UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE
DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO

LUCIANA SPÍNPOLO CAMPOS

**Organização da Atenção Básica a Saúde e Sistema de Avaliação de Desempenho
Econômico: Estudo de Caso das Unidades Básicas de Saúde vinculadas à Universidade
de São Paulo de Ribeirão Preto - USP**

Orientador: Prof. Dr. André Lucirton Costa

RIBEIRÃO PRETO
2009

Profa. Dra. Suely Vilela
Reitora da Universidade de São Paulo

Prof. Dr. Rudinei Toneto Junior
Diretor da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto

Prof. Dr. André Lucirton Costa
Chefe do Departamento de Administração

LUCIANA SPÍNPOLO CAMPOS

**Organização da Atenção Básica à Saúde e Sistema de Avaliação de Desempenho
Econômico: Estudo de Caso das Unidades Básicas de Saúde vinculadas à Universidade
de São Paulo de Ribeirão Preto - USP**

Dissertação apresentada ao Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Administração de Organizações do Departamento de Administração da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Orientador: Prof. Dr. André Lucirton Costa.

RIBEIRÃO PRETO
2009

FICHA CATALOGRÁFICA

Campos, Luciana Spínolo

Organização da Atenção Básica à Saúde e Sistema de Avaliação de Desempenho Econômico: Estudo de Caso das Unidades Básicas de Saúde vinculadas à Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto- USP/ Luciana Spínolo Campos; orientador André Lucirton Costa. -- Ribeirão Preto, 2008.

246 f. : fig.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Administração de Organizações. Área de Concentração: Operações Produtivas e Financeiras) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo.

1. Avaliação de Desempenho Econômico. 2. Organizações de Saúde. 3. Sistema de Informação em Saúde. 4. Atenção Básica a Saúde.
I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Luciana Spínolo Campos

Organização da Atenção Básica à Saúde e Sistema de Avaliação de Desempenho Econômico:
Estudo de Caso das Unidades Básicas de Saúde vinculadas à Universidade de Ribeirão Preto-
USP

Dissertação apresentada à Faculdade de
Economia, Administração e Contabilidade de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de mestre.

Área de Concentração: Operações Produtivas e
Financeiras

Aprovada em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico esta pesquisa aos meus pais, que sempre me apoiaram e me levantaram nos momentos difíceis, ao meu irmão que me encorajou em todo o processo de pesquisa.

Especialmente dedico ao Renato, pela compreensão e carinho de cada dia, pelas inúmeras sugestões e dedicação a mim em toda esta jornada.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor e Orientador Dr. André Lucirton Costa, a minha gratidão pela orientação valiosa, competência, confiança, conselhos, amizade e por ter me dado todo o apoio nessa caminhada.

Ao professor Dr. Sílvio Hiroshi Nakao, pelo apoio durante meu período de aprendizado na pós-graduação e pelas discussões e valiosas contribuições para a realização dessa pesquisa.

Aos professores Dra. Sônia e Dr. Márcio Mattos Borges de Oliveira, pela amizade, pela força e oportunidade de compartilhar os momentos de alegria e crises.

À todos os mestres pela transmissão de conhecimento e experiência no decorrer do curso. À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Ao pessoal da Secretaria de Pós-Graduação da FEARP por todo o apoio no curso

Aos profissionais que aceitaram e se dispuseram a participar da pesquisa, minha sincera gratidão. A Vera do Comitê de Ética em Pesquisa que se dispôs a me auxiliar em todo o processo de aprovação do projeto.

Aos meus pais que sempre estiveram presentes e sustentaram com alegria e confiança o espírito orgulhoso, ao meu irmão pela paciência. Ao Renato pela compreensão e dedicação nos momentos mais difíceis. À Iolanda pelo apoio e carinho

À minha querida amiga, que fiz ao longo do curso, Claudinha que animou e suportou dias ruins, demonstrando todo o carinho e amizade.

Ao amigo Eduardo, que compreendeu cada etapa do processo, contribuindo com sua amizade e conhecimento, tornando o caminho menos árduo. À Gabi pelas discussões e por ter me escutado quando precisei.

Aos amigos que fiz durante o mestrado, companheiros de trabalhos, artigos, disciplinas e comemorações, pela convivência e apoio nos momentos.

“Se você pensa que é um derrotado, você será derrotado. Se não pensar “quero a qualquer custo!” Não conseguirá nada. Mesmo que você queira vencer, mas pensa que não vai conseguir, a vitória não sorrirá para você.

Se você fizer as coisas pela metade, você será fracassado. Nós descobrimos neste mundo que o sucesso começa pela intenção da gente e tudo se determina pelo nosso espírito.

Se você pensa que é um malogrado, você se torna como tal. Se almeja atingir uma posição mais elevada, deve, antes de obter a vitória, dotar-se da convicção de que conseguirá infalivelmente.

A luta pela vida nem sempre é vantajosa aos fortes nem aos espertos. Mais cedo ou mais tarde, quem cativa a vitória é aquele que crê plenamente. Eu conseguirei!”

Napoleon Hill

RESUMO

CAMPOS, Luciana Spínolo. *Organização da Atenção Básica à Saúde e Sistema de Avaliação de Desempenho Econômico: Estudo de Caso das Unidades Básicas de Saúde vinculadas a Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto-USP*. 2009. 246. f. Dissertação (Mestrado em Administração de Organizações) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) respondem a um modelo assistencial do governo que busca unificar todos os elementos dos serviços de saúde, tendo por base as necessidades de saúde da população. Assim a Atenção Básica à saúde constitui o primeiro contato com os pacientes, e tem como finalidade promover a saúde, prevenir agravos, além de tratar e reabilitar a população. A administração de organizações de saúde adquiriu maior evidência nas questões sanitárias, políticas socioculturais e associadas ao crescente custo da atenção à saúde. A gestão dessas organizações é complexa, pois cada unidade possui características e necessidades específicas. Para o alcance de um bom nível de gestão e desempenho, a organização deve contemplar em seu plano diretor ferramentas de planejamento e controle de todos os seus recursos para um melhor processo de tomada de decisão. Medir o desempenho econômico dessas instituições é uma das ferramentas de gestão e torna-se importante para que os gestores possam entender a instituição e conseqüentemente melhorar a sua eficiência por meio de ações direcionadas à saúde. Os sistemas de avaliação de desempenho econômico tornaram-se ferramentas importantes para que as organizações atingissem níveis mais elevados de eficiência operacional e na qualidade do atendimento. Burocracia, nível tecnológico, sistemas de informação, recursos humanos, estilo de gestão são entraves comuns em organizações públicas e tendem a diminuir o desempenho econômico das organizações públicas em geral. Nesse sentido, o presente estudo investigou quais os fatores que influenciam para a implantação de um sistema de avaliação de desempenho econômico em unidades básicas de saúde. Para tanto foi realizado um estudo de casos múltiplos em três UBS's da cidade de Ribeirão Preto: UBS José Sampaio, UBS Maria Casagrande e CSE Sumarezinho e teve como base o modelo de avaliação de desempenho econômico GECON. Com base na teoria e nas informações obtidas em campo, concluiu-se que os modelos de gestão adotados por estas unidades não contemplam um sistema de avaliação de desempenho econômico. A descrição das unidades e o do estilo de administração demonstraram que existem dificuldades para a implantação deste sistema, tais aspectos estão ligados às informações geradas e gerenciadas; ao grau de autonomia por parte dos gestores; à ineficiência no sistema de informação de saúde (disponível para os gestores) e, por fim a inexistência de políticas de qualidade e desempenho voltados para gestão econômica. Nesse sentido o trabalho contribui por levantar questões que poderiam ser melhoradas para que a saúde tenha um melhor aproveitamento dos recursos advindos das três esferas governamentais.

Palavras-chave: Avaliação de Desempenho Econômico. Organizações de Saúde. Sistema de Informação em Saúde. Atenção Básica à Saúde.

ABSTRACT

CAMPOS, Luciana Spínolo. *Primary Health Care Organization and Economic Performance Assessment System: Primary Health Units linked to São Paulo University – Ribeirão Preto Case Study*. 2009. 246. f. Dissertation (Master's Degree in Administration of Organizations) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

The Primary Units of Health (PUH) respond to the government health care model which that attempts to unify all the elements of the health services, based on population's health needs. Thus, the Primary Health Care is the first contact with the patients, and it aims to promote health, prevent diseases as well as to treat and rehabilitate the population. The administration of health care organizations acquired greater evidence on sanitaries issues, social policies and associated by the enlargement of health care cost. The management of these organizations is complex, because each unit has specific characteristics and necessities. In order to reach a good level of management and performance and also enhance the decision-making process, the organization must take into consideration instruments of planning and control of all its resources while making its director plans. The measurement of economic performance of these institutions is one of management tool and it is important for managers to understand the institution and therefore improve their efficiency through actions directed to the health sector. The economic performance assessment system have become important tools for organizations to reach higher levels of operational efficiency and quality of care. Bureaucracy, technological level, information systems, human resources and management style are common obstacles in public organizations in general and tend to reduce their economic performance. In this sense, the present study investigated the factors that influence the introduction of economic performance assessment system in Primary Health Care. A multiple case study based on the model for economic performance assessment GECON has been undertaken in three PUH's in the city of Ribeirão Preto: PUH José Sampaio, PUH Maria Casagrande and CSE Sumarezinho. Based on theory and field research it was concluded that the management models adopted by these units do not include an evaluation system of economic performance. The description of the units and their administration style have shown that there are difficulties for the implementation of this system, .These aspects are linked to the generation and management of information; the autonomy degree of some managers, the inefficiency of the health information system (available for managers) and finally the lack of quality and performance policies toward economic management. In this way the work contributes by raising issues that could be improved so as to allow the Health Sector to achieve a better use of the resources coming from the three spheres of the government.

Key-words: Economic Performance Assessment. Health Organization. Information System of Health. Primary Health Care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Informações básicas no processo de planejamento	57
Quadro 2. Elementos do Processo de Avaliação de Desempenho	75
Quadro 3. Quadro comparativo de comportamento dos gestores nos Modelos de Gestão	79
Quadro 4. Variáveis do Modelo GECON.....	80
Quadro 5. Situações para diferentes estratégias de pesquisa.....	88
Quadro 6. Categoria de Análise, Significado, Justificativa de Análise, Informações Necessárias e Coleta de dados	103
Quadro 7. Distribuição das Equipes da Saúde da Família.....	111
Quadro 8. Características técnicas do Hygia Web®	120
Quadro 9. Características técnicas do Hygia Web®	127
Quadro 10. Características técnicas do Hygia Web®	139
Quadro 11. Módulos e Aplicativos necessários para um SIS.....	146
Quadro 12. Dados dos principais respondentes.....	150
Quadro 13. Aspectos que influenciam o Sistema de Avaliação de Desempenho	153

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Organograma do Ministério da Saúde.....	42
Figura 2. Elementos no Processo de melhor Tomada de Decisão.....	52
Figura 3. Fluxo de Informações.....	55
Figura 4. Sistema de Informação.....	58
Figura 5. Dimensões do Desempenho da Organização	70
Figura 6. Prestação de Contas e Avaliação de Desempenho em Organizações Públicas.....	73
Figura 7. Processo de Avaliação de Desempenho	74
Figura 8. Fases do Processo de implantação e acompanhamento de Indicadores de Desempenho	76
Figura 9. Sistema de informação para tomada de decisão.....	77
Figura 10. Aspectos do Modelo de Gestão Econômica para saúde.....	80
Figura 11. Planejamento das etapas da pesquisa	94
Figura 12. Mapa Distrital de Saúde de Ribeirão Preto	108
Figura 13. Organograma da Rede Municipal de Saúde para as Unidades de Saúde	113
Figura 14. Organograma UBS José Sampaio	116
Figura 15. Padronização de Consultas.....	117
Figura 16. Sistema Hygia Web® disponível na UBS	118
Figura 17. Base de dados de aplicativo do Hygia Web®	119
Figura 18. Organograma Unidade Jardim Maria Casagrande	125
Figura 19. Protocolo de Atendimento em Caso de Suspeita de Dengue	126
Gráfico 1. Indicador 156 para agendamento e realização de consultas.....	129
Figura 20. Organograma do CSE Joel Domingues Machado.....	137
Figura 21. Módulo Vacinação	138
Figura 22. Limites geográficos da Unidade José Sampaio.....	196
Figura 23. Limites geográficos da Unidade Maria Casagrande	198

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Sistematização para avaliar o resultado econômico	71
Tabela 2 – Composição do Orçamento de 2008.....	132
Tabela 3 – Relações de Colaboradores por Instituição/ Função/ Regime	140
Tabela 4 – Benefícios e Diretos dos funcionários lotados no CSE	142
Tabela 5 - Dados gerais das unidades.....	151

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS – Ações Integradas em Saúde
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social
CONASS - Conselho Nacional de Secretários da Saúde
CSE – Centro de Saúde Escola
DASP – Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas
DATASUS - Departamento de Informática do SUS
EE – Escola de Enfermagem
ERP – *Enterprise Resources Planning*
ESF – Estratégia Saúde da Família
FAEPA – Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência
FIDEPS – Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde
FMRP/USP - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
GECON – Gestão Econômica
HC – Hospital das Clínicas
HIPERDIA - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IAPI – Programa de Incentivo de Assistência à População Indígena
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS – Instituto Nacional Assistência Médica Previdência de Saúde
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
INTEGRASUS – Incentivo de Integração do Sistema Único de Saúde
MARE - Ministério da Administração e Reforma do Estado
MS – Ministério da Saúde
NOAS-SUS – Normas Operacionais de Assistência a Saúde
NOB-SUS – Normas Operacionais Básicas do SUS
OMS - Organização Mundial da Saúde
PMS – Plano Municipal de Saúde
PSF – Programa Saúde da Família
RDC – Resolução da Diretoria Colegiada
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SI – Sistema de Informação
SIA SUS - Sistemas de Informações sobre Serviços e Atendimentos Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
SIAB - Sistema de Informação em Atenção Básica
SIM - Sistemas de Informações sobre Mortalidade
SINAN - Sistema de Informação de agravos de notificação
SINASC - Sistemas de informações sobre nascidos vivos
SIPACS - Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde
SIS – Sistema de Informação em Saúde
SISPRENATAL- Sistema de assistência pré-natal
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UBDS – Unidade Básica Distrital de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	25
1.1 Objetivo e Desenvolvimento da Pesquisa	28
2 SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE	31
2.1 Organização da Saúde.....	32
2.2 Organizações Públicas de Saúde	36
2.3 O Sistema Único de Saúde	39
2.4 Atenção Básica à Saúde	45
2.5 Sistemas de Informações.....	50
3 AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO ECONÔMICO	67
3.1 Avaliação de resultados e desempenho sob a luz do modelo de Gestão Econômica ..	76
4 PROCEDIMENTOS DA PESQUISA DE CAMPO.....	83
4.1 Natureza e Método da Pesquisa	84
4.2 Protocolo para os Estudos de Caso	95
4.3 Categorias de Análise	101
5 OS ESTUDOS DE CASOS MÚLTIPLOS	105
5.1 Histórico e Ambiente Externo das Unidades de Atenção Básica	106
5.2 CASO 1 - Unidade Básica José Sampaio.....	115
5.3 CASO 2 - Unidade Básica Maria Casagrande	123
5.4 CASO 3 - Centro de Saúde Escola Joel Domingos Machado	133
6 ANÁLISE COMPARATIVA DOS CASOS ESTUDADOS	145
6.1 Considerações sobre as características das unidades de saúde e dos entrevistados	150
6.2 A presença de uma cultura organizacional que privilegie a flexibilidade.....	155
6.3 A influência dos líderes no processo de melhoria do desempenho.....	158
6.4 Programas de capacitação e qualificação dos profissionais	160
6.5 Qualidade do sistema de informações gerenciais	161
6.6 Sistematização do processo de avaliação de desempenho pelo modelo GECON	162
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	165
7.1 Limitações do Estudo	171
7.2 Sugestões para Estudos Futuros	172
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	175
APÊNDICES	189
ANEXOS	195

1 INTRODUÇÃO

A administração de organizações de saúde adquiriu maior evidência quando ligada às questões sanitárias, políticas socioculturais e associadas ao crescente custo da atenção à saúde. Os administradores das organizações de saúde, cada vez mais, buscam ferramentas de mensuração de desempenho e controle dos recursos da organização. Junto com este movimento, as teorias de gestão estão em constante mudança, passando da mensuração de lucros e rentabilidade para uma gestão voltada à criação de riqueza

Os sistemas de avaliação de desempenho econômico tornaram-se ferramentas importantes para que as organizações atingissem níveis mais elevados de eficiência operacional e na qualidade do atendimento a clientes. Possuir sistemas com informações integradas possibilita ao gestor analisar e controlar os recursos disponíveis e aplicados, além de fornecer dados concretos para seu melhor gerenciamento. A gestão de resultados econômicos possibilita a avaliação e o acompanhamento dos diferentes serviços auxiliando no planejamento e controle das atividades da instituição e na melhoria das tomadas de decisão (PEREIRA, 2001).

Em um sistema de gestão econômica é necessário que os gestores possuam conhecimento dos custos dos bens e serviços que influenciam nos gastos para cada especialidade da organização. O monitoramento e o controle desses custos asseguram se os processos estão sob controle e se a utilização dos recursos está sendo realizada de maneira racional e econômica para a sociedade.

As informações contidas no sistema de avaliação de desempenho econômico geram indicadores de desempenho das atividades de uma organização de saúde que auxiliam nas tomadas de decisão para cumprir a missão da instituição mais eficientemente. No caso da saúde pública, quanto maior for o nível de eficiência no atendimento melhor o resultado

obtido pela organização, pois os recursos sociais devem ter melhor desempenho na sua utilização.

O setor de saúde apresenta organizações com quantidade substancial de especialidades operacionais e gerenciais, que justificam a necessidade de possuir um sistema de informações voltado para o seu gerenciamento de desempenho. As organizações de saúde lidam com atividades complexas e necessitam de uma rede de interatividade em vários níveis, onde transitam informações de diversas naturezas e necessitam de diferentes formas de tratamentos de informações.

Fundamentado em Araújo e Assaf (2004), a viabilização econômica de investimentos para a criação de negócios se baseava principalmente no aumento de preços de produtos e serviços oferecidos à comunidade. Segundo os autores, tal cenário foi alterado e novas exigências dos grupos de interesses se deram, principalmente com relação à gestão de custos e da qualidade de produtos e serviços oferecidos. Na gestão pública a prestação de contas é feita para a sociedade. Historicamente, o Brasil tem intensificado as mudanças na gestão pública, as quais são incentivadas por exigências sociais que solicitam maior eficiência, transparência e eficácia na aplicação dos recursos públicos (BONACIM, 2006).

Anteriormente, conforme Barbosa (1996), os instrumentos contratuais que estabeleçam claramente as prerrogativas não existiam. Eram inexistentes também as obrigações, as metas e os critérios de avaliação do desempenho das políticas de saúde pública e de prestação de contas. De acordo com Souza et al (2008) a partir de 1998 os gestores públicos começaram a se preocupar com a necessidade de avaliação de desempenho. A Emenda Constitucional nº 19/1998, que dispõe sobre princípios e normas de gestão pública e exige o controle das finanças a fim de direcionar os gestores públicos para a busca da eficiência e eficácia gerencial. Tal emenda é amparada pela Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº 101/2000), que estabelece normas de finanças públicas voltadas para a

responsabilidade na gestão. Esse modelo de gestão implica em ação planejada e transparente, mediante cumprimento de metas que deverão ser constantemente mensuradas economicamente.

Em complementação a necessidade de se avaliar o desempenho economicamente uma organização pública conforme Viacava et al (2004) está baseada na verificação dos graus de efetivação da saúde como direito de todos e os graus de implementação dos princípios e diretrizes do SUS. Ainda é importante na tomada de decisão e como elemento norteador do financiamento.

Assim, o foco deste estudo está voltado para a análise da eficiência das organizações públicas de saúde, mais especificamente as organizações de Atenção Básica de saúde. Segundo Ferreira (2004), o processo de descentralização dos serviços de saúde tem demonstrado a necessidade da autonomia na gestão das unidades básicas de saúde. Ao considerar a multiplicação desses serviços procura-se equacionar o quê e o como fazer, tomar decisões, orientar processos de produção e avaliar resultados.

Além das limitações práticas, financeiras e daquelas ligadas à legislação municipal, existem as intersubjetividades que permeiam as relações de poder advindas da área político-partidária, que têm importantes reflexos na gestão das Unidades Básicas de Saúde (ANDRÊ; CIAMPONE, 2007).

O processo de reestruturação do setor de saúde tem como desafio a implementação de mudanças que permitam enfrentar, de maneira eficaz, os problemas da gestão da saúde (FERREIRA, 2004). Neste cenário, tanto na gestão quanto na realidade de saúde da população; a atividade de avaliação ganha nova dimensão e importância.

De acordo com Ferreira (2004), a avaliação deve constituir um instrumento para a gerência. Uma ferramenta ágil e facilitadora das mudanças que, incorporada sistematicamente aos serviços, mostrará se as atividades desenvolvidas são adequadas e compatíveis em relação

ao perfil epidemiológico da comunidade na qual está inserida e ainda avaliar qual o seu impacto sobre o nível de saúde da população. Tais avaliações necessitam de uma estruturação de informações. Entretanto, pondera o referido autor que é preciso reconhecer que, na realidade brasileira, é recente e incipiente a estruturação das informações no setor da saúde e que ainda necessita de confiabilidade em sua maior parte.

Considerando características informacionais e econômicas distintas e com base nas atividades desenvolvidas em unidades básicas de saúde pública ligadas ao Sistema Único de Saúde Brasileiro, pergunta-se: quais os fatores que influenciam para a implantação de um sistema de avaliação de desempenho econômico em unidades básicas de saúde?

Assim, diante do problema exposto se faz necessário a investigação das necessidades de estruturação das informações e o conhecimento da realidade da saúde pública, bem como as características organizacionais de unidades básicas de saúde.

1.1 Objetivo e Desenvolvimento da Pesquisa

Em consonância com o problema de pesquisa, o objetivo geral deste trabalho é investigar as características organizacionais e de informações que afetam a implantação de um sistema de avaliação de desempenho econômico em unidades básicas de saúde.

Para alcançar o objetivo geral proposto, espera-se que seja possível investigar o papel das unidades básicas de saúde no âmbito do SUS e da sociedade; que se possa analisar as características de um sistema de informação em saúde; que se estude a avaliação de desempenho econômico para organizações de saúde; que seja possível identificar a teoria GECON como ferramenta para avaliação de desempenho econômico; investigar como deveria ser o sistema de avaliação de desempenho econômico baseado na teoria GECON; deve se

caracterizar o Sistema de Informação disponível em unidades básicas de saúde; além de verificar ferramentas de mensuração de desempenho.

Assim o desenvolvimento da pesquisa relatada está delineado em etapas desde a definição do tema e do planejamento da pesquisa. A seguir foram levantadas as referências bibliográficas e posteriormente o desenvolvimento da teoria, o que gerou uma revisão teórica. A partir da revisão e da proposição do estudo evidenciou-se a escolha do método de pesquisa. Após foi elaborado o protocolo de pesquisa e foi efetuada a seleção dos casos e os procedimentos da coleta de dados. A partir de então se definiu o projeto de pesquisa. Como uma particularidade da área da saúde o projeto teve que ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, após esta etapa iniciou-se a pesquisa de campo por meio de entrevistas, observação e dados secundários de cada caso.

Cada estudo de caso em particular é composto de um estudo em profundidade, no qual se procuram evidências convergentes com respeito aos fatos e às conclusões para o estudo. Então foi gerado um resumo para cada caso individual. A triangulação dos dados e o encadeamento de evidências entre os casos individuais formam a etapa da análise crítica e comparativa, que gerou um relatório final com a análise da síntese obtida. Dessa maneira as etapas são: definição do tema; planejamento da pesquisa; revisão teórica preliminar; definição do método de pesquisa; revisão teórica; protocolo de pesquisa; seleção dos casos; definição do projeto de pesquisa; aprovação no Comitê de Ética; pesquisa de campo; entrevistas; observações; coleta de dados secundários; relatório individual de cada caso; análise crítica e comparativa a partir do modelo teórico concebido e por fim relatório final.

Este estudo está dividido em sete capítulos. O primeiro está a apresentação da pesquisa e um relato sobre a atualidade da gestão pública em saúde. O segundo trata de sistemas de informações em saúde e procurou fazer uma retomada das características das organizações de saúde, especificamente públicas brasileiras, e da formação e finalidade da Atenção Básica no

contexto da saúde municipal. Aliado a estes conceitos estão as teorias sobre a importância de sistemas de informações voltados para a saúde e suas características particulares para este setor econômico.

No terceiro capítulo está delineada a importância de um sistema de avaliação de desempenho econômico para organizações de saúde e suas principais necessidades de implantação, bem como seu processo de gestão. Salienta-se neste capítulo a necessidade de avaliação em organizações de atenção básica de saúde e as diferenças de informações sobre eficiência, eficácia e qualidade.

Em seguida apresenta-se a metodologia apropriada para o estudo em questão e a maneira como este foi delineado e concebido, bem como as etapas fundamentais no processo de planejamento e execução da pesquisa. Também apresenta a divisão e as relações que foram realizadas nas etapas de análise e relatório final da pesquisa.

No quinto capítulo é retratado o ambiente externo às unidades básicas de saúde que foram pesquisadas e as características organizacionais e de informação de cada caso estudado. Além disso, apresenta-se a visão dos gestores sobre o papel da unidade e da avaliação de desempenho econômico. A seguir analisa-se os casos estudados de maneira comparativa entre eles e com a teoria apresentada. Neste capítulo retoma-se os elementos que envolvem uma implantação de sistema de avaliação de desempenho econômico.

Por fim, apresentam-se as considerações finais, onde são reunidas as informações pesquisadas com as teóricas e a partir dos pressupostos do estudo descreve-se os fatores que influenciam a implantação de um sistema de avaliação de desempenho econômico. Também são apresentadas as limitações do estudo e algumas sugestões para estudos futuros relacionados ao tema em questão.

2 SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE

Na presente seção dessa dissertação, está delineada uma revisão conceitual. Serão discutidos temas relacionados a Sistema de Informação em Organização de Saúde. Para se estabelecer um sistema de informação é necessário se compreender como as organizações são formadas, gerenciadas e como elas funcionam. Cada organização apresenta diferentes características organizacionais, conflitos e gestão (ALMEIDA, 2004).

De acordo com Guimarães e Évora (2004), o estudo da estrutura da organização permite conhecer o processo de comunicação formal e informal dos indivíduos na organização e como eles se relacionam. Na organização, valores são agregados à informação, transformando-a em matéria-prima para o desenvolvimento da instituição. Seu objetivo principal é a busca da tomada de decisão certa, no momento oportuno, com as pessoas apropriadas, a partir da informação adequada, com o menor custo possível.

Neste capítulo buscou-se definir os principais conceitos de organizações e suas relações com o setor de saúde. Para o entendimento das análises de gestão e da questão da eficiência na saúde é necessário uma conceitualização das organizações, para se obter uma melhor fundamentação teórica. Em seguida, são discutidas as organizações públicas de saúde e apresenta-se o Sistema Único de Saúde, para uma melhor explanação dos motivos e fatos a respeito do arcabouço ideológico, do que é um sistema de saúde brasileiro e como tal sistema é gerido. Posteriormente, a atenção básica à saúde, como figura estratégica do atendimento e serviço de saúde no país.

Também serão apresentados os sistemas de informação (SI) e sua relação com o ambiente da prestação de serviço de saúde pública. Para tanto, é preciso entender alguns conceitos ligados aos sistemas de informação, como o *Enterprise Resources Planning* (ERP), as informações geradas nas organizações de saúde e a estrutura dos sistemas de informação na saúde.

2.1 Organização da Saúde

As organizações constituem a resposta para problemas sociais, sistemas produtivos, apoio comunitário, atividade econômica, dentre outros. Tem impactos para indivíduos e comunidades. Substancialmente ao ambiente em que está inserida, elas atendem aos interesses de indivíduos ou grupos. São os controladores da estrutura organizacional que atendem aos interesses dos dirigentes corporativos. Entretanto, há interligações entre estes grupos, o que pode torná-las mais eficientes, promovendo interesses mais amplos (HALL, 2004).

Segundo Cury (2006) as organizações caracterizam-se por:

- divisão do trabalho, do poder e das responsabilidades de comunicação (deliberadamente planejada para favorecer determinados objetivos);
- presença de um ou mais centros de poder que controlam o desempenho da organização e os direcionam até seus objetivos, aumentando sua eficiência;
- substituição dos recursos humanos, ou seja, quando eles se tornam ineficientes ou desnecessárias podem ser substituídas

Desta forma, a organização possui várias possibilidades de funcionamento. Pode ter um fluxo do poder formal hierarquizado (o modelo de organograma), identificando a estrutura e demonstrando a divisão do trabalho. Um outro formato, a organização como rede de fluxos regulamentados, que são capazes de controlar os fluxos dos processos dos núcleos operacionais por meio de sistemas de informações gerenciais (MINTZBERG, 1995).

Neste sentido, as organizações se diferem com relação a seus tipos, ou classificações. Entretanto, esta classificação deve levar em consideração a variedade de condições externas, as ações e interações dentro da organização. Assim, como fonte de pesquisa e assunto direcionador do presente estudo, identificou-se a importância da contextualização da organização de saúde.

As organizações de saúde se diferem dos demais tipos de organização, em virtude de seus objetivos estarem intimamente ligados com o bem-estar social dos indivíduos de uma sociedade. Este tipo de organização tem gestão e direção específicas. De acordo com a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), as ações e serviços de saúde devem ser executados pelo SUS, sendo organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada (BRASIL, 1990).

Com os avanços nos processos decisórios no âmbito do SUS, incluiu-se a implantação de etapas decisivas nas instâncias intergovernamentais (as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite, e os Conselhos de Saúde nas três esferas de governo). Esta implementação é feita por meio da normatização federal, em razão dos repasses de recursos que são, com diferentes graus, dirigidos aos objetivos específicos.

Neste sentido, a Emenda Constitucional nº 29¹, aprovada em setembro de 2000, corroborou isto, pois vinculou receitas das três esferas de governo para os gastos em ações e serviços de saúde, consolidando o co-financiamento na política de saúde. Os novos dispositivos constitucionais trazem em si, portanto, a possibilidade de ganhos de autonomia para estados e municípios, por meio de aumentos no aporte de recursos não necessariamente regidos pelas regras federais (FAVERET, 2003).

Apesar dos esforços para que esta emenda fosse regulamentada, após sete anos de sua aprovação pela Câmara dos Deputados e do Senado Federal, estima-se que mais R\$ 7 bilhões sejam acrescidos ao orçamento da saúde anualmente. Em 2005, esse orçamento era de R\$ 80 bilhões. Segundo o relator da regulamentação, são estabelecidas normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado anualmente pela União em ações e serviços públicos de

¹ Emenda Constitucional 29 determinou que o orçamento da saúde seja sempre maior a cada ano, devendo ser corrigido de acordo com a inflação, mais a variação do PIB – Produto Interno Bruto. O problema é que existem brechas na Lei para que esses recursos sejam desviados para outros setores, como saneamento e para programas como Fome Zero e Bolsa Família.

saúde e se consegue avaliar e controlar as despesas com saúde em todas as esferas públicas (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DA SAÚDE - CONASS, 2007).

De acordo com Lourenço da Agência Brasil (2007), a regulamentação da Emenda 29 foi aprovada depois que o governo decidiu repassar, nos próximos quatro anos, mais R\$ 24 bilhões para a Saúde. Sendo R\$ 4 bilhões em 2008, R\$ 5 bilhões em 2009, R\$ 6 bilhões em 2010 e R\$ 9 bilhões em 2011. A proposta anterior do governo era de liberar mais R\$ 23 bilhões para o setor nos próximos quatro anos, de forma escalonada. Com isso, em 2008, a União repassaria R\$ 47 bilhões já previstos no Orçamento, mais os R\$ 4 bilhões, que são fruto do acordo.

A organização da rede de serviços de saúde, tanto em termos quantitativos como qualitativos, representa um processo fundamental na reforma do setor de saúde, mas é fortemente subordinada à performance gerencial, considerando as variações em termos de resultados e impactos na saúde da população (BODSTEIN, 2002).

Segundo Campos (1985), a formação das organizações de saúde está vinculada à cultura profissional dos médicos e com isso é estabelecida uma ação política na saúde. Estes médicos utilizam os meios tecnológicos, sem considerarem os custos de oportunidade, colocando o modelo cultural médico em incompatibilidade com o modelo de gestão profissional, que obedece a uma disciplina de grupo, chamada de consenso².

Em uma organização de saúde, geralmente formada de especialistas, dificilmente se impõe um modelo ou uma padronização de trabalho, como normalmente é encontrado nos demais tipos de organização. Neste sentido, o consenso é um meio pelo qual os profissionais de saúde se baseiam para nortear suas atividades. Assim, há a necessidade de uma estrutura

² Consenso na saúde significa uma sistemática desenvolvida sob uma forma de um conjunto de normas elaborados a partir de evidências científicas e de vivências que auxiliam no processo decisório.

apoiada em metas, que indiquem as expectativas da direção para cada especialidade, muito semelhante ao que em administração se chama teoria dos sistemas³.

Uma estrutura apoiada em metas sugere o planejamento estratégico da organização e assim o estabelecimento de indicadores de desempenho realistas passíveis de alcance e que estejam focados na eficácia e nas necessidades de atendimento de seus consumidores, no caso o saúde são os usuários.

