



Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal

Brasília

Junho de 2016

Documento de Referência

I – Análise da Situação Atual:

A área da saúde do Distrito Federal tem apresentado inúmeros sinais de que a forma de organização dos serviços, seu funcionamento e o modelo de gestão assistencial não vêm sendo capazes de responder adequadamente às necessidades de saúde da população brasiliense.

A dicotomia existente entre o modelo que está voltado predominantemente às condições agudas, atuando de forma reativa, episódica e fragmentado, e a realidade de crescimento das condições crônicas resulta na crise que permeia o sistema de saúde nos últimos anos, a qual se expressa na superlotação das emergências dos hospitais, na subutilização das Unidade de Pronto Atendimento (UPA), na insuficiência de leitos hospitalares, na falta de qualidade no atendimento e na longa lista de espera por consultas de especialidades, na baixa cobertura e resolutividade da atenção primária e na consequente insatisfação da população em relação aos serviços e ações ofertadas.

Os servidores estão cada vez mais desmotivados com o desabastecimento de insumos e medicamentos e a falta de manutenção de equipamentos, e a isso se soma as precárias condições de trabalho, dadas em função de ambientes insalubres e sem condições estruturais para oferta de um bom atendimento à saúde.

Os dados gerados sobre produtividade e funcionamento dos sistemas de informação em saúde são inconsistentes, inacessíveis e não consolidam as informações necessárias aos processos de avaliação e monitoramento dos serviços. A fragmentação dos sistemas de informação e a falta de interoperabilidade também dificultam o fornecimento de informações objetivas aos usuários do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal/SUS/DF, inviabilizando o direito à informação. Os custos operacionais não são claros e não permitem uma análise qualitativa e quantitativa sobre a eficácia e eficiência da produção em saúde no SUS/DF.

A falta de perspectiva de mudança nesse cenário vem contribuindo para a perda de servidores públicos e a falta de interesse de profissionais de saúde, sobretudo médicos, em ingressar e permanecer no quadro de pessoal da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal/SES/DF.

A Atenção Primária à Saúde (APS) atualmente, além da baixa cobertura por Estratégia Saúde da Família de apenas 30,7% (Tabela 1), apresenta abordagem assistencial de baixa resolutividade, em condições precárias de trabalho, sem retaguarda de especialidades médicas e desconectada da atenção hospitalar. A consequência é que as emergências dos hospitais regionais se tornaram a grande porta de entrada dos usuários no

Sistema de Saúde do DF e não as Unidades Básicas de Saúde (UBS) como deveria acontecer.

Tabela 1 – Situação da Estratégia Saúde da Família no DF – fevereiro – 2016

REGIÃO	POPULAÇÃO	COB. ESF	Nº eSF	Nº UBS PRÓPRIAS	Nº UBS NÃO PRÓPRIAS
SUDOESTE	779.433	32,2%	67	26	6
OESTE	518.985	27,4%	38	18	4
CENTRO-SUL	443.358	27,9%	33	17	5
SUL	285.147	39,4%	30	14	9
LESTE	229.682	45,7%	28	11	15
NORTE	372.582	42,2%	42	21	13
CENTRO-NORTE	285.644	1,3%	1	8	2
TOTAL	2.914.830	30,7	239	115	54

Fonte: [http://cnes2.datasus.gov.br/Lista Tot_Equipes.asp](http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp) e <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?lang=&sigla=df>

No que se refere ao acesso da população aos serviços de saúde, mesmo com um Sistema de Saúde organizado a partir de uma estrutura de serviços dispostos em perspectiva regionalizada, desde APS até serviços com alto grau de densidade tecnológica, ainda permanece forte iniquidade entre as Regiões de Saúde do DF. A cobertura de atenção primária ordenada pela Estratégia Saúde da Família é insuficiente em todas as regiões, e tanto a oferta de atenção especializada quanto de equipamentos e recursos diagnósticos estão concentrados nas regiões mais centrais. Há também distribuição irregular de trabalhadores da saúde, atendendo a uma lógica distante do interesse público.

Estima-se que cerca de 65% dos usuários que buscam as emergências no DF poderiam ter seus problemas de saúde resolvidos na APS, percentual ainda abaixo do apontado em estudos nacionais e internacionais, que demonstram ser a APS capaz de resolver, pelo menos, mais de 80% dos problemas de saúde da população quando organizada adequadamente.

A fragilidade e baixa resolutividade da APS no DF pode ser demonstrada por um conjunto de situações, algumas delas citadas na sequência.

- 1) Coexistência, sem harmonia, de dois modelos de organização da APS nas regiões, quais sejam, os Centros de Saúde Tradicionais e a Estratégia Saúde da Família. Considerada teórica e empiricamente a mais eficaz e de qualidade para a organização dos serviços, a Estratégia Saúde da Família hoje tem um papel periférico na organização da APS do DF, atualmente com equipes dispersas nas Regiões de Saúde, sem nenhuma condição para exercer seu papel de ordenadora das redes de atenção à saúde, o que reduz sensivelmente a capacidade de atender às necessidades de saúde e aumenta a demanda da população de forma expressiva nas portas das emergências dos serviços hospitalares. Por outro lado, os Centros de Saúde, que atuam na forma tradicional de oferta de ações e serviços pautados em especialidades básicas e que exerceram papel importante ao longo da trajetória do DF, ainda operam com características de organização da gestão e atenção que conflitam com os princípios da estratégia.
- 2) Condições estruturais inadequadas - As ações da APS são desenvolvidas em unidades com estruturas físicas precárias, sem instrumental adequado, sem ambiência que permita o acolhimento humanizado e qualificado, e, ainda em quantidade insuficiente para acompanhar o grau de crescimento populacional e urbano registrado no DF. Percentual significativo das equipes que integram a Estratégia Saúde da Família encontram-se em “partes” dos Centros de Saúde Tradicionais, o que reforça a visão equivocada de que as equipes podem ser instaladas em qualquer lugar, de qualquer forma. Ademais, quase 50% das Unidades Básicas de Saúde (UBS) que comportam as equipes funcionam em locais cedidos ou alugados, caracterizando uma atividade provisoriamente estabelecida.
- 3) Diversos problemas na composição das equipes de Saúde da Família do DF foram detectados, quais sejam, apenas 30 dos 239 médicos como especialistas em “Medicina de Família e Comunidade”. E mais, 97¹ médicos do total estão vinculados ao Programa Mais Médicos e ao Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB). A maior parte das equipes não tem Agentes Comunitários de Saúde na quantidade mínima necessária para o adequado desenvolvimento das ações de acompanhamento das famílias de cada território. Dessa forma, perpetua-se a manutenção de equipes “não consistidas”, o que impede a adequada qualificação dos processos de trabalho e reduz a captação de recursos financeiros referentes aos

¹ Dado Mais Médicos, base de informação SCNES – Competência: Fev./2016 (Definitivo).

incentivos do bloco da Atenção Básica, transferidos do Ministério da Saúde para a SES-DF.

- 4) Em grande parte das unidades, predomina o atendimento burocratizado, sem vínculo com a população usuária e com a cultura de agenda fechada, pautada pelos programas tradicionais, sem focar as necessidades de saúde dos territórios e da população adscrita. Não há relação entre os incentivos financeiros recebidos pelos profissionais da APS e os resultados alcançados no processo de trabalho. A resolutividade é muito reduzida, o que tem gerado encaminhamentos excessivos, desnecessários e fora dos critérios estabelecidos pelos protocolos assistenciais e de regulação. O Quadro 1 apresenta as características da Estratégia Saúde da Família que são almejadas para substituir a abordagem convencional, predominante no modelo de atenção à saúde no DF.

Quadro 1 – Comparativo entre modelo de abordagem convencional versus Estratégia Saúde da Família.

CARACTERÍSTICAS	CONVENCIONAL	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
ENFOQUE	Doença	Saúde
	Cura	Prevenção, Atenção e Cura
CONTEÚDO	Tratamento	Promoção da Saúde
	Atenção por episódio	Atenção integral, contínua e organizada à população adscrita
	Problemas específicos	Atenção Abrangente
ORGANIZAÇÃO	Acesso restrito	Acesso avançado
	Especialistas	Médicos da Família e Comunidade ou Generalistas
	Médicos	Profissionais de Saúde
	Atendimento Médico-centrado	Equipe Multiprofissional
RESPONSABILIDADE	Apenas do Setor de Saúde	Ações Intersetoriais
	Domínio do Profissional	Fortalecimento do controle social
	Recepção passiva do usuário	Auto-responsabilização do usuário

Fonte: Adaptado de Starfield (2002).

