsecretário Leonardo de Oliveira El- Warrak
Assunto: Redução equipes ESF CAP 2.1

Prezado Sr. Subsecretário,

Conforme solicitado, segue relatório com as propostas de área 2.1

PROPOSTAS DE REDUÇÃO 2.1

O estudo foi realizado baseado nas planilhas elaboradas pela SAP, levando em consideração IDS da região, densidade de usuários cadastrados por equipe, produtividade da equipe, presença de equipe titulada e residência na equipe além da possibilidade de remanejamento dos usuários nas outras equipes existentes.

Sendo assim, essas foram as unidades e 9 equipes escolhidas:

- CMS Manoel José Ferreira-

Unidade de saúde com 10 equipes, em região com IDS alto. Priorizamos a manutenção das equipes em territórios com comunidades e com usuários mais vulneráveis. As equipes Rio Carioca e Machado de Assis serão extintas e seus pacientes remanejados nas equipes Parque Guinle, Guanabara e Getúlio Vargas.

- CMS Dom Helder Câmara

A unidade está em região de IDS alto. Nosso planejamento inclui a distribuição dos usuários na duas equipes remanescentes . Além disso a unidade possui médicos servidores que poderão atender aos usuários do território. A equipe a ser extinta será a equipe Manequinho.

- CMS João Barros Barreto

A unidade está em região de IDS alto. Priorizamos a manutenção das equipes em territórios com comunidades e com usuários mais vulneráveis. A equipe Apoena, localizada na orla de Copacabana terá seus usuários absorvidos pelas equipes Guarani, Aimoré e Curumim.necessário redistribuição dos residentes.

04

- CF Cantagalo Pavão-Pavãozinho

A unidade tem 4 equipes, a última (Equipe Saint- Roman) criada há 2 anos, que cobre parte da Rua Sá ferreira e Ladeira Saint Roman. As equipes Cantagalo, Pavão e Pavãozinho e o CMS JBB Copacabana absorverão os usuários dessa equipe, que será extinta.

- CF Santa Marta-

Possui 3 equipes ESF, que dividem os territórios mais vulneráveis (Comunidade Santa Marta) e território de residências em apartamentos na Rua São Clemente e arredores. Todo o território possui IDS maior que 0,70. A equipe Pioneiros terá seus usuários distribuídos nas Equipes Zumbi e Dedé.

- CMS Píndaro de Carvalho Rodrigues

A unidade está em região de IDS alto. Priorizamos a manutenção das equipes em territórios com comunidades e com usuários mais vulneráveis como a Cruzada São Sebastião. Será extinta a equipe Dois Irmãos. As equipes Planetário, Trombeta e Parque da Cidade absorverão os usuários da Gávea. Os moradores da Comunidade Parque da Cidade serão absorvidos pelo CMS Albert Sabin, localizado mais próximo a comunidade

- CMS Albert Sabin

Por ser localizado dentro da Rocinha, não sofrerá reduções. Absorverá a Comunidade Parque da Cidade e será realizado uma divisão do Território de toda a Comunidade da Rocinha. A equipe Atalho passará a ser atendida pela CF Msria do Socorro.

- CF Maria do Socorro e Silva

Localizada na Comunidade da Rocinha, não sofrerá reduções. As 11 equipes tem 29000 pacientes cadastrados, havendo possibilidade de absorção dos usuários da equipe Atalho (CMS Albert Sabin).

- CF Rinaldo de Lamare

Localizada em São Conrado, com 8 equipes que atendem 19000 pacientes cadastrados. A unidade sofrerá redução da equipe Raiz e nova divisão do território, mantendo assim uma média de 2700 pacientes cadastrados

- CMS Vila Canoas

Unidade que embora tenha menos de 2 mil pacientes cadastrados, tem apenas uma equipe, não sendo possível sofrer reduções.

- CMS Rodolpho Perissè

Localizado no Vidigal, local de baixo IDS. A unidade tem produção alta, com equipes já sobrecarregadas, sem condições de redução do número de equipes.