Para Porter (1999) na maioria das organizações, os consumidores têm a decisão de compra e arcam com os custos de produtos e serviços. Entretanto, nos serviços de assistência à saúde, segregam a decisão de compra, o pagamento e o recebimento destes serviços.

Segundo Boaden e Zolkiewski (1998) os pacientes se transformaram em clientes. Consumidores de ações e serviços de saúde, zelosos de seus direitos de consumidor, exigindo ações e serviços de melhor qualidade.

No caso dos serviços públicos de saúde os consumidores, ou seja, os usuários não decidem quando usar os serviços, visto a imprevisibilidade do setor. Entretanto, mesmo nos serviços públicos de saúde os usuários cobram melhor qualidade e resolutividade no atendimento. Na próxima seção, serão abordadas, especificamente, as organizações públicas de saúde, pois o foco do presente trabalho está direcionado às instituições públicas de saúde.

³ Teoria dos Sistemas é constituída das etapas de entrada (insumos), processo de transformação, saída (bens e serviços transformados), retroalimentação quando há divergências entre a saída e a meta desejada.

2.2 Organizações Públicas de Saúde

A gestão da saúde, independente das esferas do governo, enfrenta vários tipos de desafios, um deles está ligado às nomenclaturas designadas à saúde que são consideradas pelo SUS, o outro está direcionado ao regionalismo. Cada região brasileira possui suas peculiaridades, as quais estão ligadas aos usuários e equipes, à capacidade de atendimento, aos recursos financeiros, à organização social, aos conflitos e à cultura local. Sendo assim, as estratégias devem levar em consideração os itens acima, e deverão analisar qual a melhor gestão da saúde.

De acordo com o MS os gestores devem buscar soluções para viabilizar o planejamento, a melhor alocação dos recursos, além da melhor coordenação de suas equipes, de acordo com os princípios do SUS. A intenção do MS é que o gestor consiga estabelecer a construção de um sistema de organização que contemple a ampla participação social e a co-gestão⁴. Desta forma, a construção de um Plano Municipal de Saúde (PMS), faz parte da gestão deste tipo de organização e estabelece claramente as responsabilidades de cada um na efetivação do projeto de saúde. A organização precisa ser transparente, além de divulgar para a comunidade suas ações, de maneira que todos possam participar e auxiliar nas melhorias do atendimento à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

De acordo com o CONASS (2007a) as organizações de saúde estão divididas em cinco blocos principais:

- I. Atenção Básica: possui algumas estratégias – Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Saúde Bucal, Compensação de Especificidades Regionais, Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas, Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, Incentivo para Atenção Integral à Saúde do

⁴ Um processo de co-gestão no qual se pactua a responsabilidade sanitária de cada um, que deve se expressar no compromisso estabelecido entre os entes no processo de enfrentamento dos problemas de saúde, na garantia da atenção às necessidades de saúde da população, em territórios definidos mediante a organização dos serviços e da gestão do sistema

Adolescente em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória, e outros que venham a ser incluídos por meio de ato normativo específico.

- II. Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar: possui algumas subdivisões – Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, Adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino, dos Hospitais de Pequeno Porte, dos Hospitais Filantrópicos, Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS), Programa de Incentivo de Assistência à População Indígena (IAPI), Incentivo de Integração do SUS (INTEGRASUS), e outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo.
- III. Vigilância em Saúde: subdivide-se em – Subsistema de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, Laboratórios de Saúde Pública, Atividade de Promoção à Saúde, Registro de Câncer de Base Populacional, Serviço de Verificação de Óbito, Campanhas de Vacinação, Monitoramento de Resistência a Inseticidas para o *Aedes Aegypti*, Contratação dos Agentes de Campo, DST/Aids, e outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.
- IV. Assistência Farmacêutica: está constituído por três componentes – Componente Básico da Assistência Farmacêutica, Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica e Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional.
- V. Gestão do SUS: está constituído de dois componentes – Componente para a Qualificação da Gestão do SUS e Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (2005) é essencial a estruturação e a conservação de uma sistematização permanente de avaliação de desempenho que colabore para um redesenho das estratégias, quando necessário. E, ainda, que possibilite ao gestor verificar se está alcançando os resultados pretendidos, no que se refere à melhoria das condições de saúde dos seus munícipes.

De acordo com Schraiber et al (1999) o gestor de organização de saúde, deve otimizar a produtividade, lidar com problemas e conflitos inerentes da prestação de serviço e deve envolver todas as questões de eficácia/eficiência empresarial, ainda que empreendimento estatal.

Assim, a incorporação da prática de avaliação bem como a construção de indicadores cumprem os objetivos básicos de subsidiar o planejamento e instrumentalizar a administração dos serviços de saúde (FERREIRA, 2004). A gestão de organização de saúde está diretamente ligada ao SUS e, em consequência, à história do SUS no Brasil, a ser apresentada na próxima seção.

2.3 O Sistema Único de Saúde

Durante a década de 1980 ocorreram transformações no sistema brasileiro de saúde, que estavam relacionadas com as mudanças ocorridas no âmbito político-institucional. Também foi um período marcado pelo processo de redemocratização e crise econômico-financeira. No final daquela década sucederam reformas no Sistema Único de Saúde (SUS) que permitiram redesenhar o modelo de prestação de serviços de saúde e redefinir as funções, de acordo com cada nível de governo.

A reforma visou à transferência da gestão do setor público e privado aos governos locais, para que houvesse benefício ao sistema de saúde brasileiro, por meio da “municipalização” da gestão dos serviços de saúde e da prestação de serviços básicos de atendimento médico. Desta maneira, o governo federal desempenharia apenas funções de financiamento.

O Governo transferiu aos municípios a responsabilidade em atendimento básico de saúde e, aos estados e municípios, o papel das atividades de vigilância sanitária e epidemiológica. Até o final da década de 1980, o sistema de saúde apresentava um modelo centralizado, o qual operava sem o princípio da universalização, mas com uma política dual e seletiva dos serviços caracterizada por uma forte centralização decisória e operacional. Os usuários do SUS deveriam obrigatoriamente, naquela época, apresentar o comprovante de vínculo contributivo com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

A VIII Conferência Nacional da Saúde, realizada em março de 1986, considerada um marco histórico, consagra os princípios do Movimento da Reforma Sanitária, aprovando a constituição de um “Sistema Único de Saúde”. Tal sistema seria comandado apenas por um ministério e teria por base a descentralização, a integração, a regionalização, a hierarquização e a universalização dos serviços. Em 1987, é implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). A Constituição de 1988 estabelece a saúde como um

direito universal, sendo dever do Estado garantir o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde pública (COHN, 2003).

O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 - regulamentada em 1990 pelas Leis nº. 8.080 (Lei Orgânica da Saúde) e nº. 8.142 - com o objetivo de reduzir a desigualdade na assistência à saúde da população e, assim, garantir o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de qualquer natureza. O SUS constitui o modelo oficial público de atenção à saúde em todo o país.

Os princípios fundamentais do SUS caracterizam-se pela distribuição de funções, de acordo com cada esfera governamental. A formulação e a condução da Política Nacional de Saúde competem ao governo federal. Aos estados, a administração do conjunto de funções de gestão, de coordenação, de controle e elaboração e de prestação de alguns serviços de saúde em coordenação com os demais níveis. E, finalmente, aos municípios, compete o planejamento, a gestão, a coordenação do plano municipal de saúde, a execução de serviços e as ações básicas. Estas ações são financiadas com recursos de impostos e contribuições sociais pagos pela sociedade, e compõem gastos do governo federal, estadual e municipal.

O SUS é o responsável por promover ações preventivas e democratizar as informações para que toda a população possa ter acesso, tendo conhecimento dos seus direitos e dos riscos à sua saúde. É, também, responsável pelo controle da ocorrência, do aumento e da propagação das doenças. O controle da qualidade dos remédios, de exames, dos alimentos, da higiene e da adequação de instalações que atendam ao público, está sob a responsabilidade da Vigilância Sanitária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A direção do SUS é única, sendo exercida em âmbito nacional pelo Ministério da Saúde, e nos âmbitos Estadual, Distrito Federal ou Municipal pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

No que tange especificadamente à saúde, o artigo 199 da Constituição Federal estabelece que o SUS deve estar configurado em um sistema integrado, regionalizado e hierarquizado nas ações e nos serviços públicos e privados. Tal sistema deve ser regulamentado por contratos de direito público e/ ou por meio de convênios com o Poder Público. De acordo com Arretche (2000, p. 203):

A Constituição de 1988 estabeleceu as regras para a institucionalização de um novo modelo de saúde. Estabeleceu-se, por regra constitucional, que o Sistema Nacional de Saúde deveria ser universal, hierarquizado, público e com comando único em cada esfera de governo. Além disto, a unificação dos órgãos públicos de saúde dos três níveis de governo, em um sistema nacional hierarquizado, bem como a decisão de que a atuação do setor privado seja complementar à cobertura ofertada pelo setor público, implicaram profundo redesenho dos mecanismos operacionais até então vigentes. Desde então, um conjunto – às vezes, errático – de leis, normas operacionais e portarias ministeriais vem regulamentando um longo processo – ainda em curso – de institucionalização de regras e procedimentos deste sistema integrado e hierarquizado de prestação de serviços.

No entanto, paralelamente às decisões constitucionais e diante do impacto da redemocratização e das forças políticas existentes, já vinham sendo implantadas medidas para a descentralização e a unificação do sistema de saúde. Entre os anos 80 e 90, foram definidas as regras que os níveis governamentais deveriam desempenhar em suas funções. Portanto, neste momento, surgiu o conteúdo da reforma da saúde propriamente dita (BRASIL, 1986).

Assim, a instituição das Ações Integradas em Saúde (AIS), em 1984, foi uma tentativa de gerir os problemas do sistema (o qual apresentava superposição de funções e recursos), marcando-se o primeiro passo em direção à descentralização. Porém, tal descentralização tomou impulso com a implantação do SUDS em 1987. Por meio de convênios, os Estados incorporaram as funções das diretorias regionais do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Contudo, a Secretaria de Saúde de cada estado tinha a responsabilidade de gerir a unificação das unidades da rede pública e estabelecer uma reforma administrativa estadual, a fim de viabilizar a realização das novas funções.

As Secretarias Estaduais administravam a rede própria do INAMPS e parte da rede privada conveniada, de forma a retirar do INAMPS grande parte dos recursos organizacionais que permitiriam a centralização do poder decisório. Assim, foi realizado pelo Estado o processo de municipalização, via estabelecimento de convênios e repasse para os municípios.

Para uma melhor visualização de como se estabelece os vínculos entre os órgãos dentro do Ministério da Saúde a figura 1 apresenta uma sistemática do organograma da saúde.

Figura 1. Organograma do Ministério da Saúde

Fonte: Ministério da Saúde (2008)

Para complementar e aperfeiçoar as ações do SUS foram criadas as Normas Operacionais do SUS e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde.

Em meados de agosto de 1992, surgiu o debate sobre a descentralização e sobre a municipalização da saúde. O município, por meio de uma política pública de saúde, deveria assumir e atuar com base na Federação, tendo como objetivo provocar transformações na área das políticas sociais. Desta forma, a gestão de todo o sistema municipal seria de competência do poder público e exclusiva desta esfera de governo, em que deveriam ser respeitadas as

atribuições do respectivo conselho e de outras diferentes instâncias de poder (REZENDE; PEIXOTO, 1998).

A municipalização estabelecida na Constituição Federal (Artigo 30, VII) e na Lei Federal 8.080 (artigo 7º, IX, a), transfere aos municípios a responsabilidade total pela gestão do sistema de saúde em seu território e, também, a descentralização do gerenciamento das ações do sistema de saúde aos municípios. Desta forma, o poder público municipal torna-se o responsável imediato (porém não o único) pelas necessidades de saúde de suas localidades (BRASIL, 1996).

A atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde - seja ele em esfera municipal, estadual ou nacional - mediante o exercício das funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria, são de responsabilidade dos gestores do SUS, dos Secretários Municipais e Estaduais de Saúde e, do Ministério da Saúde, que representam, respectivamente, os governos municipais, estaduais e federal.

Seguindo a idealização de descentralização e de municipalização do SUS, no que tange ao plano executivo, atribuíram-se atos normativos e administrativos para contribuir com a implantação e a operacionalização de saúde. Surgiram, assim, as Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB-SUS) e as Normas Operacionais de Assistência a Saúde (NOAS-SUS).

Uma das normas mais respeitáveis foi emitida pela Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993, estabelecendo a NOB – SUS 01/93, definindo as bases da descentralização e o incentivo a autonomia dos municípios, de forma a estabelecer mecanismos de financiamento e de transferências de recursos, controle e avaliação. Esta norma foi regulamentada e estabelecida em virtude de um documento do Conselho Nacional de Saúde de abril de 1993.

Desta forma, a descentralização gerencial e o seu conteúdo básico foram reforçados na NOB/96. Assim, o município passou a ser o responsável imediato pelo atendimento das

necessidades da população, competindo à União normatizar e financiar os programas. Ao município, competiu a gestão e a execução das ações, onde se insere o conjunto de atividades que caracterizam a Atenção Básica à Saúde.

2.4 Atenção Básica à Saúde

A Atenção Básica pode ser entendida como um conjunto articulado de recursos e conhecimentos, organizado para responder às necessidades de saúde da população, sendo fundamental para que todos os problemas de saúde possam ser enfrentados (CONASS, 2007b).

Trata-se de uma forma de organização dos serviços de saúde que responde a um modelo assistencial (com valores, princípios, e elementos próprios), por meio da qual se busca unificar todos os aspectos desses serviços, tendo por base as necessidades de saúde da população. Na forma mais ampla, a Atenção Básica é o primeiro contato com o sistema de saúde e o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, de suas famílias e da população. Busca proporcionar equilíbrio entre as duas metas de um sistema nacional de saúde: melhorar a saúde da população e proporcionar equidade na distribuição de recursos (STARFIELD, 2002).

De acordo com Bodstein (2002), a Atenção Básica possui programas e políticas especificamente preocupadas com o primeiro nível de acesso e de contato da população com o sistema de saúde. Como por exemplo, ações que visam à organização ou reorganização deste modelo de assistência com o predomínio das ações preventivas e de promoção da saúde em detrimento das ações curativas (de média e alta complexidade) e hospitalares

Assim, há uma necessidade de amplitude da reflexão no campo da saúde coletiva, para se debater sobre a descentralização da política de saúde, analisando e sistematizando os principais questionamentos em torno do atendimento na área da saúde.

Esta é uma concepção de sistema de saúde, uma filosofia que está inserida dentro de todo este sistema. Tal concepção pode ser caracterizada por: justiça social e equidade; auto-responsabilidade; solidariedade internacional e aceitação de um conceito amplo de saúde (CONASS, 2007a).

Ainda de acordo com estudos de Starfield (2002), este atendimento é uma porta para todas as novas necessidades e problemas no âmbito da saúde, pois fornece atenção sobre as pessoas e não à enfermidade que as aflige. Assim, poderá no decorrer do tempo, fornecer atenção para as condições do ser humano em questão, com exceção das doenças raras ou muito incomuns, podendo coordenar ou integrar a atenção fornecida.

Consegue-se abordar problemas mais comuns na comunidade em que se está inserida, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para elevar ao máximo a saúde e o bem-estar. Interage mais de um problema que possa estar envolvido no processo de saúde-doença, e ainda vai além, identifica o contexto e as respostas das pessoas aos seus problemas de saúde (STARFIELD, 2002).

O período, pós-1995, foi marcado pela expansão da Atenção Básica de Saúde. Esta expansão foi incentivada, em primeiro lugar, pelo Ministério da Saúde e, posteriormente, pelas secretarias estaduais. Simultaneamente, ocorria um avanço no processo de municipalização e no estabelecimento de novas sistemáticas para o financiamento das ações e dos serviços de saúde, especialmente no âmbito da Atenção Básica (MARQUES; MENDES, 2003).

O Ministério da Saúde publicou, em 1999, o Manual para a Organização da Atenção Básica, com o intuito de ampliar a definição das responsabilidades da atenção básica e, assim, permitir o acompanhamento da descentralização, descrita pela NOB/96. Neste manual, há descrições sobre a conceituação da atenção básica, as responsabilidades da gestão municipal, as ações, as atividades, as orientações sobre repasse, os resultados e os impactos esperados. Constam ainda, neste manual, as aplicações e as metodologias de acompanhamento para controles dos recursos financeiros que contemplam o Piso de Atenção Básica.

A estratégia brasileira, para este tipo de atendimento à saúde, pode ser traduzida por meio da Saúde da Família. Este fato veio a ocorrer no final de 1993, com a criação do

Programa Saúde da Família (PSF). Assim, agregou à dimensão quantitativa uma dimensão qualitativa (MENDES, 2002).

O PSF sofreu influências indiretas externas de diferentes modelos de saúde da família, em especial, os modelos canadense, cubano e inglês. Mas suas origens estão no Programa de Agentes de Saúde (parte de um programa de emergência de combate à seca), instituídas pela Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, em 1987. O objetivo da adoção do PSF, por parte do Ministério da Saúde, foi estabelecer uma estratégia de organização do sistema de serviços de saúde do país. Estava superada, pelo menos no discurso oficial, a visão da atenção básica à saúde como um programa de atenção primária seletiva (CORBO; MOROSINI, 2005).

A pesquisa Saúde da Família no Brasil – Uma análise de indicadores para a atenção básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006) - descreve, comparativamente, no período de 1998 a 2004, a evolução de oito indicadores de saúde, segundo as coberturas da Saúde da Família no Brasil e considerando o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), a renda e o porte populacional dos municípios.

No intuito de melhorar os indicadores de saúde, foi observado o impacto do PSF nos agrupamentos de municípios com IDH abaixo de 0,7. Esta observação é importante para traduzir que a estratégia de saúde da família é um fator de geração de equidade. Ao demonstrar melhores resultados, nesse agrupamento de municípios de IDH mais baixo, conseguiu-se aproximar os indicadores desses aos municípios de renda e IDH mais alto, reduzindo a lacuna existente entre os dois grupos. (CONASS, 2007a).

Em um estudo realizado pelos pesquisadores Macinko, Guanais e Souza (2006) foram ponderadas algumas variáveis para arrefecimento da mortalidade infantil. A Saúde da Família apresentou-se como a segunda variável mais importante, somente causando menor impacto que os anos de escolaridade materna. O estudo demonstrou que o programa superou o

acesso à água tratada como fator de redução da mortalidade, além de corroborar que o número de leitos hospitalares per capita tem um peso pequeno nesse indicador.

Os municípios assumem o processo de descentralização e estabelecem um convênio de municipalização, por meio da Lei nº 5184, de 27 de novembro de 1987. A rede básica foi redimensionada e implementada, com a construção de novas unidades. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, os fundamentos que orientam a Atenção Básica à Saúde são:

- I. Possibilitar o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde; com território registrado de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;
- II. Efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;
- III. Desenvolver relações de vínculo e de responsabilização entre as equipes e a população registrada, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- IV. Valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
- V. Realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação;
- VI. Estimular a participação popular e o controle social.

A Atenção Básica, conforme mencionado anteriormente, constitui uma estratégia de atendimento inicial à população, além de atender as metas estabelecidas pelo governo, a fim de melhorar a saúde da população e proporcionar equidade na distribuição de recursos.

A organização deste tipo de atendimento segue normas específicas. Devem existir distritos de saúde, como uma divisão territorial, os chamados Distritos de Saúde. Em cada distrito existem unidades de atendimento que ficam mais próximas à população, com o objetivo de proporcionar um melhor atendimento às comunidades, de prevenção de doenças e de acompanhamento próximo a cada família atendida. Cada unidade básica possui um gestor que, junto à sua equipe, controlam os materiais utilizados e devem fazer pequenos planejamentos para ampliar a eficiência e a eficácia dos atendimentos.

O estabelecimento de planejamentos para alcançar eficiência e a eficácia no ambiente organizacional (privado ou público) parte dos fluxos de informações recebidas e enviadas pelas equipes de trabalho e, também, pelos gestores de saúde.

Portanto, é importante estabelecer um sistema computacional que consiga transcrever para os gestores as informações, em vista de um melhor processamento de controle, de acompanhamento e de possíveis tomadas de decisão.

2.5 Sistemas de Informações

De acordo com Laudon e Laudon (2007, p. 4), um SI pode ser definido como “um conjunto de componentes inter-relacionados (...)” que são necessários para que possa se coletar, recuperar, processar, armazenar e distribuir informações para a organização. Sendo assim, tais processos objetivam facilitar o “(...) planejamento, o controle, a coordenação, a análise e o processo decisório em empresas e outras organizações (...)”

Os autores também afirmam que o SI contém informações variadas, como:

(...) sobre pessoas, lugares e coisas de interesse, no ambiente ao redor da organização e dentro da própria organização. Os sistemas de informação essencialmente transformam a informação em uma forma utilizável para a coordenação de fluxo de trabalho de uma empresa, ajudando empregados ou gerentes a tomar decisões, analisar e visualizar assuntos complexos e resolver outros tipos de problemas (LAUDON; LAUDON, 2007, p. 4).

Ainda, de acordo com os autores, os SIs influenciam algumas estruturas da organização e, também, são influenciados por elas:

- Organização: estrutura organizacional, tipos de atividades, especialidade da mão de obra, processos e procedimentos formais;
- Pessoas: cultura, comportamento e habilidades influenciam nas funções e em como se utiliza o SI;
- Tecnologia: meio de coleta, processamento, transmissão, transformação e organização de dados e informações.

Em geral, os SIs obtêm dados do ambiente interno e externo à organização e processam estes dados, transformando-os em informações. Para que o SI funcione, existe a interação de operações por meio de softwares, que permitem a disponibilização destas informações na forma de relatórios, permitindo que se estabeleça uma relação “virtual” entre vários indivíduos dentro da organização e com o SI (RICHERI, 2001). Para que isto aconteça, é necessário que a informação seja precisa, completa e recebida com regularidade (MORAES; SANTOS, 2001).

De acordo com Guimarães e Évora (2004), os sistemas de informação nos ambientes organizacionais são estabelecidos a partir do levantamento das necessidades informacionais dos decisores. Isto se realiza por meio da coleta e obtenção dos dados, da análise dos dados (transformando-os em informação), da distribuição da informação (de acordo com as necessidades do decisor), da utilização das informações pela sua incorporação no processo de trabalho e, finalmente, se realiza por meio da avaliação constante dos resultados obtidos e dos redirecionamentos no sistema, para atender às demandas e antecipar as necessidades dos decisores.

Tais autores ainda ressaltam que, no ambiente de saúde, tais SIs são importantes para o desenvolvimento do processo na prestação de serviços de saúde, no que tange a segurança para a tomada de decisão, o que resulta em melhor atendimento aos pacientes. Entretanto, vale ressaltar que a introdução de tecnologias computacionais no ambiente de saúde é relativamente recente. De acordo com estudo de Évora, Fávero, Trevizan e Melo (2000), na década de 80 que ocorreram maiores pesquisas e utilizações de tecnologias de informações na área da saúde.

Segundo Richieri (2001), SIs que trabalham com softwares mais modernos também permitem a integração dos dados e refletem maior agilidade na análise desses dados, “(...) transformando-os em informações essenciais para a tomada de decisão”.

Choo (1998) afirma que a tomada de decisão formal é estruturada por regras e procedimentos que especificam papéis, métodos e normas, e, ainda, estabelecem valores que influenciam em como a organização enfrenta a escolha e a incerteza. A combinação esperada entre cultura, comunicação e consenso melhora a eficiência e ajuda a alcançar um nível mais elevado para as tomadas de decisão, conforme figura 2.

Segundo Anthony (2002), há três níveis de informação: estratégica, gerencial e operacional. Para cada nível é existe sistemas de informação para suporte, que auxilia o

processo de tomada de decisão. Conforme Laudon e Laudon (2007) as empresas possuem necessidades e problemas diferentes. Assim, os sistemas de informações também são diferentes e possuem funções distintas dentro das organizações. Desta maneira, dentro de uma organização, podem coexistir diferentes subsistemas, preferencialmente integrados e que, eventualmente, utilizem a mesma base de dados para evitar conflitos em relatórios e informações gráficas.

Figura 2. Elementos no Processo de melhor Tomada de Decisão
Fonte: Elaborado pela autora com base em Choo (1998)

Assim, os Sistemas Integrados de Gestão, também conhecidos como ERP são constituídos, de acordo com Borba et al (2003, p.2), por “pacotes de aplicativos de

computador que dão suporte à maioria das necessidades de informação de uma empresa (ou organização não lucrativa, ou universidade ou agência não governamental)”.

De acordo com Almeida (2004), ainda não existe uma definição precisa quanto ao conceito de ERP, pois se refere a um conceito geral para os sistemas de gestão integrados. “Esses sistemas são caracterizados por possuírem bases de dados únicas e consistência em seus fluxos de informações, de forma que cada um dos módulos tenha acesso a dados capturados por outros.” (ALMEIDA, 2004, p. 12).

Os sistemas de planejamento de recursos empresariais ou *enterprise resource planning* (ERP) são pacotes de software prontos que dão suporte à maioria das funções-chave das empresas, como o gerenciamento de logística, vendas e finanças. Esses sistemas são genéricos e as funcionalidades por eles providas podem servir para uma grande variedade de organizações. A implementação de um sistema ERP envolve um processo de customização do pacote genérico e seu alinhamento com as necessidades específicas da organização. O processo de alinhamento define, simultaneamente, a configuração do software e a solução para o negócio da empresa. Devido à necessidade de adaptar a empresa ao pacote de software, e não o contrário, freqüentemente, o resultado é o redesenho dos processos organizacionais. A realização de customização do software para o aumento da funcionalidade do sistema, embora não seja desejada, é, algumas vezes, necessária. O alinhamento dos processos organizacionais, influenciado por vários aspectos do ambiente, como a existência de sistemas de informações anteriores à implementação do ERP e a cultura organizacional, possui papel crucial no sucesso da implementação do projeto de ERP e no futuro das práticas de negócio da organização. (SOFFER; GOLANY; DORI, 2003, p.673).

A adaptação da organização ao pacote de softwares ocorre quando uma instituição compra um ERP pronto e há a necessidade de alterações deste pacote para atender as necessidades da organização. Em caso de ERP “produzidos” especificamente para uma organização ou um grupo de organizações do mesmo segmento, com características comuns, este processo de adaptação é reduzido, mas isto não descarta a revisão de processo e a manutenção do sistema.

Assim, as diversas formas de informatização em organizações de saúde, bem como outros tipos de empresas, devem ser inseridas em um sistema integrado para que seu potencial seja aumentado.

Para que haja esta evolução, alguns autores propõem a utilização desta tecnologia em estrutura que possibilite a modularidade (TOUSSAINT; LODDER, 1998; FERRARA,

1998). No entanto, os autores Corrêa, Giansesi e Caon (2007) fazem outra relação com a utilização dos módulos. Geralmente, as organizações que adotam pacotes com módulos acabam por não utilizar todos os módulos disponíveis. Isto ocorre porque há dificuldades de adaptação à realidade operacional das atividades e dos departamentos, ou mesmo ao macro-ambiente legal brasileiro. Dessa forma, os autores relacionam os seguintes módulos gerais que são comumente comercializados:

1. Módulos relacionados a Operações e *Supply Chain Management*:

- Previsões/Análises de Vendas (*Forecasting/Sales Analysis*)
- Lista de Materiais (BOM – *Bills of Material*)
- Programação-mestre de Produção / Capacidade Aproximada (MPS – *Master Production Scheduling* / RCCP – *Rough-cut Capacity Planning*)
- Planejamento de Materiais (MRP – *Material Requirements Planning*)
- Planejamento Detalhado de Capacidade (CRP – *Capacity Requirements Planning*)
- Compras (*Purchasing*)
- Controle de Fabricação (SFC – *Shop Floor Control*)
- Controle de Estoques (*Inventory*)
- Engenharia (*Engineering*)
- Distribuição Física (DRP – *Distribution Requirements Planning*)
- Gerenciamento de Transporte (TM – *Transport Management*)
- Gerenciamento de Projetos (*Project*)
- Apoio à Produção Repetitiva
- Apoio à gestão de Produção em Processos
- Apoio à Programação com Capacidade Finita de Produção Discreta
- Configuração de Produtos

2. Módulos Relacionados à Gestão Financeira/Contábil/Fiscal

- Contabilidade Geral
- Custos
- Contas a Pagar
- Contas a Receber
- Faturamento
- Recebimento Fiscal
- Contabilidade Fiscal
- Gestão de Caixa
- Gestão de Ativos
- Gestão de Pedidos
- Definição e Gestão dos Processos de Negócio (*Workflow*)

3. Módulos Relacionados à Gestão de Recursos Humanos

- Pessoal (*Personnel*)
- Folha de Pagamentos (*Payroll*)

Como pôde ser observado, o conceito de informação é importante para todo o processo de constituição de um sistema de informação, bem como para os aplicativos e módulos. Dessa forma, Almeida (2004) estabeleceu distinções quanto à fonte de informações e suas relações com a organização de saúde:

- Controle do sistema de Saúde;
- Origem e uso clínico e,
- Origem e uso gerencial

As informações utilizadas no controle do sistema de saúde são aquelas que têm aplicações organizacionais. As informações clínicas são originadas e utilizadas nas atividades operacionais, ou de gerenciamento, ou de pesquisa. As informações gerenciais abastecem as atividades de planejamento e controle e, também, têm origem nas atividades operacionais (não apenas clínicas) e de origem administrativa e de suporte.

Pode-se, assim, dizer que a informação tem uma origem, um processamento, determinados resultados e a necessidade de retroalimentação, conforme figura 3:

Figura 3. Fluxo de Informações

Fonte: Elaborado pela autora com base em Chiavenato (2004)

A figura 3 se assemelha à teoria dos sistemas de fluxos abertos, proposta por Chiavenato (2004, p. 519), em que há, na estrutura “entrada ou insumo (*input*); processamento

ou transformador (*throughput*); saída ou resultado ou produto (*output*); retroação ou retroalimentação ou retroinformação (*feedback*); ambiente (*environment*)”.

Assim, é importante que se estabeleça uma estrutura de informações básicas no processo de planejamento ou uma programação de um sistema de informação de saúde, conforme quadro 1.

1 - Diagnóstico	
- População	Estrutura (idade, sexo, distribuição geográfica, níveis de ingresso, outros).
	Dinâmica (nascimento, óbitos, migração, crescimento).
- Situação da Saúde	Mortalidade (causas, idade, sexo, distribuição geográfica).
	Morbidade (causas, idade, sexo, distribuição geográfica).
	Outras.
- Análise setorial	Organização (políticas, estratégias, instalações, institucional).
	Financiamento (fontes, total de despesas).
	Despesas de Operação.
	Processos de decisão.
- Análise institucional	Marco legal (organização, políticas, estratégias).
	Financiamento (fontes, total de despesas).
	Despesas operacionais.
	Despesas com investimentos.
	Despesas totais.
	Recursos (humanos, físicos, financeiros, outros).
- Organização e operação	Recursos (humanos, equipamentos, materiais).
	Produção.
	Produtividade.
	Custos.
- Utilização e distribuição	Eficácia.
	Eficiência.
	Efetividade.
- Projeções	Todas as áreas de diagnóstico e tratamento.
- Conclusões diagnósticas	Problemas prioritários e fatores condicionantes.
2 - Programação	
- Definição e priorização de políticas institucionais	Lista de políticas.
	Objetivos, metas, normas, procedimentos, atividades, recursos
	Organização e administração.
	Viabilidade Financeira.
	Factibilidade (técnica, administrativa, legal, política).
	Distribuição de recursos.
- Seleção e legalização de projetos	Lista de projetos.
	Aprovação de projetos, viabilidade (financeira, técnica, administrativa, legal, política).
	Distribuição de recursos.
3 - Execução de políticas e projetos	
- Prestação de serviços	Disponibilidade de recursos intra-setoriais e extra-setoriais.
	Tecnologia disponível intra-setorial e extra-setorial.
	Normas de atenção de referência.
	Tratamento e resultado.
- Controle e supervisão	Disponibilidade e organização dos recursos para a atenção.
	Entrega dos serviços (quantidade, qualidade e oportunidade).
- Administração de sistemas	Recursos humanos, materiais, manutenção e orçamento.
- Utilização e distribuição	Eficácia, eficiência, competitividade.
	Cobertura.
- Avaliação	Metas <i>versus</i> desfechos (resultados).
	Relatórios de quantidade de atenção e de controle e supervisão da atenção.

Quadro 1. Informações básicas no processo de planejamento

Fonte: Malagón-London et al (2000, p. 381)

Como pode ser observado no quadro 1 as informações são provenientes do ambiente interno e externo à organização de saúde. Devem existir informações a respeito da população e seu perfil epidemiológico, das características da organização, produtividade, custos, orçamentos e metas para se estabelecer um planejamento para a organização.

Vale ressaltar que, conforme teoria de Guimarães e Évora (2004), Malagón-London et al (2000) e Laudon e Laudon (2007), os ambientes externo e interno influenciam nas características e nas origens das informações. Valeriano (2005) propõe um “ambiente geral” onde há a relação entre o ambiente e o SI. Por sua amplitude, tanto pode atuar diretamente sobre uma organização ou sobre um grupo indistinto de organizações. Propõe, ainda, um “microambiente”, com atuação direta sobre as organizações. O ambiente organizacional está no microambiente, o qual absorve o SI, que é o recurso capaz de receber, processar, classificar, organizar e calcular toda a informação gerada nos ambientes. Tais ambientes podem ter influência nas decisões estratégicas das empresas, conforme figura 4.