- 5) As unidades têm potencial e estrutura de equipamentos para informatização, porém não estão plenamente informatizadas, o que impede a implantação de sistemas de informação adequados de registro de produção, de monitoramento e avaliação, de educação a distância e de regulação da assistência, entre outros.
- 6) Existe uma reduzida capacidade ambulatorial especializada, hoje atuando direcionada para os serviços hospitalares, com baixo vínculo com a APS e atuando sem estratificação de risco. A falta de retaguarda de ações especializadas contribui para a

reduzida capacidade de resolver os problemas de saúde da população vinculada às equipes da ESF. A relação da APS com as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h, enquanto unidades de retaguarda, também não está claramente equacionada, tanto pela baixa cobertura de Atenção Primária nos territórios onde se implantaram esses equipamentos, quanto pelos conflitos inerentes aos critérios de funcionamento.

As UPAs 24h representam outro elemento relevante para o pleno funcionamento do SUS/DF. A implantação desses equipamentos no DF foi ambientada pela Política Nacional de Atenção às Urgências no Brasil. O desenvolvimento dessa política envolveu três momentos principais: 1998-2002 – primeiras iniciativas de regulamentação; 2003-2008 – formulação e implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências, com priorização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); e a partir do final de 2008 – continuidade do SAMU e implantação de UPAs 24h.

Em 2011, a Política de Atenção às Urgências, ao ser redesenhada por meio da Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011, incorporou os dispositivos das redes de atenção à saúde propostos pela Portaria nº 4.279 de 31 de dezembro de 2010 e propôs a organização de Redes de Atenção às Urgências/RUE no Sistema Único de Saúde/SUS. A finalidade da RUE é atender aos usuários com quadros agudos, em todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsivamente, para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado (Brasil, 2011; GDF, 2013).

A rede de urgências e emergências (RUE) organiza-se em componentes:

- I - Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde;
- II - Atenção Básica em Saúde;
- III - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência/SAMU 192 e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências;
- IV - Sala de Estabilização;
- V - Força Nacional de Saúde do SUS;
- VI - Unidades de Pronto Atendimento/UPA 24h e o conjunto de serviços de urgência 24 horas;
- VII - Hospital;
- VIII - Atenção Domiciliar.

O Distrito Federal aderiu a todas as etapas de implantação da RUE propostas pelo Governo Federal. Em 2005, foi implantado o SAMU e em 2011 foi construída a primeira UPA 24h em Samambaia (inaugurada em 15/02/2011). Em 15/07/2012 foi inaugurada a UPA no Recanto das Emas. Em 31/08/2012 foi inaugurada a de São Sebastião e em

29/09/2012 a do Núcleo Bandeirante. Por fim, em 2014, foram inauguradas as últimas duas UPAs, em Sobradinho II (03/04/2014) e em Ceilândia (11/09/2014).

No Plano de Ação da RUE apresentado pela SES/DF ao Ministério da Saúde/MS, estava prevista a construção de 12 UPAs. O MS aprovou 10, para as quais repassou recursos para financiar parcialmente a construção. A SES-DF, todavia, mesmo com a oportunidade dos investimentos em infraestrutura de serviços para receber os grandes eventos esportivos durante a Copa do Mundo em 2014, obteve recursos que possibilitaram a construção de somente 6 UPAs.

A implantação das UPAs 24h no DF agrega novos elementos para a rede de saúde num contexto desafiador e complexo. Significa repensar o modelo de atenção à saúde a partir da reorganização da linha de cuidado na urgência, com fluxos bem definidos e de forma integral: da porta de entrada ao “*follow-up*/seguimento” dos pacientes. No DF, representou ampliação de serviços para a composição da RUE em locais de grande vulnerabilidade social e vazios de serviços públicos de saúde.

Entretanto, a forma como as UPAs foram implantadas, com equipes de trabalho com vínculos precários, predomínio de contratos temporários e pagamento de horas extras, baixa qualificação dos profissionais para atenção às urgências, equipamentos sem contratos de manutenção, algumas unidades com estrutura incompleta e, principalmente, em desarticulação com os componentes assistenciais estabelecidos na RUE, impediu que esse equipamento cumprisse sua verdadeira função no sistema de saúde.

A composição dos custos de uma UPA também tem sido um grande obstáculo para a sua manutenção. Conforme demonstrado na Tabela 3, os custos com pessoal (82%) são os mais expressivos, seguido de serviços de terceiros (13%). A apuração dos custos médios mensais da UPA de Ceilândia foi usada aqui como referência pois não difere significativamente dos custos das demais UPAs².

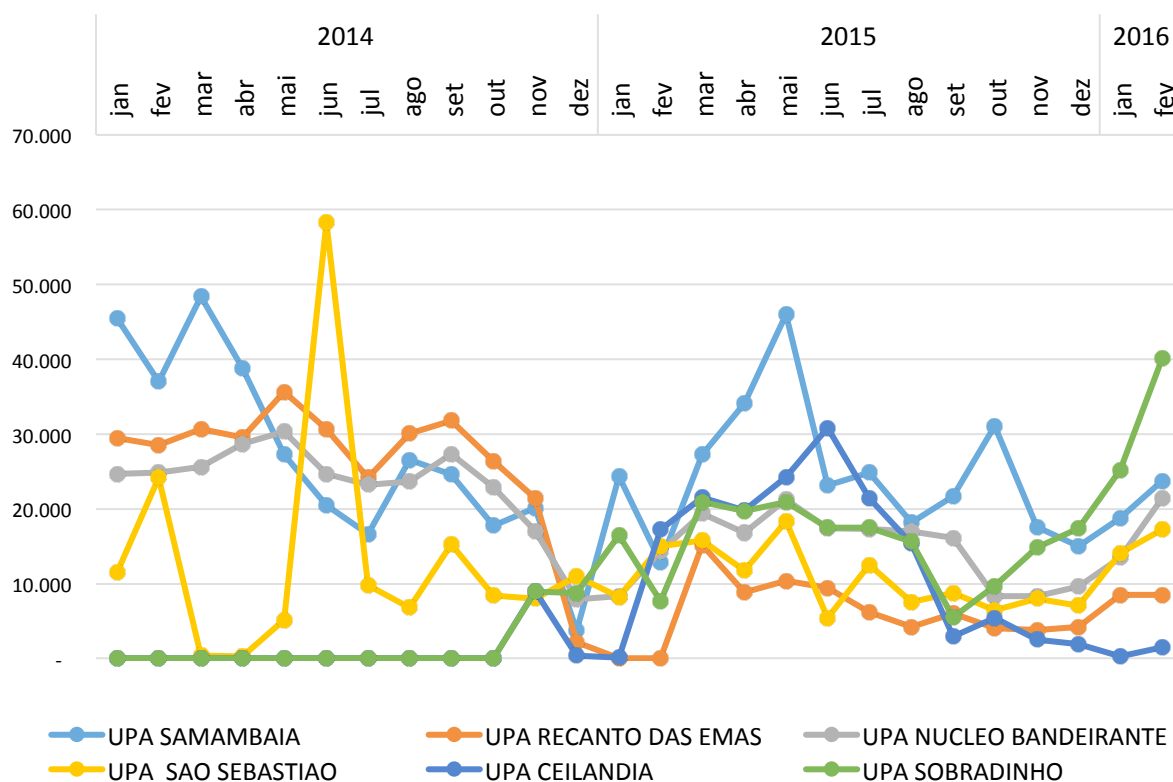
Tabela 3 – Custo médio mensal apurado da UPA24h da Ceilândia no ano de 2015.