- CMS Rocha Maia

Unidade inaugurada há 2 anos, localizada em região de alto IDS. Os usuários da equipe Carioca serão absorvidos pela equipe Pão de Açúcar

- CF Chapéu Mangueira Babilônia

Localizada dentro da comunidade, com duas equipes que cobrem população vulnerável, sem condições de redução.

Atenciosamente,

Patricia Guttmann
Matr. 11/217.606-3
Coordenadora Geral da CAP - 2.1

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
Secretaria Municipal de Saúde
Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP 2.2
Rua Conde de Bonfim, 674 - 4° Andar – Tijuca- Rio de Janeiro CEP 20530-002

Oficio S/SUBPAV/CAP-2.2 n,° 601 /2018.

Rio de Janeiro,12 de novembro de 2018.

Ao Senhor
Subsecretário Leonardo El Warrak
Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde - S/SUBPAV
Rua Afonso Cavalcanti, 455 - 4° ANDAR Cidade Nova - Rio de Janeiro/RJ
20211-110

Assunto: Propostas preliminares de ajustes de despesas do Contrato de Gestão N.°007/2015.

Senhor Secretário,

1. Cumprimentando-o cordialmente, sirvo-me do presente para apresentar as propostas desta Coordenadoria em relação às necessidades de ajustes de despesas, com vistas à melhoria da economicidade dos recursos do erário destinados ao cumprimento do Contrato de Gestão N.° 007/2015, pautados sob a perspectiva de garantia da cobertura assistencial á população cadastrada na AP 2.2.

2. No processo de reestruturação da Rede de Atenção Básica do Município do Rio de Janeiro, houve um estudo técnico elaborado pela Superintendência de Atenção Primária para avaliar as equipes de cada Área Programática que seriam incluídas no redesenho da rede e que se baseou nos seguintes parâmetros a saber:
   1° - O número de cadastro populacional por equipe inferior 3,000 cidadãos;
   2° - O índice de Desenvolvimento Social médio por território das equipes;
   3° - A cobertura assistencial pela Atenção Primária à Saúde, que representa o número de usuários que utilizam o serviço de saúde;

4° - A produção de procedimentos realizados pelas equipes de saúde da família;

5° - A composição de equipes com residência médica e de enfermagem em saúde da família.

3. Cada Coordenador ficou responsável por avaliar, no contexto do total de equipes, o impacto do redesenho de modo que não houvesse prejuízo de acesso da população ao atendimento de saúde e que nenhuma unidade ficasse impossibilitada de manter a qualidade de seus serviços.

4. Neste estudo, a AP 2.2 teve 12 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) apontadas para a supressão do Redesenho. Cada equipe foi analisada no contexto de seu território e de sua unidade. Outros componentes importantes que não estavam contemplados na metodologia da elaboração do score foram exaustivamente discutidos. Nesta análise incluímos na avaliação de cada equipe a situação de violência armada e tráfico de drogas no entorno das unidades; a densidade demográfica, o número populacional, as situações específicas de iniquidades, dificuldade geográfica de acesso, total de equipes elegíveis do estudo de cada unidade, variações do IDS entre as equipes, total de usuários em situação de pobreza ou extrema pobreza (PBF e CFC), as taxas de mortalidade infantil e análise da situação em saúde expressa e traduzida no perfil populacional e outros indicadores, como: proporção de gestantes adolescentes localização geográfica das unidades e a vigilância de agravos de notificação, especialmente Tuberculose, Hanseníase e Sífilis em Gestantes e Congênita.

5. Diante da complexidade e diversidade dos fatores analisados acima, das 12 equipes de ESF apontadas para supressão no estudo do Redesenho, concluímos que 10 poderiam ser suprimidas, e a população de aproximadamente 30.000 habitantes abarcadas por estas respectivas equipes distribuídas entre as unidades do território da AP 2.2, de modo a

reorganizar o mapa de atuação das mesmas, redimensionar o número de adscritos/equipe e assegurar a garantir do atendimento à população.