Figura 4. Sistema de Informação

Fonte: adaptado de Laudon e Laudon (2007, p. 8).

Conforme Laudon e Laudon (2007), o uso de um SI é uma ferramenta para soluções de organizações e, ainda, ressaltam a necessidade do gestor em conhecer tanto a dimensão de sua organização quanto o poder de soluções que podem ser apresentadas pelo SI e pela tecnologia de informação. Assim, os gestores podem reconhecer a ênfase do Sistema de Informação sobre a natureza organizacional.

Para tanto, o SI deve ser pautado em resultados eficientes e eficazes. De acordo com Stair e Reynolds (2002, p.24), a “eficiência é resultado do que é produzido, dividido pelo que é consumido e eficácia é uma medida da extensão em que um sistema alcança suas metas”.

Nas organizações de saúde pública, os SIs devem ter, além das características delineadas até aqui, um arcabouço de indicadores à disposição para que se possa conhecer e analisar a situação de saúde da população e a atuação dos serviços de saúde. Segundo Cecílio (1997) a existência de boas informações são imprescindíveis para a organização de saúde, pois elas traduzem os indicadores de desempenho de todos os tipos. Eduardo (1990, p.74), em consonância com a proposta da Organização Mundial da Saúde (OMS), entende que a avaliação em saúde possui cinco modalidades de indicadores. A saber:

- 1- indicadores da política sanitária, englobando o compromisso político de alcançar: a saúde para todos, a distribuição de recursos suficientes para a atenção primária em saúde, o grau de equidade na distribuição de recursos, o grau de participação da comunidade na obtenção da saúde, definição de uma estrutura orgânica e administrativa adequada como estratégia nacional para alcance de saúde para todos e as manifestações práticas de compromisso político internacional em favor da saúde para todos;
- 2- Indicadores sociais e econômicos, como taxa de crescimento da população, produto nacional bruto (PNB) ou produto interno bruto (PIB), distribuição de recursos e gastos com saúde, condições de trabalho, índice de alfabetismo de adultos, condições de habitação e disponibilidade de alimentos energéticos por habitantes;
- 3- Indicadores da prestação de atenção de saúde, como disponibilidade, acessibilidade material, acessibilidade econômica e cultural, utilização dos serviços e indicadores da qualidade da assistência.
- 4- Indicadores da cobertura da atenção primária de saúde, como aqueles relacionados com o nível de ‘alfabetismo sanitário’, disponibilidade de sistemas adequados de água e esgoto, acesso das mães e crianças à atenção de saúde local, assistência adequada ao parto, cobertura vacinal adequada das crianças em relação às principais doenças infecciosas, disponibilidade de medicamentos essenciais durante todo o ano, acesso aos serviços de referência e relação adequada de profissionais de saúde por habitante, tanto no nível da atenção primária quanto da referência.

5- Indicadores do estado de saúde, como percentagem de recém nascidos com baixo peso ao nascer, acompanhamento nutricional e psicossocial das crianças, taxa de mortalidade infantil e taxa de mortalidade nas primeiras idades.

A autora complementa a sua análise, sobre a metodologia da avaliação dos serviços de saúde, propondo um conjunto mais complexo de indicadores para o sistema básico de informação de saúde, que envolve três sistemas:

(...) os que deverão subsidiar a avaliação da estrutura organizacional estão relacionados, basicamente, com o modelo de organização, com os mecanismos de gestão, funcionamento e desempenho dos serviços (...).
 (...) relativos a avaliação das formas de atuação/programas deverão refletir o processo pelo qual atua a instituição na busca de seus objetivos(...).
 Os sistemas que alimentam os resultados/impactos deverão refletir o alcance dos objetivos dos serviços, ou seja, o estado de saúde da população, e se relacionam mais diretamente com o processo saúde/doença (EDUARDO, 1990, p.74-76).

Relacionando os conceitos de informação, sistema de informação e ERP, a reflexão proposta por Eduardo (1990) discorre sobre o modelo de gestão municipal da saúde e a própria gestão interna nas unidades prestadoras de serviços básicos de saúde e suas influencias no funcionamento e desempenho das organizações de saúde.

Ao se referir ao processo de resultados e impactos das organizações de saúde, alguns conceitos devem ser relacionados, tais como informação, desempenho e eficiência.

Alguns autores (MISOCZKY, 1991; DONALÍSIO, 1993) explicitam a necessidade de se ter os Sistemas de Informações de Saúde no âmbito municipal, para que se alcance bons desempenhos e eficiência, tanto econômica como de qualidade de atendimento. Donalísio (1993) dispõe ainda que o SI deve conter:

- Perfil epidemiológico;
- Impacto e a qualidade dos serviços de saúde e
- Investigação da opinião da clientela.

Quanto ao impacto e qualidade dos serviços, o autor destaca a importância das informações no atendimento e como tais informações podem gerar indicadores de qualidade:

(...) capacidade resolutiva, rapidez e agilidade no acesso aos serviços, informações sobre a organização interna das unidades, burocratização, retaguarda de serviços diagnósticos e terapêuticos (laboratórios, radiologia, farmácia, consultas especializadas, hospitais, maternidades...), qualidade de prontuários, qualidade das consultas, compromisso com o seguimento de pacientes crônicos, capacidade de prevenir formas graves e complicações de doenças, relação equipe-paciente, integralidade das ações, demanda reprimida, impacto de programas nos padrões de morbidade e mortalidade municipais (DONALÍSIO, 1993, p.68)

Retomando o processo de origem e influências de informações (conforme figura 3) as entradas, o processamento, as saídas e a retroalimentação, transitam pela rede básica pública municipal. Segundo Pinto (2000), isto ocorre por meio de um fluxo elaborado para a produção da informação, direcionando a origem dos dados (coleta e transmissão) para a atenção básica, o seu processamento para o nível central da SMS e a tomada de decisão para os vários níveis do município. O parâmetro da retroalimentação (*feedback*) é importante para que se obtenha novas opções de decisões, levando em consideração a necessidade de (re)direcionar os processos de coleta, análise e tratamento dos dados. O SI, dessa maneira, é útil quando há uma homogeneidade no tratamento dos dados permitindo que estes sejam comparados e consolidados (RODRIGUES; GOIHMAN, 1990).

O processo da introdução da tecnologia em organizações de saúde, também, se faz importante para o entendimento da descentralização promulgada pelo SUS, conforme tópico específico neste trabalho. Desta maneira, a municipalização da gestão em saúde traz consigo a necessidade de implantação do Sistema de Informação “(...) o município assume um papel mais amplo do que um mero coletor de dados, produzindo, organizando e coordenando a informação em saúde de sua região” (BRANCO, 1996, p.270).

2.5.1 Sistemas de Informações em Saúde Pública

Neste tópico, serão apresentados os sistemas de informações em saúde pública disponíveis para Atenção Básica no município de Ribeirão Preto.

Os SIS, de base nacional, utilizados na Atenção Básica do município referem-se a:

- Sistemas de informações sobre nascidos vivos (SINASC);
- Sistemas de Informações sobre Mortalidade (SIM);
- Sistema de Informação de agravos de notificação (SINAN),
- Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA),
- Sistema de assistência pré-natal (SISPRENATAL);
- Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB);
- Sistemas de Informações sobre Serviços e Atendimentos Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA SUS) e,
- Hygia Web® (único contratado) (GUEDES, 2007).

O SINASC foi implantado pelo Ministério da Saúde em 1990, com o objetivo de reunir informações epidemiológicas relativas aos nascimentos no país. No Brasil, a implantação ocorreu de forma gradual em todos os estados. Este SIS é uma ferramenta de informação que possibilita a definição de políticas de saúde, pois (por intermédio dos registros realizados nos municípios) é possível subsidiar as intervenções relacionadas à saúde da mulher e da criança em todos os níveis de atenção no SUS.

O SIM foi desenvolvido e implantado no Brasil pelo Ministério da Saúde em 1975. Trata-se de um sistema de vigilância epidemiológica destinado ao país com o objetivo de captar dados sobre os óbitos do país, a fim de fornecer informações sobre mortalidade para todas as instâncias do sistema de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

O SINAN é um sistema que dá suporte e sustentação de dados para a vigilância epidemiológica e tem, por objetivo, o registro e o processamento dos dados sobre os agravos de notificação no país. Assim, este sistema fornece dados para estabelecer a análise do perfil da morbidade e, desta forma, contribuindo para a tomada de decisões nos âmbitos municipal, estadual e federal (BRASIL, 2006).

O sistema HIPERDIA é um sistema de informação oficializado e criado pelo Ministério da Saúde. Este sistema tem como finalidade, o cadastramento e o monitoramento dos pacientes portadores de hipertensão e/ou diabetes *mellitus*⁵, além de disponibilizar este instrumento para utilização pelos municípios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). As informações coletadas pelo sistema devem estar disponíveis a todos os gestores do SUS, definindo os meios de comunicação entre os municípios e o administrador federal. Por meio da portaria conjunta nº 112, estabelece que o não cumprimento dos fluxos estabelecidos para envio de arquivos implicaria no não recebimento dos medicamentos pelo município, no mês posterior à data fixada para o envio dos arquivos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O SISPRENATAL é o sistema desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e está voltado ao acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Neste sistema, define-se o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada, permitindo o acompanhamento das gestantes desde o início da gestação até o pós-parto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008a).

O SIAB é um sistema de informação implantado em 1998 em substituição ao Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SIPACS), pela coordenação de Saúde da Comunidade/ Secretaria de Assistência à Saúde⁶, em conjunto com o Departamento de Informação e Informática do SUS/DATASUS. Tal SIS tem como objetivo acompanhar as ações e os resultados das atividades realizadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Seus dados são gerados por profissionais das equipes de saúde da família, cujo sistema permite o registro de diversas informações relativas ao perfil

⁵ Diabetes *mellitus* configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros (BRASIL, 2006).

⁶ A coordenação de Saúde da Comunidade/ Secretaria de Assistência à Saúde passou a ser Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde

epidemiológico e acompanhamento das ações desenvolvidas pelas equipes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008b).

O SIA-SUS, em abrangência nacional, foi criado a partir da incorporação do INAMPS pelo Ministério da Saúde, regulamentado pela Resolução nº 228 de agosto de 1990 (DOU 6/8/90 Seção I p.14881) (BRASIL, 1990). O objetivo era acompanhar os programas físicos e orçamentários, além do acompanhamento das ações de saúde produzidas, gerando instrumentos analíticos de controle e avaliação, agilização dos procedimentos de pagamentos e contribuição na formação do banco de dados do SUS. Entretanto, o SIA nas UBS foi sendo substituído pelo Hygia Web®.

O Hygia foi contratado em 1993 e implantado em 1994 (assim ele é o único SIS privado). Este sistema inclui software e hardware e tem a característica de ser um banco de dados único, com cadastro único de paciente, de agendamento de consultas com hora marcada, de informatização de laboratório, vacina, prontuário eletrônico, estatísticas e faturamento (PINTO, 2000).

Em 2007 a Secretaria Municipal de Saúde modernizou o Hygia e passou a utilizar o Hygia Web® (nova versão, a qual disponibilizou outros recursos como, Odontograma Digital e Gráficos Biométricos). Este novo SIS prevê ainda, computadores em todos os consultórios, onde os profissionais poderão informar eletronicamente tudo sobre os pacientes; informará ao farmacêutico qual medicamento está para vencer, podendo gerar economia financeira para o município. Para isso, foram 700 computadores adquiridos, no decorrer de 2007.

Portanto, pode-se concluir que existem vários SIS para a saúde pública municipal. A pesquisadora Moraes (1998, p.87) descreve sobre a fragmentação dos SIS disponíveis, não apenas no caso de Ribeirão Preto, mas no país, em geral:

D.Maria, paciente adscrita em um Posto de Saúde, está pulverizada pelos vários SIS, se por exemplo: i) for portadora do bacilo de Koch, quando então fará parte do sistema de informação do Programa de TB; ii) estando em idade fértil, estará inscrita no Programa Materno-Infantil; iii) se tiver filhos em idade compatível, comporá o Sistema de Suplementação Alimentar; iv) com tantos problemas, precisará de

atendimento no Programa de Saúde Mental; v) para completar há uma suspeita de hansen. (...). Eis outro sistema de informação do qual fará parte. Seguramente, cada um dos chamados Programas Especiais possui argumentos fortes assentados na razão técnica, a qual funda-se no contexto histórico da sociedade brasileira fragmentária e pragmática. A D. Maria, enquanto indivíduo portador de uma totalidade singular, se perde no emaranhado das ações institucionais. D. Maria é "esquartejada" pelos diferentes SIS que por sua vez expressam a lógica fragmentadora das instituições de saúde, produto do modo como o Estado brasileiro responde às demandas colocadas pela sociedade. Este destaque se deve pela necessidade de enfatizar a importância de existência de 'Prontuário do Paciente' nos Postos e Centros de Saúde. Pode parecer óbvio tal afirmação, e de uma certa maneira é, mas infelizmente ainda persiste um número grande de serviços ambulatoriais onde inexistem procedimentos de registros unificados que preservem a história clínica dos pacientes. Estes são transformados em quantitativos de produção. O problema maior não está colocado, por exemplo, no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA-SUS), mas sim na opção da gerência da unidade assistencial de não adotar o procedimento de um registro único para os atendimentos (Prontuário do Paciente). É premente a implantação de Prontuários em todas as unidades de atendimento ambulatorial, nem que seja um "Prontuário Mínimo de Atendimento Ambulatorial.

Assim, retomando Stair e Reynolds (2002), o SIS deve ser pautado em resultados qualificados, que consigam, além de mensurar a eficiência e a eficácia auxiliar os gestores no processo de tomada de decisão. Dessa forma, o SIS deve interagir com as teorias administrativas, para gerar informações necessárias, a fim de obter um bom desempenho na organização, além de se relacionar com ambientes externos. Para tanto é necessário conhecer as características da organização e estabelecer metas e indicadores de desempenho.

3 AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO ECONÔMICO

No presente capítulo, estão delineados os conceitos que permeiam e contemplam um sistema de avaliação de desempenho, suas vantagens de implementação para o serviço de saúde de uma organização pública. Também será abordada sua importância como uma ferramenta de controle e análise de desempenho e eficiência, além do auxílio no processo de tomada de decisão.

No ambiente empresarial, os administradores tomam decisões ou aplicam políticas de acordo com os preceitos, normalmente dos acionistas, pois são a eles que as contas devem ser prestadas. De acordo com Olak (2000), para as organizações públicas a complexidade é maior, já que existe o poder público com o objetivo de implantar políticas sociais, e as organizações executando atividades sociais. Portanto, existe uma relação de *accountability*, que segundo Slomski (2005) são instrumentos que facilitam a transparência e fazem com que o cidadão se sinta confortável ao ver que a gestão pública está sendo eficiente no gasto dos recursos públicos.

Desta maneira, pretende-se contextualizar a avaliação de desempenho de entidades públicas e apresentar a avaliação de desempenho, contempladas na literatura de gestão. A avaliação é uma atividade muito antiga, existente desde os primórdios da civilização (CONTANDRIOPOULUS et al., 1997). De acordo com Uchimura e Bosi (2002), a avaliação de programas públicos surgiu com a Segunda Grande Guerra, desencadeada pela necessidade de controlar a aplicação dos escassos recursos do Estado. No Brasil, avaliações do gênero começaram a ser desenvolvidas a partir da década de 80.

A administração pública tem se transformado ao longo do tempo o que torna a avaliação um instrumento importante para a otimização do uso dos recursos nas políticas públicas (MARINHO; FAÇANHA, 2001; MATIAS-PEREIRA, 2006). Para Olak (2000, p.110), uma avaliação de desempenho deve possuir alguns indicadores capazes de medir:

(i) eficácia: em que grau o produto (ou serviço) atende aos padrões estabelecidos, consideradas as demandas de usuários e clientes;

(ii) eficiência: em que grau o produto (ou serviço) está sendo produzido a um custo mínimo;

(iii) qualidade: em que grau o produto (ou serviço) é adequado ao uso pelo usuário (cliente ou cidadão).

Assim, pode-se definir que “avaliação de desempenho não tem outro propósito senão o de buscar a eficácia empresarial, nesse contexto entendido como a competência em obter continuidade em um ambiente dinâmico e de cumprir com sua missão” (OLAK, 2000, p. 107).

De acordo com Pereira (2001), pesquisador do núcleo de pesquisa do modelo de Gestão Econômica (GECON), a avaliação de desempenho também faz parte de um processo em que se busca eficácia e eficiência. Para Pereira (2001, p.190) “... avaliação refere-se ao ato e efeito de atribuir valor, sendo que o valor pode ser entendido num sentido qualitativo (mérito, importância) ou num sentido quantitativo (mensuração)”.

Avaliar um desempenho é, também, considerado um meio para se fundamentar a tomada de decisões (PADOVEZE, 2003; ANTHONY; HERZLINGER, 1980). Como em todo processo de gestão, também deve ser incluída a fase de planejamento e controle, assim, os dados reais obtidos pelos modelos de mensuração e informação devem ser comparados com os dados planejados.

Para uma solidificação teórica dos termos avaliação e desempenho, neste estudo, foram convencionadas as seguintes definições: para avaliação, o conceito acima exposto por Pereira (2001); por desempenho entende-se “realização de uma atividade ou de um conjunto de atividades” (PEREIRA, 2001, p.193).

Deste modo é necessário que existam elementos relacionados à avaliação de desempenho. Pereira (2001, p. 192) identificou estes elementos como sendo:

- o aspecto da quantificação ou mensuração do desempenho “econômico-financeiro”;
- a necessidade de “bases concretas” para avaliação dos possíveis desvios entre um desempenho observado e um desempenho ideal ou desejado;
- a emissão de um “parecer” pelos administradores, decorrentes da avaliação desses desvios;
- o propósito desse “parecer” como o de orientar a execução do desempenho à situação desejada, que entendemos como uma tomada de decisões corretivas, visando a obtenção da situação desejada;
- a estreita relação entre: avaliação de desempenho, processo decisório e controle.

Portanto, o propósito da avaliação de desempenho é servir de ferramenta ao processo de gestão, emitindo relatórios que possibilitem uma melhor tomada de decisão por parte dos gestores. Dessa maneira, podem ser divididas as atividades da organização em dimensões de desempenho.

Estas dimensões são ligadas à amplitude (funcional, divisional e global), ao tempo (curto, médio e longo prazo), à dimensão da qualidade (eficácia e eficiência), à ocorrência (planejada, em realização e realizada) e por fim à dimensão da natureza (operacional, econômica e financeira). As dimensões se inter-relacionam, conforme figura 5:

Figura 5. Dimensões do Desempenho da Organização
Fonte: Elaborado pelo autor com base em Pereira (2001).

Neste estudo, serão enfatizadas as dimensões da natureza, da ocorrência e da qualidade. Na dimensão natureza, o desempenho operacional está ligado à atividade ou a um conjunto de atividades diretamente ligado à utilização de recursos para transformação em bens ou serviços, ou seja, ao processo da geração de serviço final. Assim, a principal preocupação desse desempenho está ligada à eficiência na utilização dos recursos (equipamentos), à segurança nos processos de produção, aos prazos e à qualidade dos produtos finais (PEREIRA, 2001).

O desempenho econômico é qualificado pelo aspecto econômico envolvido no desempenho operacional, ou seja, pelas características de valor econômico de maneira que, os custos incorridos no desempenho operacional sejam inferiores ao valor do bem final

produzido. Entretanto, o desempenho operacional pode gerar efeitos positivos ou negativos (ganhos, perdas nos custos, depreciação maior ou menor na utilização de equipamentos, custos/receitas da imobilização de recursos financeiros, preços de acordo com a qualidade do bem).

O desempenho financeiro se refere aos prazos de recebimento e pagamento de valores envolvidos no desempenho operacional, bem como a captação e a aplicação de recursos financeiros necessários.

O desempenho planejado trata das atividades a serem realizadas pela organização de saúde, conforme as definições de planejamento para que se atinja o objetivo previamente estabelecido.

No desempenho em realização as atividades ainda estão sendo desenvolvidas, podendo ainda se fazer ajustes para que estas alcancem o objetivo planejado/desejado. Já o desempenho realizado é a concretização do ciclo completo da execução das atividades e assim impacta no sistema e não mais permite correções. Como instrumento de gestão, o modelo de avaliação deve prever que haja controle sobre o desempenho.

De acordo com Padoveze (2003) os dados desejados são obtidos no sistema orçamentário e os dados planejados no sistema de padrões. O pesquisador criou uma sistematização simples e objetiva para identificação e aplicação de valores para analisar o resultado econômico do período, ou seja, a avaliação de desempenho.

Tabela 1 – Sistematização para avaliar o resultado econômico

Área de Responsabilidade	Real	Orçado	Padrão	Variações
Receita das Atividades				
(-) Custos Diretos/Variáveis das Atividades				
Resultado Operacional (Avaliação de Resultados)				
(-) Custos Específicos da Área de Responsabilidade				
Resultado Econômico (Avaliação de Desempenho)				

Fonte: Padoveze (2003, p. 4)

O esquema apresentado identifica o resultado dos serviços que são realizados por uma unidade de saúde, ou até mesmo por setores dentro da unidade. Identifica, também, o resultado final da área, constituindo-se num modelo de avaliação de desempenho.

Na dimensão da qualidade das atividades o foco é eficácia e eficiência, conforme corrobora a teoria de Padoveze (2003). De acordo com Pereira (2001), a eficácia e a eficiência podem ser planejadas de maneira que constituam parâmetros de avaliação de desempenho.

Para a avaliação de desempenho da gestão econômica os orçamentos e os padrões refletem os níveis de resultados e de eficiência desejados nas atividades da organização. Dessa forma, os gestores são avaliados pelo seu desempenho, somente com base nas receitas, nos custos e nos resultados vinculados a cada setor da unidade de serviço, sem a transferência de valores de outras áreas que não estão sob a sua responsabilidade, que não são por eles controláveis e que nem tiveram a sua participação quando foi planejado.

Ribeiro Filho (2002) comprova que, se a entidade pública contar com um resultado econômico fixado como objetivo em um planejamento, o seu valor será a base para se acompanhar a execução das ações organizacionais e o desempenho de cada uma das divisões. Assim, será possível medir o desempenho da gestão pública individual e global.

A figura 6 demonstra os elementos básicos à prestação de contas das organizações públicas, que asseguraram a eficiência na aplicação dos recursos. A partir desta figura pode-se entender que uma unidade de serviço de saúde deverá prestar contas à sociedade. Assim o sistema de avaliação de desempenho deve fazer uma interação entre os resultados operacionais com os resultados econômicos e financeiros.

De acordo com Olak (2000), no setor público, a transparência e a prestação de contas à sociedade são realizadas por meio de informações geradas pelos dados contábeis convencionais, pelo balanço social e pelo relatório de avaliação de resultados, conforme figura 6.

Figura 6. Prestação de Contas e Avaliação de Desempenho em Organizações Públicas
FONTE: adaptado de OLAK (2000, p. 165).

Existe uma importante diferença nestes dados se comparados com o setor privado. Trata-se da análise da eficiência no uso dos recursos investidos, por meio de relatórios gerenciais, o que não ocorre no setor público (OLAK, 2000).

Uma entidade pública é obrigada a demonstrar, ao Tribunal de Contas, que aplicou um recurso conforme estava previsto no orçamento (execução orçamentária), mas não precisa informar o quanto utilizou o recurso (análise de eficiência).

Segundo Pereira (2001), existe um processo de avaliação de desempenho, ou seja, fenômenos anteriores ao sistema de avaliação de desempenho. Assim, são necessárias algumas etapas para a construção do processo e, posteriormente, de um sistema. A figura 7 ilustra o processo que a organização deve seguir.

Figura 7. Processo de Avaliação de Desempenho

Fonte: Adaptado de Pereira (2001, p. 205).

Para uma melhor esquematização das etapas do processo de avaliação de desempenho o quadro 2 apresenta uma propósito dos elementos envolvidos.

Elemento	Propósito
Realidade	Averiguação do ambiente onde a organização está inserida
Sensores	Determinação de padrões (objetivos; metas; orçamentos etc.)
Identificação de transações; Mensuração econômica e Determinações	Observação do desempenho realizado
Padrões	Análise do desempenho (Padrão x Real). Identificação de Problemas
Interpretação das Informações	Interpretação dos problemas e suas origens
Conclusão sobre a qualidade do desempenho	Julgamento sobre Desempenho
Decisão	Processo de escolha de alternativas possíveis para resoluções de problemas

Quadro 2. Elementos do Processo de Avaliação de Desempenho

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados de Pereira (2001)

De acordo com a proposta do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), um sistema de avaliação de desempenho necessita da participação de todos, desde a alta direção até os níveis operacionais, de forma que os dados sobre o desempenho possam ser utilizados para a melhoria do desempenho desejado. Para tanto, se estabelece as seguintes etapas de um sistema de avaliação (BRASIL, 1998):

- identificação de atividades críticas a serem medidas;
- estabelecimento de metas para cada atividade crítica;
- definição de indicadores de desempenho;
- identificação de responsáveis para cada etapa do processo de mensuração;
- coleta de dados;
- análise/relato do desempenho atual em comparação com o desempenho desejado;
- identificação de necessidade de ações corretivas;
- implantação de mudanças, para realinhamento do desempenho;
- identificação da necessidade de novas metas.

Para a implantação de um sistema de avaliação de desempenho é necessário que se estabeleçam os indicadores de desempenho. Assim, devem-se instituir metas. Os indicadores devem ser definidos de forma a descrever como o atual desempenho se relaciona com a missão, os objetivos estratégicos e as metas (BRASIL, 1998), conforme figura 8.

Figura 8. Fases do Processo de implantação e acompanhamento de Indicadores de Desempenho

Fonte: Adaptado Olak (2000, p. 109)

Pode-se dizer que as metas de desempenho representam ações mais objetivas e concretas para se alcançar os objetivos estratégicos. Contudo, elas devem ser precedidas pela constituição de indicadores de desempenho, cuja finalidade é medir a eficácia, a eficiência e a qualidade da organização. Esses dois fatores, somados, contribuem para a construção de uma boa sistemática de avaliação de desempenho organizacional.

3.1 Avaliação de resultados e desempenho sob a luz do modelo de Gestão Econômica

Neste tópico, será apresentado o modelo de Gestão Econômica utilizado para avaliar resultados e desempenhos das organizações. O modelo, comumente conhecido como GECON, foi concebido no final dos anos 70 e tem como precursor o Prof. Armando Catelli e

sua equipe. No tópico anterior já foram apresentadas partes deste modelo, portanto, será explicitado, sinteticamente, nesta seção.

Este modelo é baseado na visão de gestão por resultados econômicos voltados para eficácia empresarial, sendo seu objetivo imediato a otimização dos resultados por meio da melhoria da produtividade e da eficiência operacional (OLAK, 2000).

O sistema de gestão do GECON é composto por módulos como Vendas, Produção, Compras, Manutenção, Investimento, Finanças, Serviços de Apoio e Estocagem etc. Portanto, os seus relatórios estão direcionados para a avaliação de resultados de produtos/serviços gerados pelas diversas atividades, e para a avaliação de desempenho das áreas organizacionais (CATELLI, 2001).

Sendo assim, no GECON, existem conjuntos de crenças e valores que norteiam o processo de gestão da organização (PEREIRA, 2000; PEREIRA, 2001). Pode-se dizer que este processo compreende planejamento estratégico e operacional, execução e controle de operações e, ainda, um sistema de informação que esteja voltado para atender as necessidades dos gestores no processo de tomada de decisão, conforme demonstra a figura 9.

Figura 9. Sistema de informação para tomada de decisão
Fonte: Pereira (2001, p. 62).

De acordo com Almeida (1996) o SI é um instrumento que estará presente apoiando o gestor em todas as etapas do processo de gestão. Ele deve garantir simetria entre o planejado e o realizado. Para tanto é necessário alguns pontos:

- conhecimento do modelo de decisão dos gestores;
- conhecimento do modelo de mensuração para saber o que será medido, como e quando mensurar, quais os dados e informações necessários e,
- conhecimento de como deve ser o sistema de dados, procedimentos, programas computadorizados e equipamentos.

O sistema de informação, nesse modelo, é base de apoio para os gestores em todo o processo de gestão. Para tanto, ele se estrutura a partir de algumas variáveis internas e externas. As variáveis internas estão ligadas às simulações (resultados econômicos das alternativas simuladas), ao orçamento (atividades planejadas) e ao resultado realizado (auxílio na parte de controle). As variáveis externas estão ligadas ao ambiente externo da organização, ou seja, às informações sobre o ambiente mercadológico em que estão inseridas.

O modelo GECON contempla conceitos como, orçamentos original, corrigido e ajustado; plano realizado e variação (inflação e ajuste de plano). Quando se compara os orçamentos, obtêm-se variações incorridas em determinado período (OLAK, 2000).

Portanto, o modelo GECON aciona um conjunto de premissas e conceitos para, inicialmente, mensurar os eventos econômicos que expressem as realidades operacional, financeira e econômica das atividades na organização, dando suporte para os gestores intervirem e tomarem decisões. Tal modelo permite comparações entre os resultados planejados e realizados e, assim, corrige possíveis inconformidades.

Salienta Almeida (1996) que, para o sucesso da implementação, é importante o aspecto comportamental. Complementa, ainda, que os gestores devem pensar sobre as possibilidades de seus modelos de decisão estarem corretos quanto às premissas da gestão

econômica. Dessa maneira, os gestores devem possuir flexibilidade e agir pró - ativamente com as situações diárias, vivenciadas na organização.

Parisi (2001) complementa que o gestor deve ter uma postura empreendedora e participativa. Ele estabeleceu um quadro (3) comparativo a respeito do aspecto comportamental de gestão no modelo GECON.

Aspecto	Modelo Comum de Gerenciamento	Modelo GECON
Processo decisório	Centralizado	Descentralizado
Funções e Responsabilidades	Decorrentes do modelo organizacional. Responsabilidade pela gestão operacional	Decorrentes da missão. Responsabilidade pelas gestões operacional, econômica e financeira
Autoridade	Delegada informalmente	Compatível com as funções e responsabilidades
Estilo	Individualista	Participativo
Postura	Burocrática	Empreendedora
Papel	Tecnocrata	“Dono”
Processo de gestão	Foco no realizado	Planejamento e controle
Avaliação de desempenho	Múltiplos indicadores. Permeia a alta administração	Resultado econômico. Permeia toda a empresa

Quadro 3. Quadro comparativo de comportamento dos gestores nos Modelos de Gestão
Fonte: PARISI (2001, p. 272)

Como pode ser observado no quadro 3, no modelo de Gestão Econômica o processo de decisão é descentralizado, o que significa que as pessoas na organização podem e devem participar desse processo, pois o estilo de gestão está voltada para a participação e empreendedorismo. O processo de gestão está voltado para o planejamento e controle das operações da organização o que leva uma avaliação de desempenho voltada para o resultado econômico e toda a organização será avaliada.

Do modelo de gestão da organização derivam uma série de diretrizes que acabam por impactar nos subsistemas e no comportamento de toda a organização. Dessa maneira, foi elaborado um quadro que contemplem as variáveis do modelo GECON, conforme pode ser observado pelo quadro 4.

Definição	Descrição
Modelo de Gestão	Conjunto de crenças e valores da organização. Papel e Postura dos gerentes
Processo de Gestão	Planejamento Estratégico Planejamento Operacional Execução Controle
Sistema de Informação	Atendimento das necessidades de informação dos gestores

Quadro 4. Variáveis do Modelo GECON

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados de Pereira (1993)

A partir do estabelecimento desses elementos pode se extrair um fluxograma das etapas de implantação e funcionamento do modelo GECON. A figura 10 representa os elementos envolvidos e suas interligações, o que denota a importância de se estabelecer alguns aspectos para o funcionamento do modelo.

Figura 10. Aspectos do Modelo de Gestão Econômica para saúde

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados de Pereira (1993) e Pereira (2000)

De acordo com a disponibilidade de recursos financeiros, materiais e humanos, a incorporação das informações produzidas ajuda na definição de prioridades e na organização do sistema de saúde. Um sistema de informação para a saúde deve ser capaz de atender às necessidades de registro da informação, de como tal informação será utilizada, e por quanto tempo será útil. Nesta circunstância, busca-se selecionar as principais utilidades do sistema para os profissionais da Atenção Básica de saúde.

A Atenção Básica, conforme visto anteriormente tem características específicas, sendo relevante o primeiro contato da população com o serviço de saúde. Como o fluxo de pacientes é relativamente alto, as informações processadas são de fundamental importância para se conhecer o processo saúde-doença dos pacientes, além de determinar os procedimentos que foram efetuados durante o atendimento.

As informações sobre custos também constituem ferramentas interessantes e necessárias para os gestores. São importantes também para a análise da promoção, para a prevenção e recuperação da saúde coletiva ou individual e ainda, por servir de análise para a produção de ações, de decisões e de constituição do modelo de gestão dos serviços de saúde.

Dessa forma, retomando o objetivo deste estudo e compatibilizando com as necessidades inerentes ao processo de tomada de decisão para uma unidade básica de saúde, a avaliação de desempenho econômico é um importante instrumento para o gestor e para a sociedade como um todo.

4 PROCEDIMENTOS DA PESQUISA DE CAMPO

O desenvolvimento do estudo de campo está baseado na proposição de que as organizações de saúde (especificamente, as unidades básicas de atenção a saúde) necessitam de um sistema de avaliação de desempenho econômico que, eficientemente, demonstre as informações pertinentes ao controle e gerenciamento das atividades e, ainda, direcione melhor o gestor para tomada de decisão.