CATEGORIA DE GASTO		MÉDIA	%
	Total	R\$ 1.561.220,38	
PESSOAL	CH contratual	R\$ 1.373.511,80	82
	Hora extra	R\$ 187.708,57	
MAT. CONSUMO		R\$ 76.157,09	4
SER. TERCEIROS		R\$ 247.510,55	13
DESPESAS GERAIS		R\$ 19.039,27	1
CUSTO TOTAL		R\$ 1.903.927,29	100

² Ver estudo da CODEPLAN

Em contraposição a esses elevados custos de manutenção das UPAs 24h, observou-se ao longo dos anos de 2014 e 2015, um funcionamento instável com grandes oscilações no número de atendimentos. Na Figura 1, visualiza-se que a produtividade desses serviços, registradas no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA-SUS), foi descontínua e muito aquém do esperado para uma unidade com essas características e com esses custos.

Gráfico 1 – Produção das Unidades de Pronto Atendimento – DF – 2014 A 2016



Fonte: SIA/SUS 2015

A fragilidade operacional das UPAs no DF, além de constituir barreira de acesso e proporcionar baixa disponibilidade de serviços à população, também torna os custos unitários das atividades muito elevados. Tomando como exemplo os custos médios e a

média de produção da UPA da Ceilândia em 2015, obteve-se um resultado em que cada atendimento custa, em média, R\$ 606,11 (seiscentos e seis reais e onze centavos).

Em uma perspectiva de rede de atenção à saúde, o funcionamento precário das Unidades Básicas de Saúde e das UPAs prejudica os hospitais, perpetuando um ciclo perverso de desassistência e superlotação (Gottens et al, 2015; Bittencourt, 2009). As emergências dos hospitais em especial, que trabalham no limite de sua capacidade, recebendo pacientes que deveriam ser acompanhados por outros pontos de atenção, seguem com estruturas precárias, leitos fechados e profissionais desmotivados.

A rede de hospitais próprios da SES-DF contempla hoje 16 nosocômios e uma Casa de Parto, conforme Tabela 4. Totaliza-se 3.760 leitos operacionais, dos quais 248 estão bloqueados principalmente por falta de recursos humanos.

Tabela 4 - Leitos de enfermaria por hospitais próprios da SES-DF, 2015.

HOSPITAIS	LEITOS POR TIPO		
	EXISTENTES	ATIVOS	BLOQUEADOS
HRPA	210	188	22
HRP	155	155	0
HRC	361	345	16
HRT	420	420	0
HCB	17	17	0
HSVP	83	83	0
HAB	53	37	16
HRG	432	394	38
HRAN	339	339	0
HRS	222	130	92
HRBZ	127	127	0
HRSAM	97	97	0
HBDF	650	650	0
HRGU	53	53	0
CASA DE PARTO	6	6	0
HRSM	301	296	5
HMIB	246	187	59
TOTAL GERAL	3760	3512	248

Da mesma forma que os leitos gerais, os leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) também seguem, em número significativo, bloqueados por falta de técnicos de enfermagem, médicos intensivistas, enfermeiros e falhas de manutenção dos

equipamentos. Mesmo alguns dos existentes e em operação não conseguem ser habilitados pelo Ministério da Saúde, o que impede o correspondente repasse de recursos federais.

Tabela 5 - Leitos de UTI existentes, habilitados e bloqueados por hospitais da SES-DF.

QUANTIDADE	EXIST	HAB	BLOQ.
HRC	18	14	3
HRT	36	26	1
HRG	20	8	0
HRAN	20	10	10
HRS	22	10	6
HRSAM	41	21	6
HBDF	87	29	28
HRSM	100	50	15
HMIB	76	66	10
TOTAL GERAL	420	234	79

Fonte: CNES, 2016.

Nesse contexto, com acesso cada vez mais restrito, com serviços atendendo parcialmente em função da falta de pessoal, do desabastecimento de insumos e comprometimento dos serviços de manutenção, com conseqüente baixa resolutividade e insatisfação dos usuários e dos servidores, o Sistema de Saúde do DF deixa muito a desejar na sua obrigação de garantir à população brasiliense o exercício do pleno Direito à Saúde conforme estatuído na Constituição de 1988.

É imperioso, portanto, que se aperfeiçoem os processos de gestão em saúde, no âmbito do planejamento e organização de serviços (macro), bem como no cotidiano do processo de trabalho dos profissionais de saúde (micro). São necessárias mudanças na cultura organizacional vigente no setor público brasileiro, marcada pela preocupação com a conformidade dos atos e formalização de procedimentos (centrada na organização) mais do que pelo compromisso com os resultados (centrada no usuário).

Ademais, o momento atual exige ações efetivas do Governo do Distrito Federal no Sistema de Saúde, alinhadas e coordenadas pela Secretaria de Estado da Saúde, na reorganização, funcionamento dos serviços, empregando estratégias administrativas e gerenciais flexíveis e oportunas que permitam o reabastecimento da rede, a contratação de profissionais de saúde, qualificação dos serviços de urgência e emergência e a expansão da Atenção Primária à Saúde, com retaguarda qualificada nas UPAs e policlínicas, e com a missão de ser o principal ponto de regulação da assistência hospitalar.

II – A proposta de intervenção

O **Brasília Saudável** constitui um conjunto de ações alinhadas e coordenadas pela SES/DF no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde, articulando e otimizando os serviços de Urgência e Emergência, Atenção Ambulatorial Especializada e Atenção Hospitalar, a partir dos seguintes princípios:

- pleno exercício do **Direito à Saúde** para os cidadãos do DF, garantido por meio da oferta de serviços resolutivos, em ambientes humanizados, próximos às residências dos usuários e prestados com qualidade por profissionais formados e capacitados adequadamente;
- **controle rigoroso do Estado** sobre os mecanismos de oferta de serviços de saúde;
- **descentralização, resolutividade e autonomia na oferta de ações e serviços nas Regiões de Saúde**, respeitando economia de escala nos casos indicados, com a expansão da Atenção Primária à Saúde como porta principal de acesso e ordenadora das Redes de Atenção e com o restabelecimento do equilíbrio entre a demanda e a oferta de atendimentos especializados e otimização dos serviços hospitalares disponíveis;
- **afirmação da Cidadania** como principal abordagem no enfrentamento dos Determinantes Sociais de Saúde, reforçando aqueles que protegem a condição de saúde dos usuários, e na integração das ações de governo que promovem a inclusão social, sobretudo em grupos vulneráveis;
- **ampliação da oferta de serviços de saúde** nas Regiões, com a expansão da Atenção Primária à Saúde como porta principal de acesso ao Sistema Único de Saúde, a implantação de serviços ambulatoriais especializados e a otimização dos serviços hospitalares disponíveis;
- **reorganização dos fluxos** entre os serviços de saúde, com construção de linhas de cuidado e diretrizes clínicas, regulação, programação e avaliação nas Regiões de Saúde;
- **acesso e regulação** do sistema de saúde baseado na atenção primária, com meios tecnológicos adequados e efetivos em todas as unidades;
- **reestruturação dos equipamentos assistenciais** locais, permitindo uma abordagem em saúde mais humanizada e com qualidade de trabalho para os profissionais de saúde;

- fortalecimento da **Governança Regionalizada** do SUS do DF, com a adoção de mecanismos gerenciais ágeis e que permitam uma tomada de decisão estruturada e baseada em informações estratégicas, com autonomia e capacidade plena de ação na Região de Saúde.
- **fortalecimento da transparência na gestão, com informatização das Unidades Básicas de Saúde**, permitindo o monitoramento e avaliação imediata do SUS/DF e adotando o controle informatizado de metas e a divulgação de indicadores, metas e resultados de gestão;
- **aumento da resolutividade** do sistema como um todo, ampliando a capacidade de resolver as demandas por ações de saúde nas regiões, o mais próximo possível do domicílio do usuário, com eficiência e eficácia nos resultados, prestadas por profissionais qualificados e vinculados a programas de formação continuada;
- **conversão progressiva** do modelo tradicional de Atenção Primária em Estratégia Saúde da Família, com ampliação da cobertura em todas as Regiões; e,
- fomento de espaços coletivos para o exercício da **participação e o controle social** na implantação e na implementação das políticas de saúde.