6. Cabe esclarecer que a gestão de recursos financeiros e orçamentários tem por premissa garantir a manutenção da cobertura assistencial da população cadastrada nas unidades de Atenção Primária da AP 2.2 e para isso, também, considerou a vulnerabilidade da população adscrita ao território sanitário da AP 2.2 e a atual Política Nacional de Atenção Básica, aprovada pela Portaria N.° 2.436, de 21 de Setembro de 2017, na qual estabelece o número máximo de pessoas vinculadas por Agente Comunitário de Saúde (ACS) em setecentas e cinquenta pessoas (750) e versa sobre a existência de equipe de saude bucal e NASF.

Diante do exposto, cumpre esclarecer que o processo de readequação orçamentária, com vistas a reorganização do território assumiu o compromisso da manutenção da cobertura assistencial a população residente na AP 2.2. Dessa forma propõem-se a extinção de um total de dez equipes de saúde da família da área.

Esta Coordenadoria Geral de Atenção Primária a Saúde da AP 2.2 coloca-se a disposição para esclarecimentos que se fizerem necessários e renova os protestos de elevada estima e consideração.

Paulo Roberto da Silva Peres
Coordenador Geral
Mat. 11/145589-8

- Justificativa do redesenho da Estratégia de Saúde da Família no território da AP 3.1:

Prezado Subsecretário,

A Atenção Primária à Saúde caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, desenvolvida por meio de práticas gerenciais e sanitárias participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas às populações de territórios delimitados, constituindo-se a porta de entrada dos usuários ao SUS.

Atualmente, a Área de Planejamento 3.1 é composta por VI regiões administrativas, a saber: Ramos, Penha, Ilha do Governador, Complexo do Alemão, Maré e Vigário Geral, conta com 33 unidades de Atenção Básica à Saúde, com 210 equipes de saúde da família, mais 02 Policlínicas e 02 UPAS municipais (Manguinhos e Alemão).

Em 2016, houve um processo de expansão da cobertura da Atenção Primária na cidade do Rio de Janeiro, com a contratação de novas equipes de saúde da família, bem como com a inauguração de novos equipamentos de saúde, porém, tal processo foi realizado de forma desordenada e, principalmente, ignorando os cenários orçamentários previstos para os exercícios financeiros seguintes.

Ou seja, a expansão da cobertura ocorreu, porém, não acompanhou a previsão de dotação orçamentária que fosse suficiente para manter as equipes de saúde da família contratadas. Nesse contexto, a Secretaria Municipal de Saúde passou a se organizar, de forma interdisciplinar, para redesenhar a Estratégia de Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro, a fim de que os serviços oferecidos à população pudessem ser garantidos de forma contínua, mas com atendimento aos recursos disponíveis no caixa da Prefeitura.

Neste processo de reestruturação da Rede de Atenção Básica do Município do Rio de Janeiro, diversos gestores públicos participaram para que o estudo técnico fosse apresentado. As Coordenadorias de Área, bem como a Superintendência da Atenção Primária tiveram papel fundamental na definição do redesenho, haja vista que são os órgãos que desenvolvem as ações de saúde nas 10 áreas programáticas do Município do Rio de Janeiro e conhecem, com propriedade e aproximação, os indicadores de saúde e as condicionantes para que a redução fosse estruturada sem prejudicar a assistência da população.

Para isto, cada Coordenadoria de Atenção Primária, a partir dos requisitos de redução de equipes de saúde da família propostos pela SAP, quais sejam, i) IDS da população, ii) total de usuários cadastrados, iii) cobertura de atendimentos; iv) produtividade das equipes e v) vulnerabilidade social da população, através do acompanhamento cadastral de beneficiários do Bolsa Família e Cartão Carioca, analisou a cobertura assistencial do seu respectivo território, para redesenhar o modelo e eleger as equipes que serão alvo de supressão

Ademais, cada gestor local ficou responsável em analisar o impacto do redesenho da Estratégia de Saúde da Família, no contexto total de equipes, de modo que não gerasse prejuízo de acesso da população ao atendimento de saúde e que nenhuma unidade básica de saúde mantida tivesse prejuízo no processo de trabalho e, principalmente, no oferecimento da assistência à saúde dos munícipes.