Neste capítulo, será apresentado o método a ser utilizado para a realização da pesquisa de campo, onde foram abordados a natureza e método da pesquisa; a estratégia de coleta de dados. É importante ressaltar que o entendimento destas etapas, pelo pesquisador, é fundamental para que a organização do estudo empírico seja precisa e não prejudique a análise dos dados obtidos. O objetivo da presente pesquisa é investigar as características organizacionais e de informações que afetam a implantação de um sistema de avaliação de desempenho econômico em unidades básicas de saúde.

Gay e Diehl (1992) relatam que existe uma diferença simples entre pesquisa em administração e pesquisa em outras áreas do conhecimento, que está relacionada à natureza do fenômeno estudado. Nos estudos de administração, as situações estudadas são mais difíceis de serem explicadas e controladas, porque são complexas, envolvendo pessoas, instituições, ambientes em mudança e não relações simples de causa e efeito. Assim, além de não ser fácil controlar os diferentes aspectos pesquisados, é difícil generalizar e replicar os seus resultados.

De acordo com Chizzotti (2001), pesquisa e pesquisador fundem-se com todas as forças da natureza e consigo. Assim, são liberadas energias de capacidade criadora que ajudam o pesquisador a descobrir as explicações mais viáveis, organizar as possibilidades de ação e selecionar as melhores técnicas e instrumentos para expor objetos, os quais podem alterar o mundo em que está inserido.

O método científico de pesquisa é considerado como um conjunto de passos claramente determinados para a obtenção de um conhecimento. São passos aceitos pelas pessoas que estudaram na área em que foi realizada a pesquisa (SELLTIZ et al, 1975).

4.1 Natureza e Método da Pesquisa

As pesquisas podem ser classificadas de acordo com seu objeto de estudo. Os tipos de pesquisa podem ser classificados de várias formas, exploratórias, descritivas e explicativas (GIL, 2002). Os estudos do tipo exploratórios são mais indicados quando o objetivo da pesquisa é familiarizar-se com o fenômeno ou ainda conseguir nova compreensão deste fenômeno (SELLTIZ et al, 1975). Na maioria dos casos, esse tipo de pesquisa envolve levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e análises de exemplos (SELLTIZ et al, 1975).

Para Chizzotti (2001), a pesquisa é descritiva quando se restringe apenas a descrição de fatos, entretanto, algumas pesquisas conseguem ir além do registro de dados e fatos, como demonstra a utilização de estudos exploratórios e podem proporcionar uma diferente versão para o problema. De acordo com Cervo e Bervian (2002) este tipo de pesquisa observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos sem que haja manipulação. Tenta avaliar a frequência com que um determinado fenômeno ocorre e quais suas relações com outros fenômenos, suas naturezas e características. Além disso, este tipo de pesquisa tem como característica a coleta de dados *in natura*, que pode ser obtido por diversos instrumentos, como observação, entrevista, questionário ou formulário.

As pesquisas explicativas ou experimentais têm como fundamentação a manipulação das variáveis relacionadas com o objeto do estudo. Assim, este tipo de estudo proporciona a identificação das causas e efeitos de um determinado fenômeno. Gil (2002) afirma que em ciências sociais nem sempre é possível ser realizada rigidamente pesquisas explicativas.

Pode-se, com base no exposto sobre os tipos de pesquisa e no objetivo do estudo que é investigar as características organizacionais e de informações que afetam a implantação de um sistema de avaliação de desempenho econômico em unidades básicas de saúde, classificar a pesquisa como exploratória e descritiva. A classificação exploratória se justifica pelo fato de que a avaliação de desempenho em unidades básicas de saúde trata-se de um estudo relativamente recente e existem lacunas no campo do conhecimento a serem preenchidas, especialmente aquelas ligadas à sistema de informações voltado para avaliação de desempenho econômico em saúde para unidades básicas. A classificação descritiva está ligada ao fato de que a coleta de dados relativos a avaliação desempenho econômico de unidades básicas de saúde serem coletados junto a essas organizações, descritos e comparados, sem sua manipulação.

As pesquisas também podem ser classificadas segundo a natureza dos dados e dividem-se em dois tipos: quantitativas e qualitativas (GONSALVES, 2001).

Pesquisa quantitativa remete-se a uma explanação das causas, por meio de medidas objetivas, testando hipóteses e utilizando estatísticas. Já a pesquisa qualitativa possibilita a captação das opiniões e perspectivas dos indivíduos, ou seja, informações difíceis de serem obtidas por uma pesquisa quantitativa (GONSALVES, 2001).

Segundo Chizzotti (2001), a pesquisa qualitativa, parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre sujeito e o mundo real, demonstrando uma interdependência entre sujeito e objeto:

O conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa; o sujeito-observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado. O objeto não é um dado inerte e neutro; está possuído de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações. (CHIZZOTTI, 2001, p.79)

Ainda de acordo com autor citado, o problema do estudo (na pesquisa qualitativa) não pode ser uma definição inicial, a qual se distancia de seu pesquisador. Ao contrário, o estudo deve ser um processo indutivo que vai se definindo e se delimitando na exploração dos

contextos onde se realiza a pesquisa, provém da observação reiterada e participante do objeto pesquisado, além de depoimentos colhidos ao longo das análises do objeto.

Para Demo (2004), nas informações qualitativas subentendem-se que os dados obtidos, durante a pesquisa, são constructos e são resultados de análises teóricas e ideológicas, e, assim, podem ser uma vantagem na captação da flexibilidade da realidade. Desta maneira, a análise destas informações pode ser feita de modo mais crítico, em que tais informações devem ser abertamente questionadas, refeitas em constante discussão

Os estudos qualitativos não envolvem estatística, o que não significa que são apenas investigações teóricas. Esses estudos possuem objetividade e validade conceitual e contribuem para o meio científico (TRIVIÑOS, 1987). As críticas feitas ao método referem-se ao seu uso inadequado e não nas limitações. Rigor e confiabilidade também são características da pesquisa qualitativa (VIEIRA, 2007).

Na pesquisa qualitativa, existem ainda outras características:

- o ambiente é a fonte de dados - mundo empírico - e o pesquisador é o instrumento fundamental no contato direto e prolongado com o ambiente estudado;
- os dados coletados aparecem sob a forma de transcrições de entrevistas, anotações de campo, fotografias e desenhos, entre outros documentos;
- os pesquisadores qualitativos tentam compreender os fenômenos que estão sendo estudados a partir da perspectiva dos participantes, o que esclarece o dinamismo interno das situações, dificilmente compreendido pelos observadores externos e
- os pesquisadores têm proximidade do fenômeno que está sendo estudado, possibilitando uma melhor análise dos resultados encontrados (BOGDAN, BIKLEN, 2003).

Rocha e Ceretta (1998) afirmam a relevância e a contribuição da pesquisa qualitativa para a administração. Concluem que estudos dessa natureza são capazes de descrever a complexidade de um problema, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais. Contribuindo, também no processo de mudança de um grupo e permitindo a compreensão das peculiaridades de conduta dos indivíduos.

Para Godoy (1995), a abordagem qualitativa é uma abordagem descritiva. Uma outra característica é que não são utilizados procedimentos estatísticos na análise dos dados coletados, o envolvimento da obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos, é feito pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada, visando à compreensão dos fenômenos, com base na perspectiva dos sujeitos do estudo (GODOY, 1995). Este estudo pode ser classificado como uma pesquisa qualitativa, pois não enumera, nem mede os eventos estudados e preocupa-se com a compreensão e a interpretação do fenômeno.

Fazer as classificações das pesquisas, de acordo com Gil (2002) é importante, pois possibilita uma aproximação conceitual. Para o autor analisar o ponto de vista empírico, para confrontar a visão teórica com os dados da realidade é necessário desenvolver um modelo conceitual, o que ele chama de delineamento da pesquisa. Segundo Gil (2002) para identificação de delineamento do método de pesquisa o elemento mais importante é o procedimento adotado para a coleta de dados.

O processo de coleta de dados, de acordo com o autor, está dividido em dois grupos, aqueles que usam fonte de papel, como as pesquisas bibliográficas e documental; e aqueles que utilizam como fonte pessoas, neste grupo estão compreendidos: pesquisa experimental, pesquisa *ex post-facto*, o levantamento e o estudo de caso.

Para Yin (2005) a escolha do método a ser utilizado na pesquisa depende de três elementos: tipo de questão de pesquisa, exigência de controle sobre eventos comportamentais e foco em acontecimentos contemporâneos, conforme quadro 5:

Estratégia	Forma de questão de pesquisa	Exigência controle sobre eventos comportamentais	Foco em acontecimentos contemporâneos
Experimento	Como; por que	Sim	Sim
Levantamento	Quem; o que; onde; Quantos; quanto	Não	Sim
Análise de arquivo	Quem; o que; onde; Quantos; quanto	Não	Sim/Não
Pesquisa histórica	Como; por que	Não	Não
Estudo de caso	Como; por que	Não	Sim

Quadro 5. Situações para diferentes estratégias de pesquisa

Fonte: Yin (2005, p.24)

No quadro 5 pode ser observado que as perguntas do tipo “como, por que” é utilizada “quando o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real” (YIN, 2005, p.19). Assim a estratégia adota nesses casos é o estudo de caso. O estudo de caso pode ser definido como “uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos” (YIN, 2005, p. 34).

O método de estudo de casos que, para Yin (2005), é um método potencial de pesquisa quando se deseja entender um fenômeno social complexo, pressupõe um maior nível de detalhamento das relações entre os indivíduos e as organizações. Detalham também os intercâmbios que se processam com o meio ambiente nos quais estão inseridos. Tull e Hawkins (1976, p. 323) afirmam que "um estudo de caso refere-se a uma análise intensiva de

uma situação particular" e coloca que, o "estudo de caso é uma descrição de uma situação gerencial".

O estudo de caso pode ser interpretado como uma investigação empírica, pesquisando fenômenos dentro de um contexto real e reúne um maior número de informações detalhadas, por meio de diferentes técnicas de coletas de dados, tais como entrevistas, questionário, observação participante, entrevista em profundidade, levantamento de dados secundários entre outros (MARTINS, 1999).

Ainda, o autor descreve como objetivo do estudo de caso, o aprendizado da totalidade de uma situação e, assim, criativamente, se descreve a complexidade de um caso concreto. No estudo de caso utilizam-se enfoques exploratórios e descritivos, buscando identificar a pluralidade de extensão presentes numa situação.

Lüdke e André (1986), afirmam que os estudos de casos procuram comprimir a realidade de forma completa e profunda. Dessa forma, o pesquisador tenta revelar a multiplicidade das dimensões presentes em uma situação ou problema, focalizando-o como um todo. Segundo Lazzarini (1997), este é um método qualitativo que se caracteriza mais pela compreensão do fato, do que pela sua mensuração e permite utilizar várias fontes em evidência.

Em complementação, Gil (1999, p.72) afirma que, o estudo de caso torna-se recomendável para “proporcionar um maior nível de profundidade de um ou poucos objetos, de maneira que permita o seu amplo e detalhado conhecimento”.

De acordo com Campomar (1991), o estudo intensivo de um caso permite a descoberta de relações que não seriam encontradas de outra forma, pois as análises e inferências são feitas por analogias de situações.

O estudo de caso pode ser utilizado para alguns desígnios:

- Explorar situações da vida real cujos limites não estão claramente definidos;

- Preservar o caráter unitário do objeto estudado;
- Descrever a situação do contexto em que está sendo feita determinada investigação;
- Formular hipóteses ou desenvolver teorias;
- Explicar as variáveis causais de determinado fenômeno, em situações muito complexas que não possibilitam a utilização de levantamentos e experimentos (GIL, 2002).

Segundo Yin (2005) o estudo de caso único é apropriado em três situações: quando o caso representa um evento decisivo para determinar se as proposições de uma teoria são corretas ou se algum conjunto alternativo de explicações é mais adequado; quando o caso representa um evento raro ou extremo; ou quando o caso oferece uma oportunidade de observar ou analisar um fenômeno antes inacessível à comunidade científica.

Há ainda a possibilidade da escolha de estudos de casos múltiplos. Estes estudos são interessantes quando nenhuma das três situações anteriores é verificada ou ao pesquisador que ambiciona obter resultados análogos de seus casos ou ainda produzir resultados contrastantes dos objetos estudados (YIN, 2005). O autor também aponta que as avaliações resultantes de casos múltiplos são consideradas mais persuasivas e o estudo global é visto como sendo mais robusto.

Diante do exposto, justifica-se a escolha do método do estudo de caso para a realização da pesquisa de campo. As características do tema, especialmente a sua contemporaneidade, e a escassez de estudos a respeito de avaliação de desempenho econômico em unidades básicas de saúde apontam a escolha do método do caso. Além disso, a quantidade de elementos envolvidos na pesquisa evidencia a complexidade na coleta e análise das informações, sugerindo várias estratégias de levantamento de dados, o que caracteriza estudo em profundidade das unidades em questão. A opção pelo estudo de casos

múltiplos é fundamentada em duas condições. As análises realizadas não apontaram para um caso raro ou excepcional entre as unidades em questão. As condições em que os fenômenos investigados ocorrem favorecem a realização de múltiplos casos, pois as unidades básicas de saúde de Ribeirão Preto foram concebidas e implantadas sob a mesma ideologia.

Considerando o propósito central da pesquisa, percebe-se a importância do estudo de casos múltiplos. Portanto, o estudo de caso corrobora a discussão teórica para atingir os objetivos propostos neste estudo. A pesquisa deverá ser cuidadosamente delineada, em virtude dos termos validade e fidedignidade. Segundo Lüdke e André (1986, p. 25), "para que se torne um instrumento válido e fidedigno de investigação científica, a observação precisa ser antes de tudo controlada e sistemática. Isso implica a existência de um planejamento cuidadoso do trabalho e uma preparação rigorosa do observador".

Segundo Carvalho (2006) a fidedignidade é a precisão das medidas dos pesquisadores. A validade é o compromisso de medir o que realmente se quer e está relacionada com o planejamento geral da pesquisa. Assim o planejamento da pesquisa deverá ser cauteloso para não ferir os critérios acima estabelecidos.

A presente pesquisa está esquematizada em etapas desde a definição do tema e o planejamento destas etapas. Na fase do planejamento deve se levar em consideração o critério de validade, ou seja, os dados obtidos em todas as etapas da pesquisa deveriam ter finalidade para o objeto de estudo. A execução da pesquisa está ligada a operacionalização do estudo e tem seu início no levantamento bibliográfico, onde são separadas as referências que seriam utilizadas, esta fase foi denominada de revisão teórica.

Ressalta-se que apesar deste levantamento ter sido planejado logo no início da pesquisa ele permeia por todas as etapas, assim as referências bibliográficas são constantes ao longo de toda a pesquisa e também serve como base de comparação. A partir da proposição do estudo; da revisão da literatura sobre o tema e sobre natureza e métodos da pesquisa

evidenciou-se a escolha do método de pesquisa e definiu-se estudo de casos múltiplos. Assim foi efetuada o protocolo de pesquisa que contempla o roteiro de entrevista e os procedimentos de coleta de dados. O roteiro de entrevista semi-entrevistado foi elaborado baseado na teoria apresentada e no objetivo do estudo. As perguntas do roteiro seguem os critérios de validade e fidedignidade. A partir disso, ocorreu a definição do projeto de pesquisa e a seleção dos casos de acordo com as características organizacionais de unidades básicas de saúde.

O primeiro critério de escolha se deu em virtude da ligação destas unidades com a Universidade de São Paulo, em razão de a relação interorganizacional estar envolvida e ligada a uma universidade pública com diversidade profissional e científica. O segundo critério está ligado ao perfil da organização, buscou-se analisar três diferentes tipos de unidades básicas de saúde que fossem díspares em sua estrutura organizacional. Essas diferenças estão ligadas principalmente o tipo de atendimento à população. Assim, as necessidades de informações no que diz respeito a desempenho e pacientes também se diferem. E como último critério a aceitação, por parte da direção das unidades, como campo de pesquisa.

Antes de iniciar a pesquisa, como regra para a área da saúde, todas as pesquisas devem ser aprovadas por um Comitê de Ética em Pesquisa, assim esta pesquisa foi aprovada pelo comitê (anexo A) e os participantes tiveram que assinar um Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Entretanto como forma de preservar os participantes não foram anexados os termos assinados, mas apenas um modelo, conforme apêndice A.

Conforme mencionado este último critério de seleção de caso, para tanto foram entregues cartas de convite para aceitação em participar da pesquisa. Após, as unidades foram contatadas pessoalmente e uma em especial também por telefone. Um dos casos, especialmente, após um longo e exaustivo processo de contato obteve-se o aceite para participar da pesquisa. Para um melhor entendimento do ambiente onde as unidades básicas

de saúde estão inseridas evidenciou-se a necessidade de entrevistar o secretário municipal de saúde.

Os procedimentos de coleta de dados constituíram em coletas de informações nas próprias unidades selecionadas, por meio de entrevistas semi-estruturadas, com duração de acordo com a disponibilidade do gestor e da exaustão de informações necessárias à pesquisa. As entrevistas não puderam ser gravadas e foram registradas pela própria pesquisadora. Além disso, foram coletadas informações por meio de visitas às unidades e exploração do sistema de informação com obtenção de telas em formato JPGE, quando autorizadas. Ainda alguns dados que foram coletados a partir de documentos disponibilizados em papel. A coleta de dados com o secretário municipal de saúde também seguiu os mesmos critérios estabelecidos nas entrevistas das unidades. Também foram coletados dados secundários em estudos já realizados, bem como dados no site da Secretaria Municipal de Saúde.

Cada estudo de caso em particular é composto de um estudo em profundidade, no qual se procuram evidências convergentes com respeito aos fatos e às conclusões para o estudo. Então gerou-se um resumo para cada caso individualmente que seguiram os mesmos critérios (de acordo com os aspectos dispostos no roteiro de entrevista) e possuir os mesmos elementos de análise, seguindo o critério de fidedignidade. A triangulação dos dados e o encadeamento de evidências entre os casos individuais formam a etapa da análise crítica e comparativa baseada na teoria e gerou um relatório final com a análise da síntese obtida. Para isto a pesquisa tem a estruturação ilustrada na figura 11:

Figura 11. Planejamento das etapas da pesquisa
 Fonte: Elaborado pela autora com base em Yin (2005)

De acordo com Yin (2005), para os estudos de casos, são especialmente recomendados os seguintes passos, o que demonstram a preocupação com a organização do plano de pesquisa.

4.2 Protocolo para os Estudos de Caso

Com o objetivo de aumentar a confiabilidade do método em questão, Yin (2005) ressalta a importância de estabelecer um protocolo. Este protocolo deve conter o instrumento de coleta de dados, os procedimentos que devem ser seguidos ao utilizar o instrumento. O protocolo deve apresentar o seguinte conteúdo:

- (i) uma visão geral do estudo de caso;
- (ii) os procedimentos de campo;
- (iii) as questões do estudo de caso;
- (iv) um guia para o relatório final.

A seguir, tem-se a explicação de cada um desses pontos, bem como no Apêndice B, pode ser verificado o Protocolo de Pesquisa.

(i) Visão geral do Estudo de Caso

A pesquisa de campo foi realizada com o objetivo de complementar a revisão bibliográfica da pesquisa e, também, de proporcionar um maior entendimento sobre as necessidades de informações, as formas de gestão e a estrutura das unidades básicas de saúde. Optou-se por três diferentes tipos de unidades básicas de saúde, localizadas na cidade de Ribeirão Preto, já que o projeto de pesquisa definiu a utilização do estudo de casos múltiplos.

A escolha das unidades se deu em virtude da ligação entre estas unidades e a Universidade de São Paulo do município de Ribeirão Preto. Por se tratarem de organizações com características organizacionais e informacionais selecionou-se três unidades de serviço

de saúde para identificar elementos comuns para se aproximar dos objetivos desejados. Os perfis das organizações escolhidas para cada um dos três estudos de caso individuais são:

1. A Unidade Básica José Sampaio realiza atendimentos básicos de saúde mediante agendamento prévio e casos em que as pessoas necessitam de atendimento, mas que não tivesse agendado, nesses casos são realizados encaixes nas agendas médicas. Não há equipes de saúde da família. Este caso foi escolhido pelo ser perfil institucional, pois trata-se de uma UBS pura e que não possui equipes de saúde da família, assim sua estrutura organizacional não está voltada para ESF. Assim as informações necessárias para este tipo de organização estão voltadas para agendamento e atendimento.
2. A Unidade Jardim Maria Casagrande realiza atendimentos como a unidade anterior, mas tem também equipes de saúde da família. A escolha desse caso se deu em razão, além de seu perfil, pelo critério da distinta necessidade informações com relação aos pacientes atendidos, principalmente pela estratégia de atendimento adotada (ESF).
3. O Centro de Saúde Escola é a organização mais complexa que faz atendimentos básicos. Além desse tipo de atendimento e das equipes saúde da família há atendimento de especialidades e pronto atendimento, o que denota diferença na organização e em suas necessidades de informações.

Após a escolha dos casos foram realizados contatos com os responsáveis pelas unidades de saúde para que respondessem à entrevista. A população alvo desta entrevista foi composta pelos gestores, que administram e controlam as organizações.

Também foi entrevistado o secretário municipal da saúde de Ribeirão Preto (da gestão de 2008), com o objetivo de captar maiores informações a respeito do funcionamento da gestão municipal da saúde na referida cidade. Nesta entrevista captou-se dados a respeito

da organização das unidades básicas e teve como a finalidade o aprimoramento das etapas da pesquisa e sua qualidade. As informações dessa entrevista estão em forma de relatos em seção específica sobre o ambiente externo as unidades básicas de saúde.

(ii) Procedimentos de Campo

A coleta de dados foi feita por meio de entrevistas pessoais, orientadas por um roteiro semi-estruturado não disfarçado, junto aos gestores das unidades selecionadas. Foram realizados contatos com os responsáveis pela gestão das unidades e para o secretário municipal da saúde para responderem à entrevista. No apêndice C, encontra-se o modelo de correspondência enviado para as unidades e para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

As entrevistas foram agendadas nas unidades em estudo de acordo com a disponibilidade dos indivíduos de interesse. Todas as entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora do estudo, possibilitando a obtenção de dados qualitativos primários.

O roteiro semi-estruturado parte de alguns questionamentos básicos que são elaborados por meio dos conceitos expostos na teoria e na experiência da pesquisadora. A partir dos pontos abordados e dos dados fornecidos pelo entrevistado, surgiram novas questões.

Durante o período das entrevistas foram realizadas visitas às unidades. O período de entrevistas foi determinado pela disponibilidade das pessoas nas organizações em estudo e pela exaustão de informações necessárias para o estudo.

Os instrumentos, meios e materiais de coleta foram os seguintes:

- Um roteiro de entrevistas semi-estruturado, apresentado a seguir e formado de questões genéricas relevantes para orientação do pesquisador. Estas questões não devem ser literalmente feitas pelo pesquisador aos entrevistados, mas devem guiá-lo em sua investigação;

- Foram realizados apontamentos no decorrer das entrevistas;
- Foram coletados, quando autorizados, informações impressas e em arquivos com extensão JPGE de telas do sistema de informação.

Para a orientação na coleta de dados durante a realização de visitas foi utilizado um arcabouço estrutural de sistema de avaliação de desempenho econômico obtido a partir das informações da revisão bibliográfica a fim de facilitar a identificação de elementos de gestão, de informação e da formatação de padrões que as unidades seguem para avaliar seu desempenho.

As entrevistas não foram transcritas, em virtude da impossibilidade de todas serem gravadas e para que não houvesse prejuízo de interpretações todas as entrevistas apresentam-se em forma de relatos. Conforme mencionado utilizou-se um esquema e de acordo com as narrações foram feitas anotações.

(iii) Questões do Estudo de Caso

Foram pré-estabelecidas questões para as entrevistas que foram disponibilizadas no apêndice D. Estas questões não são da mesma natureza que as questões gerais de pesquisa já apresentadas. Enquanto aquelas são as que orientam e definem os objetivos de pesquisa, as questões de orientação da condução do estudo de caso servem como um roteiro de entrevista para o pesquisador. Reiterando, estas questões devem guiar o pesquisador na coleta de informações relevantes para seu trabalho.

Para direcionar as entrevistas, foi elaborado um roteiro semi-estruturado (apêndice D) e não disfarçado. Esse roteiro foi dividido em três partes. A primeira parte teve como objetivo coletar informações a respeito da unidade, como o número de funcionários, estrutura organizacional, regimes internos, manuais de processos e procedimentos, entre outras informações importantes para a caracterização da organização.

A segunda parte abordou questões relacionadas ao levantamento de informações necessárias pra um bom controle gerencial da unidade; indicadores de desempenho utilizados; metas e estratégias; participação da organização na comunidade. Foram considerados os seguintes tópicos: análise de informações, a análise dos indicadores de desempenho disponíveis e a análise das atividades desenvolvidas pelas unidades.

Finalmente, a terceira parte abordou o envolvimento do gestor com o sistema de informações disponível, bem como suas perspectivas e críticas ao referido sistema. Como se trata de uma pesquisa qualitativa, o roteiro (caracterizado pela flexibilidade) não foi previamente testado. As questões de pesquisa foram averiguadas em cada uma das unidades selecionadas para o estudo.

(iv) Guia para o Relatório Final

Após a coleta dos dados, os casos foram apresentados por meio de relatórios. Esses relatórios obedeceram ao roteiro de entrevistas empregado, e foi relatado de acordo com as informações que foram fornecidas pelos profissionais e das que foram coletadas em fontes secundárias. A respeito das informações obtidas elas estão apresentadas seguindo a estrutura:

1. Estudos de casos individuais - cada organização será apresentada separadamente para, em seguida, as informações obtidas nesses casos serem cruzadas. Com essa separação pretende-se fazer descrições e análises aprofundadas a respeito de cada caso. Julga-se que isso seja importante porque a estrutura de cada unidade está ligada ao contexto em que está inserida e suas diferentes necessidades.

- 1.1. Características da organização estudada: cada organização será descrita em aspectos gerais e estruturais

1.2. Características do sistema de informação: aspectos gerenciais e técnicos de informática.

1.3 Análises da visão dos entrevistados sobre a participação da unidade na comunidade: estabelecimento de indicadores e políticas da organização. E também análises da visão dos entrevistados sobre a necessidade da avaliação do desempenho econômico: aspectos gerenciais.

2. Informações cruzadas – os casos serão comparados em aspectos organizacionais, funcionais e informações relacionadas ao processo de avaliação de desempenho econômico. A comparação torna-se importante para que se possa concluir a respeito da possibilidade da identificação de elementos comuns para uma possível síntese do processo de avaliação de desempenho.

2.1.Introdução: breve recuperação das informações principais obtidas das análises organizacionais individuais.

2.2.Observações Comuns: características comuns observadas nas organizações.

2.3.Análises comparativas: da cultura organizacional: características organizacionais e possíveis adaptações a mudança da realidade institucional e do ambiente onde estão inseridas. Comparações da gestão: participação dos líderes em processos de melhoria e alcance da qualidade. Além das análises sobre capacitação e qualificação de profissionais

2.5.Análise da qualidade do sistema de informação: principais informações geradas e gerenciadas a partir o sistema.

2.6 Sistematização do processo de avaliação de desempenho econômico

As considerações são tratadas na conclusão do estudo, a partir da comparação dos casos com a teoria apresentada.

4.3 Categorias de Análise

Para facilitar a interpretação dos dados, foram traçadas categorias de análise, as quais derivam diretamente das discussões anteriores. Essas categorias têm como finalidade reter as relações fundamentais e podem ser consideradas a fundamentação para o conhecimento do objeto de estudo nos seus aspectos gerais (MINAYO, 2004).

Assim quatro categorias foram traçadas e tratam os conceitos importantes para identificação de características organizacionais que influenciam a implantação de um sistema de avaliação de desempenho econômico. Essas categorias visam, além de facilitar, também enriquecer a interpretação dos dados. O quadro 6 demonstra um resumo das categorias de análise formuladas, as informações necessárias para seu desenvolvimento e os instrumentos a serem utilizados na coleta de dados.

A escolha das categorias se justificou anteriormente, entretanto, ressalta-se a importância das categorias para uma melhor análise das relações entre os fenômenos e sua fundamentação de conhecimento para o objeto de estudo. Dessa maneira, podem ser tecidas algumas considerações ao observar o quadro 6. Primeiramente destaca-se que entender a realidade da unidade e seus procedimentos são importantes tanto para a caracterização organizacional quanto para a definição de avaliação de desempenho, conforme mencionado na teoria.

Em seguida, o aspecto da autonomia na tomada de decisão, por sua vez, é apresentada como um dos condicionantes do melhor desempenho de instituições da nova maneira da administração pública. Assim, torna-se necessário investigar e comparar os impactos da existência ou limitação da autonomia nos processos de gestão das unidades de saúde.

Por fim, percebe-se a categoria sistema de informação como forma de entender e perceber como é o sistema de informação, quais as informações geradas, necessárias e gerenciadas para avaliação das unidades.

Categoria de Análise	Significado	Justificativa de Análise	Informações Necessárias	Coleta de dados
A unidade	Características da organização	As características de demanda e oferta de serviços de saúde da região de abrangência da unidade podem influenciar o perfil das informações necessárias	1) área de abrangência da unidade 2) caracterização da demanda de serviços de saúde 3) perfil e quantidade de atendimento da unidade 4) informações geradas pelos atendimentos	1) registros em arquivos sobre as regiões de atuação da unidade; 2) entrevistas
Estilo da gestão e autonomia administrativa	Características da gestão da unidade e grau de autonomia administrativa em relação aos órgãos financiadores, como o SUS	O estilo de gestão adotado na unidade e seu grau de autonomia no processo decisório e alocação de recursos podem determinar o uso eficiente de recursos	1) caracterização da gestão da unidade 2) grau de autonomia no na alocação de recursos e na tomada de decisão 3) relação com a Secretaria Municipal de Saúde do município 4) mecanismos de financiamento pelo SUS 5) gestão dos recursos humanos	1) estrutura organizacional 2) estatutos/regimes internos 3) legislação do setor público 4) entrevistas
Processos e procedimentos	Características dos processos e procedimentos realizados pela unidade	Os processos e procedimentos de atividades podem influenciar na necessidade de informações, além de estar diretamente ligado a alocação de custos	1) caracterização dos processos realizados 2) procedimentos utilizados para os atendimentos 3) padronização de processos	1) manual de procedimentos 2) entrevistas
Sistema de Informação	Características do sistema de informação	As informações influenciam na composição de indicadores de desempenho	1) caracterização do sistema de informação 2) caracterização das informações	1) visualização do sistema de informação 2) entrevistas

Quadro 6. Categoria de Análise, Significado, Justificativa de Análise, Informações Necessárias e Coleta de dados

Fonte: Elaborado pela autora

5 OS ESTUDOS DE CASOS MÚLTIPLOS

Neste capítulo, serão apresentados os dados sobre as unidades de atenção básica à saúde pesquisadas, com a descrição de cada um dos casos analisados. É importante ressaltar e delinear o ambiente no qual as unidades estão inseridas. Após esta abordagem, constam os dados sobre as unidades pesquisadas.

No entanto, antes que se iniciem os relatos elaborados, é imperativo abordar a respeito da estrutura de análise utilizada. No primeiro momento, são apresentados, individualmente, cada um dos casos estudados. São descritas as características organizacionais, do sistema de informação e das informações obtidas pelas entrevistas realizadas com os gestores responsáveis por cada unidade.

A descrição dos dados primários, obtidos na pesquisa de campo, não é discriminada de sua análise crítica, o que incorre no processamento direto de informações para as quais são desenvolvidas relações gerais no decorrer do relatório. Após a descrição e análise dos casos individuais, é realizada uma análise comparativa entre os casos, objetivando alcançar uma síntese de um sistema de avaliação de desempenho econômico.

De acordo com a literatura o modelo GECON segue uma sistematização que possui fatores que influenciam em sua implantação. Estes fatores estão ligados ao sistema de gestão e portanto as características organizacionais e também ao sistema de informação. Além disso conforme estabelecido por Laudon e Laudon (2007) e Almeida (1996) as pessoas influenciam tanto na geração de informações e no gerenciamento destas.

Portanto, para cada caso são realizadas:

- uma caracterização da unidade estudada;
- uma caracterização do sistema de informação utilizado;
- uma análise do conteúdo da entrevista, que contém informações sobre a gestão de cada unidade.

Cada um dos casos segue o mesmo formato para facilitar referências cruzadas e sua consistência. Em um primeiro momento descrevem-se as características fundamentais da unidade, incluindo seu histórico. Em seguida, apresentam-se as características do sistema de informação utilizado, em razão das necessidades de informações. Por fim, uma análise das entrevistas descrevendo a relação dos gestores com o ambiente da organização e suas percepções sobre qualidade, eficácia e eficiência da unidade.

Em seguida, o cruzamento das informações obtidas resulta no destaque de algumas características em comum, em uma análise comparativa e na síntese de um sistema de informação para a avaliação do desempenho econômico. Assim, serão destacadas algumas considerações finais.

5.1 Histórico e Ambiente Externo das Unidades de Atenção Básica

A implantação de uma rede básica de saúde, conforme mencionado anteriormente faz parte do programa de descentralização dos serviços na saúde. No município de Ribeirão Preto, tal descentralização ocorreu na metade da década de 1980, com a assinatura do convênio das AIS, em 1983. Até 1983, as unidades de saúde, vinculadas à esfera pública municipal, recebiam a denominação de Postos de Atendimento Médico, funcionando na periferia da cidade, sem apresentar uma estrutura física adequada ao atendimento e sem equipamentos ou recursos humanos, em relação às demandas reais (ou potenciais) da população (MISHIMA, 1995).