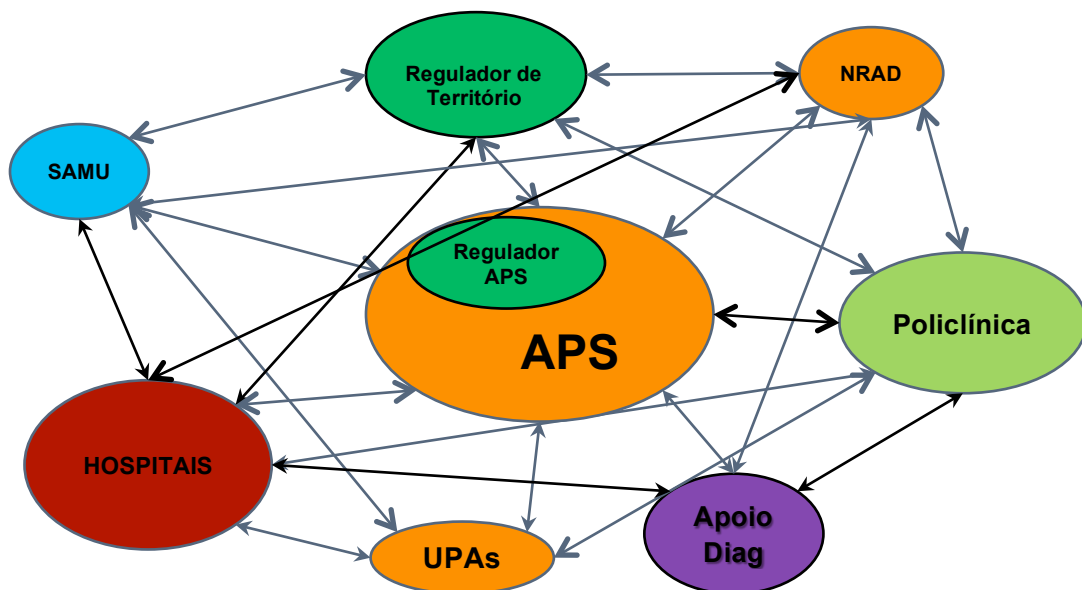
III – Atenção Primária à Saúde que queremos:

A Secretaria de Saúde do DF adota a visão da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde, o que significa compreendê-la como “uma forma singular de apropriar, recombina e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação da APS como parte e coordenadora de uma Rede de Atenção à Saúde” (Vilaça, 2016).

É absorvido o conceito amplamente estabelecido entre o coletivo de Secretários Estaduais de Saúde, para o qual a APS caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, que utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade tecnológica, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território (CONASS, 2015).

A organização dos serviços parte da reestruturação e ampliação das portas de entrada do usuário no sistema de saúde, sobretudo em relação à APS como primeiro e mais amplo nível de contato do cidadão com o Sistema de Saúde do DF – Figura 1. Nessa composição em rede de serviços de saúde, a APS desempenhará papel estratégico, determinando a condução, organização do cuidado e vinculação do usuário com os demais níveis e serviços de saúde na Região.

Figura 1 – Esquema descritivo do Sistema Loco Regional nas Regiões de Saúde.



A ampliação da APS no DF tem como modelo orientador das ações de saúde a Estratégia Saúde da Família, abrangendo coberturas populacionais significativas nas Regiões de Saúde, principalmente em áreas com maior vulnerabilidade econômica e social. O objetivo a perseguir é que até o final de 2018 ocorra a expansão, dos atuais 30,7%, para 62% de cobertura da ESF, sendo de 100% nas áreas de maior vulnerabilidade econômica e social.

A opção por esse modelo está orientada por resultados positivos, inquestionáveis, registrados na literatura nacional e internacional (Soranz et al, 2016) e é facilitada pela existência de co-financiamento federal.

Nos territórios sob sua responsabilidade, e com prioridade inicial voltada às populações mais vulneráveis, as equipes de Saúde da Família serão instaladas em Unidades Básicas caracterizadas como Clínicas da Família, organizadas e equipadas com densidade tecnológica adequada para oferecer qualidade e resolutividade no atendimento à população. Para ampliação de acesso às famílias e indivíduos usuários, as Clínicas da Família atuarão com eSFs completas (quadro 2), em quantidade compatível com a área territorial de abrangência e vulnerabilidade da população adscrita e deverão funcionar com horário ampliado durante a semana e com período de funcionamento nos finais-de-semana, adequados às distintas realidades locais, mas sempre com garantia de ampliação de acesso em seu funcionamento. Os Centros de Saúde Tradicionais continuarão em atividade, atendendo o público em geral, até que a conversão em Clínicas da Família ocorra e as suas atividades originais sejam organizadas como serviços de atenção especializada, articulados à APS.

Quadro 2 – Composição de Equipe de Saúde da Família – BsB Saudável

PROFISSIONAIS	Quantitativo
Médico de Família e Comunidade	01
Enfermeiro de Família e Comunidade	01
Técnico (ou auxiliar) de Enfermagem	02
Agente Comunitário de Saúde	05

Fonte: Adaptado da PNAB (2011).

O processo de trabalho será qualificado e os gestores e profissionais das equipes de Saúde da Família serão inseridos em atividades de formação, aperfeiçoamento ou especialização, de acordo com as necessidades identificadas. O conjunto de iniciativas

de capacitação será coordenado pela FEPECS e realizada em conjunto com outras instituições parceiras na área de ensino.

IV – Operacionalização do Projeto Brasília Saudável

A implantação do **Brasília Saudável** está dimensionada para ocorrer de forma progressiva, até 2018, nas Regiões de Saúde definidas no Decreto 37.057, de 14 de janeiro de 2016, iniciando no primeiro ano com as vertentes:

- a) implementação de mudanças na organização e funcionamento da APS do Distrito Federal, com a adoção do acesso avançado, concentração de equipes de Saúde da Família, informatização das Unidades Básicas de Saúde, uso de protocolos e parametrização, integrando a Atenção Especializada, monitoramento e avaliação de indicadores e metas estabelecidas;
- b) qualificação das ações e serviços das 09 Clínicas da Família existentes;
- c) organização das redes de atenção à saúde em cada região;
- d) implementação da regulação da atenção ambulatorial especializada a partir da APS;
- e) conversão de parte dos Centros de Saúde Tradicionais de Ceilândia em Clínicas da Família, exclusivamente com Estratégia Saúde da Família, com equipes completas e reformas nas unidades.

As demais Regiões de Saúde receberão progressivamente ações do Brasília Saudável, incluindo a ampliação de cobertura, qualificação de Estratégia Saúde da Família e conversão dos Centros de Saúde Tradicionais em clínicas.

Quadro 3 – Cronograma de Implantação – BsB Saudável

	REGIÃO	PRAZO
1ª ETAPA	OESTE e SUL	junho de 2016 a julho de 2018
2ª ETAPA	NORTE E LESTE	agosto de 2016 a agosto de 2018
3ª ETAPA	SUDOESTE	outubro de 2016 a outubro de 2018
4ª ETAPA	CENTRO SUL e CENTRO NORTE	janeiro de 2017 a dezembro de 2018

V – Estratégias para Implantação na Atenção Primária à Saúde – Brasília Saudável:

O processo de implantação do **Brasília Saudável** prevê a adoção de estratégias de curto, médio e longo prazo:

Ações de curto prazo:

- implantação do Acesso Avançado, que reorganiza a forma de agendamento das Clínicas de Família, a ser realizado de forma mista, ou seja, atendimentos previamente marcados concomitantes a atendimentos por demanda espontânea, conforme classificação de risco, atendendo a todos os usuários que procurarem o serviço por meio do acolhimento e com agendas estabelecidas a partir da programação clínica;
- conclusão da informatização das Unidades Básicas de Saúde;
- marcação de todas as consultas ambulatoriais em hospitais de forma informatizada e regulada, por meio de regulador territorial e com o auxílio de uma central de regulação;
- encaminhamento a consultas na atenção primária, a partir das emergências dos hospitais e das UPAs, com indicação da unidade responsável pelo atendimento, nos casos em que a classificação de risco permitir;
- estabelecimento de metas, resultados e indicadores de qualidade na atenção primária, por meio do sistema informatizado, como tempo de espera para primeira consulta e retorno, número de encaminhamentos, nível de satisfação dos usuários, número de atendimentos em pronto-socorro, consultas por equipe, visitas por Agentes Comunitários de Saúde/ACS, melhora de indicadores de saúde;
- controle da qualidade e produtividade ambulatorial em hospitais e outras unidades, com metas, resultados e indicadores de qualidade na atenção hospitalar;
- concentrar eSFs em Unidades Básicas de Saúde e nas Clínicas de Família nas regiões de maior vulnerabilidade econômica e social;
- implantação da Planificação da Atenção à Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde/CONASS, assessoria técnica para Gestão e Organização da Atenção Primária e da Atenção Ambulatorial Especializada nas Redes de Atenção à Saúde;
- atualização e implementar a Carteira de Serviços da APS;

- elaboração e formalização dos Protocolos de Atenção à Saúde no âmbito da APS e da Atenção Especializada, além de definir a parametrização dos atendimentos, associada a metas e indicadores.