Para a Área Programática 3.1, partindo-se da premissa das 06 Regiões Administrativas do território, identificou-se as três regiões com melhor índice de IDS, quais sejam, Ilha do Governador, Penha e Ramos, para que a redução nas equipes de saúde da família fossem priorizadas em unidades básicas de saúde instaladas nas referidas regiões. Nesta perspectiva, reduziu-se 09 equipes de saúde da família, escolhidas dentre 06 unidades básicas de saúde (CMS Paulino Werneck, CMS Madre Tereza de Calcutá, CF Wilma Costa, CF Felippe Cardoso, CF Nilda Campos de Lima e CF Valter Felisbino).

Para a redução de mais 06 equipes de saúde da família que prestam atendimento de saúde à população do território da AP 3.1, esta Coordenadoria avaliou os demais requisitos propostos pela SAP, como também, discutiu outros componentes com as áreas técnicas da CAP (Vigilância em Saúde e Linhas de Cuidado), que não estavam contemplados na metodologia da elaboração do score.

Neste estudo específico, foram considerados i) a situação de violência armada, que resulta, muita das vezes, no fechamento da unidade de saúde em razão dos confrontos no território, ii) a densidade demográfica, iii) o número de unidades de saúde entorno da Região Administrativa, que possibilitasse um redesenho de cobertura da população para outras unidades de saúde próximas, iv) o total de equipes elegíveis de cada unidade e v) indicadores de saúde, como, por exemplo, a taxa de mortalidade materna e infantil.

Um fator determinante no estudo realizado por esta Coordenação de Área foi a constante e elevada vacância de profissionais médicos em algumas unidades de saúde, que, devido aos fatores de violência e

localização, apresentam uma série histórica de grande dificuldade de lotação de médicos, principalmente nas unidades mais periféricas e que enfrentam constantes episódios de confrontos armados, como foi o caso das escolhas por redução nas equipes das unidades CF Adib Jatene, CF Zilda Arns, CMS José Breves dos Santos, CMS Nagib Jorge Farah e CMS Vila do João.

Diante do exposto, esta Coordenadoria de Área, após discussão de diversas propostas com a SAP, para que a redução das equipes atendessem ao objetivo inicial (adequação orçamentária), concluiu pela supressão de 15 equipes de saúde da família, que afetarão a completude de equipes em 12 unidades básicas de saúde do território da AP 3.1.

Reforça-se que o presente estudo técnico foi realizado de modo a reorganizar o mapa de atuação das equipes da ESF no território da AP 3.1, primando pelo redimensionamento do número de adscritos/equipe, a fim de assegurar o atendimento à população, respeitando as peculiaridades e adversidades desta complexa área assistencial em saúde, zelando pela organização em rede e observando os postulados básicos da APS: porta de entrada ao SUS; longitudinalidade; integralidade; coordenação do cuidado; e focalização na família.

Claudia Cristina Dias Macedo
Coordenadora Geral
S / SUBPAV / CAP 3.1
Mat. 11/237609-3

OFÍCIO S/SUBPAV/CAP-3.2 nº. 1114 /2018

Rio de Janeiro, 09 de novembro de 2018.

Ao Exmo Sr. Subsecretário Leonardo de Oliveira El Warrak
Subsecretário da Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde.
Rua Afonso Cavalcante, 455, sala 801
20211-110 – Cidade Nova - RJ

Declaro para fins de instrução de processo, que participei do redesenho e da validação das equipes que poderão ser desativadas na AP 3.2 .