As atividades desenvolvidas restringiam-se às consultas médicas eventuais, ou seja, ao atendimento de urgências e queixas, não havendo o seguimento rotineiro das pessoas atendidas. As unidades de saúde não contavam com o serviço de imunização, não tinham apoio para exames complementares em geral e não desenvolviam ações ligadas à Vigilância Epidemiológica. A equipe para atendimento restringia-se a um ou dois médicos por período

que, independente de sua especialidade, atendiam a demanda para aquela área, e de um a dois atendentes de enfermagem (MISHIMA, 1995).

A coordenação entre as unidades era realizada por um atendente que era encarregado por solicitar material, encaminhar relatórios de produtividade, mapas de frequência dos trabalhadores e pela manutenção dos prédios. Não havia, portanto, instância gerencial nos atendimentos básicos, sendo que, no nível central, existiam poucos sanitaristas responsáveis pela gestão da rede municipal de saúde (MISHIMA, 1995).

O município de Ribeirão Preto possui a fundamentação dos termos (citados durante o capítulo 2) em suas unidades básicas de saúde, ou seja, possui uma gestão plena do sistema de saúde. Ribeirão Preto tem como responsabilidade estadual apenas o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP (HC) e o Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto (MISHIMA, 2003).

A proposta dos Distritos Sanitários, promulgada em 1989, implicou no dimensionamento do município em grandes áreas de abrangência geográfica, onde se teria instalada uma unidade denominada Unidade Básica e Distrital de Saúde (UBDS), a qual seria responsável pelo atendimento básico para a população de acordo com a localização e referência nas especialidades de alta demanda ambulatorial para todo o seu Distrito.

Com o crescimento do município, houve a necessidade de melhoria no acesso da população aos serviços de saúde. Organizou-se o atendimento em 05 regiões, denominadas Distritos de Saúde. Tais distritos estão localizados nas Regiões: Norte - Distrito do Simioni, Sul - Distrito de Vila Virgínia, Leste - Distrito de Castelo Branco, Oeste - Distrito de Sumarezinho e Região Central - Distrito Central, conforme figura 12:

Distritos de Saúde no município de Ribeirão Preto

Figura 12. Mapa Distrital de Saúde de Ribeirão Preto

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (2005, p. 34)

Os Distritos de Saúde são regiões com extensões territoriais e populações definidas a partir de aspectos geográficos, econômicos e sociais, que agrupam várias Unidades de Saúde e outros equipamentos sociais. A distribuição das Unidades em Distritos visa oferecer aos munícipes um atendimento básico e de pronto atendimento em urgências, próximo à sua residência, para tornar o atendimento especializado de algumas UBS mais acessível (PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO, 2008a)

Segundo o secretário municipal de saúde de Ribeirão Preto, Sr. Oswaldo Cruz Franco, a divisão das unidades em distritais é importante para o processo de saúde e para as políticas de qualidade. Estas políticas são estabelecidas de acordo com as necessidades do distrito de saúde e são discutidas no colegiado. Neste colegiado participam os conselheiros de saúde⁷ que devem refletir o que a comunidade de cada unidade tem como prioridades e necessitam de melhorias de qualidade. Ele afirma que a política não é “definida”, mas sim discutida pelo colegiado que tem a função de analisar as realidades do distrito de saúde e

⁷ Conselho formado por representantes de usuários; da Secretaria Municipal de Saúde e das unidades básicas.

implantar melhorias. Entretanto, o entrevistado relata que é preciso ter um programa de educação permanente e inclusive afirma que há verba destinada para isto. Este programa tem como objetivo oferecer para os conselheiros, na área de gestão, para que as discussões sejam mais adequadas para políticas de qualidades das unidades básicas e distritais de saúde.

De acordo com dados municipais, cada Distrito de Saúde possui uma Unidade Básica e Distrital de Saúde (UBDS). Além do atendimento básico para sua área de abrangência, tem referência de algumas especialidades para todo o distrito. Cada Distrito é composto por várias Unidades Básicas de Saúde (UBS) que tem como finalidade prestar atendimento básico nas áreas médicas, odontológicas e de enfermagem, para a população regional, de acordo com área geográfica.

Assim, todas as unidades possuem uma retaguarda de laboratório clínico, ultrassonografia, radiologia simples e eletrocardiografia. Nas distritais e ambulatórios de especialidades também são realizados exames mais sofisticados através dos serviços contratados e /ou conveniados.

Para o ano de 2008, a rede básica contava com vinte e cinco Unidades Básicas de Saúde, sendo cinco Unidades Básicas e Distritais de Saúde, uma Unidade Básica de Saúde da Família e cinco núcleos de Saúde da Família (PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO, 2008a).

Os aspectos teórico-conceituais, referentes à lógica assistencial (originada pela Estratégia Saúde da Família) tiveram sua primeira convenção a partir de fevereiro de 1999. Contando com os recursos humanos e materiais disponibilizados pelo Centro de Saúde Escola, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, instalou-se o primeiro Núcleo de Saúde da Família.

Em 2000 estruturou-se o Núcleo de Saúde da Família II, também com recursos providos pelo CSE, contando com parte do quadro de profissionais e do espaço físico da

unidade da Vila Tibério. No ano seguinte, com o apoio das Secretarias Municipal e Estadual da Saúde, viabilizou-se o projeto que previa a instalação de cinco unidades do PSF, adotando os moldes do Mistério quanto à composição das equipes (CACCIA-BAVA et al., 2004).

Ainda de acordo com os autores acima, em 2000, os Núcleos III, IV e V cobriam praticamente toda a área básica do bairro Sumarezinho. Em outubro de 2001, a pedido do gestor municipal, estes núcleos foram habilitados oficialmente pelo Ministério da Saúde como as primeiras unidades do PSF.

Em 2002, a Secretaria Municipal de Saúde amplia a estratégia para mais 9 equipes de Saúde da Família, com trabalhadores da própria rede municipal, sendo 7 delas inseridas em unidades básicas de saúde e 2 equipes em uma nova e pequena unidade (uma Base de Apoio Comunitário) (RIBEIRÃO PRETO, 2003).

Dessa forma, até 2003, Ribeirão Preto contava com um total de 14 equipes de Saúde da Família – 5 ligadas à Universidade e 9 de responsabilidade exclusiva do município. Segundo dados da Secretaria Municipal de saúde, são 21 equipes que, em conjunto com os agentes comunitários de saúde (que fazem parte do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS), tem um total de 303 agentes e conseguem cobrir 20,37% da população.

As equipes de Saúde da Família se distribuem conforme quadro 7. Pode ser observado pelo quadro que o CSE possui um maior número de equipes de saúde da família. Isto se dá em virtude da territorialidade da instituição, onde há um grande número de bairros atendidos, conseqüentemente maior número de famílias.

Unidade de Saúde	Número de equipes existentes
Núcleo de saúde da Família 1 (CSE Sumarezinho)	1 equipe
Núcleo de Saúde da Família 2 (CSE Sumarezinho)	1 equipe
Núcleo de Saúde da Família 3 (CSE Sumarezinho)	1 equipe
Núcleo de Saúde da Família 4 (CSE Sumarezinho)	1 equipe
Núcleo de Saúde da Família do Jd Heitor Rigon	2 equipes
CSE Vila Tibério	1 equipe
UBS Jardim Zara	3 equipes
USF Ribeirão Verde	4 equipes
UBS Marincek	2 equipes
UBS Presidente Dutra	2 equipes
UBS Vila Recreio	3 equipes
UBS Maria Casagrande	2 equipes
Total	21 equipes

Quadro 7. Distribuição das Equipes da Saúde da Família
Fonte: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto (nov. de 2008).

Assim, os serviços de Atenção Básica à saúde, no município de Ribeirão Preto, se encontram distribuídos sob diversos arranjos organizacionais, divididos em módulos, conforme a seguinte composição:

Módulo I: Unidades só com o Programa Saúde da Família

Módulo II: Unidades Básicas de Saúde tradicionais

Módulo III: Unidades mistas – PSF, UBS e PACS

Módulo IV: Unidades mistas – UBS, PACS

Módulo V: Unidades Mistas – UBS, PSF

De acordo com dados da Faculdade de Medicina, existem 2 unidades típicas de cada módulo nos distritos, conforme a seguir:

Módulo I: Núcleo Centro de Saúde Escola (Distrito do Sumarezinho) e PSF Jardim Zara (Distrito do Castelo Branco)

Módulo II: Parque Ribeirão Preto (Distrito de Vila Virgínia) e José Sampaio (Distrito do Sumarezinho)

Módulo III: Marincek (Distrito do Simioni) e Maria Casagrande (Distrito do Sumarezinho)

Módulo IV: Vila Mariana (Distrito do Simioni) e Vila Albertina (Distrito do Sumarezinho)

Módulo V: Presidente Dutra (Distrito do Sumarezinho) e Ribeirão Verde (Distrito do Simioni)

A partir dos dados acima pode-se obter o organograma da Secretaria Municipal de Saúde, representado na figura 13.

De acordo com as informações do Secretário Municipal em todos os níveis deste organograma existem profissionais ainda em regime estatutário, o que ele afirma ser um problema para o estabelecimento de políticas de gerenciamento de recursos humanos. Ele afirma que teria melhores condições de estabelecer políticas de recursos humanos se os funcionários trabalhassem em regime CLT, pois acha que eles seriam mais empenhados e assim as políticas funcionariam melhor e mais adequadamente. Em razão desses problemas, foram contratadas empresas terceirizadas para alguns serviços, como manutenção e limpeza.

Ele afirma que em alguns casos é melhor estas parcerias com empresas privadas, até para o cumprimento da Lei de Responsabilidade Fiscal, já mencionada neste estudo, que prevê a eficiência dos gastos públicos.

As metas e estratégias, conforme o entrevistado, são estabelecidas em consonância com os convênios que estão estabelecidos de acordo com as regiões distritais. Estas metas estão ligadas à eficiência, eficácia e resolutividade. Entretanto, afirma que algumas metas não estão sendo possíveis de se alcançar em razão da falta de médico para o cumprimento. De acordo com o entrevistado esta falta de médicos se dá em virtude de vários problemas estruturais e sociais, a violência urbana em algumas regiões impede que alguns médicos sequer tenham “vontade” de trabalhar nestes locais.

Figura 13. Organograma da Rede Municipal de Saúde para as Unidades de Saúde
 Fonte: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto (2008a).

Além disso, existem problemas salariais, devido aos baixos salários por muitas vezes não se consegue repor a quantidade necessária de profissionais para o atendimento. Ele afirma que inclusive nos programas de saúde da família isto ocorre, e como esta é uma estratégia está voltada para melhoria do atendimento, acompanhamento humanizado e resolutividade. Isto implica em uma problemática para o restante da estrutura de saúde (pronto atendimento, atendimento secundário e terciário).

Na secretaria municipal de saúde existe um departamento de informática, avaliação estatística, controle e auditoria que tem tentado fazer uma avaliação de desempenho econômico. O secretário afirma que é muito importante que tivesse uma ferramenta informatizada, ou seja, um sistema de informação voltado para avaliação de desempenho econômico não só na secretaria como nas unidades, como forma de apoio às informações. Entretanto, acredita que deveria ter profissionais da área de economia, direito e engenharia para melhorar todo o processo de avaliação. Adicionado a isto existe um controle de recursos na secretaria e em conjunto com os gestores das unidades, que fazem os pedidos para a SMS que por meio de cotações, análise de orçamento e utilização da informação do custo-padrão realiza as compras em lotes.

Além dessas características financeiras, o entrevistado salienta que os profissionais de saúde deveriam fazer cursos de gerenciamento e acolhimento. Segundo ele estes cursos são importantes para melhoria da eficiência das unidades, pois auxilia os profissionais na maneira de receber e atender os usuários, além de melhorar a resolutividade. Assim, a partir do conhecimento externo às unidades básicas de saúde, bem como suas relações com a Secretaria Municipal de Saúde, nas seções seguintes estão caracterizadas as organizações de saúde pesquisadas.

5.2 CASO 1 - Unidade Básica José Sampaio

Dentre os casos estudados, este é o único que não possui equipes de saúde da família. A Unidade Básica “Rubens Lisandro Nicoletti Filho”, considerada, dentro do Sistema Único de Saúde, como uma UBS, está sob a responsabilidade da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto e situa-se à rua Elydio Vieira de Souza da mesma cidade.

A UBS oferece os serviços: Clínica Médica; Pediatria; Ginecologia e Obstetrícia; Enfermagem; Assistência Domiciliar; Odontologia; Programa de Integração Comunitária; Teste do Pezinho e Vacinação.

Os dados utilizados para este caso foram obtidos por meio de entrevistas com o gestor da UBS e com seu assistente, da observação do sistema de informação realizada durante as visitas e das conversas com os funcionários da unidade. Os dados também são baseados conjuntamente na observação e julgamento analítico.

5.2.1 Características da Organização Estudada

A área de abrangência da unidade é o Conjunto Habitacional José Sampaio Junior, o Conjunto Habitacional Joaquim Procópio de A. Ferraz, parte do Conjunto Habitacional Alexandre Balbo, o Parque das Oliveiras e o Loteamento Parque das Figueiras, conforme anexo B. A unidade Básica José Sampaio possui 13 salas, sendo uma recepção, uma sala de pré-consulta, uma de pós-consulta, uma para ginecologia e obstetrícia, duas salas de consulta de pediatria, duas salas de consulta de médicos generalistas, uma de soro, uma de curativo, uma para vacinação, uma para atendimento psicológico, uma sala de gerência e uma sala para atendimento odontológico. Existem ainda, duas clarabóias sem porta de acesso. É importante ressaltar que as salas de consulta possuem microcomputadores.

Esta unidade conta com dois médicos ginecologistas, três clínicos gerais, quatro pediatras, um clínico geral plantonista, uma psicóloga, quatro dentistas, três atendentes de consultório odontológico, três enfermeiras, treze auxiliares de enfermagem, quatro técnicos administrativos, um auxiliar de serviços gerais, dois vigias, um farmacêutico e um técnico em farmácia. A estrutura organizacional da UBS pode ser visualizada na figura 14.

Figura 14. Organograma UBS José Sampaio

Fonte: Elaborado pela autora⁸

Dentro da organização, existem protocolos e procedimentos clínicos de acordo com as normas do SUS, já mencionadas nesse estudo. A UBS realiza os atendimentos médicos de acordo com a padronização demonstrada na figura 15:

⁸ Elaborado a partir dos dados obtidos na Unidade.

Figura 15. Padronização de Consultas

Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados obtidos na pesquisa de campo

Quando há casos que não podem ser atendidos na unidade, dependendo da queixa, o médico faz o encaminhamento. Por sua vez é direcionado para central de atendimento e o paciente será encaminhado para o local que tiver disponível mais rapidamente uma vaga, após este agendamento a unidade avisa o paciente sobre a data da consulta via correspondência ou telefonema. Esta padronização do atendimento clínico não significa que existe uma padronização do atendimento dentro de cada consultório, ou seja, cada atendimento ocorre de acordo com o perfil do médico, conforme já exposto por Campos (1985). Além do atendimento clínico, o procedimento do consultório odontológico também segue uma padronização.

5.2.2 Características do Sistema de Informação

Assim, como no CSE o sistema de informação utilizado é o Hygia Web®, que foi elaborado por uma empresa contratada. Os usuários do sistema possuem acesso restrito aos módulos disponíveis (mesmo o gestor não consegue obter alguns relatórios do sistema). Quando há necessidade de alguns relatórios, é necessário fazer um pedido para a SMS e, assim, o referido relatório é enviado ao gestor.

O sistema de informação foi desenvolvido por módulos, conforme figura 16:

Figura 16. Sistema Hygia Web® disponível na UBS

Fonte: Tela de apresentação do SI (2008). Destaques feitos pela autora.

Pode-se observar que existem módulos: Ambulatório; Exames; Vacinação; Gestão; Configurações (destacados). Dentro de cada módulo existem guias de informações e banco de dados, como por exemplo, na figura 16, no módulo Ambulatório existem informações sobre:

- ✓ Agenda de Consultas
- ✓ Paciente
- ✓ Prontuário
- ✓ Recepção

- ✓ Atendimento
- ✓ Odontologia

No módulo Exames existem as seguintes guias de informações:

- ✓ Agenda de Exames
- ✓ Execução/Coleta de Material
- ✓ Paciente
- ✓ Configurações

Conforme, pode ser observado na figura 17. Cada guia de informação possui mais telas de bases de dados com informações de uso clínico e operacional.

Figura 17. Base de dados de aplicativo do Hygia Web®
Fonte: Tela de apresentação do SI (2008)

No módulo Gestão, característica importante para estudo, existem os seguintes aplicativos:

- ✓ Rastreabilidade do lote de medicamento
- ✓ Bloqueio do lote impedindo sua distribuição imediata
- ✓ Produtividade do profissional
- ✓ Atendimentos por unidade de saúde
- ✓ Controle de faltosos
- ✓ Controle de material de exame enviado para o laboratório

- ✓ Indicadores de saúde
- ✓ Acompanhamento de programas
- ✓ Internações
- ✓ Censo hospitalar
- ✓ Estatísticas de procedimentos

Entretanto, este módulo ainda não está totalmente implementado e conforme informações do entrevistado da UBS os relatórios deste ainda não estão disponíveis. Vale ressaltar que a teoria discurrida neste estudo, em tópico específico sobre sistema de informações gerenciais, apresenta mais aplicativos do que o módulo disponível.

As características técnicas de manutenção do sistema são apresentadas no quadro 8.

Característica	Descrição
Manutenção	Acompanhamento e Manutenção pelos funcionários da empresa contratada
Sistema Operacional	Bases do Windows
Área de Informática	Inexistente na unidade

Quadro 8. Características técnicas do Hygia Web®

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados coletados

5.2.3 Análise da visão do gestor

Neste tópico, serão apresentadas as análises das entrevistas sob a ótica do gestor sobre o papel da unidade e da necessidade de avaliação de desempenho econômico. Foi realizada entrevista com gestor e, neste caso, com a enfermeira que o auxilia no gerenciamento da unidade.

De acordo com o entrevistado a sistemática de indicadores e a política de qualidade, juntamente com a política de estabelecimento destes, não estão presentes na unidade, mas sim no âmbito municipal. Eles são estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde e, por conseguinte, pela Secretaria Estadual ou pelo Ministério da Saúde.

Além da construção de indicadores para a Atenção Básica, existem estratégias propostas pelo MS, como, por exemplo, campanhas e programas de vacinação. De acordo com o entrevistado da UBS, estas estratégias são realizadas sob a supervisão das enfermeiras. Entretanto, ele aponta que há dificuldade para o cumprimento de campanhas. As estratégias citadas pelo entrevistado são de âmbito federal e no âmbito da unidade não há estratégias definidas. Com relação aos recursos humanos e ao bom desempenho da unidade, sinaliza a necessidade de motivação e reconhecimento dos funcionários.

O entrevistado compreende que é importante o acompanhamento do desempenho da unidade, em termos de eficiência, eficácia e qualidade. Entretanto, existe uma problemática apontada por ele, com relação à deficiência na quantidade de médicos para o atendimento necessário à comunidade. Ele apontou que existem 5 médicos (sendo 2 clínicos gerais), e um destes clínicos possui dupla jornada de trabalho, o que pode gerar complicações no desempenho e, conseqüentemente, na avaliação geral.

De acordo com o entrevistado não há uma sistemática de avaliação e, portanto, não existem ferramentas de avaliação. Entretanto, ele mantém planilhas em Excel para o controle e o acompanhamento do desempenho da unidade (conforme anexo C). A unidade tem medido e avaliado, de maneira geral, o número de atendimentos e faltas, fazendo uma análise comparativa a partir de dados coletados antes e depois das consultas.

O entrevistado realiza atividades de acompanhamento e planejamento por meio de relatórios elaborados por ele mesmo e pela enfermeira que o auxilia. Entretanto, ele aponta que existem problemas no atendimento em virtude da falta de pessoal especializado, causada pelo salário baixo da categoria. O entrevistado entende que é muito importante o acesso às informações de desempenho, mas avisa que “deveria ter autonomia para alocação de recurso e, assim, poder tomar as melhores decisões” (informação verbal)⁹.

⁹ Informação fornecida pelo Entrevistado da UBS José Sampaio, 2008.

Quanto à transparência na prestação de contas, a comunidade recebe as informações sobre as contas e sobre o desempenho. No entanto, essas informações são prestadas de maneira consolidada, ou seja, são informações globais do desempenho de todas as unidades, sem que haja uma segmentação por unidade. Essa prestação de contas é realizada trimestralmente pela secretaria municipal da saúde, na Câmara Municipal.

O entrevistado forneceu informação adicional sobre problemas na estrutura física da unidade onde existem as clarabóias sem portas de acesso, o que dificulta a limpeza do local. Além disso, ele informou que houve solicitação de agentes comunitários para a implantação do programa saúde da família, mas ainda este pedido não foi atendido. Em 2000, foi realizado seleção e treinamento para essas contratações, mas até o momento da pesquisa, não foram colocadas em prática.

Conforme teoria delineada ao longo deste estudo, verificou-se a importância na implantação de um sistema de informação que possibilite uma avaliação de desempenho econômico e, assim, um processo melhor para a tomada de decisão do gestor. Entretanto, não existe um sistema informatizado para a avaliação de desempenho econômico. Existe um sistema de informação (Hygia Web®) que possui dados estatísticos, porém, o entrevistado não tem completo acesso a esses dados. Quando necessita de alguns relatórios, ele os solicita à SMS.

5.3 CASO 2 - Unidade Básica Maria Casagrande

A Unidade Básica “Ernesto Che Guevara”, situada à rua Paulo Gerardi, em Ribeirão Preto, é considerada dentro do Sistema Único de Saúde, como uma Unidade mista, contemplando o Programa Saúde da Família, a Unidade Básica de Saúde e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, sob a responsabilidade da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto.

A UBS oferece os seguintes serviços: Clínica Médica; Pediatria; Ginecologia e Obstetrícia; Enfermagem; Assistência Domiciliar; Odontologia; Acompanhamento de famílias cadastradas; Teste do Pezinho e Vacinação.

Esta unidade possui Equipes de Saúde da Família e uma equipe do Programa de Agentes Comunitários, estabelecidas dentro da própria unidade, cujas equipes realizam acompanhamento das famílias cadastradas e dos trabalhos em grupo com a comunidade.

Para este caso, foram realizadas: entrevistas com o gestor da UBS, observação do sistema de informação (realizada durante as visitas) e, ainda, conversas com os funcionários da unidade. A forma da descrição dos dados obtidos está mesclada com as observações e julgamento analítico, mantendo os padrões desenvolvidos no caso anterior.

5.3.1 Características da Organização Estudada

A área de abrangência da unidade compreende O Conjunto Habitacional Maria Casagrande Lopes, a Vila Tecnológica, o Loteamento Orestes Lopes de Camargo, parte do Parque dos Pinus e do Conjunto Habitacional Alexandre Balbo, conforme anexo D.

A caracterização da demanda atendida pela UBS em sua maioria, jovens e crianças (na maior parte estudantes). Este perfil pôde ser estruturado em virtude da “idade” do bairro (apenas 16 anos) no qual a Unidade está inserida. Dessa forma, as famílias residentes eram

casais jovens quando se mudaram e, no ano de 2008, possuem filhos (crianças e jovens). Assim, conclui-se que há um menor índice de idosos, fato que não isenta a unidade do atendimento desta faixa etária.

Um problema que é bastante tratado na UBS está ligado aos casos de hipertensão, os quais, segundo a entrevistada, se dão devido à baixa escolaridade da população. Os casos de pessoas com hipertensão ocorrem em virtude da falta de entendimento da população com relação à medicação, ou seja, as pessoas não tomam corretamente os remédios (ou, às vezes, nem tomam) indicados pelos médicos na unidade.

Para os atendimentos, a unidade conta com 20 salas, sendo uma para arquivo e recepção, uma para gerência, uma para reuniões, uma sala para inalação, uma de expurgo, uma para esterilização de materiais, uma para colher citologia e fazer teste do pezinho, três salas para pré-consultas e pós-consultas (ambos os atendimentos são realizados na mesma sala), uma para consulta com ginecologista e obstetrícia, duas para pediatria, duas para clínica médica, uma sala para os atendimentos das enfermeiras, uma para o medicamento e a observação de pacientes, uma sala para atendimento odontológico, uma para vacinas e uma sala para descarte de material esterilizado, além de banheiros.

Vale ressaltar que, os atendimentos de pré-consulta e pós-consulta são realizados na mesma sala, pois se trata da estratégia saúde da família. As famílias são segmentadas de acordo com a região em que residem e, assim, cada equipe de saúde da família fica responsável por um grupo de famílias e pode acompanhar e controlar melhor seus desenvolvimentos. São realizadas, em média, mil (1.000) consultas por mês, sendo 700 consultas de enfermagem. De acordo com a entrevistada existem 20% de faltas por parte dos pacientes. Estas faltas variam de acordo com as queixas e os médicos.

A organização conta com quarenta funcionários sendo treze agentes comunitários¹⁰, um farmacêutico, um auxiliar de farmácia, três enfermeiros, oito auxiliares de enfermagem (com carga horária de 8 horas diárias) e um auxiliar de enfermagem (com carga horária de 6 horas diárias). Ainda, há três médicos generalistas, um ginecologista, um pediatra, dois recepcionistas (um com jornada de 40 horas semanais e um com jornada de 30 horas semanais), três vigias, dois auxiliares de limpeza (uma com carga horária semanal de 40 h e um com jornada de 30 h semanais) e dois menores aprendizes.

Existem, ainda, casos de desvio de função como, por exemplo, um auxiliar de farmácia para o setor administrativo e um auxiliar de serviços para a recepção, ambos com autorização da secretaria municipal de saúde. Assim, tem-se o organograma representado na figura 18:

Figura 18. Organograma Unidade Jardim Maria Casagrande

Fonte: Elaborado pela autora de acordo com dados obtidos na entrevista

A política de recursos humanos é proveniente da Secretaria Municipal de Saúde, ou seja, os regimentos internos, o recrutamento e a seleção, os planos salariais e os de carreira são estabelecidos pela SMS.

¹⁰ Eram 13 Agentes comunitários no momento da pesquisa, no entanto, existem 15 vagas para agentes comunitários.

No entanto, a entrevistada mantém relatórios de desempenho e faz reuniões frequentes com os funcionários para demonstrar os resultados de campanhas e metas da unidade. Existem informações que se assemelham à gestão à vista¹¹, como análises estatísticas de metas de campanhas, com dados por período. Dessa forma, visualiza-se o que falta para alcançar a meta. Há, também, relatórios estatísticos sobre o acompanhamento de grávidas e sobre a busca de otimização de resultados das equipes do programa saúde da família. Além disso, existem quadros de avisos com protocolos de atendimentos.

Os protocolos de atendimentos são padrões estabelecidos pelo MS ou pela SMS, para o procedimento correto no atendimento. A unidade segue a padronização estabelecida pelo SUS e segue a mesma rotina já dissertada pela unidade José Sampaio e conforme fluxograma representado na figura 19.

Figura 19. Protocolo de Atendimento em Caso de Suspeita de Dengue
Fonte: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto (2005, p.26)

¹¹ Gestão à vista objetiva a disponibilização de informações necessárias de uma forma simples e de fácil assimilação, tornando mais fácil o trabalho diário e também a busca pela melhoria da qualidade. Possibilitando a divulgação de informações para um maior número de pessoas, compartilha conhecimento e integra as pessoas dando suporte ao processo decisório e participativo.

5.3.2 Características do Sistema de Informação

É inerente ao processo de informação adotado na unidade o fato de que não há uma área de informática inserida na estrutura organizacional. Os processos de adoção tecnológica, implementação e gerenciamento são executados por organização externa. A implantação do sistema nas Unidades de Saúde ocorreu de forma ordenada e gradativa.

A empresa contratada disponibilizou uma equipe de supervisão para unidade nos primeiros dias de atividades, fez acompanhamento à distância e algumas visitas (bimensais) para avaliar esta implantação.

As necessidades e especificações são definidas pela Secretaria Municipal de Saúde e a empresa contratada presta o serviço de implantação e manutenção do sistema.

Os serviços prestados pela empresa contratada não se restringem à implementação e manutenção do sistema físico e lógico, mas incluíram também atividades de manipulação e adequação da base de dados para que os processos de trabalho e os fluxos de informações fossem garantidos.

As características técnicas de manutenção do sistema são apresentadas no quadro 9.

Característica	Descrição
Manutenção	Acompanhamento e Manutenção pelos funcionários da empresa contratada
Sistema Operacional	Bases do Windows
Área de Informática	Inexistente na unidade

Quadro 9. Características técnicas do Hygia Web®

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados coletados

Com a implantação deste sistema deu-se início a reformulação do prontuário físico, para adaptação ao sistema, que conserva as vantagens de arquivo numérico, a medida que utiliza a leitura da numeração da direita para a esquerda, em forma contrária a leitura convencional. Outra característica é que cada unidade de milhar, dezena e unidade de 0 a 9 recebe uma determinada cor. As tarjas coloridas do prontuário facilitam a organização dos

arquivos, possibilitando sua localização pelas cores e ao mesmo tempo visualizar as pastas que estão fora de ordem.

A entrevistada acredita que o SI auxiliou no processo de organização e informação dos pacientes. Entretanto da mesma forma como o entrevistado da UBS José Sampaio não há completo acesso aos relatórios do SIS.

5.3.3 Análises da visão do gestor

Neste tópico, serão apresentadas as análises das entrevistas sob a ótica do gestor sobre o papel da unidade e da necessidade de avaliação de desempenho econômico. A entrevista foi realizada com o gestor da unidade de prestação de serviço de saúde.

A unidade é recente (inaugurada em 2000) e, conforme anexo D, a região do município onde está instalada é distante do centro da cidade e das demais unidades básicas de saúde. Com a expansão da área oeste da cidade, foi necessário o estabelecimento de uma nova unidade básica de saúde. De acordo com a entrevistada, “a UBS é importante para a comunidade, pois, trata-se de um bairro distante”.

Assim, a entrevistada entende a importância da participação da UBS na vida da população e tenta buscar ferramentas para avaliar a qualidade da organização (entende-se qualidade de atendimento, da prestação de serviço médico e resolutividade).

A unidade segue o indicador de qualidade 156 do Sistema Monitora SUS. Seu objetivo é aprimorar o processo de marcação de consultas e os procedimentos, por meio da normatização de fluxos e pela comunicação com os usuários.

A meta deste indicador é definir o tempo de espera para a marcação e a realização da primeira consulta especializada, considerando a data de cadastro, junto ao centro de saúde, e a sua efetiva realização. As metas foram estabelecidas por ano, conforme gráfico 1:

Gráfico 1. Indicador 156 para agendamento e realização de consultas.

Fonte: Elaborado pela autora com base no Monitora SUS (2008)¹²

Além desse indicador, a entrevistada verifica o dia-a-dia da unidade para acompanhar e controlar seu desempenho de procedimentos e atendimentos. Não é realizado um acompanhamento de desempenho orçamentário ou financeiro.

Existem, ainda, coordenadores na SMS, que fazem o acompanhamento dos programas e metas que a UBS deve alcançar. O acompanhamento tem como objetivo avaliar a qualidade global da unidade, ou seja, tal acompanhamento não é específico para nenhuma área da unidade (entende-se que não é voltado para recursos financeiros ou humanos apenas, mas para terem uma visão global dos procedimentos na unidade).

Além disso, a UBS contempla a Estratégia da Saúde da Família que tem como meta a implantação da qualidade pelo PSF. Para que tal estratégia funcione a contento das diretrizes do SUS, é importante que se façam treinamentos aos médicos da saúde família. Estes treinamentos devem ser realizados pela SMS, de acordo com os preceitos estabelecidos na estratégia.

A entrevistada informou que existem dificuldades com relação a análises de dados da unidade. Alguns dados sobre recursos não são claros, ou seja, algumas vezes não é possível

¹² Gráfico desenvolvido a partir de dados obtidos no site do Monitora SUS (2008).

saber se o consumo (gasto) da unidade é equivalente ao consumo de outra unidade do mesmo porte e estrutura organizacional.

Na Unidade em questão, existia um grupo de apoio de discussão de casos e processos. A entrevistada espera que esta atividade seja retomada no futuro, pois era de grande valia, no que se refere ao desempenho de procedimentos e no auxílio ao processo de tomada de decisão (mas tudo isto, somente com relação às atividades e não aos recursos financeiros).

De acordo com a entrevistada é importante saber a respeito de custos “(..) fundamental a compreensão sobre a importância de desempenho econômico. Falta noção clara de quanto se gasta na unidade, tem que ter noção de custos para avaliar (...). É importante para o andamento da unidade. Para avaliação de custos benefícios”. (informação verbal).¹³

Pelo fato da inexistência de um sistema de informações implantado na unidade, para realizar a avaliação de desempenho econômico, a entrevistada utiliza indicadores que tem por objetivo avaliar e medir o desempenho dos funcionários. Para tanto, são estabelecidas metas que possam estimular os funcionários.

A entrevistada relata que é preciso mudanças na postura de alguns funcionários. Para ela, isto não está ligado apenas ao salário, mas, também, à valorização e ao reconhecimento desses funcionários. Entende que, para melhorar o desempenho dos funcionários e, em consequência, o da unidade, é preciso estabelecer metas, gradativamente, (começando com metas menores até estratégias amplas) com objetivos realistas.