Ações de médio prazo:

- Aumento da resolutividade da Atenção Primária:
 - identificação das necessidades específicas de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde, e oferta de processos educativos para superação das dificuldades;
 - capacitação das equipes (curso de 6 meses para os não especialistas, com exigência de aproveitamento mínimo, para fazer parte das eSFs e a perspectiva de estímulo para obtenção de titulação em Saúde da Família);
 - Residência Multiprofissional em Saúde da Família implementada e Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade com vagas ampliadas;
 - matriciamento de especialidades na Atenção Primária;
 - integração da graduação dos cursos da área da saúde das instituições de ensino médio e superior do DF, tanto públicas quanto privadas, com as ações do Brasília Saudável nas Regiões de Saúde;
- Conversão progressiva do modelo tradicional em Estratégia de Saúde da Família:
 - consistir equipes completas (em média uma equipe para cada 3.750 pessoas);
 - profissionais do modelo tradicional poderão optar por consistir equipes, com prazo para conclusão do curso oferecido pela FEPECS;
- Reforma das Unidades Básicas, já com a aplicação da identidade visual estabelecida para as unidades convertidas ao modelo de ESF;
- Adoção de mecanismos de gratificação associada ao alcance de metas e resultados mensurados através de indicadores.

Ações de longo prazo:

- Ampliação radical da cobertura da Estratégia Saúde da Família, atingindo 62% da população em 2018, sendo de 100% das áreas de maior vulnerabilidade econômica e social;
- Construção de novas Clínicas da Família, com estrutura e identidade visual e adequadas ao novo modelo;

- Construção de policlínicas, para Atenção Especializada (menor densidade tecnológica que hospitais), para diminuir presença da população em hospitais;
- Contratação de profissionais para consistir as novas equipes;
- Implementação da Parceria Público Privada em Saúde para a construção de novas UBSs.

VI – Participação do terceiro setor na Atenção Primária à Saúde e nas Unidades de Pronto Atendimento

A reforma do modelo assistencial aqui proposto depende da concomitante reforma do modelo de gestão adotado no Distrito Federal. As rígidas regras para contratação de pessoal por concurso público, as dificuldades em executar mudanças nas políticas de gestão, bem como o engessamento dos contratos às regras de licitação são incompatíveis com a velocidade de resposta exigida da gestão na saúde.

A participação de entidades do terceiro setor confere à administração pública a possibilidade de trabalhar de acordo com a sistemática da gestão privada, mantendo a competência para regular, determinar como fazer, controlar e fiscalizar a ação dessas entidades. Além do Tribunal de Contas e do Ministério Público, entidades de controle externo, a própria Secretaria de Saúde passa a ser o maior fiscal da ação da gestão das unidades.

É preciso deixar claro que não haverá qualquer prejuízo aos atuais servidores, que manterão preservados todos os seus direitos e poderão ser incorporados nas novas estruturas, caso assim o desejem, ou remanejados para outras unidades de saúde que funcionem sob o regime da administração direta, uma vez que há falta de profissionais em todas as Regiões do Distrito Federal.

Ressalte-se também que não se trata, sob nenhuma hipótese, de terceirização ou de privatização. Ao contrário, os imóveis e estruturas continuarão sendo 100% públicos, todos os pacientes são do SUS, atendidos de acordo com o princípio da Universalidade do Acesso à Saúde e o pleno exercício do Direito à Saúde para os cidadãos do DF, garantido por meio da oferta de serviços resolutivos, em ambientes humanizados e próximos às residências dos usuários e prestados com maior qualidade. Todos os recursos utilizados serão repassados a título de fomento a entidades sem fins lucrativos, que têm o dever de reinvestir na própria estrutura o excedente do fomento repassado.

Tal modelo vem sendo amplamente adotado há vários anos, por governos estaduais e municipais, em diferentes regiões do Brasil. As experiências demonstram sucesso na melhoria da gestão e da produtividade das unidades de saúde, com a otimização dos gastos e possibilidade de redução de custos para o Estado. No âmbito do DF, essa alternativa de gestão é autorizada pela Lei Distrital n. 4.081, de 2008, que dispõe sobre organizações sociais para a prestação de assistência à saúde, e já é adotada no Hospital da Criança José de Alencar, que é gerido sob as regras do contrato de gestão assinado com o Instituto de Câncer Infantil e Pediatria Especializada (ICIPE). O Supremo Tribunal Federal é absolutamente claro na possibilidade constitucional e legal da adoção desse modelo para a saúde, conforme julgado na ADI n. 1923.

A parceria entre a SES/DF e entidades do terceiro setor, vinculadas e instrumentalizadas por contratos de gestão, permitirá que os esforços para a organização e funcionamento da Atenção Primária em Saúde sejam direcionados para:

- expansão da cobertura populacional por Estratégia Saúde da Família, organizando e gerenciando o processo e força de trabalho das Clínicas da Família – Escopo 1 do Contrato de Gestão;
- manutenção, funcionamento e fortalecimento das atividades desenvolvidas nos Centros de Saúde Tradicionais – Escopo 2 do Contrato de Gestão.

A gerência administrativa e funcionamento das seis UPAs do Distrito Federal será realizada na mesma modalidade de parceria, com contratos de gestão distintos, de forma direcionada para a organização e funcionamento das unidades, permitindo a manutenção de seu pleno funcionamento e garantindo atendimento constante e de qualidade, prestado nos termos descritos no contrato de gestão.

A mudança no modelo de gerenciamento das unidades será precedida de uma análise das necessidades de saúde da população adscrita; estabelecimento de prioridades; verificação da capacidade instalada das UBSs e das UPAs a serem gerenciadas; negociação e fixação de objetivos e metas; acompanhamento e avaliação; e aplicação de sistema de consequências (incentivos e penalizações) (Costa e Silva et al, 2016).

Para tanto, será necessária a reorganização dos sistemas de informação da SES/DF, contemplando efetivamente o uso de ferramentas tecnológicas que permitam a informatização dos prontuários e análise gerencial do funcionamento de todos os serviços do SUS/DF. Além disso, será necessária capacitação das equipes nas Regiões de Saúde para que realizem de forma sistemática e tempestiva, o monitoramento e avaliação dos

serviços e dos contratos nos termos da parametrização estabelecida juntamente com os protocolos assistenciais.

Os ganhos esperados:

- flexibilidade administrativa e gerencial – menor burocracia e maior agilidade na resposta as necessidades da Atenção à Saúde;
- ampliação do número de profissionais de saúde atuando nas regiões mais vulneráveis;
- redução dos custos unitários dos atendimentos realizados pelo aumento da produtividade das unidades de saúde;
- melhoria da qualidade dos atendimentos com abastecimento oportuno das UBSs e das UPAs;
- maior agilidade e menor custo de manutenção de equipamentos;
- ampliação do acesso à saúde em áreas desprovidas de serviços assistenciais;
- ganho de agilidade na adequação e manutenção da estrutura física das UBSs e UPAs;
- apoio na qualificação dos profissionais de saúde, sob coordenação da FEPECS;
- possibilidade de criação de um terceiro turno nos Centros de Saúde Tradicionais, com agenda aberta, diminuindo a demanda de pacientes azuis e verdes sobre as UPAs e as emergências de hospitais;
- redução do prazo de informatização das UBSs e sua conexão com demais pontos de atenção da Região de Saúde;
- maior efetividade dos serviços de saúde da rede SUS/DF;
- ampliação de serviços habilitados e qualificados perante o Ministério da Saúde, aumentando os repasses federais para o DF;
- maior controle e transparência no gasto público dos recursos próprios e dos recursos federais na saúde; e
- eficiência em favor do pleno exercício do Direito à Saúde pelos cidadãos.