Atenciosamente,

Jeanne Carvalho Arroyo
Matrícula: [illegible]
CRM: [illegible]
Coordenadora Geral - CAP 3.2

SICOP / CAP - 3.2
DOC: 04
Nº 1114/2018
OR: 09545500

Nei Nogueira Conveveu
SMS - Protocolo Tandal
Mat.: 19/155.595-1
09/11/2018

MS 12/11/18
Deise Santos
S/Supervisor
Matrícula: 99/[illegible]

Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância
Coordenadoria Geral de Saúde da AP 3.3

DECLARAÇÃO

Considerando o território coberto pela estratégia de saúde da família na AP 3.3;

Considerando que a PNAB publicada em 21 de setembro de 2017 reconhece como válido o ajuste da Atenção Básica segundo a característica territorial e as necessidades de saúde de cada região.

Declaro que participei do processo de redesenho e da validação das equipes que poderão ser inativadas na AP 3.3

Rio de Janeiro,08 de novembro de 2018.

Mat. 11/189693-5

P/ Rejane Correa Lopes
Coordenador I
Mat.11/174.147-9
S/SUBPAV/CAP 3.3

PREFEITURA DA CIDADE DO
RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Declaro que participei do processo de redesenho e da validação das equipes que poderão ser inativadas na AP 4.

Atenciosamente,

Cláudia M. C. Neves
Coordenadora Geral de Saúde
CAP 4.0
MAT: 11/202.862-9

CLÁUDIA MÁRCIA DA CUNHA NEVES
Coordenadora Geral de Saúde CAP4.0
Matrícula: 11/202.862-9

PREFEITURA DA CIDADE DO
RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde.
Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP 5.1

Rio de Janeiro, 09 outubro de 2018.

Justificativa para Redesenho da Atenção Primária

No processo de reestruturação da Rede de Atenção Básica do Município do Rio de Janeiro, houve um estudo técnico para avaliar as equipes de cada Área Programática que seriam incluídas no redesenho da Atenção Primária. Para isso foi elaborado um score baseado nas informações de cada equipe referente ao IDS da população, total de usuários cadastrados, cobertura de atendimentos e total de consultas médico/enfermeiro, por exemplo. Importante salientar que a Subsecretaria de Atenção Primária não esgotou a análise no score apresentado acima, discutindo exaustivamente a validação da pontuação das equipes com cada Coordenador de AP para que não houvesse prejuízo de acesso da população ao atendimento de saúde e que nenhuma unidade ficasse impossibilitada de manter a qualidade de seus serviços.

Neste primeiro levantamento do score, a AP 5.1 teve 61 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) elegíveis para a avaliação deste Redesenho, contudo cabe ressaltar que alguns fatores como a constante e elevada vacância de profissionais médicos e violência nos territórios, impede a manutenção regular de produção destes profissionais em algumas equipes, principalmente nas unidades mais periféricas. O outro fator de destaque, é o dado populacional e base de IDS serem de fontes oficiais de 2010, tendo ao longo destes anos mudanças significativas, visíveis no dia a dia de trabalho das equipes. Cada equipe foi analisada no contexto de seu território e de sua unidade. Outros componentes importantes que não estavam contemplados na metodologia da elaboração do score foram exaustivamente discutidos.

Nesta análise incluímos na avaliação de cada equipe a situação de violência armada e tráfico de drogas no entorno das unidades; a densidade demográfica, o número populacional, as situações específicas de iniquidades , dificuldade geográfica de acesso, total de equipes elegíveis do estudo de cada unidade, variações do IDS entre as equipes, total de usuários em situação de pobreza ou extrema pobreza (PBF e CFC), indicadores estratégicos como por exemplo Taxa de Mortalidade Materna e Infantil e vulnerabilidades do território de um modo geral. Essa análise baseou a escolha das equipes a serem suprimidas na área.