Além dos recursos humanos, a entrevistada faz um controle para que não haja desperdícios de materiais de procedimentos clínicos e administrativos. Segundo ela, há “(...) uso racional de materiais” (informação verbal)¹⁴. Entretanto, não possui conhecimento do

¹³ Informação fornecida pelo Gestor da UBS, 2008.

¹⁴ Informação fornecida pelo Gestor da UBS, 2008.

quanto dos custos envolvidos na prestação de serviços. “A informação é importante para a conscientização” (informação verbal)¹⁵.

A entrevistada acredita que o sistema implantado (Hygia Web®) será importante como ferramenta gerencial, no que tange às informações sobre faltas dos pacientes e dos médicos. Com base nesse sistema pode-se estabelecer índices de faltas das UBS, as quais no ano de 2008 esteve em torno de 35% na média geral das unidades (lembrando que a referida UBS possui um índice inferior, de 20%). Além disso, há uma orientação aos pacientes para que não falem às consultas com especialistas¹⁶.

No entanto, o sistema, ora implantado, ainda não possui módulos de gerenciamento de recursos financeiros e nem existe uma ferramenta de controle de custo. O gestor entende que tais informações, conforme já mencionado, são importantes para refletir o desempenho da unidade.

Com relação à autonomia no processo decisório, ela entende que há sim um relativo grau. Entretanto, existem exigências dos coordenadores do SMS, como por exemplo, redirecionar recursos humanos de acordo com campanhas. Tais alterações podem gerar, de acordo com a ela, uma sobrecarga na linha de frente para poder atender todos os programas. Quando existem sobrecargas de recursos humanos afeta diretamente o desempenho da UBS.

Conforme teorias apresentadas no capítulo 3, por tratar-se de uma instituição pública, é importante que haja transparência e prestação de contas à sociedade. A entrevistada descreveu o processo de prestação de contas à sociedade. A SMS divulga em Diário Oficial, envia carta convite para os gestores das unidades de saúde, informa a Comissão Local de Saúde e publica aos funcionários notícias (no portal do sistema Hygia Web®) de que haverá

¹⁵ Informação fornecida pelo gestor da UBS, 2008

¹⁶ A orientação ao paciente é exhaustivamente realizada. Isto ocorre porque as consultas com especialistas são realizadas por meio de encaminhamento dos médicos generalistas. Assim estas consultas são agendadas e geralmente existe um tempo relativamente longo de espera, isto pode causar “esquecimento” por parte do paciente, gerando ineficiência no sistema.

uma sessão pública para a prestação de contas da saúde, de acordo com a Lei Federal 8689, artigo 12º de 27/7/1993 e de acordo com a Emenda Constitucional 29¹⁷, artigo 7º.

Entretanto, estes dados são compilados e consolidados, ou seja, são dados estatísticos globais. Sendo assim, o resultado apurado é comum para todas as unidades. Estas sessões ocorrem trimestralmente e são apresentados dados em blocos, por exemplo, a Atenção Básica é referenciada como Bloco da Atenção Básica e não são publicados dados por unidade, conforme já mencionado ao longo deste estudo. Para uma melhor ilustração, a tabela 2 mostra a publicação do Orçamento da SMS referente ao 3º trimestre de 2008:

Tabela 2 – Composição do Orçamento de 2008

Federal		
Bloco Atenção Básica (PAB + PSF)	R\$ 14.152.940,00	6,31%
Bloco MAC - Média e Alta Complexidade (SAMU + CEO)	R\$ 49.098.400,00	21,88%
Bloco Vigilância em Saúde (VISA + Sanitária)	R\$ 1.861.000,00	0,83%
Bloco Assistência Farmacêutica (Básica + HDAR + TA Estado)	R\$ 2.012.000,00	0,05%
Bloco Gestão do SUS (Convênio RH + Nutrição)	R\$ 110.000,00	0,90%
Outros Repasses*	R\$ 6.807.000,00	3,03%
Sub-total	R\$ 74.041.340,00	33,00%
Estado**	R\$ 1.829.500,00	0,82%
Município	R\$ 148.522.560,00	66,18%
Total	R\$ 224.393.400,00	100,00%

* - Outros repasses – CEREST, DST/AIDS, QUALISUS, VIGISUS, REORIENTAÇÃO PRÓ-SAÚDE, DST/SAE, Farm. Popular

** - Estado = T.A. Tuberculose, Tiras de Glicemia, Medicamentos At. Básica e Penitenciária

Fonte: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto (2008b, p.10)

De acordo com a entrevistada é importante a divisão do orçamento e das receitas por unidade para uma melhor alocação de recursos e controle. Ela acredita que se tiver maiores informações é possível uma melhoria na organização da atenção e, conseqüentemente, uma melhor resolatividade no fluxo dos demais setores de prestação de serviços de saúde.

Esclarece, ainda, o papel da humanização do atendimento que sua unidade presta à comunidade, pois entende que, conhecer a realidade dos pacientes e ficar mais próximo deles melhora todo o processo de saúde e doença e, ainda, o desempenho global da organização.

¹⁷ Emenda já referenciada ao longo desta pesquisa.

5.4 CASO 3 - Centro de Saúde Escola Joel Domingos Machado

No último dos casos estudados, a unidade de análise é o Centro de Saúde Escola (CSE) “Joel Domingos Machado”, considerada, dentro do Sistema Único de Saúde, como uma Unidade Básica Distrital de Saúde (UBDS), sob a responsabilidade da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), em convênio com a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, Hospital das Clínicas da FMRP-USP e Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto. Está situado à rua Cuiabá da mesma cidade.

De acordo com Cyrino (2002) o projeto de criação do CSE pretendia estabelecer local para a prática dos níveis primário e secundário, já que, em contrapartida, o Hospital das Clínicas da FMRP-USP enquadrava-se no nível terciário de atenção.

O CSE foi criado no ano de 1979, por meio de convênio entre a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. É um empreendimento de formação e capacitação de recursos humanos, produção de conhecimentos e de trabalho de assistência à saúde. Sua constituição foi inicialmente realizada pelo Departamento de Medicina Social da FMRP (CACCIA-BAVIA et al., 2002).

Na época de sua fundação o ambiente político e de qualificação estava em mudanças e buscando uma melhor formação de médicos e uma nova orientação da medicina mais voltada a necessidades da população:

A Medicina Integral e a Medicina Preventiva procuraram influir na formação das posturas individuais dos médicos, por meio da superação do caráter fragmentário da qualificação desses profissionais, com vistas a recomposição do ato médico individual; enquanto a Medicina Comunitária buscava uma reorientação da qualificação especializada pelo desenvolvimento do ensino em outras modalidades de serviços de saúde, mais orientados a um cuidado integral e mais próximos das necessidades de saúde da população, por referência ao ensino centrado no hospital-escola (CYRINO, 2002, p. 20).

A partir deste contexto histórico é que faculdades de medicina manifestaram interesse de estabelecerem campo prático que permitisse o ensino mais próximo da comunidade, onde eram mais bem expostas e mais acessíveis as condições de saúde com o meio (CYRINO, 2002).

Assim existem benefícios mútuos. Para a Faculdade de Medicina de com a criação do CSE pode-se preparar um campo de orientação e ensino médico prático e integrado à comunidade; dispor de um campo de pesquisas técnicas e operacionais relacionadas à Saúde Pública; obter prática na organização e no desenvolvimento de programas comunitários de saúde perante as limitações de recursos de toda natureza; e dispor de um campo para ensino e treinamento de pessoal médico (MAGALDI, 2002).

Como se trata de um centro de saúde universitário há agregação de outros valores, além da assistência básica a saúde, tais como: concepção de recursos humanos e desenvolvimento de pesquisas. Dessa forma a organização é constantemente atualizada nos métodos de tratamento, bem como as novas tecnologias clínicas.

Conforme mencionado, a unidade possui atividades de ensino e pesquisa, que envolve estudantes da FMRP, além de atendimentos médicos, realiza-se Ações Educativas, como o grupo de gestantes. O CSE faz reuniões semanais abordando temas relacionados aos fenômenos vivenciados por esses grupos (FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, 2007).

Os atendimentos médicos desenvolvidos são: Clínica Médica; Pediatria; Ginecologia e Obstetrícia; Enfermagem; Odontologia; Teste do Pezinho; Vacinação. Além de Atendimento de Especialidades: Cardiologia; Saúde Ocupacional; Dermatologia; Eletrocardiograma; Fonoaudiologia; Infectologia; Oftalmologia; Programa de Hanseníase; Psicologia; Radiologia e Serviço Social.

Esta unidade possui quatro Núcleos de Saúde da Família, que realizam o acompanhamento das famílias cadastradas; fazem o atendimento básico e desenvolvem trabalhos em grupo com a comunidade (PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO, 2008a).

Nos anos 2000, o CSE estabeleceu mais dois Termos Aditivos no convênio com a Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Um para o Pronto Atendimento, o qual recebe recursos fixos mensais; e outro para as especialidades médicas, que recebem recursos de acordo com a produção, ou seja, o número de atendimentos por período.

5.4.1 Características da Organização Estudada

As características gerais da organização pesquisada influenciam diretamente nas políticas de informações de saúde e nas limitações desse processo. O primeiro aspecto condicionante para analisar a avaliação de desempenho econômico é que a unidade é administrada pelo poder público, assunto este que voltará a ser discutido neste estudo. Um segundo aspecto é o fato que trata de um complexo de organizações, conforme mencionado no item anterior:

- a. A formação de alunos de graduação do curso de Ciências Médicas da FMRP, e de novos profissionais de outras unidades, como Enfermagem, Psicologia, Odontologia e Farmácia, oferecendo campo de ensino teórico e prático para o processo de ensino e aprendizagem.
- b. A capacitação de profissionais da Rede Pública de Serviços de Saúde do Município e da Região, tanto de nível médio quanto de universitário e de distintas formações.
- c. A assistência aos grupos sociais, presentes na área geográfica de abrangência de suas unidades de saúde: Ipiranga e Vila Tibério, a partir de 1979; Sumarezinho, em 1981; Núcleo de Saúde da Família I, inaugurado em 1999; Núcleo de Saúde da Família II e Núcleo de Saúde Mental, instalados no ano 2000; Núcleos de Saúde da Família III, IV e V, iniciados em 2001.

- d. A geração de novos conhecimentos e tecnologias para a área de atenção primária, em especial, e da saúde, em geral.

Em conjunto, esses elementos da saúde constituem um complexo organizacional que necessita de integração em diversos aspectos, podendo ser considerada uma organização com diversidade de recursos humanos e financeiros. O Regimento do CSE (anexo E) também dispõe sobre o orçamento e sua aplicação, sobre o patrimônio e sobre a administração do CSE, que é composta por um Conselho Diretor e por uma Diretoria Executiva. O Conselho Diretor é o órgão máximo deliberativo do Centro e possui a seguinte composição:

- a) o Diretor da FMRP que será o seu Presidente ou um representante por ele designado;
- b) o Secretário Municipal da Saúde de Ribeirão Preto ou um representante por ele designado;
- c) o Diretor da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP ou um representante por ele designado;
- d) o Diretor da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, USP ou um representante por ele designado;
- e) o Diretor da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, USP ou um representante por ele designado;
- f) o Superintendente do Hospital das Clínicas da FMRP ou um representante por ele designado;
- g) o Diretor da Direção Regional de Saúde ou um representante por ele designado;
- h) O Presidente do Centro de Atenção Primária a Saúde da Família e Comunidade ou seu substituto;
- i) um representante docente de cada um dos Departamentos Clínicos da FMRP (Clínica Médica; Ginecologia e Obstetrícia; Cirurgia e Anatomia; Puericultura e Pediatria; Medicina Social; Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica; Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia da Cabeça e Pescoço; Biomecânica, Medicina e Reabilitação do Aparelho Locomotor);
- j) um representante do Departamento Materno Infantil e Saúde Pública, da EERP-USP;
- k) um representante dos Médicos Residentes do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo eleito por seus pares;
- l) um membro docente da Comissão de Graduação da FMRP, indicado pelos seus pares;
- m) um representante dos funcionários lotados nas unidades do CSE, eleito pelos seus pares;

- n) um representante dos usuários da área de abrangência do CSE indicado pelo Conselho Municipal de Saúde;
- o) um representante do corpo discente da FMRP, eleito por seus pares, dentre os regularmente matriculados no ciclo de aplicação;
- p) o Diretor Geral do CSE, sem direito a voto (FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, 2006).

A diretoria executiva é composta por:

- a) um Diretor Geral;
- b) um Diretor-Técnico Administrativo, de nível universitário;
- c) um Diretor-Clínico;
- d) um Diretor Acadêmico de Ensino e Pesquisa;
- e) um Diretor de Enfermagem;

As várias instituições fazem parte da estrutura organizacional do CSE e de maneira geral, apesar de causar alguns conflitos são importantes por sua interação e diversidade de formações acadêmicas e experiências para o funcionamento da organização. Na figura 20 pode se visualizar a estrutura organizacional do CSE.

Figura 20. Organograma do CSE Joel Domingues Machado

Fonte: Centro de Saúde Escola (2009)

5.4.2 Características do Sistema de Informação

O SIS é o mesmo utilizado nas demais unidades pesquisadas. Assim, os relatos nesta seção serão apresentados mais sinteticamente. A unidade também tem o sistema SIAB disponível, que está sendo pouco utilizado, e sendo completamente substituído pelo Hygia Web®, que funciona interligando todas as unidades de saúde com digitação e produção de relatórios estatísticos no próprio nível local. Entretanto, estes relatórios são apenas sobre agendamento, pacientes, vacina e farmácia. Ainda não estão disponíveis relatórios de gestão. Como podem ser visualizados na figura 21, os módulos disponíveis estão voltados para o gerenciamento de pacientes.

Figura 21. Módulo Vacinação

Fonte: Tela do Sistema de Informação do Hygia Web®

Na unidade alguns consultórios já possuem computadores ligados a rede, mas os médicos ainda não abastecem o sistema com dados sobre a consulta do paciente.

Até o momento da pesquisa o sistema Hygia Web® tem seu cerne voltado para a produção dos serviços médicos, o que revela sua organização mais direcionada para a produtividade médica, no sentido de controlar o número de agendamentos e horários, bem como quantas consultas foram realizadas.

As características técnicas de manutenção do sistema são apresentadas no quadro 10.

Característica	Descrição
Manutenção	Acompanhamento e Manutenção pelos funcionários da empresa contratada
Sistema Operacional	Bases do Windows
Área de Informática	Existem 3 pessoas nesta área, sendo 1 funcionário e os demais estagiários

Quadro 10. Características técnicas do Hygia Web®

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados coletados

5.4.3 Análises da visão do gestor

Neste tópico, serão apresentadas as análises da entrevista sob a ótica do gestor sobre o papel da unidade e da necessidade de avaliação de desempenho econômico. Foi realizada entrevista com o gestor da unidade de prestação de serviço de saúde.

O entrevistado entende que há muita responsabilidade e importância da existência da organização para a comunidade local. Para uma maior aproximação dos problemas da população e com objetivo de alcançar mais qualidade no atendimento ele faz reuniões mensais com os usuários, que levam suas sugestões e reclamações. Como fator de responsabilidade ele busca soluções para problemas passíveis de resolução e mantém a comunicação aos usuários, ou seja, *feedback*.

Todos os problemas levantados pelos usuários são avaliados e respondidos. Em 2007 a unidade realizou uma enquete para avaliar o nível de satisfação dos usuários, o que denota a preocupação da gestão da organização com a satisfação de seus pacientes.

O entrevistado tem metas a cumprir de acordo com convênios estabelecidos para a UBDS além daquelas descritas pelo MS e SMS. Ele faz acompanhamento e controle das metas de atendimento, por exemplo. Além disso, mantém o Conselho Diretor informado das metas e seu andamento por meio de relatórios e gráficos.

Durante os dois anos ele realizou uma redefinição dos processos internos, dos recursos humanos e da estrutura física da unidade. Conta que havia problemas nos processos

com relação à disponibilização das salas de atendimento. Para solucionar o problema fez pesquisas e várias reuniões com os funcionários para redistribuir as salas e assim aumentar o número de especialidades. Criou sistema de senhas para coleta de sangue, o que antes era um problema para os pacientes que ficam em filas e por vezes demoravam para ser atendidos.

Por meio de acordos foi possível modernizar a odontologia e se adequar as normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Também efetuou mudanças na farmácia e no seu funcionamento. Como medidas de conforto aos usuários foram instaladas cadeiras para espera. Antes da alteração da farmácia as pessoas ficavam esperando em filas o que gerava além de desconforto, a insatisfação dos usuários.

Com relação aos recursos humanos existiam alguns problemas que em parte foram solucionados. O entrevistado admite que algumas pessoas pediram demissão, em virtude das mudanças efetuadas nos processos e normas da instituição. Ainda existiam conflitos quanto a deveres e benefícios dos funcionários, que por possuírem diferentes vínculos possuem regras diferentes. Para uma melhor visualização, a tabela 3 demonstra a quantidade de funcionários por instituição.

Tabela 3 – Relações de Colaboradores por Instituição/ Função/ Regime

Função	Vínculo	Regime	Quantidade
Agente Administrativo	SMS	Estatutário	8
Agente de Segurança	SMS	Estatutário	6
Ajudante de desinfecção	SMS	Estatutário	2
Almoxarife	USP	CLT	1
Aprendiz	SMS	Convênio - Fundet	9
Atendente de consultório dentário	SMS	Estatutário	3
Atendente de Enfermagem	SMS	Estatutário	1
Auxiliar Administrativo	USP	CLT	4
	FAEPA	CLT	1
	H.C.	CLT	1
Auxiliar de Enfermagem	SMS	Estatutário	35
	USP	CLT	4
	FAEPA	CLT	11
Auxiliar de Laboratório	USP	CLT	1
Auxiliar de serviços especializados	SMS	Estatutário	1
Auxiliar de Serviços Gerais	SMS	Estatutário	7
	USP	CLT	3
	SES	Lei-500	1
Auxiliar de Trabalho Científico	FAEPA	CLT	2
Auxiliar Farmacêutico	SMS	Estatutário	2

continua

(continuação)

Cirurgião Dentista	SMS	Estatutário	3
	USP	CLT	2
Enfermeiro	SMS	Estatutário	10
	SMS	Federal	1
	USP	CLT	3
	FAEPA	CLT	2
	EE	CLT	1
	H.C.	CLT	1
	Federal	CLT	1
Estagiário	SMS	Convênio CIEE	6
Farmacêutico	SMS	Estatutário	3
Fonoaudiólogo	SMS	Estatutário	1
Manutenção	H.C.	CLT	1
Médico Cardiologista	USP	CLT	1
	SMS	Estatutário	1
Médico Clínica Médica - PA	FAEPA	CLT	30
	USP	CLT	2
Médico Clínico Geral	SMS	LC 1340	4
	SMS	Estatutário	5
	SMS	LC 246/93	1
Médico Geriatria	USP	CLT	1
Médico Ginecologista	USP	CLT	2
	H.C.	CLT	1
	SMS	Estatutário	1
Médico Oftalmologista	SMS	Estatutário	1
	USP	CLT	2
Médico Ortopedista - PA	FAEPA	CLT	3
Médico Pediatra	SMS	Outros	1
Médico Pediatra - PA	FAEPA	CLT	13
	USP	CLT	5
Médico Psiquiatra	SMS	Estatutário	3
	SES	Lei-500	1
Médico Reumatologista	USP	CLT	1
Motorista	USP	CLT	1
Oficial Administrativo	SMS	LC 246/93	1
	SES	Lei-500	1
Psicólogo	SMS	LC 246/93	1
	USP	CLT	1
Rádio- Telefonista	SMS	Estatutário	5
Secretário	USP	CLT	1
Técnico Ass. Administrativos	USP	CLT	2
Técnico Ass. Financeiros	USP	CLT	1
Técnico Assuntos Acadêmicos	USP	CLT	1
Técnico em Enfermagem	SMS	Estatutário	3
	USP	CLT	12
Técnico em Informática	USP	CLT	1
Técnico em Laboratório	USP	CLT	2
Técnico em Recursos Humanos	USP	CLT	1
Visitador Sanitário	USP	CLT	1
Total			252

Fonte: Elaborado pela autora de acordo com dados obtidos no CSE

Assim tentava-se compatibilizar interesses de cada uma das instituições com os dos funcionários e os do próprio CSE. Havia conflitos para os funcionários, que muitas vezes não admitiam as diferenças dos benefícios e assim começaram a fazer acordos para que todos tivessem benefícios iguais independentemente do vínculo empregatício. Então todos tinham os melhores benefícios de cada instituição. Para uma melhor ilustração, a tabela 4 demonstra os diferentes benefícios e deveres dos funcionários que trabalham no CSE.

Tabela 4 – Benefícios e Deveres dos funcionários lotados no CSE

Direitos/Deveres/ Benefícios	SMS	USP	Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência (FAEPA)
Carga Horária	20h, 30h, 40h	24h, 30h, 40h	40h
Falta Abonada	Sim, 11 por ano	Sim, 6 por ano	Sim, nojo
Horário de Banco	Sim	Não	Não
Vale Refeição/Alimentação	Sim, R\$ 125,00; R\$ 187,50; R\$ 250,00 e R\$ 300,00	Sim, R\$ 110,00 e R\$ 45,00	Sim, R\$ 264,00
Vale Transporte	Sim (quantidade de ônibus necessários)	Não	Sim (quantidade de ônibus necessários)
Licença Nojo	8 dias	3 dias	2 dias
Licença Paternidade	5 dias	5 dias	5 dias
Licença Gala	8 dias	3 dias	3 dias
Declaração 1/2 Período	Sim	Não	Não
Licença Prêmio	Sim, folga e pecúnia	Não	Não
Descanso Amamentação	Sim, 30min manhã/30min tarde	Sim, 30min manhã/30min tarde	Sim, 30min manhã/30min tarde
Lic. p/ Pessoa Família	Sim	Não	Sim, com reposição
Banco de Horas	Sim	Não	Sim
Folga de Vacina	Sim	Sim	Sim
Licença Gestante	Sim	Sim	Sim
Férias	Sim; 10, 20, 15 ou 30 dias; (20-férias e 10-dinheiro)	Sim; 15, 20 ou 30 dias	Sim; 15, 20 ou 30 dias

Fonte: Dados fornecidos pelo Centro de Saúde Escola (2009)

Assim, existem conflitos inter-organizacionais no CSE sendo um dos problemas a serem geridos na organização. Como forma de aprimorar o atendimento e aperfeiçoar as pessoas o entrevistado promoveu vários programas de treinamento e interação. De acordo com suas informações a integração dos funcionários está melhor, o que desenvolve o apoio mútuo e o trabalho em equipe.

Com relação ao conhecimento das informações sobre recursos financeiros ele tem acesso aos recursos disponíveis pelo SUS e tem conhecimento e controle dos gastos via tesouraria da FMRP. Com os recursos disponíveis pelo SUS (em torno de R\$ 20.000) ele consegue efetuar reformas; reposição de pequenos materiais; efetua pagamento de água, energia e telefone; conserto e manutenção de equipamentos etc. Ainda consegue fazer acordos para que outras instituições (que tenham vínculo com CSE) auxiliem em modernizações e melhorias na infra-estrutura. Dessa maneira, conseguiram-se melhorias na organização. Mas, a autonomia para gestão e execução de todos os recursos é limitada. Ele conhece a origem deles e acompanha os gastos de sua unidade, entretanto, acredita que uma autonomia maior tornaria as coisas mais fáceis.

De acordo com o entrevistado é importante a visualização e conhecimento do orçamento e receitas por unidade para uma melhor alocação de recursos e controle. Mas afirma que seu melhor instrumento de avaliação de desempenho da unidade é a satisfação da comunidade: “Meu instrumento de avaliação é o paciente” (informação verbal)¹⁸ Também foi levantado por ele que o problema no Pronto Atendimento em relação ao excesso de pessoas em busca deste serviço é reflexo da ineficiência das UBS's, que muitas vezes não cumprem com a etapa que é de sua competência, pois gera um fluxo de usuários em busca de atendimento médico. Além disso, implantou melhorias em seu PA com relação a qualidade de resposta aos usuários. Juntamente com a SMS estabeleceu um programa de conscientização da população orientando sobre as características de atendimento do PA e das UBS's

¹⁸ Informação fornecida pelo gestor do CSE, 2009

6 ANÁLISE COMPARATIVA DOS CASOS ESTUDADOS

Analisando individualmente os casos estudados, foi possível identificar as características organizacionais, a análise do ambiente no qual as unidades de saúde estão inseridas, o contexto histórico da prestação de serviços públicos de saúde, o sistema de informação utilizado e as relações dos gestores com as unidades de saúde. Essas informações constituem o arcabouço da problemática imposta em relação à inexistência de um sistema de informação disponível nas unidades que se contemplasse a avaliação de desempenho econômico.

Caso 1 - Unidade José Sampaio

De acordo com Kaplan e Norton (1997), o nível de desempenho de aprendizagem e conhecimento faz parte da evolução e avaliação de eficiência de uma organização. Dessa maneira, torna-se importante como fator para a construção de um sistema de avaliação de desempenho, o perfil profissional do gestor da UBS,

Assim é importante o papel do gerenciamento dos recursos humanos. Motivação e reconhecimento são necessários para estabelecer o empenho e a dedicação e então, planejar e controlar as ações que possam desenvolver a unidade. Conseqüentemente, haverá melhora no desempenho institucional (PARISI, 2001; PEREIRA, 1993). Conforme o entrevistado, na unidade existe uma problemática envolvendo a motivação e reconhecimento aos funcionários, o que segundo ele é um problema para o desempenho da unidade.

É necessário um sistema de informação gerencial apoiado em dados reais e planejados. Para que se faça o acompanhamento e o controle das atividades, dos processos e dos recursos, este SI deve estar aliado ao perfil gerencial, às políticas de gerenciamento de recursos humanos e ainda dar suporte a necessidade de informações. Baseando-se na teoria de implementação de sistemas ERP's, Almeida (2004) estabeleceu um elenco de aplicativos que

devem estar contidos nos módulos de um sistema de informação para gerenciamento da saúde conforme quadro 11:

Módulos	Aplicativos
Administração do Sistema	Cadastro de Protocolos
	Cadastros Básicos
Financeiro e Contábil	Gerenciamento de Convênios
	Gerenciamento do Faturamento
	Fluxo de Caixa
	Contas a Pagar
	Contas a Receber
	Elaboração e Controle de Orçamento
	Contabilidade
	Custos
Gestão de Materiais	Almoxarifado
	Programação e Controle
	Compras
	Farmácia
	Patrimônio
Laboratórios, Exames e Diagnósticos	Controle Interno de Testes
	Interfaceamento com equipamentos
	Agendamento de Exames
	Manipulação e Armazenamento de Imagens
	Administração e Armazenamento de Laudos
Prescrição Médica	Controle de prescrição de medicamentos
	Controle de prescrição de soluções parenterais
	Controle de prescrição de dietas
	Controle de prescrição de sangue
Prontuário Eletrônico do Paciente	Consulta a cadastro do Paciente
	Consulta e registro de Prontuário
Controle de Atendimento	Registro
	Pronto Atendimento
	Emergência Obstétrica
	Ambulatório
Sistemas de Gestão	Indicadores de Desempenho
	Gestão de Recursos Humanos
	Business Intelligence
	Portal Interno/Intranet
Serviços de Apoio	Limpeza
	Manutenção e Engenharia
Portal do Paciente	Informações para o Público
Ensino e Pesquisa	Aplicativos de Análises às Bases de dados

Quadro 11. Módulos e Aplicativos necessários para um SIS

Fonte: adaptado de Almeida (2004, p.134)

Comparando o quadro 11 com as informações obtidas na análise do sistema disponível (Hygia Web®) e conforme mencionado na entrevista, no SI existem módulos

apenas para atendimentos e agendamentos, não contemplando gerenciamento de recursos econômicos e humanos.

Caso 2 - Unidade Maria Casagrande

A unidade conta com a Estratégia Saúde da Família (ESF), que tenta humanizar o atendimento. O papel formal da UBS é manter contato mais próximo da comunidade em que está inserida. A ESF é importante para o bairro e para a sociedade, pois segundo Corbo e Morosini (2005) e MS (2006) mantêm vínculos e, as famílias atendidas são mapeadas e visitadas, o que gera uma eficiência no sistema de saúde.

A teoria do ESF foi corroborada pelo estudo da Professora Maria José Bistafa Pereira (2008), da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da USP, onde afirma que as ESFs, no distrito Oeste do município de Ribeirão Preto, para a maioria dos usuários alcançaram melhor organização e um desempenho satisfatório no processo de atuação básica em saúde. Segundo a pesquisadora, os atributos para a avaliação foram: o acesso, a porta de entrada, o vínculo, elenco de serviços, enfoque familiar, coordenação ou integração de serviços, orientação para a comunidade e formação profissional.

As Unidades da Estratégia da Saúde da Família tem compromisso com a construção de um novo modelo de atenção, com a estruturação das práticas de saúde voltadas à família, enfatizando principalmente o seu espaço social de abordagem básica no atendimento à saúde, além da democratização do conhecimento do processo saúde-doença (PEREIRA, 2008).

Em consonância com a teoria e a pesquisa da professora, a entrevistada da UBS Maria Casagrande afirma que existe todo o processo de humanização e criação de vínculos para se buscar um melhor desempenho dos processos de saúde e, assim, reduzir a evolução de doenças. Existe também um processo de orientação às famílias, como pôde ser observado durante as visitas à unidade. Ressalta-se a importância do conhecimento do ambiente sócio-

econômico em que as pessoas desta região estão inseridas, para o entendimento do processo saúde-doença e, assim, alcançar a resolutividade.

Apesar de não se utilizar um SIS para avaliar a eficiência da unidade, o gestor busca ferramentas de mensuração e avaliação. Na unidade não existe ferramentas formais de avaliação de desempenho econômico. Entretanto, a entrevistada afirma que utiliza o indicador formal do SUS (indicador 156), que serve para monitorar o agendamento e remarcação de consultas.

A percepção da necessidade de sistemas mais adequados favorece um possível processo de mudança na organização (PEREIRA, 1993; ALMEIDA, 1996; PARISI, 2001). A entrevistada afirma que tem um grande interesse para entender os custos da unidade e, assim, poder gerenciar com maior clareza os recursos e tomar decisões baseadas em fatos concretos.

Caso 3 - Centro de Saúde Escola Joel Domingos Machado

O conjunto de organizações envolvidas no CSE é composto por seis diferentes instituições, conseqüentemente, diferentes vínculos empregatícios: a Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto; a Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência; o Hospital das Clínicas; a Secretaria Estadual de Saúde; a Secretaria Federal de Saúde; e as unidades da USP de Ribeirão Preto. Segundo Machado-da-Silva e Coser (2006), as relações entre pessoas de diferentes instituições dentro de um mesmo campo organizacional (no caso dentro de uma unidade), podem conter: conflito; competição; cooperação e relações de poder, os quais constituem interações que interferem nas definições da estrutura da organização.

O excesso de instituições, conforme a teoria de relações interorganizacionais, possui influência direta sobre as pessoas e os processos gerados dentro deste sistema (MACHADO-DASILVA, C. L; COSER, 2006). Assim constituiu um dos entraves para a administração do CSE, já que cada uma dessas instituições apresenta diferenças nos seus direitos e deveres

(conforme seção específica do CSE), na remuneração e nos benefícios dos colaboradores (apesar da diversidade dos recursos humanos levarem benefícios¹⁹ ao CSE).

Os recursos financeiros do CSE são provenientes de várias instituições. De acordo com o convênio (anexo F) firmado entre as instituições, todos os meses a prefeitura repassa para a FAEPA (para fins de custeio parcial das atividades do Núcleo de Saúde da Família) os valores correspondentes ao repasse realizado pelo Ministério da Saúde. Estes valores referem-se ao percentual da cobertura populacional atingida pelos serviços, de acordo com o Plano de Trabalho (anexo G) estabelecido em convênio com a SMS. Assim, os recursos provenientes da parte fixa do repasse do Piso de Atenção Básica, complementado pela parte variável, condiciona a transferência de recursos oriundos do Ministério da Saúde (Fundo Nacional de Saúde) ao Fundo Municipal de Saúde, em virtude da Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO, 2008a).

Portanto, além das restrições impostas pelos recursos financeiros existem impasses quanto às relações interorganizacionais, conferidas a gestão da organização. Para que a avaliação de desempenho seja eficaz é necessário um sistema de informação capaz de fornecer relatórios claros sobre dados e informações que auxiliem no processo de tomada de decisão (PEREIRA, 1993; CATELLI, 2001; PADOVEZE, 2001; ANTHONY; GOVINDARAJAN, 2002; ALMEIDA, 2001). No CSE existe o SIAB, conforme mencionado é um sistema de informação voltado ao cadastramento das famílias da Estratégia Saúde da Família, que está sendo pouco utilizado na unidade. Existe ainda o Hygia Web®, um sistema de informação contratado pela SMS, com o objetivo de melhorar o agendamento e o controle das consultas. No entanto, ambos os sistemas não possuem módulos de gestão que possibilitem um melhor processo de tomada de decisão. De acordo com a teoria, tais módulos são necessários para que se estabeleça um sistema de avaliação de desempenho econômico.

¹⁹ A diversidade cultural e das habilidades possibilitaram o desenvolvimento do CSE para o modelo atual de prestação de serviços.

Assim, ao analisar os SIs existentes no CSE verifica-se que não há a geração de relatórios capazes de apoiar decisões sobre recursos econômicos. A inexistência de um SI voltado para a gestão econômica torna-se um dos fatores complicadores para o processo de avaliação de desempenho econômico.