No âmbito da APS, as ações de reorganização dos serviços de saúde acontecerão inicialmente na Região Administrativa de Ceilândia, objetivando a expansão de cobertura da Estratégia Saúde da Família e a qualificação do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde existentes.

Ceilândia faz parte da Região de Saúde Oeste e é a maior cidade do DF, com uma população de 454.175 habitantes, segundo dados do IBGE (2015). A rede de APS é composta por 15 unidades de saúde, sendo 11 Centros de Saúde, Postos de Saúde (01

urbano e 01 rural) e mais 02 UBS cedidas. Nestas unidades, atuam 27 (vinte e sete) equipes de Saúde da Família e 14 (quatorze) equipes de Saúde Bucal, representando uma cobertura de Saúde da Família de 22%, em fevereiro de 2016 (SCNES), destacando que todos os Centros de Saúde funcionam de forma mista, ou seja, a unidade desenvolve o modelo de atenção tradicional e Estratégia Saúde da Família.

VII – Impacto orçamentário dos contratos de gestão

Propõe-se o chamamento público para a realização de parcerias com contratos de Gestão, para operação na APS de Ceilândia e em cada uma das seis Unidades de Pronto Atendimento em Saúde – UPAs.

A seleção, contratação e implantação de Organizações Sociais para as 6 UPAs requererá aporte orçamentário de custeio e investimentos. Os recursos de custeio para o ano de 2017, calculados a partir dos gastos praticados no orçamento atual estão detalhados na tabela abaixo. Não constam as eventuais correções pela mudança na forma de contratação de pessoal e aquisição de insumos. Os valores poderão ser reduzidos em função da permanência de servidores da SES nas unidades.

Tabela 5- Impacto orçamentário estimado para 2017 para UPAS

DESPESAS	MÉDIA MENSAL	CUSTO MÉDIO ANUAL/UPA	CUSTO ANUAL PARA AS 06 UPAS	IMPACTO NO ORÇAMENTO POR FONTE DE RECURSOS	
				FC /F 138	F 100
Pessoal	R\$ 1.704.768,03	R\$ 20.457.216,36	R\$ 122.743.298,16	R\$ 61.371.649,08	R\$ 61.371.649,08
Material de Consumo	R\$ 72.556,83	R\$ 870.681,96	R\$ 5.224.091,76	R\$ 2.000.000,00	R\$ 3.224.091,76
Serviços de Terceiros *	R\$ 263.487,00	R\$ 3.161.844,00	R\$ 18.971.064,00	R\$ 18.000.000,00	R\$ 971.064,00
Despesas Gerais	R\$ 18.658,78	R\$ 223.905,36	R\$ 1.343.432,16	R\$ 0,00	R\$ 1.343.432,16
TOTAL GERAL	R\$ 2.059.470,64	R\$ 24.713.647,68	R\$ 148.281.886,08	R\$ 81.371.649,08	R\$ 66.910.237,00

* Foi calculada a estimativa de receita das UPAs habilitadas(4) e qualificadas (1). UPA/Sobradinho não tem repasse.

Fonte: Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS - APURASUS, extraído em 13/05/2016.

GECS/DICONS/COPLAN/SUPLANS

Na Atenção Primária, a 1ª frente prevê a manutenção das 27 (vinte e sete) equipes de Saúde da Família existentes na Ceilândia, além da criação de outras 27 (vinte e

sete), sendo o custo mensal estimado para a manutenção destas novas equipes com recursos humanos, materiais de consumo, serviços terceirizados e despesas gerais de R\$1.898.888,99, alcançando 44% de cobertura de Estratégia Saúde da Família da Região Administrativa.

Tabela 6 – Programação da expansão da ESF, por frente, na RA Ceilândia, com custos mensais estimados.

Situação Futura por Frente na Ceilândia										
Frente	Unidade Básica de Saúde		Recursos Humanos			Custo Mensal Estimado				
	Nome	População	Equipes Necessárias		Cobertura de Saúde da Família	Recursos Humanos ***	Material de Consumo **	Serviços de Terceiros **	Despesas Gerais **	Total Geral
			ESF	ESB						
1ª	Centro de Saúde nº 08 de Ceilândia	52.811	7	3	44%	R\$ 579.292,42	R\$ 43.915,84	R\$ 101.139,51	R\$ 5.323,13	R\$ 729.670,89
	Centro de Saúde nº 11 de Ceilândia	32.186	9	4		R\$ 748.634,16	R\$ 37.388,66	R\$ 86.107,23	R\$ 4.531,96	R\$ 876.662,01
	Centro de Saúde nº 12 de Ceilândia	56.661	11	5		R\$ 917.975,91	R\$ 30.445,00	R\$ 70.115,76	R\$ 3.690,30	R\$ 1.022.226,98
Total	03 Centros de Saúde	88.847	27	9	44%	R\$ 1.666.610,07	R\$ 67.833,67	R\$ 156.222,99	R\$ 8.222,26	R\$ 1.898.888,99
2ª	Centro de Saúde nº 02 de Ceilândia	31.556	8	4	72%	R\$ 677.366,98	R\$ 23.559,62	R\$ 54.258,52	R\$ 2.855,71	R\$ 758.040,84
	Centro de Saúde nº 04 de Ceilândia	30.591	7	3		R\$ 579.292,42	R\$ 26.222,05	R\$ 60.390,17	R\$ 3.178,43	R\$ 669.083,07
	Centro de Saúde nº 07 de Ceilândia	45.467	10	5		R\$ 846.708,73	R\$ 30.743,62	R\$ 70.803,48	R\$ 3.726,50	R\$ 951.982,32
	Centro de Saúde nº 10 de Ceilândia	49.109	9	4		R\$ 748.634,16	R\$ 37.044,80	R\$ 85.315,30	R\$ 4.490,28	R\$ 875.484,54
Total	04 Centros de Saúde	156.723	34	16	72%	R\$ 2.852.002,29	R\$ 117.570,09	R\$ 270.767,47	R\$ 14.250,92	R\$ 3.254.590,76
3ª	Centro de Saúde nº 03 de Ceilândia	39.017	10	5	100%	R\$ 846.708,73	R\$ 32.540,27	R\$ 74.941,22	R\$ 3.944,27	R\$ 958.134,49
	Centro de Saúde nº 05 de Ceilândia	41.783	10	5		R\$ 846.708,73	R\$ 34.623,90	R\$ 79.739,90	R\$ 4.196,84	R\$ 965.269,36
	Centro de Saúde nº 06 de Ceilândia	27.125	6	3		R\$ 508.025,24	R\$ 33.452,89	R\$ 77.043,03	R\$ 4.054,90	R\$ 622.576,06
	Centro de Saúde nº 09 de Ceilândia	44.008	8	4		R\$ 677.366,98	R\$ 34.562,66	R\$ 79.598,85	R\$ 4.189,41	R\$ 795.717,90
Total	04 Centros de Saúde	151.933	34	17	100%	R\$ 2.878.809,67	R\$ 135.179,72	R\$ 311.323,00	R\$ 16.385,42	R\$ 3.341.697,80

** Fonte: SUPLANS - Custo Médio Mensal (Ago. a Dez./2015).

*** Fonte: GECC/DIPMAT/SUGEP - Impacto Financeiro Mensal (Base no Vencimento Básico com Carga de 40 horas, acrescido de 50% de Gratificações específicas (média)).

Essa primeira frente direciona-se para a cobertura de 100% por Estratégia Saúde da Família na Expansão do Setor O, Condomínio Privê e Pôr do Sol, e cobertura parcial do Sol Nascente (Quadro 4). Está vinculada ao término da reforma do Centro de Saúde nº 11 de Ceilândia e da UBS CAIC, à construção das UBS do Pôr do Sol e Sol Nascente e à adaptação da atual UBS localizada no Laboratório Regional de Ceilândia em Clínica de Saúde.