Diante da complexidade e diversidade dos fatores analisados acima, das 61 equipes de ESF elegíveis para o estudo do Redesenho, concluímos que 27 deveriam permanecer em suas respectivas unidades de modo a reorganizar o mapa de atuação das mesmas , redimensionar o número de adscritos/equipe e assegurar a garantir o atendimento à população, respeitando as peculiaridades e necessidades específicas de cada território . Com essa estratégia não haveria perda da capacidade de cobertura assistencial com a redução de 34 equipes de ESF e proporcionalmente o número de equipes de Saúde Bucal.

SIMONE RODRIGUES DA COSTA
Coordenador Geral
SUBPAV/CAP-5.1
Matrícula 11/225.4811

Coordenadora Geral de Atenção Primária da AP 5.1

DECLARAÇÃO

Declaro que participei do processo de validação das equipes que poderão ser inativadas na AP 5.2.

O processo foi discutido e analisado coletivamente com os gestores locais.

Pela veracidade, afirmo o documento.

Rio de Janeiro, 12 de novembro de 2018.

Luciane Oscar
Mat.:11/238.764-5
Coordenadora Geral da CAP - 5.
SMS/SUBPAV

Assinatura

PREFEITURA
DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
Secretaria Municipal de Saúde
Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP 5.3
Rua Álvaro Alberto, 601 – 2º Andar – Santa Cruz – Rio de Janeiro – RJ – CEP 23550-040
Telefones: (21) 3365-7954 – (21) 3305-2929

Ofício S/SUBPAV/CAP-5.3 n.º 107/2018

Rio de Janeiro, 09 de novembro de 2018.

Ao Senhor
Subsecretário Leonardo El Warrak
Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde – S/SUBPAV
Rua Afonso Cavalcanti, 455 - 4º ANDAR
Cidade Nova – Rio de Janeiro/RJ
20211-110

Assunto: Propostas preliminares de ajustes de despesas do Contrato de Gestão N.º 0020/2014.

Senhor Secretário,

1. Cumprimentando-o cordialmente, sirvo-me do presente para apresentar as propostas desta Coordenadoria em relação às necessidades de ajustes de despesas, com vistas à melhoria da economicidade dos recursos do erário destinados ao cumprimento do Contrato de Gestão N.º 0020/2014, pautados sob a perspectiva de garantia da cobertura assistencial à população cadastrada na AP 5.3.

2. Inicialmente cumpre salientar que a base desta análise considerou os parâmetros globais de avaliação das equipes, estes atualmente em desenvolvimento e que reúnem os seguintes critérios, a saber:

1º - O número de cadastro populacional por equipe inferior 3.000 cidadãos;

2º - O Índice de Desenvolvimento Social médio por território das equipes;

3º - A cobertura assistencial pela Atenção Primária à Saúde, que representa o número de usuários que utilizam o serviço de saúde;

4º - A produção de procedimentos realizados pelas equipes de saúde da família;

5º - A composição de equipes com residência médica e de enfermagem em saúde da família.

PREFEITURA
DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
Secretaria Municipal de Saúde
Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP 5.3
Rua Álvaro Alberto, 601 – 2º Andar – Santa Cruz – Rio de Janeiro – RJ – CEP 23550-040
Telefones: (21) 3365-7954 – (21) 3305-2929

3. Além disso, as análises para proposição de reajuste financeiro e orçamentário, incluiu a avaliação do cenário epidemiológico sobre indicadores de impacto, como as taxas de mortalidade materna e infantil e análise da situação em saúde expressa e traduzida no perfil populacional e outros indicadores, como: proporção de gestantes adolescentes, a conflagração de violência armada no território, número de usuários em situação de pobreza ou extrema pobreza, a localização geográfica das unidades e a vigilância de agravos de notificação, especialmente Tuberculose, Hanseníase e Sífilis em Gestantes.

4. Outro aspecto da discussão observou a vacância de profissionais que compõem o quadro funcional das equipes de saúde da família, destacadamente a categoria médica. Vale ressaltar que essa dificuldade de lotação de médicos na AP 5.3 é histórica e decorre da distância geográfica do seu território, compostos por bairros limítrofes a outros municípios. Ainda, sobre essa questão é importante que salientar que a dinâmica dos territórios conflagrados com violência armada contribuem para a vacância de profissionais.