6.1 Considerações sobre as características das unidades de saúde e dos entrevistados

As análises dos relatos das três unidades estão dispostas a partir do Quadro 12. As primeiras informações dizem respeito às características dos principais respondentes da pesquisa. Nota-se que há certa uniformidade nos quesitos, principalmente no que se refere ao tempo de atuação no cargo e à formação acadêmica. O entrevistado do CSE é Doutor em Clínica Médica, conforme ilustrado no quadro 12.

	UBS José Sampaio	UBS Maria Casagrande	CSE
Tempo no cargo	8 anos	8 anos	2 anos
Formação acadêmica	Medicina	Enfermagem	Medicina
Pós-graduação	Não possui	Não possui	Doutorado em Clínica Médica
Cursos na área de gestão	Não possui	Não possui	Não possui
Atividade Profissional	Ginecologista	Enfermeira na própria unidade	Docente da FMRP/USP

Quadro 12. Dados dos principais respondentes

Fonte: Elaborado pela autora

Como pôde ser observado no quadro 12 o gestor do CSE possui menor tempo no cargo, isto se dá em virtude das características normativas do regimento interno da unidade, conforme mencionado no capítulo 5. No CSE os gestores são nomeados a cada dois anos e devem fazer parte do quadro de docentes da FMRP/USP. Observa-se que os demais gestores possuem oito anos no cargo, o que demonstra que mesmo com a troca de prefeitos ou de secretários estes cargos permaneceram inalterados. No CSE o principal executivo também é professor na FMRP/USP. Este fator é indispensável, pois, de acordo com as normas de

nomeação, é necessário ter vínculo com a Faculdade. O entrevistado da UBS Maria Casagrande também acumula função de atendimentos de enfermagem na unidade.

Conforme pode ser observado na tabela 5, as duas primeiras unidades possuem quantidades próximas de funcionários, entretanto existem diferenças na quantidade de pessoas na região da unidade e nos tipos de atendimentos a comunidade, a unidade Maria Casagrande apesar de possuir uma quantidade inferior de pessoas na região em que atua faz atendimentos do programa da ESF. A tabela 5 apresenta as principais características das unidades estudadas.

Tabela 5 - Dados gerais das unidades.

	UBS José Sampaio	UBS Maria Casagrande	CSE
Tempo de existência	15 anos	8 anos	28 anos
Número de Funcionários	43 funcionários	40 funcionários	252 funcionários
Serviços Oferecidos	Clínica Médica; Pediatria; Ginecologia e Obstetrícia; Enfermagem; Assistência Domiciliar; Odontologia; Programa de Integração Comunitária; Teste do Pezinho e Vacinação.	Clínica Médica; Pediatria; Ginecologia e Obstetrícia; Enfermagem; Assistência Domiciliar; Odontologia; Acompanhamento de famílias cadastradas; Teste do Pezinho e Vacinação. Estratégia Saúde da Família	Clínica Médica; Pediatria; Ginecologia e Obstetrícia; Enfermagem; Odontologia; Teste do Pezinho; Vacinação. Núcleos Saúde da Família Especialidades: Cardiologia; Saúde Ocupacional; Dermatologia; Eletrocardiograma; Fonoaudiologia; Infetologia; Oftalmologia; Programa de Hanseníase; Psicologia; Radiologia; Serviço Social. Pronto Atendimento
Número de Atendimentos (por mês)	1.600	1.000	15.3385
Quantidade de bairros na área de abrangência	5	5	10
População atendida (por habitantes aproximadamente)	17.000	10.000	150.000

Fonte: Elaborado pela autora²⁰

²⁰ Tabela elaborada a partir de dados obtidos na SMS, observações e nas entrevistas.

Também pode se observar que o número de bairros atendidos pelas unidades José Sampaio e Maria Casagrande é o mesmo, entretanto a população da unidade Maria Casagrande é inferior, isto ocorre em virtude da “idade” dos bairros atendidos. Os bairros em volta da unidade José Sampaio possuem número maior de pessoas e são mais antigos ao se comparar com os bairros de abrangência da unidade Maria Casagrande.

O CSE além atingir uma quantidade maior de pessoas, também atua com especialidades e pronto atendimento, já que se trata de uma unidade distrital de saúde. Conforme mencionado no capítulo 5 e pelos dados obtidos junto ao secretário municipal de saúde, a unidade é responsável pelo atendimento básico para a população de acordo com a localização e referência nas especialidades de alta demanda ambulatorial para todo o seu distrito de saúde. Vale ressaltar que esta diferenciação constituiu um dos critérios de seleção da unidade para a pesquisa, já que há um maior número de informações e estruturas a ser administrado. Segundo os dados obtidos em relatórios de acompanhamento de atendimentos, a unidade realiza em média 7.405 atendimentos de atenção básica.

Os aspectos das organizações pesquisadas serão analisados à luz das teorias apresentadas. Assim, faz-se necessário uma esquematização dos elementos importantes que fazem parte do sistema de avaliação de desempenho. No quadro 13 apresenta-se, de maneira resumida, uma relação entre os aspectos importantes identificados e as unidades pesquisadas.

Categoria	UBS José Sampaio	UBS Maria Casagrande	CSE
Indicadores de qualidade	Provenientes da Secretaria Municipal de Saúde	Indicador 156 e Indicadores próprios	Indicadores próprios
Política de qualidade	Provenientes da Secretaria Municipal de Saúde	Acompanhamento e controle das atividades para alcançar qualidade	Mantêm programas de acompanhamento e faz reuniões com funcionários e população freqüentemente
Metas e Estratégias	Estabelecidas pelos órgãos executivos	Além das metas estabelecidas pela SMS, mantêm metas para recursos humanos	Além daquelas estabelecidas pela SMS, também mantêm metas de acordo com convênios (pode ser alterado)
Importância da Avaliação de Desempenho Econômico	Sim, entende que é importante possuir avaliação de desempenho econômico	Sim, entende que é importante possuir avaliação de desempenho econômico	Sim, entende que é importante possuir avaliação de desempenho econômico
Ferramentas de Mensuração econômica	Não possui	Não possui, mas gostaria de ter	Possui controles em planilhas
O que se tem medido	Consultas e Faltas de pacientes	Desempenho dos funcionários, atendimentos, programas da unidade	Desempenho dos funcionários, atendimentos e alguns recursos financeiros
Controles de recursos	Não	Não (mantêm controle dos gastos do que está disponível)	Parcial, apenas dos recursos provenientes do SUS
Acesso às informações	Limitado às informações de atendimentos e pacientes	Limitado às informações de atendimentos e pacientes	Informações de atendimento, paciente, recursos humanos e financeiros
Grau de Autonomia	Limitada às atividades e operações na unidade	Limitada aos recursos humanos (realocação) e das atividades	Limitada aos recursos que controla; recursos humanos e atividades
Prestação de Contas à comunidade	Realizada pela SMS	Realizada pela SMS	Freqüentemente (mensalmente)

Quadro 13. Aspectos que influenciam o Sistema de Avaliação de Desempenho

Fonte: Elaborado pela autora

A partir do quadro 13 podem ser verificadas algumas informações importantes sobre o processo de gestão em cada unidade. Um dos itens interessantes está ligado à distinção entre os indicadores de qualidade em cada unidade. Apesar de todas elas estarem ligadas a SMS e possuírem o mesmo objetivo (atendimento de qualidade e resolutividade) utilizam diferentes tipos de indicadores de qualidade. Isto pode ocorrer em função das características organizacionais (mencionadas no capítulo 5) e também do tipo de gestão. Nota-se que a unidade José Sampaio segue os indicadores estabelecidos pela SMS, que são ligados às

agendas médicas, quantidade de atendimentos realizados e sua resolatividade. Nas demais unidades também são utilizados indicadores próprios, ou seja, os gestores estabelecem seus indicadores de acordo com a vivência na organização e com o que eles crêem que são as necessidades da população. Retomando Parisi (2001) observou-se que em nenhuma das unidades está presente o indicador por resultados econômicos, conforme vislumbra o modelo de gestão econômica.

Também pode ser observado que as políticas de qualidade se diferem para cada unidade. As unidades Maria Casagrande e CSE mantêm acompanhamento das atividades e estabelecem políticas de qualidade, planejando e controlando-as de acordo com suas percepções e experiências. No CSE também há participação de usuários e funcionários nas discussões para o estabelecimento de políticas de qualidade. Já na unidade José Sampaio são utilizadas as políticas estabelecidas pela SMS, mas o gestor também mantém o acompanhamento dos atendimentos.

Com relação às metas as unidades seguem aquelas provenientes a SMS. Entretanto, na Unidade Maria Casagrande existem metas para o desempenho dos recursos humanos, o que indica metas de produtividade. Já no CSE também existem metas estabelecidas pelos convênios, como pôde ser observado no plano de trabalho (anexo G). Todos os entrevistados entendem que existe a necessidade de avaliar o desempenho econômico, conforme tratado em cada caso individualmente, os entrevistados manifestaram interesse em ter o controle dos recursos para que a unidade possa ser avaliada por resultados econômicos.

Nota-se que em duas unidades não há ferramentas de mensuração, apenas no CSE o gestor mantém planilhas e gráficos com variáveis econômicas, como pôde ser observado durante uma visita à unidade. Entretanto, não possui uma ferramenta gerencial em sistema de informação. As unidades de maneira geral têm medido os números de atendimento e faltas de paciente, entretanto, na unidade Maria Casagrande também se mede o desempenho de

funcionários e o alcance de metas de programas estabelecidos na unidade (como campanhas e a estratégia saúde da família). Já no CSE também é possível se medir alguns recursos financeiros (aqueles que estão disponíveis na unidade, conforme já mencionado). Quanto ao controle de recursos os entrevistados alegam utilizar racionalmente os recursos disponíveis. Comparativamente o CSE é o único entre os casos que possui acesso às informações de recursos financeiros, além de informações de pacientes.

Quanto ao grau de autonomia na gestão todos os entrevistados assinalaram que é limitado. Na unidade Maria Casagrande é possível realocar os funcionários dentro da unidade (de acordo a avaliação do entrevistado). No CSE a autonomia é um pouco maior, o entrevistado possui autonomia sobre os recursos financeiros (ressalta-se apenas aqueles que são disponíveis pelo SUS). Com relação ao grau de transparência as unidades Maria Casagrande e José Sampaio têm apenas as prestações de contas mensais, trimestrais e anuais realizadas pela SMS. O CSE freqüentemente presta contas a comunidade.

Na seqüência serão analisados os elementos importantes para a implantação de um Sistema de Avaliação de Desempenho Econômico, conforme o objetivo geral desta pesquisa. De acordo com a teoria há necessidade do papel do líder na organização, bem como suas características de flexibilidade, adaptação, além da política de gerenciamento e capacitação dos recursos humanos. Também é importante a qualidade das informações e do sistema de informação para que se estabeleçam indicadores de desempenho e um processo de tomada de decisão estruturado. Por fim, estão descritos os elementos relativos ao processo de avaliação de desempenho econômico.

6.2 A presença de uma cultura organizacional que privilegie a flexibilidade

As organizações desenvolvem sua própria cultura. O arcabouço de elementos se desenha a partir da aprendizagem adquirida no processo de solucionar problemas externos e internos. Segundo Morgan (1996, p. 115) “(...) a cultura refere-se tipicamente ao padrão de

desenvolvimento refletido nos sistemas sociais de conhecimento, ideologia, valores, leis e rituais cotidianos.”

A flexibilidade no contexto organizacional envolve modificações no comportamento das pessoas, nas estratégias, nos recursos ou tecnologias. Para todo processo de mudança, é necessário um gerenciamento de pessoas que mantenha o alto nível de motivação. O desafio da mudança não está no fato da tecnologia alterada, mas sim nas pessoas que lidam com ela e na cultura organizacional que deve renovar os valores para gerar vantagens competitivas (HERZOG, 1991 apud WOOD JR., 1995).

Nas organizações, o agente de mudanças é conhecido como empreendedor, que sempre está disposto a inovar e criar estratégias e situações que promovam o desenvolvimento organizacional. A adaptação das pessoas aos novos procedimentos de uma organização depende das características da postura e do papel dos gestores, pois isto reflete a maneira como se lida com tais mudanças e com as pessoas.

Em muitas organizações, a implementação de um sistema de avaliação de desempenho na programação e no controle da organização, significa uma mudança no processo de atendimento e na forma como os departamentos envolvidos interagem. Os autores dessa área avaliam que, transformações bem sucedidas baseiam-se em um elemento no qual a mudança não acontecerá facilmente. De acordo com Kotter (1997) algumas etapas são necessárias para que a mudança seja eficaz. O quadro 14 resume estas etapas:

1 Estabelecimento de um senso de urgência <ul style="list-style-type: none"> • Exame do mercado e das realidades dos concorrentes • Identificação e discussão das crises, das crises potenciais ou de oportunidades fundamentais
2 Criação de uma coalizão administrativa <ul style="list-style-type: none"> • Formação de um grupo com autoridade suficiente para liderar a mudança • Motivação do grupo para que trabalhe junto, como um time
3 Desenvolvimento de uma visão e estratégia <ul style="list-style-type: none"> • Criação de uma visão para ajudar a direcionar o esforço de mudança • Desenvolvimento de estratégias para concretizar essa visão
4 Comunicação da visão da mudança <ul style="list-style-type: none"> • Uso de cada veículo possível para comunicar constantemente a nova visão e estratégias • Fazer a função da coalizão administrativa, modelar o comportamento esperado dos funcionários
5 Como investir de <i>empowerment</i> os funcionários para ações abrangentes <ul style="list-style-type: none"> • Eliminação dos obstáculos • Mudança de sistemas ou estruturas que minem a visão da mudança • Encorajamento para correr riscos e usar idéias, atividades e ações não tradicionais
6 Realização de conquistas a curto prazo <ul style="list-style-type: none"> • Planejamento de melhorias visíveis no desempenho, ou conquistas • Criação dessas conquistas • Visível reconhecimento e recompensa do pessoal que tornou as conquistas possíveis
7 Consolidação de ganhos e produção de mais mudanças <ul style="list-style-type: none"> • Uso da maior credibilidade para mudar todos os sistemas, estruturas e políticas incompatíveis e que não se adequam à visão de transformação • Contratação, promoção e desenvolvimento do pessoal que possa programar a visão de mudança • Revigoração do processo com novos projetos, temas e agentes de mudança
8 Estabelecimento de novos métodos na cultura <ul style="list-style-type: none"> • Criação de um melhor desempenho por meio de um comportamento voltado para o cliente e a produtividade, de uma liderança mais forte e melhor e de um gerenciamento mais eficaz • Articulação das conexões entre os novos comportamentos e o sucesso organizacional • Desenvolvimento de meios para garantir o desenvolvimento e sucessão da liderança

Quadro 14. Etapas do processo de mudança

Fonte: adaptado de Kotter (1997)

Tendo por base as etapas descritas no quadro 14, buscou-se, dentre as unidades estudadas, aquelas que possuíam uma cultura organizacional que privilegiasse a flexibilidade para a mudança e a relação desse aspecto com a avaliação da organização.

Segundo Oliveira (2004) há organizações que possuem a estratégia de estabilidade e tendem à manutenção do estado atual. Em virtude desse comportamento, pode haver uma maior dificuldade em se adaptar a novos modelos de avaliação. Um dos entrevistados afirmou que, antes de implantar processos de mudanças é necessário que haja reconhecimento e programas de motivação de funcionários por parte da SMS.

Existem problemas em relação à política de recursos humanos e à motivação de funcionários na unidade José Sampaio, de acordo com as observações durante as visitas realizadas na unidade. Conforme já mencionado, o entrevistado da unidade declara que não existe reconhecimento por parte do poder executivo municipal.

Na UBS Maria Casagrande existe a busca contínua por novos desafios e melhores desempenhos. A entrevistada relata que busca por aperfeiçoamento e procura comportamentos e atitudes que se adaptem as necessidades. Assim, de acordo com Parisi (2001) e Almeida (1996) esse aspecto comportamental é importante para a busca por métodos de avaliação. Nessa unidade está presente uma cultura organizacional propícia a flexibilidade e conseqüentemente as possíveis mudanças.

Conforme relatórios de gestão (anexo H) o CSE, demonstra que a cultura da flexibilidade e conseqüentemente da mudança parece estar implantada. Além do relatório o gestor afirma que, mudanças na empresa não assustam mais e os funcionários já se adaptaram à cultura de que é importante mudar para que haja melhorias. O gestor do CSE teve um papel importante nesse contexto, pois idealizou uma nova estrutura da organização e a desenvolveu de forma consistente com esta visão. Pôde-se identificar na unidade alguns itens propostos por Kotter (1997), como por exemplo, fortalecimentos dos processos de comunicação; reuniões constantes com grupos de melhoria; contratação e desenvolvimento do pessoal de acordo com o perfil desejado; mudança de sistemas ou estruturas que minem a visão da flexibilização; entre outros.

6.3 A influência dos líderes no processo de melhoria do desempenho

De acordo com Trevizan, Shinyashiki e Mendes (2002, p. 5) “a liderança (...) na era do capital humano, é relação entre líder e liderados, cujo foco é o desenvolvimento e a

exploração do potencial do trabalhador nas dimensões pessoais e profissionais”. Trata-se de um processo de relações humanas no qual se estabelece direção para a organização.

Para Lafoz (1996) os líderes necessitam de competência gerencial, fazer e o saber fazer, para evitar desperdícios e produzir respostas às necessidades apresentadas pela sua população. Segundo Kotter (1997), os esforços para melhoria do desempenho, por meio da implementação de novas ferramentas gerenciais, ajudaram algumas organizações a se adaptarem às mudanças e à aprimorarem sua posição competitiva e de outras organizações. Afirma, também, que sem uma liderança forte e consciente de suas responsabilidades, as organizações não conseguem implementar mudanças bem-sucedidas e, assim, não alcançam eficiência e eficácia. Em consonância Trevisan et al (2001) afirma que a liderança é um processo que integra competências, habilidades e talentos que devem ser aprendidos e incorporados, integrando líderes e liderados.

O envolvimento nos processos de melhoria é fundamental, pois, internamente, eles são responsáveis pela eliminação das divergências entre as áreas e por garantir o alinhamento entre as estratégias funcionais. Além disso, os funcionários estarão próximos às atitudes da alta administração.

Os entrevistados das organizações estudadas alegaram a existência de uma Comissão Local de Saúde. Esta comissão tem como finalidade o envolvimento nos processos de melhoria e de auxílio na elaboração e na avaliação de metas, elevando os processos de discussão para a qualidade das unidades. No caso do CSE essas discussões têm sido constantes e têm gerado melhorias nos processos da organização, conforme demonstra o relatório de gestão (anexo H). No caso da UBS Maria Casagrande, notou-se pelas observações que esta comissão ainda não está funcionando. Assim a entrevistada busca por novos instrumentos para o envolvimento dos profissionais de sua unidade no processo de melhoria e eficiência. Já na Unidade José Sampaio, conforme já descrito neste trabalho, o entrevistado

busca junto às pessoas o envolvimento nas ações, mas alega que há problemas na política de motivação e segundo ele reduz a participação das pessoas em campanhas, por exemplo.

Conforme Parisi (2001) o modelo de gestão é determinante do bom desempenho e da maneira de agir da organização. Seus princípios devem estar refletidos no Sistema de Informação do GECON. Assim o comportamento do líder influencia diretamente no processo de melhoria do desempenho.

6.4 Programas de capacitação e qualificação dos profissionais

O treinamento, que é um dos fatores da política de recursos humanos, é utilizado com o objetivo de desenvolver a aprendizagem de novas habilidades e a ampliação daquelas já existentes, focando mais intensamente seu capital humano (CAMPOS et al, 2004).

Os programas de capacitação e qualificação dos profissionais têm por objetivo contribuir para o alcance de metas gerais das organizações. Assim, os funcionários e seus superiores são sensibilizados da necessidade de retorno para o desempenho da organização, traduzido em melhores resultados, eficiência, eficácia e qualidade (LIMA, 2000). Borges-Andrade (2002) complementa que os treinamentos também proporcionam à adaptação dos funcionários à introdução de novas tecnologias no trabalho.

Ainda existem programas de desenvolvimento, que tem como finalidade aumentar a eficácia genérica dos gestores e prepará-los para maiores responsabilidades (STONER; FREEMAN, 1985). Para Oliveira e Vanalle (1999) esses programas envolvem a organização como um todo na aquisição da eficiência presente e futura, por meio do desenvolvimento de hábitos, conhecimentos e atitudes.

Segundo Ferreira (2004, p. 70) “é consenso, entre os vários profissionais que administram as UBS’s, a necessidade de capacitação de recursos humanos para a função gerencial.” A capacitação dos recursos humanos das UBS’s deverá considerar elementos que

englobem a avaliação do sistema local de saúde, a reorganização dos seus serviços e a operação dessas unidades (FERREIRA, 2004).

O CSE conduz um programa de desenvolvimento e treinamento de seus funcionários. Estão presentes na organização grupos para desenvolvimento de melhorias. São feitas identificações e a análises das necessidades da organização e, então, se planeja o treinamento, executando-o de forma que seus resultados possam ser monitorados e avaliados, de modo a atingir suas metas, conforme pode ser observado no anexo H.

Nas duas outras unidades existem programas de treinamentos oferecidos pela Secretaria Municipal de Saúde. Na Unidade Maria Casagrande os funcionários, principalmente aqueles que trabalham nas ESF, foram treinados. Já na UBS José Sampaio o entrevistado levantou que há problemas com a programação dos treinamentos e com os programas de qualificação. Segundo ele, os treinamentos são programados no mesmo período de trabalho, o que dificulta a participação e a liberação dos funcionários.

As organizações que investem na capacitação de seus funcionários podem obter vantagens em relação à produtividade, aos custos, à qualidade, à redução na rotatividade de pessoal e à flexibilidade dos empregados. Equipes mais entrosadas e informações com mais qualidade, são outras vantagens desse treinamento.

6.5 Qualidade do sistema de informações gerenciais

Informações incorretas geram decisões incorretas. Conforme literatura, a informação auxilia no processo decisório, pois quando devidamente estruturada é importante para a organização. O modelo GECON propõe um processo decisório fundamentado na maximização da eficiência do processo de conversão de recursos, ou seja, nas decisões administrativas que visem à estruturação de recursos, de modo a criar possibilidades de execução com melhores resultados (PARISI; NOBRE, 2001).

O GECON tem como premissa a geração de informações sob medida para os gestores, como meio de subsidiar o processo de tomada de decisão. O fluxo de informação deve atender às necessidades em diferentes momentos da ação gerencial. As informações são requeridas de maneira específica, para que sustentem a etapa do planejamento estratégico, no processo de seleção de alternativas e na mensuração do resultado econômico (CATELLI et al, 2001).

Complementando as análises realizadas no SIS (e na revisão bibliográfica sobre o tema), nas unidades pesquisadas não há ferramentas que auxiliem no processo de tomada de decisões internas. O sistema informatizado não permite que os relatórios de gestão sejam desenvolvidos utilizando proposições não tradicionais. O SIS instalado possui módulos importantes sobre pacientes. As salas de consulta possuem microcomputadores para que os médicos possam acessar dados dos pacientes e também inserir dados sobre a consulta, no entanto este último ainda não está acontecendo.

Conforme já apresentado, este SIS tem como essência o gerenciamento de informações sobre pacientes e agendamento, mas não de gerenciamento de informações para apoio de tomada de decisão. No Hygia Web® não há a utilização de todos os módulos (conforme exposto no capítulo 5), o que de acordo com Corrêa, Giansesi e Caon (2007) isto ocorre comumente em sistemas de informação contratados e não adaptados.

6.6 Sistematização do processo de avaliação de desempenho pelo modelo GECON

Sistematicamente, conforme literatura já apresentada, o processo de avaliação de desempenho ocorre em dois níveis:

a) informativo, por meio da obtenção, do tratamento e da comunicação de informações sobre desempenho apontando efeitos das decisões dos gestores;

b) gerencial, por meio da interpretação e conclusão das informações, visando novas tomadas de decisões (PEREIRA, 2001).

O modelo de gestão econômica tenta suprir necessidades informativas para avaliação de desempenho econômico, pois há processamento de alguns *inputs* para gerar certos *outputs*, de forma integrada com o sistema de informação e gestão, conforme representado na figura 10. Dentre os *inputs* estão as transações relativas às atividades que devem ser mensuradas envolvendo a quantificação dos planos, materializada em padrões do que foi orçado e do realizado (sistemas de orçamentos e padrões), e a quantificação do desempenho realizado (sistema contábil).

Ao mesmo tempo em que os desempenhos vão ocorrendo, os planos e orçamentos devem ser ajustados. A partir disso são emitidos relatórios que deverão ser interpretados pelos gestores e se pode concluir sobre as qualidades (eficiência e eficácia) dos desempenhos, conforme apresentado pela figura 10. Para tanto é necessário que os gestores possuam conhecimento dessas informações e acesso a elas, o que corrobora a necessidade de autonomia no processo de gestão das unidades.

Entretanto, dentre as unidades pesquisadas apenas o CSE conhece parte das informações sobre recursos financeiros. O CSE tem acesso aos recursos disponíveis pelo SUS e tem conhecimento e controle dos gastos via tesouraria da FMRP. Com os recursos disponíveis o entrevistado afirma que consegue efetuar reformas; reposição de pequenos materiais; conserto e manutenção de equipamentos etc. Dessa maneira, segundo suas informações e o relatório de gestão (anexo H) foram realizadas melhorias na organização. Mas, conforme mencionado no item “Análise da visão do gestor”, a autonomia para gestão e execução de todos os recursos é limitada.

Todos os entrevistados afirmaram que acham importante o conhecimento das informações sobre recursos (orçamentos, custos), mas também é importante que se tenha autonomia para alocação destes de acordo com os preceitos da gestão pública (SUS) e com as necessidades de qualidade de cada organização. Por meio de relatórios de custos

disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde e pela entrevista com o secretário da SMS identificou-se certa dificuldade de apuração dos custos para cada unidade, principalmente no Distrito Oeste em que as unidades possuem funcionários com vínculos institucionais diferentes, o que dificulta a alocação dos custos com mão de obra.

Conforme mencionado no capítulo 5, existem dificuldades no entendimento e na clareza das contas por unidade. Um dos entrevistados também levantou este problema e alegou que quando existem reuniões para discussão da prestação de contas, não é possível identificar quão bem ou quanto é eficiente os gastos nas organizações. Isto confirma a teoria de Olak (2000) na qual discorre sobre a dificuldade da apresentação de relatórios de eficiência de alocação de recursos em organizações públicas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo apresentam-se as conclusões da pesquisa e suas implicações, procura-se retomar os objetivos do trabalho, e alguns aspectos teóricos, para que sejam relacionados à análise de resultados. São tecidas algumas considerações a respeito da importância das especificidades dos sistemas de avaliação de desempenho econômico para as unidades básicas de saúde, além dos resultados obtidos na pesquisa e suas limitações.

Vale ressaltar que, Sistemas de Informações para Saúde é um assunto pouco explorado por pesquisadores e empresas desenvolvedoras de software, apesar de nos últimos anos ter aumentado o número de empresas interessadas em SIS (ALMEIDA, 2004). Entretanto, esta baixa exploração do tema não demonstra a importância do assunto, já que organizações de saúde possuem características operacionais que necessitam da manipulação de uma grande quantidade de informações.

Quanto ao tema Avaliação de Desempenho Econômico, existe uma exploração maior, entretanto, bem focalizada em algumas teorias. Mas quando trata-se de avaliação de desempenho econômico para organizações de saúde esta exploração bibliográfica torna-se mais restrita. A pesquisa bibliográfica revelou uma ausência de literatura que trate as teorias sobre ERP e Avaliação de Desempenho Econômico de maneira adaptada para setores específicos, como é o caso da saúde pública. Existem estudos voltados aos Sistemas Integrados de Gestão que contemplem ambas as teorias, mas focalizam aplicativos específicos (conforme mencionado ao longo deste estudo), como informações sobre agendamento e pacientes.

É importante salientar que tais aplicativos são necessários e fazem parte da avaliação da organização, mas um sistema de avaliação de desempenho deve ser observado também, por sua capacidade de tornar a gestão da organização de saúde mais eficiente e eficaz. Trata-se de uma ferramenta de acompanhamento, controle e planejamento de processos, e de alocações de

recursos. Assim, um sistema de avaliação de desempenho é um importante instrumento para o gestor na tomada de decisão.

A preocupação em realizar uma separação teórica inicial entre organizações de saúde, sistemas de informações em saúde, avaliação de desempenho econômico e entre a observação prática das organizações pesquisadas demonstraram que, apesar de realmente existir informações de interesses diversos, para os gestores de organizações prestadoras de serviços públicos de saúde, as organizações estão, na maioria das vezes, unidas por informações de interesse comum.

A diversidade de informações e a proximidade entre elas colaboram para o enriquecimento das bases de dados e para as discussões (tanto operacionais como médicas), já que a partir da consolidação de dados e das informações, pode ocorrer evolução das discussões e, assim, da resolutividade.

Além destes aspectos, o envolvimento de diversos tipos de profissionais (médicos, enfermeiras, dentistas, agentes administrativos etc.) na execução, no acompanhamento e no controle de processos, que envolvem informações de pacientes e procedimentos organizacionais, gera maiores fluxos informacionais. A entrevistada da UBS Maria Casagrande salientou a importância das discussões citadas.

Os casos estudados foram: Unidades de Atenção Básica à Saúde, sendo que entre elas está um Centro de Saúde Escola que possui, além da Atenção Básica, um Pronto Atendimento, especialidades e, ainda, recursos provenientes de várias instituições; uma Unidade de Atenção Básica que atende apenas a demanda espontânea e os agendamentos; e um último caso de estudo, trata de uma Unidade de Estratégia da Saúde da Família.

Dessa maneira procurou-se garantir as diferenças organizacionais entre os casos estudados, como forma de enriquecer os dados obtidos. Com o objetivo de auxiliar na comparação entre os casos pesquisados, foi adotado um mesmo formato em todos eles,

estruturados da seguinte forma: a) uma caracterização da unidade estudada; b) uma caracterização do sistema de informação utilizado; c) análise da visão do gestor.

A partir das comparações das estruturas organizacionais, do sistema de informação disponível para as unidades e dos dados obtidos junto a Secretaria Municipal de Saúde foi possível identificar a problemática e os fatores que estão envolvidos na ausência de um sistema de avaliação de desempenho econômico nas unidades. Dessa forma, foi possível perceber sobre as necessidades estruturais e de aplicativos no sistema de informação.

As informações apresentadas na análise comparativa entre os casos estudados procuraram atender aos objetivos gerais e específicos, delineados na primeira parte do trabalho. Conforme já foi informado, o objetivo geral da pesquisa é investigar as características organizacionais e informacionais que afetam a implantação de um sistema de avaliação de desempenho econômico nas unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto.

Assim, a investigação desses fatores é apresentada na análise das informações obtidas. Toda a pesquisa de campo, acompanhada das análises dos casos expostos (individualmente), também segue as orientações:

- investigar o papel das unidades básicas de saúde no âmbito do SUS e da sociedade;
- analisar as características de um sistema de informação em saúde;
- avaliação de desempenho econômico para organizações de saúde;
- investigação de como deveria ser o sistema de avaliação de desempenho econômico baseado na teoria GECON;
- caracterizar o sistema de informação disponível em unidades básicas de saúde;
- verificar ferramentas de mensuração de desempenho.

Atendendo os pressupostos da pesquisa, foi levantada qual a função das organizações na sociedade e, pelo estudo, pôde-se perceber que as unidades possuem um papel de fundamental importância na prestação de serviços de saúde às pessoas. As organizações fazem parte de um complexo ambiente cultural e socioeconômico, próprios de cada região que prestam serviços. Além disso, pôde ser constatado que os gestores, das Unidades, têm conhecimento da importância da unidade para a sociedade local.

Foi possível verificar as influências políticas na forma de estruturação das organizações de saúde, o que, conseqüentemente, influencia no desempenho da organização. Retomando Choo (1998) a tomada de decisão é baseada em regras e procedimentos, métodos e normas, e, ainda, estabelecem valores que influenciam a escolha da organização. A aliança entre cultura, comunicação e consenso melhora a eficiência e a tomada de decisões, conforme representado na figura 2.

As atitudes devem ter origem em um processo sistematizado, que envolve o estudo do problema a partir de um levantamento de dados, de produção de informação, de estabelecimento de propostas de soluções, de escolha da decisão, da viabilização e da implementação da decisão, bem como da análise dos resultados obtidos (GUIMARÃES; ÉVORA, 2004).

Assim, relacionando a literatura ao ambiente pragmático, e às informações obtidas nas entrevistas e nas observações, é importante que se tenha um bom grau de autonomia que seja suficiente para lidar com as informações, com os recursos e, assim, construir um processo de controle, de decisão e de avaliação da organização, conforme representado na figura 10.

Dessa maneira, retomando a teoria GECON, os conjuntos de crenças e valores norteiam o processo de gestão da organização (PEREIRA, 2001). Portanto, o processo de avaliação de desempenho econômico compreende os planejamentos estratégico e operacional; a execução e o controle de operações que estejam apoiados em um sistema de informação

voltado para atender as necessidades dos gestores, no processo de tomada de decisão, processo esse representado pela figura 10.