Quadro 4 – Unidades Básicas de Saúde que compõem a 1ª Frente de trabalho em Ceilândia

Território para Conversão em ESF	Nº de Equipes		Cobertura da população por ESF
	Existentes	Novas	
Centro Saúde nº 11 – Expansão do Setor O	0	09	100%
Centro de Saúde nº 08 – QNP	0	07	100%
Centro de Saúde nº 12 – EQNQ 3/4	0	11	100%
UBS Condomínio Privê	02	0	100%
UNIDADE EM CONSTRUÇÃO – SOL NASCENTE – QD. 500	07	0	Parcial
Conversão do Laboratório de Ceilândia – QNP	08	0	Parcial
UNIDADE EM CONSTRUÇÃO – POR DO SOL – QNP 16/20	07	0	100%
Reforma da UBS CAIC	03	0	Parcial

Na 2ª frente, serão convertidos ao modelo de atenção de Estratégia Saúde da Família os Centros de Saúde nº 02, 04, 07 e 10, com a implantação de 34 (trinta e quatro) equipes de Saúde da Família (eSF) e 16 (dezesseis) de Saúde Bucal (eSB). Também está prevista a manutenção de 04 (quatro) Unidades Básicas de Saúde - Centros de Saúde de Ceilândia, qualificando o processo de trabalho desenvolvido nas unidades a partir da parametrização das ações básicas de saúde fundamentadas na Carteira de Serviços da APS do DF.

Tabela 7 – Primeira e Segunda Frentes por ano, na RA Ceilândia, com custos mensais estimados.

Conversão e Expansão da ESF na Ceilândia - PAI							
Frente	Cronograma	Ação	Custo				Total
			Recursos Humanos ***	Material de Consumo **	Serviços de Terceiros **	Despesas Gerais **	
ESCOPO 1	2º semestre/2016	Conversão do modelo de atenção em 01 (uma) Unidade Básica de Saúde de Ceilândia com a implantação de 09 (nove) equipes de Estratégia de Saúde da Família e 04 (quatro) equipes de Saúde Bucal	R\$ 4.491.804,98	R\$ 224.331,99	R\$ 516.643,36	R\$ 27.191,76	R\$ 5.259.972,08
	Ano 2017	Conversão do modelo de atenção em 02 (duas) Unidades Básicas de Saúde de Ceilândia com a implantação de 18 (dezoito) equipes de Estratégia de Saúde da Família e 08 (oito) equipes de Saúde Bucal	R\$ 17.967.219,92	R\$ 892.330,09	R\$ 2.055.063,24	R\$ 108.161,22	R\$ 21.022.774,47
	2ª	Ano 2017	Conversão do modelo de atenção em 04 (quatro) Unidades Básicas de Saúde de Ceilândia com a implantação de 34 (trinta e quatro) equipes de Estratégia de Saúde da Família e 16 (dezesseis) equipes de Saúde Bucal	R\$ 34.224.027,44	R\$ 1.410.841,02	R\$ 3.249.209,62	R\$ 171.011,03

Manutenção dos Centros de Saúde Tradicionais							
Frente	Cronograma	Ação	Custo				Total
			Recursos Humanos *	Material de Consumo *	Serviços de Terceiros *	Despesas Gerais *	
ESCOPO 2	2º semestre/2016	Manutenção de 10 (dez) Unidades Básicas de Saúde - Centros de Saúde em Ceilândia	R\$ 52.754.026,29	R\$ 1.962.663,89	R\$ 4.520.074,41	R\$ 237.898,65	R\$ 59.474.663,24
	Ano 2017	Manutenção de 08 (oito) Unidades Básicas de Saúde - Centros de Saúde em Ceilândia	R\$ 81.523.301,37	R\$ 3.032.997,68	R\$ 6.985.085,57	R\$ 367.636,08	R\$ 91.909.020,71
	2ª	Ano 2017	Manutenção de 04 (quatro) Unidades Básicas de Saúde - Centros de Saúde em Ceilândia	R\$ 43.601.604,83	R\$ 1.622.156,66	R\$ 3.735.875,95	R\$ 196.625,05

* Fonte: SUPPLAB - Custo Médio Mensal - Dez. 2015.
 ** Unidade de custo e do SUPPLAB Média de 1 ano, a partir de 2013, baseada nos SUPPLAB ano-a-ano atual.
 *** Insc. CIP (COPPA) / SUPPLAB - Depende do número de equipes em conversão em relação ao Cargos de pessoal, baseado no ano de referência de 2015 em relação ao ano de referência.

Ao final do ano de 2017, Ceilândia deverá atingir 72% de cobertura por ESF, totalizando 88 (oitenta e oito) eSF e 39 (trinta e nove) eSB. Para tanto, 07 (sete) Unidades Básicas de Saúde serão convertidas em Clínicas de Saúde, entre elas os Centros de Saúde nº 02, 04, 07, 08, 10, 11 e 12. Ainda haverá a manutenção dos Centros de Saúde nº 03, 05, 06 e 09, gerando uma economia de R\$1.065.927,84 ao mês (Tabela 8).

Tabela 8 – Comparativo entre custo médio mensal para 22% de cobertura por ESF versus custo médio mensal para 72% de cobertura por ESF – RA Ceilândia.

2016 - Referência dez/2015						2017 - Referência dez/2017						Diferença de Custo
UBS	Nº ESF	Nº ESB	Nº UBS Convertida	Cob.	Custo Médio Mensal	UBS	Nº ESF	Nº ESB	Nº UBS Convertida	Cob.	Custo Médio Mensal	
11	27	14	0	22%	R\$ 11.045.433,70	11	88	39	7	72%	R\$ 9.979.505,85	-R\$ 1.065.927,84

A 3ª frente contempla a conversão do modelo de atenção nos Centros de Saúde nº 03, 05, 06 e 09, com a implantação de 34 (trinta e quatro) eSF e 17 (dezessete) eSB,

totalizando 100% de cobertura por ESF até o final de 2018. Entretanto, será necessário ampliar os recursos financeiros para adequação dos espaços físicos e ambientação das UBSs, provisão de equipamentos para as unidades e capacitação dos membros das eSFs.

Tabela 9 – Comparativo entre custo mensal atual versus custo mensal estimado para cobertura de 100% por ESF – RA Ceilândia.