5. Cabe esclarecer que a gestão de recursos financeiros e orçamentários tem em mira garantir a manutenção da cobertura assistencial da população cadastrada nas unidades de Atenção Primária da AP 5.3 e para isso, também, considerou a vulnerabilidade da população adscrita ao território sanitário da AP 5.3 e a atual Política Nacional de Atenção Básica, aprovada pela Portaria N.º 2.436, de 21 de Setembro de 2017, na qual estabelece o número máximo de pessoas vinculadas por Agente Comunitário de Saúde (ACS) em setecentas e cinquenta pessoas (750).

Diante do exposto, cumpre esclarecer que o processo de readequação orçamentária com vistas a reorganização do território assumiu o compromisso da manutenção da cobertura assistencial a população residente na AP 5.3. Dessa forma propõem-se a extinção de um total de quatorze equipes de saúde da família, a saber:

PREFEITURA
DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
Secretaria Municipal de Saúde
Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP 5.3
Rua Álvaro Alberto, 601 – 2º Andar – Santa Cruz – Rio de Janeiro – RJ – CEP 23550-040
Telefones: (21) 3365-7954 – (21) 3305-2929

Nº	Unidade	Equipe	Data de Ativação
1	2273551 - SMS CMS ALOYSIO AMANCIO DA SILVA - AP 53	INE : 0000302384 / 0001 - NASF 53 - AV. BRASIL II	13/04/2011
2	6618863 - SMS CF HELANDE DE MELLO GONCALVES - AP 53	INE : 0001614681 / 5638 - CESARIO	11/11/2016
3	6618871 - SMS CF JAMIL HADDAD - AP 53	INE : 0000307602 / 5366 - CAIXA	01/10/2010
4	6618855 - SMS CF SERGIO AROUCA - AP 53	INE : 0001614711 / 5640 - BARREIRA	11/11/2016
5	2269929 - SMS CMS CATTAPRETA - AP 53	INE : 0000301175 / 5333 - SAO FERNANDO	26/12/2007
6	2273586 - SMS CMS EMYDIO CABRAL - AP 53	INE : 0000302465 / 5325 - NOVO ARRAIAL	05/07/2007
7	6026737 - SMS CMS ADELINO SIMOES - NOVA SEPETIBA - AP 53	INE : 0001509446 / 5628 - CRISTAL	13/02/2014
8	7896204 - SMS CF ALICE DE JESUS REGO - AP53	INE : 0001506927 / 5626 - CONDOMINIO ATERRADO DO LEME	26/01/2016
9	6572014 - SMS CF LOURENCO DE MELLO - AP 53	INE : 0000307408 / 5352 - RIBEIRO COUTO	16/07/2010
10	6559727 - SMS CF ILZO MOTTA DE MELLO - AP 53	INE : 0000307203 / 5340 - RIO PARDO	15/06/2010
11	6559735 - SMS CF LENICE MARIA MONTEIRO COELHO - AP 53	INE : 0000307289 / 5347 - ATERRADO DO LEME	29/06/2010
12	6559735 - SMS CF LENICE MARIA MONTEIRO COELHO - AP 53	INE : 0001614673 / 5637 - CENTRAL DE MINAS	11/11/2016
13	6581994 - SMS CF JOSE ANTONIO CIRAUDO - AP 53	INE : 0000307459 / 5359 - GASTAO RANGEL	22/07/2010
14	2708183 - SMS CMS DECIO AMARAL FILHO - AP 53	INE : 0001614703 / 5639 - BAMBUZAL	11/11/2016

Na oportunidade, a Coordenadoria Geral de Atenção Primária a Saúde da AP 5.3 coloca-se a disposição para esclarecimentos que se fizerem necessários e renova os protestos de elevada estima e consideração.

Atenciosamente,

MARCELO REGLY FERREIRA
Coordenador Geral
Matrícula: 11/229.245-6