Unidade Básica de Saúde	Custo Mensal Atual					Custo Mensal Estimado					DIFERENÇA
	Recursos Humanos *	Material de Consumo *	Serviços de Terceiros *	Despesas Gerais *	TOTAL GERAL	Recursos Humanos ***	Material de Consumo **	Serviços de Terceiros **	Despesas Gerais **	TOTAL GERAL	
Centro de Saúde nº 02 de Ceilândia	R\$ 633.254,08	R\$ 23.559,62	R\$ 54.258,52	R\$ 2.855,71	R\$ 713.927,93	R\$ 677.366,98	R\$ 23.559,62	R\$ 54.258,52	R\$ 2.855,71	R\$ 758.040,84	R\$ 44.112,90
Centro de Saúde nº 03 de Ceilândia	R\$ 874.642,96	R\$ 32.540,27	R\$ 74.941,22	R\$ 3.944,27	R\$ 986.068,73	R\$ 846.708,73	R\$ 32.540,27	R\$ 74.941,22	R\$ 3.944,27	R\$ 958.134,49	-R\$ 27.934,24
Centro de Saúde nº 04 de Ceilândia	R\$ 704.816,86	R\$ 26.222,05	R\$ 60.390,17	R\$ 3.178,43	R\$ 794.607,51	R\$ 579.292,42	R\$ 26.222,05	R\$ 60.390,17	R\$ 3.178,43	R\$ 669.083,07	-R\$ 125.524,45
Centro de Saúde nº 05 de Ceilândia	R\$ 930.648,52	R\$ 34.623,90	R\$ 79.739,90	R\$ 4.196,84	R\$ 1.049.209,15	R\$ 846.708,73	R\$ 34.623,90	R\$ 79.739,90	R\$ 4.196,84	R\$ 965.269,36	-R\$ 83.939,79
Centro de Saúde nº 06 de Ceilândia	R\$ 899.173,26	R\$ 33.452,89	R\$ 77.043,03	R\$ 4.054,90	R\$ 1.013.724,08	R\$ 508.025,24	R\$ 33.452,89	R\$ 77.043,03	R\$ 4.054,90	R\$ 622.576,06	-R\$ 391.148,03
Centro de Saúde nº 07 de Ceilândia	R\$ 826.351,13	R\$ 30.743,62	R\$ 70.803,48	R\$ 3.726,50	R\$ 931.624,72	R\$ 846.708,73	R\$ 30.743,62	R\$ 70.803,48	R\$ 3.726,50	R\$ 951.982,32	R\$ 20.357,59
Centro de Saúde nº 08 de Ceilândia	R\$ 1.180.404,49	R\$ 43.915,84	R\$ 101.139,51	R\$ 5.323,13	R\$ 1.330.782,96	R\$ 579.292,42	R\$ 43.915,84	R\$ 101.139,51	R\$ 5.323,13	R\$ 729.670,89	-R\$ 601.112,07
Centro de Saúde nº 09 de Ceilândia	R\$ 929.002,33	R\$ 34.562,66	R\$ 79.598,85	R\$ 4.189,41	R\$ 1.047.353,25	R\$ 677.366,98	R\$ 34.562,66	R\$ 79.598,85	R\$ 4.189,41	R\$ 795.717,90	-R\$ 251.635,35
Centro de Saúde nº 10 de Ceilândia	R\$ 995.719,31	R\$ 37.044,80	R\$ 85.315,30	R\$ 4.490,28	R\$ 1.122.569,68	R\$ 748.634,16	R\$ 37.044,80	R\$ 85.315,30	R\$ 4.490,28	R\$ 875.484,54	-R\$ 247.085,14
Centro de Saúde nº 11 de Ceilândia	R\$ 1.004.961,97	R\$ 37.388,66	R\$ 86.107,23	R\$ 4.531,96	R\$ 1.132.989,82	R\$ 748.634,16	R\$ 37.388,66	R\$ 86.107,23	R\$ 4.531,96	R\$ 876.662,01	-R\$ 256.327,81
Centro de Saúde nº 12 de Ceilândia	R\$ 818.324,78	R\$ 30.445,00	R\$ 70.115,76	R\$ 3.690,30	R\$ 922.575,85	R\$ 917.975,91	R\$ 30.445,00	R\$ 70.115,76	R\$ 3.690,30	R\$ 1.022.226,98	R\$ 99.651,13
TOTAL	R\$ 9.797.299,69	R\$ 364.499,31	R\$ 839.452,96	R\$ 44.181,73	R\$ 11.045.433,70	R\$ 7.976.714,44	R\$ 364.499,31	R\$ 839.452,96	R\$ 44.181,73	R\$ 9.224.848,45	-R\$ 1.820.585,25

* Fonte: SUPLANS - Custo Médio Mensal (Ago. a Dez./2015).

** Mantido os valores do Custo Médio Mensal (Ago. a Dez./2015) apresentado pela SUPLANS para o Custo Atual.

*** Fonte: GECC/DIPMAT/SUGEP - Impacto Financeiro Mensal (Base no Vencimento Básico com Carga de 40 horas, acrescido de 50% de Gratificações específicas (média)).

Reiteramos que a equipe de Saúde da Família (eSF) mínima deverá ser composta por 01 médico, 01 enfermeiro, 02 técnicos (ou auxiliares) de enfermagem e 05 agentes comunitários de saúde, e a equipe de Saúde Bucal (eSB) por 01 cirurgião-dentista e 01 técnico de higiene dental. O Custo Mensal Estimado foi calculado para a cobertura de 100% das Unidades Básicas de Saúde de Ceilândia pela Estratégia Saúde da Família. A análise considerou, para estimativa do custo de Recursos Humanos, o quantitativo de profissionais suficientes para compor equipes mínimas de Saúde da Família e Saúde Bucal, sem a incorporação de servidores atualmente lotados nos Centros de Saúde e os que queiram atuar nessas Clínicas da Família.

Ressalte-se que os especialistas atualmente lotados nos Centros de Saúde poderão compor as equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), a serem criadas, quando oportuno, nas unidades onde ocorrer a conversão do modelo de atenção. Os técnicos administrativos poderão atuar nas áreas administrativas de todas as UBSs ou em outras unidades da rede, observando que estes profissionais não foram considerados no cálculo dos gastos com recursos humanos para o Custo Mensal Estimado (Tabela 9).

A análise comparativa dos custos atuais com recursos humanos dos Centros de Saúde com as Clínicas da Família, após a conversão, aponta uma redução de R\$1.820.585,25 ao mês, no gasto previsto com as equipes de ESF em Ceilândia. O valor economizado pode ser incorporado em outros níveis de atenção da Região ou em outras Regiões de Saúde.

Contudo, as Unidades Básicas de Saúde existentes passarão a ser organizadas progressivamente em Clínicas da Família, para a atuação das equipes de ESF, visando a expansão da cobertura pela Estratégia Saúde da Família, prioritariamente nas áreas de maior vulnerabilidade socioeconômica do DF. Havendo a manutenção nos Centros de Saúde tradicionais, esses deverão ser submetidos a revisão de processos de trabalho, considerando a parametrização fundamentada na Carteira de Serviços da APS do DF, até que ocorra a conversão do modelo de atenção.

Estimou-se, conforme a tabela 10, os valores para o contrato de gestão considerando o Custo Mensal Atual que soma os gastos com recursos humanos e os demais gastos com a unidade básica, incluindo materiais de consumo, serviços terceirizados e despesas gerais, calculados pela gestão de custos da Região de Saúde e o Apura SUS-MS.

Tabela 10 – Valores para o Contrato de Gestão da Atenção Primária à Saúde por Ano – RA Ceilândia.

Valores para o Contrato de Gestão da Atenção Primária à Saúde			
2016 (6 meses)			
	UBS	Custo	Total
Escopo 1	1 UBS - 9 ESF	R\$ 5.259.972,08	R\$ 64.734.635,32
Escopo 2	10 UBS	R\$ 59.474.663,24	
2017 (anual)			
Escopo 1	7 UBS - 61 ESF	R\$ 70.597.807,75	R\$ 119.754.070,24
Escopo 2	4 UBS	R\$ 49.156.262,49	
2018 (anual)			
Escopo 1	11 UBS - 95 ESF	R\$ 110.698.181,39	R\$ 110.698.181,39
Escopo 2	0 UBS	R\$ 0,00	

Para o cálculo do Custo Mensal Estimado, os gastos com recursos humanos foram calculados para equipe de ESF mínima, sendo pago a cada profissional o vencimento básico com carga de 40 horas, acrescido de 50% de gratificações específicas, conforme o cargo. Já a fração que se refere aos demais gastos com a unidade básica foi calculada

considerando os mesmos valores pagos atualmente pela SES-DF para materiais de consumo, serviços terceirizados e despesas gerais.

Trata-se de uma projeção de custos, na qual os valores estão fixos, e mecanismos de reajustes deverão ser incluídos no processo de contratualização com o terceiro setor.

Assim, a composição do valor inicial do contrato de gestão, a ser utilizado como referência para a atividade de expansão da cobertura com manutenção dos centros de saúde, será o somatório do gasto atual realizado com cada unidade, incluindo o valor dos custos com pessoal e despesas gerais das Clínicas da Família constituídas no primeiro ano.

IX – REFERÊNCIAS:

Costa e Silva V et al. Parcerias na saúde: as Organizações Sociais como limites e possibilidades na gerência da Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5):1365-1376, 2016

Soranz D et al. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5):1327-1338, 2016

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015.

Machado CV et al. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política. Brasileira. *Rev Saúde Pública* 2011;45(3):519-28

Vieira CMS, Mussi FC. A implantação do Projeto de Atendimento Móvel de Urgência em Salvador/BA: panorama e desafios. *Rev Esc Enferm USP* 2008; 42(4):793-7

Gottens, LBD et al. Contratualização regionalizada de serviços públicos de saúde no Distrito Federal: relato de experiência. **Gestão e Saúde**, Brasília,DF. Brasil, v. 7, n. 1, p. Pág. 282-308, dez. 2015. ISSN 1982-4785. Disponível em:

<<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/1470>>. Acesso em: 13 Mai. 2016. doi:10.18673/gestão e saúde.v7i1.1470.