Além desses aspectos, baseando-se na análise das informações obtidas e na literatura de Davenport (1998), é necessário identificar competências informacionais, concentrar-se na gestão de informações (relacionadas a tipos específicos de conteúdos da informação), atribuir responsabilidades e criar uma rede de trabalho responsável pelo comportamento informacional. Conforme o autor, os problemas do gerenciamento da unidade devem ser apresentados a todos, buscando ferramentas para solucioná-los e agir pró - ativamente. Diante desses fatores, é possível verificar que a informação é mais um recurso para os gestores e que, os profissionais envolvidos nas atividades, também precisam se responsabilizar pela sua coleta, organização, distribuição e disponibilização.

Compatibilizando com a teoria GECON, um sistema de informação deve responder às demandas e necessidades dos diversos serviços nas unidades, para, assim, fornecer relatórios capazes de auxiliar os gestores na avaliação da eficiência, eficácia e qualidade da organização. A partir das análises das ferramentas, dos aplicativos e dos módulos do sistema de informação disponível nas unidades pesquisadas, conclui-se que, o sistema de informação não consegue estabelecer vínculos de informações para a tomada de decisão.

A resolatividade também poderia ser gerenciada por um ERP adequado, no qual o processo de agendamento, atendimento e encaminhamento seriam acompanhados de tal maneira, que estas informações subsidiariam o gestor e possibilitariam uma melhor avaliação do atendimento e das necessidades reais de encaminhamento. De acordo com o ex-secretário de saúde do município de Ribeirão Preto, Dr. José Sebastião dos Santos: “Casos, algumas vezes simples, que poderiam ser resolvidos pelo próprio médico do posto, são encaminhados para um especialista. (...) Você joga o paciente para uma fila de espera, faz ele ficar esperando

meses às vezes" (RIBEIRO, 2008). Com um SIS eficiente tais situações poderiam ser gerenciadas e reduzidas.

O SIS Hygia Web®, apesar de ter melhorado todo o processo de informação sobre pacientes, e de ter conseguido estabelecer certa transparência no que se refere ao paciente, ainda não dispõe de ferramentas necessárias para uma Tecnologia de Gestão (conforme exposto pela teoria GECON). Nesta tecnologia de gestão são disponibilizados aos gestores, um conjunto de instrumentos que viabilizam a implementação de mudanças nos processos de gestão. Com ferramentas mais completas, obter-se-ia resultados concretos da administração de uma unidade de saúde. Assim pode-se afirmar que nas unidades pesquisadas não existe um SI compatível com os pressupostos teóricos e que correspondam a realidade organizacional e de informações.

Retomando os preceitos GECON o propósito da avaliação de desempenho é servir de ferramenta ao processo de gestão, emitindo relatórios que possibilitem uma melhor tomada de decisão por parte dos gestores, conforme figura 10. Então, é necessário que a organização possua: um sistema de gestão bem definido, um sistema de informação e um processamento de dados. A avaliação de desempenho, baseada no modelo GECON, é um processo de controle, que objetiva assegurar a eficácia da organização.

Por fim, conforme já exposto, o modelo GECON necessita de um processo de planejamento de gestão econômica, que contemplem os planejamentos estratégico e operacional, a execução e o controle de atividades, os recursos financeiros e os humanos. Portanto, é preciso uma estrutura organizacional adequada ao tipo de prestação de serviços. Também se faz necessário o estabelecimento de estratégias e indicadores que devem ser controlados pelos gestores. Dessa maneira, conclui-se que nas unidades a necessidade de um processo de planejamento que contemple as etapas necessárias do modelo GECON conforme exposto acima.

As informações obtidas foram apresentadas, primeiramente, pelas análises individuais dos casos estudados e, em seguida, pela análise conjunta com comparações entre esses dados. No que tange às necessidades do modelo GECON (com relação às organizações de saúde), tais análises foram importantes para a compreensão do objeto de estudo.

Salienta-se que a pesquisa é do tipo exploratório, não tendo pretensão de efetuar comentários conclusivos. As considerações expostas têm como objetivo relatar fatos constatados tanto nas organizações pesquisadas como nas referências da literatura, visando contribuir com futuras pesquisas nesta área.

Assim, levando em consideração os casos estudados, pode-se responder ao problema de pesquisa, afirmando que existem vários entraves estruturais na organização pública da saúde do município de Ribeirão Preto. Estes problemas referem-se: às informações (de uso clínico; gerenciais e do sistema de saúde) geradas e gerenciadas; ao grau de autonomia por parte dos gestores; à ineficiência no sistema de informação de saúde (disponível para os gestores) e, por fim às políticas de qualidade e desempenho, as quais são inexistentes, no que tange aos aspectos econômicos. Acrescenta-se ainda a necessidade de implementar cursos de aprimoramento com ênfase em gestão de saúde.

Portanto, o *accountability* na gestão pública é um instrumento importante para a população atendida, pois a prestação de contas ao público é inerente ao processo de avaliação de desempenho. Adicionado a isto, cabe aos pesquisadores acadêmicos a responsabilidade pela produção científica que poderiam amparar gestores públicos na tomada de decisões.

7.1 Limitações do Estudo

Para delimitar o potencial das contribuições apresentadas pelo trabalho, é importante destacar que trata-se de um estudo de casos múltiplos, em que algumas poucas organizações são pesquisadas em profundidade para responder à pergunta de pesquisa. A investigação é

interessante para compor conceitos que não sejam bem delimitados, analisando elementos estruturais nas organizações estudadas até que se aproxime da exaustão das variáveis desejadas.

Assim, os resultados não podem ser generalizados e não é possível realizar pesquisas quantitativas, por não haver amostra estatística significativa. Também, não se faz investigações tão aprofundadas quanto em casos individuais. Entretanto, pela proposta desse trabalho é necessária uma síntese dos casos estudados, os quais restringem os resultados obtidos por outras organizações não estudadas. As análises efetuadas neste estudo estão ligadas ao tipo de gestão da saúde no município de Ribeirão Preto.

Além disso, não foram realizadas pesquisas de satisfação dos usuários do sistema de informação em saúde, e nem dos usuários do sistema de saúde das organizações estudadas. Como já abordado anteriormente não foram realizadas análises quantitativas de dados financeiros das organizações, em virtude da metodologia utilizada na apuração de custos.

7.2 Sugestões para Estudos Futuros

Com o intuito de contribuir para o desenvolvimento do referencial sobre avaliação de desempenho econômico são sugeridos temas para estudos futuros que estejam relacionados à Atenção Básica. Pesquisas sobre o tema em outras unidades de saúde são recomendáveis, com a finalidade de compreender e expor as ferramentas de avaliação econômica, dos investimentos públicos, em organizações públicas brasileiras voltadas à Atenção Básica.

Políticas voltadas ao clima organizacional para a atenção básica à saúde, pois trata-se de um fator importante no desenvolvimento de recursos humanos pró-ativos. Estudos comparativos também podem ser sugeridos, ou seja, pesquisas a respeito da comparação do desempenho econômico entre atendimento básico público e entidades privadas. Ainda podem

ser realizadas pesquisas para analisar o custo de oportunidade²¹ do capital investido pela sociedade, pois, tais pesquisas, permitem analisar o quanto do investimento público é devolvido para a sociedade.

Recomenda-se, também, a exploração do tema *Balanced Scorecard* como instrumento de mensuração de desempenho econômico para entidades públicas de saúde. Por fim, podem ser indicadas investigações sobre a geração de ineficiência do desempenho econômico, tendo por base a baixa resolutividade na prestação de serviços de saúde.

²¹ Os custos de oportunidade são “custos associados com as oportunidades que serão deixadas de lado, caso a empresa não empregue seus recursos em sua utilização de maior valor possível” (PINDYCK E RUBINFELD, 2002, p. 202).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Eduardo Fonseca de. *Sistemas de Informações para organizações hospitalares: estudo multi-caso*, 2004. 154 f. Dissertação de Mestrado em Administração – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

ALMEIDA, Lauro Brito de. *Estudo de um modelo conceitual de decisão, aplicado a eventos econômicos, sob a ótica da gestão econômica*. Dissertação Mestrado em Controladoria e Contabilidade – FEA São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

_____. Sistema de Informação de Gestão Econômica. In: CATELLI, A. (Org.). *Controladoria: uma abordagem da gestão econômica*. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2001.

ANDRÉ, A. M.; CIAMPONE, M. H. T.. Desafios para a gestão de Unidades Básicas de Saúde. *Revista de Administração em Saúde*, São Paulo, v. 9, n.34, p. 16-21, jan/mar. 2007.

ANTHONY, Robert N., GOVINDARAJAN, Vijay. *Sistemas de Controle Gerencial*. São Paulo: Editora Atlas, 2002.

ANTHONY, Robert N.; HERZLINGER, Regina E. *Management Control in Nonprofit Organizations*. Illinois: Richard Irwin Inc, 1980.

ARAÚJO, Adriana M. Procópio de; ASSAF, Alexandre. *Introdução à Contabilidade*. São Paulo: Atlas, 2004.

ARRETCHE, Marta. *Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização*. Rio de Janeiro: Revan; São Paulo: FAPESP, 2000.

BARBOSA, P. R. Gestão de hospitais públicos: maior autonomia gerencial, melhor performance organizacional com apoio em contratos de gestão. *Revista do Serviço Público*, Brasília, v.120, n.2, p.629-643, maio/ago. 1996.

BOADEN, Ruth; ZOLKIEWSKI, Judy M.. Process analysis in general medical practice: a new perspective? *International Journal of Health Care Quality Assurance*, v.1 (4), p. 117-122, 1998.

BODSTEIN, Regina. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciência & saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002

BOGDAN, R.C.; BIKLEN, S.K. *Qualitative research for educations: an introduction to theory and methods*. Boston: Allyn and Bacon, 2003.

BONACIM, Carlos Alberto Grespan. *O Cálculo do Valor Econômico Agregado à Sociedade por Hospitais Universitários Públicos: um Estudo de Caso no Hospital das Clínicas da FMRP-USP*. 2006. 157 f. Dissertação (Mestrado em Controladoria e Contabilidade) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 2006

BORBA, Gustavo S. et al. “Saúde Integrada? Um Estudo Exploratório obre o uso de Sistemas Integrados de Gestão (ERP) nos Hospitais Gaúchos”. *Anais do XXVII ENANPAD* 2003.

BORGES-ANDRADE , J. E.. Desenvolvimento de medidas em avaliação de treinamento. *Estudos de Psicologia*, Natal, v.7, p. 31-43, 2002. Numero especial.

BRANCO, M. A. F. Sistemas de informação em saúde no nível local. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 2, n.12, p. 267-270, abr./jun. 1996.

BRASIL. Lei Complementar nº 101, 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. *Tesouro Nacional*. Brasília, DF, 5 maio 2000. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/43/2000/101.htm>>. Acesso em: 10 dez. 2008.

_____.Lei nº 8.080/90, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Casa Civil*. Brasília, 20 de set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>.Acesso em 1 abr 2007.

_____. Constituição (1988). Constituição Federal, alterando e inserindo parágrafos. *Lex - Coletânea de Legislação e Jurisprudência: legislação federal e marginalia*, Brasília, Congresso, 2004.

_____. Constituição (1988). Emenda Constitucional nº 19, de 4 de junho de 1998. Dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades. *Lex - Coletânea de Legislação e Jurisprudência: legislação federal e marginalia*, Brasília, 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc19.htm>. Acesso em: 10 dez. 2008.

_____. Constituição (1988). Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Define os percentuais mínimos de aplicação em ações e serviços públicos de saúde. *Lex - Coletânea de Legislação e Jurisprudência: legislação federal e marginalia*, Brasília, 2000. Disponível em: <<http://www.receita.fazenda.gov.br/Legislacao/Emendas/emenda0292000.htm>>. Acesso em: 3 abr 2007.

_____. *Comissão Nacional da Reforma Sanitária* (1986). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_07.pdf>. Acesso em: 10 dez 2008

_____. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Regulamenta a implantação do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA / SUS. Resolução nº 228, 6 de agosto de 1990. *Lex - Coletânea de Legislação e Jurisprudência*, Brasília, p.1-12, ago., 1990.

_____. Ministério da Administração e Reforma do Estado. *Agências Executivas*. v. 9. Brasília: MARE, 1998.

_____. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde. *Ministério da Saúde*, Brasília, 1996. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html> Acesso em: 10 dez 2008

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Inclui doenças na relação nacional de notificação compulsória, define doenças de notificação imediata. Portaria nº 5, 21 de fevereiro de 2006. *Lex - Coletânea de Legislação e Jurisprudência*, Brasília, p. 34, fev., 2006.

CACCIA-BAVA, M.C.G. et al. *A FMRP-USP em Atividades de Ensino, Pesquisa e Extensão de Serviços à Comunidade, dentro do Projeto Centro de Saúde-Escola*. Revista de Medicina da FMRP. Ribeirão Preto, n. 34, p. 425-432, jul/set. 2002.

CAMPOMAR, Marcos C. Do uso do "Estudo de Caso" em Pesquisas para Dissertação e Teses em Administração. *Revista de Administração*. São Paulo, v.26, n. 3, p. 95-97, jul./set. 1991.

CAMPOS, A C. *Política de Saúde*. Conferência sobre Políticas de Desenvolvimento Econômico e Social. Lisboa, IED, 1985.

CAMPOS, Keli Cristina de Lara et al. Avaliação do sistema de treinamento e desenvolvimento em empresas paulistas de médio e grande porte. *Psicol. Reflex. Crit.* São Paulo, v.17, n.3, p.435-446, 2004.

CARVALHO, A. M. P.. Uma metodologia de pesquisa para estudar os processos de ensino e aprendizagem em salas de aula. In: Flávia Maria Teixeira dos Santos; Ileana Maria Greca. (Org.). *A pesquisa em ensino de ciências no Brasil e suas metodologias*. 1 ed. Ijuí: Unijuí, 2006.

CATELLI, Armando (coord.). *Controladoria: uma abordagem da gestão econômica - GECON*. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2001.

CATELLI, A. et al.. Sistema de Gestão Econômica – GECON. In:_____. *Controladoria: uma abordagem da gestão econômica – GECON*. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2001.

CECÍLIO, L. C. O.. Indicadores de Avaliação de Desempenho: um instrumento estratégico para a administração gerencial dos hospitais públicos. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R (Org.) . *Agir em Saúde: um desafio para o público*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. *Metodologia Científica*. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CHIAVENATO, Idalberto. *Introdução a Teoria Geral da Administração*. 7. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2004.

CHIZZOTTI, Antonio. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

CHOO, C. W. The management of uncertainty: organizations decision-making systems. In: _____. *The knowing organizations: how organizations use information to construct meaning, create knowledge, and make decisions*. New York: Oxford University, 1998.

CONASS (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE). *Coleção Progestores – Para Entender a Gestão do SUS*. Brasília, v. 3, 2007a.

_____. *Coleção Progestores – Para Entender a Gestão do SUS*. Brasília, v. 8, 2007b.

CONH, A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 9-13, 2003.

CONTANDRIOPOULUS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L. & PINEAULT, R. A avaliação da área da saúde: Conceitos e métodos. In: Z. M. A. Harz (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. p. 29-47, Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

CORBO, A. A.; MOROSINI, M. V. G. C. Saúde da Família: história recente da reorganização da atenção à saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org). *Políticas de Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

CORRÊA, Henrique L.; GIANESI, Irineu G. N.; CAON, Mauro. *Planejamento, Programação e Controle da Produção: MRP II/ERP conceito, uso e implantação*. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2007.

CURY, Antonio. *Organização e Método: Uma visão holística*. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

CYRINO, A. P.; MAGALDI, C. (Org.). *Saúde e Comunidade: 30 Anos de Experiência em Extensão Universitária em Saúde Coletiva*. Botucatu: Cultura Acadêmica; Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2002.

DAVENPORT, T. *Ecologia da informação: por que só a tecnologia não basta para o sucesso na era da informação*. São Paulo: Futura, 1998.

DEMO, Pedro. *Pesquisa e Informação Qualitativa*. 2. ed. Campinas: Papirus, 2004.

DONALÍSIO, Maria Rita. A informação e o município. *Saúde em Debate*, n.39, p.64-9, jun. 1993.

EDUARDO, Maria Bernadete de Paula. A informação em saúde no processo de tomada de decisão. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v.24, n.4, p.70-77, 1990.

ÉVORA, Y. D. M.; FÁVERO, N.; TREVIZAN, M. A.; MELO, M. R. A. C.. Evolução Histórica da Aplicação de Computador na Enfermagem (1968-1998). *Acta Paul Enf.*, São Paulo, v. 13, parte II, p.143-147, 2000. Número especial.

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO. Dados Institucionais. Disponível em: <www.fmrp.usp.br>. Acesso em: 19 mar 2007.

_____. *Regimento Interno do Centro de Saúde Escola da FMRP-USP*. Ribeirão Preto, 2006.

FAVERET, A. A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva* Rio de Janeiro, v. 8, n.2, p. 371-378, 2003.

FERRARA, Fabrizio M. "The standard 'Healthcare Information Systems Architecture' and the DHE middleware". *International Journal of Medical Informatics*, New York: v. 52, p. 39-51, 1998.

FERREIRA, Avilmar Santos. Competências gerenciais para unidades básicas do Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, pp. 69-76, 2004.

GAY, L.R.; DIEHL, P.L. *Research methods for business and management*. New York: MacMillian Publishing Company, 1992.

GIL, A.C., *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas, 2002.

_____. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GODOY, Arilda S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v.35, n.2, p.57-63, mar./abr. 1995.

GOOGLE MAPS, 2008a. Disponível em: <
http://maps.google.com.br/maps?utm_campaign=pt_BR&utm_source=pt_BR-ha-latam-br-bk-gm&utm_medium=ha&utm_term=google%20maps>. Acesso em: 12 dez. 2008.

_____, 2008b. Disponível em:
<http://maps.google.com.br/maps?utm_campaign=pt_BR&utm_source=pt_BR-ha-latam-br-bk-gm&utm_medium=ha&utm_term=google%20maps>. Acesso em: 12 dez. 2008.

GONSALVES, Elisa Pereira. *Conversas sobre iniciação à pesquisa científica*. Campinas: Alínea, 2001.

GUEDES, Andréia Arantes Batista. *A informação na Atenção Primária em Saúde como ferramenta para o trabalho do enfermeiro*. 2007. 178 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2007.

GUIMARÃES, E. M. P.; ÉVORA, Y.D.M.. Sistema de informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência. *Ciência da Informação*, Brasília, v. 33, n. 1, p. 72-80, jan./abril 2004.

HALL, Richard H. *Organizações: estruturas, processos e resultados*. 8. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

HERZOG, J.P.. People: the critical factor in managing change. *Journal of Systems Management*, Cleveland, 42 (3);6-11, Mar 1991 In: WOOD JR., Thomaz. Mudança organizacional: uma abordagem preliminar. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 74, jul./ago. 1992.

KAPLAN et al. *A Estratégia em Ação: Balanced Scorecard*. 18. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 1997.

KOTTER, John P. *Liderando mudança*. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

LAFOZ, S.E.. *Revista Espaço para a Saúde*.v. 5. Londrina: Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, 1996.

LAUDON, K. C.; LAUDON, J. P. *Management Information Systems*. New York: Prentice-Hall, 2007.

LAZZARINI, Sérgio. G. Estudos de caso para fins de pesquisa: aplicabilidade e aplicações do método. In: FARINA Elizabeth M. M. Q. (Coord). *Estudo de Caso em Agribusiness*. São Paulo: Pioneira, 1997.

LIMA, M. A. M. . Treinamento: investimento ou custo para empresas?. *Jornal O Povo*, Fortaleza, 6 ago. 2000. p. 2.

LOURENÇO, I. Câmara rejeita destaques a projeto que regulamenta Emenda 29. *Agência Brasil*, Brasília, 31 out. 2007. Disponível em: <
<http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2007/10/31/materia.2007-10-31.2239579719/>> .
Acesso em: 10 mar. 2008.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, Marli E. D. A. *Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU,1986.

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M. F. M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil: 1990-2002. *J. Epidemiol. Community Health*, v. 60, n. 1, p. 13-19, 2006.

MACHADO-DA-SILVA, C. L; COSER, C. Rede de Relações Interorganizacionais no

Campo Organizacional de Videira-SC. *Revista de Administração Contemporânea*. Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 9-45, out/dez. 2006.

MAGALDI, C. Centro de Saúde Escola: Crônicas e Reminiscências. In: CYRINO, A. P.; MAGALDI, C. (Org.). *Saúde e Comunidade: 30 Anos de Experiência em Extensão Universitária em Saúde Coletiva*. Botucatu: Cultura Acadêmica Editora; Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2002.

MALAGON-LODOÑO, Gustavo et al. *Administração Hospitalar*. São Paulo: Guanabara Koogan, 2003.

MARINHO, A; FAÇANHA, L. O. Programas Sociais: efetividade, eficiência e eficácia como dimensões operacionais da avaliação. Texto para discussão n. 787. Rio de Janeiro: IPEA, 2001.

MARTINS, G.A.; LINTZ, A. *Guia: Elaboração de Monografias e Trabalhos de Conclusão de Curso*. São Paulo, 1999.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento?. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232003000200007&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 10 set 2007.

MATIAS-PEREIRA, J. *Finanças Públicas – a Política Orçamentária no Brasil*. São Paulo: Atlas, 2006.

MENDES, E. V. *A Atenção Primária À Saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

_____. (Org). *Organização da Saúde no Nível Local*. São Paulo: Hucitec, 1998.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde*. Brasília: DEGERTS, 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/aplicacoes/busca/buscar.cfm>>. Acesso em: 20 maio 2008.

_____. *Manual de Operações* - versão 2.7 - HIPERDIA: sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos. Rio de Janeiro: MS, 2006.

_____. *Manual de Procedimentos do Sistema de Informações sobre Mortalidade*. Brasília: MS, 2001.

_____. *Monitora SUS*. Indicador 156. Brasília: MS, 2008. Disponível em: <<http://monitorasus.pbh.gov.br/include/inc.relacaoindicadores.php?menu=1-5>>. Acesso em: 12 nov. 2008.

_____. *Organograma*. Brasília: MS, 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=378>. Acesso em: 15 jul. 2008.

_____. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. Brasília: SUS, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_sus_screen.pdf>. Acesso em: 15 set. 2008.

_____. *Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados 1998 – 2004*. Brasília: MS, 2006.

_____. *SISPRENATAL*. Brasília: MS, 2008a. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/sisprenatal/sisprenatal.htm>>. Acesso em: 14 out. 2008.

_____. *SIAB*. Brasília: MS, 2008b. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/DATASUS/datasus.php?area=361A3B369C3D472E1F369G13HIJd3L1M0N&VInclude=../site/din_sist.php&VSis=1&VAba=0&VCoit=472>. Acesso em: 14 out. 2008.

MINTZBERG, Henry. *Criando Organizações Eficazes: Estruturas em cinco configurações*. São Paulo: Atlas, 1995.

MISHIMA, S. M. *A gerência de serviços de atenção primária à saúde como instrumento para a reorganização da assistência à saúde – o uso do Programa Saúde da Família*. Ribeirão Preto, 2003. 153 p. Tese (livre-docência). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2003.

_____. *Constituição do gerenciamento local na rede básica de saúde em Ribeirão Preto*. Ribeirão Preto, 1995. 355 p. Tese de doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1995.

MISOCZKY, Maria Ceci. Distrito sanitário: desafio de descentralizar com democracia. *Saúde em Debate*, n.33, p.54-60, 1991.

MORAES, I. H. S. *Informações em Saúde: para Andarilhos e Argonautas de uma Tecnodemocracia Emancipadora*. 1998. 285 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1998.

MORAES, I. H. S.; SANTOS, S. R. F. R. Informações para gestão do SUS: necessidades e perspectivas. *Informe Epidemiológico do SUS*, v. 10, n. 1, p. 49-56, 2001..

MORGAN, G.. *Imagens da Organização*. São Paulo: Atlas, 1996.

OLAK, P. A. *Bases para a eficácia na aplicação do contrato de gestão nas organizações sociais brasileiras*. 2000. 234 f. Tese (Doutorado em Ciências Contábeis), Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

OLIVEIRA, Djalma de Pinheiro Rebouças de,. *Planejamento estratégico: conceitos, metodologia e prática*. 20. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

OLIVEIRA, N. M.; VANALLE, R. M. Treinamento como dimensão competitiva das organizações. *Revista de Ciência e Tecnologia*, Piracicaba, v. 7, n. 14, p. 85-92, 1999.

PADOVEZE, C.L. Contabilidade Divisional: Centros de lucros e unidades de negócios. *RA UNIMEP – Revista Eletrônica do Mestrado de Administração da UNIMEP*. v. 1, n. 1, set./dez. 2003. Disponível em:
<http://www.unimep.br/fgn/ppgma/revistaadm/ficha_cat.html>. Acesso em: 3 jul. 2008.

PARISI, C.. Ensaio sobre o Comportamento Organizacional. In: *Controladoria: uma abordagem da gestão econômica*. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2001.

PARISI, C.; NOBRE, W. J.. Eventos, Gestão e Modelos de Decisão. In: *Controladoria: uma abordagem da gestão econômica*. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2001.

PEREIRA, C. A. *Contribuição à Elaboração de um Modelo de Mensuração Aplicado aos Modelos de Decisão dos Principais Eventos Econômicos de Instituições Financeiras: uma abordagem da gestão econômica*, 2000. 321 f. Tese (Doutorado em Controladoria e Contabilidade) – FEA, Universidade de São Paulo, 2000.

_____. Avaliação de resultados e desempenhos. In: *Controladoria: uma abordagem da gestão econômica*. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2001.

_____. *Estudo de um modelo conceitual de avaliação de desempenho para gestão econômica*, 1993. Dissertação (Mestrado em Controladoria e Contabilidade) – FEA. São Paulo: USP, 1993.

PEREIRA, M. J. B.. Saúde da Família tem melhor desempenho no atendimento à população. *Agência USP de Notícias*, São Paulo, 31 out. 2008. Disponível em: <<http://www.usp.br/agen/UOLnoticia.php?nome=noticia&codntc=22135>>. Acesso em: 30 nov. 2008.

PINDYCK, R. S.; RUBINFELD, D. L. *Microeconomia*. 5.ed. Prentice Hall: São Paulo, 2002.

PINTO, Ione Carvalho. *Os sistemas públicos de informação em saúde na tomada de decisão – rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto-SP*. Tese (Doutorado em Enfermagem) – EERP. Ribeirão Preto, 2000.

PORTER, M. E. *Vantagem Competitiva: Criando e Sustentando um Desempenho Superior*. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO. *Secretaria Municipal de Saúde*. Dados institucionais. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br>>. Acesso em 15 de mar de 2008. 2008a

_____. *Secretaria Municipal de Saúde*. Plano de Saúde Ribeirão Preto de 2005-2008. 2005.

_____. *Secretaria Municipal de Saúde*. Prestação de Contas 3º trimestre de 2008. 2008b.

_____. *Convênio para Prestação de Serviços relativos ao desenvolvimento da assistência a saúde da família*. Disponível em: <http://www.desenv.intranet.ribeiraopreto.sp.gov.br/leis/upload/20973_1.pdf>. Acesso em 20 de dez de 2008.

REZENDE, Conceição e PEIXOTO, Maria Passos, *Metodologia para realização de análises funcionais da gestão de sistemas e redes de serviços de saúde no Brasil*, OPAS/OMS/MS, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFMG, 1998.

RIBEIRÃO PRETO. *Projeto municipal de expansão da saúde da família*. Bloco I – Dados de identificação do município. Ribeirão Preto, 2003.

RIBEIRO FILHO, José Francisco. *Modelo Gerencial para a Eficácia de Hospitais Públicos: Análise do âmbito de uma Entidade de Ensino e Assistência*. 2002. Tese (Doutorado em Ciências Contábeis), Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, 2002.

RIBEIRO, V.. USP mostra ineficácia da saúde em Ribeirão. *Folha de São Paulo*, Ribeirão Preto, 23 nov. 2008. Disponível em:
<<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/ribeirao/ri2311200801.htm>>. Acesso em: 15 dez. 2008.

RICHERI, F. L. A nova geração de ferramentas de TI. *Gazeta Mercantil*, São Paulo, 22 fev. 2001.

ROCHA, A.; CERETTA, P.S. Pesquisa qualitativa: um desafio à ciência social. In: 22º Encontro Nacional de Pós-Graduação em Administração – ENANPAD. 1998. Foz do Iguaçu. *Anais...* Foz do Iguaçu, PR, 1998. CD-ROM.

RODRIGUES, Roberto J.; GOIHMAN, Samuel. Sistemas de informação para a gestão dos sistemas locais de saúde. *Bol Oficina Sanit. Panam.* v.109, n.5/6, p.488-98, 1990.

SCHRAIBER, Lilia Blima et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999.

SECRETARIA DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE. *Política Nacional de Atenção Básica*. Série Pactos pela Saúde 2006. v. 4. Brasília, 2006.

SELLTIZ, Claire; JAHODA, Marie; DEUTSCH, Morton; COOK, Stuart. *Métodos de pesquisa nas relações sociais*. São Paulo: E.P.U./ Edusp, 1975.

SLOMSKI, V. *Controladoria e governança na gestão pública*. São Paulo: Atlas, 2005.

SOFFER, Pnina; GOLANY, Boaz; DORI, Dov. ERP modeling: a comprehensive approach. *Information Systems*. v. 28, p. 673-690, 2003. Disponível em:
<<http://mis.haifa.ac.il/~spnina/publications/ERPmodeling.pdf>> Acesso em 10 set. 2008.

SOUZA, M. A.. A Gestão Pública por Resultados e a Avaliação de Desempenho. In: VIII Congresso USP de Controladoria e Contabilidade, 2008, São Paulo. *Anais...* São Paulo, 2008.

STAIR, Ralph M.; REYNOLDS, George W.. *Princípios de Sistemas de Informação*. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2002.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

TOUSSAINT, P.J.; LODDER, H. "Component-based development for supporting workflows in hospitals". *International Journal of Medical Informatics*, New York, v. 52, p. 53–60, 1998.

TREVIZAN, M. A. et al. Análise das Expectativas sobre a Liderança do Enfermeiro à Luz das Teorias Grid. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 20-29, 2001.

TREVIZAN, M. A. ; SHINYASHIKI, G. T ; MENDES, I. A. C.. Sobre a Comunicação como Competência Humana na Liderança do Enfermeiro. In: 8º SIBRACEN – Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem, 2002, Ribeirão Preto. *Anais...*, 2002.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Atlas, 1987.

TULL, D. S; HAWKINS, D. I. *Marketing Research, Meaning, Measurement and Method*. Macmillan Publishing Co., Inc., London, 1976.

UCHIMURA, Kátia Yumi, BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Caderno em Saúde Pública*. Rio de Janeiro, p. 1561-1569, nov/dez. 2002.

VALERIANO, Dalton. *Moderno Gerenciamento de Projetos*. Prentice Hall, 2005.

VERGARA, Sylvia C. *Projetos e relatórios em pesquisas de administração*. São Paulo: Atlas, 2007.

VIACAVA, Francisco et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, set. 2004.

VIEIRA, Marcelo M. F; ZOUAIN, Deborah M (Org). *Pesquisa Qualitativa em Administração*. São Paulo: FGV, 2007.

YIN, Robert K. *Estudos de caso*. 3. ed. São Paulo: Bookman, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: “Organização da Atenção Básica a Saúde e Sistema de Avaliação de Desempenho Econômico: Estudo de Caso das Unidades Básicas de Saúde vinculadas à Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto-USP”

Pesquisador Responsável: Luciana Spínolo Campos – pós-graduanda em Administração de Organizações da FEARP-USP

Telefone para contato: (16) 3639-7655 / (16) 9185-9442

Orientador Responsável: Prof. Dr. André Lucirton Costa – docente do departamento de Administração da FEARP-USP

Telefone para contato: (16) 3602-3916 – Sala 76 do Bloco C da FEARP-USP

Resumo do Projeto: As organizações de saúde formam um sistema complexo de gestão para os profissionais da saúde, existem particularidades neste tipo de organização. A Atenção Básica possui necessidades intrínsecas de informações sobre sua capacidade de atendimento e a gestão de atividades e planejamento das operações em que estão envolvidas. As necessidades de informações a respeito de dados estatísticos como número de pacientes, perfil epidemiológico, população em potencial de atendimento, além dos custos crescentes na saúde torna-se imperativo a utilização de um bom sistema de informações em linguagem acessível para o gestor, e possa lhe fornecer dados suficientes para um bom controle das operações, realizar planejamentos, bem como auxiliar estes profissionais a uma melhor tomada de decisão. Nesse contexto este estudo tem como objetivo discutir a avaliação de desempenho econômico por meio da utilização de sistemas de informações gerenciais nas unidades básicas de serviço ligada ao Sistema Único de Saúde no Brasil, considerando às necessidades de informação, os princípios da atenção básica e a estrutura organizacional de unidades selecionadas. Procurar-se-á avaliar a estrutura organizacional, as atividades desenvolvidas pela unidade de serviço de saúde e sistemas de custos que torne a utilização dos recursos disponíveis mais eficientes. Para tanto foram selecionadas três (3) unidades de Atenção Básica. São elas: Centro de Saúde Escola; Unidade Básica Ernesto Che Guevara e Unidade Básica Rubens Lisandro Nicoletti Filho.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG n.º _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “Organização da Atenção Básica a Saúde e Sistema de Avaliação de Desempenho Econômico: Estudo de Caso das Unidades Básicas de Saúde vinculadas à Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto-USP”, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador Luciana Spínolo Campos sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento. Estou ciente de que as informações por mim disponibilizadas serão utilizadas na consecução da pesquisa e poderão ser publicadas em instrumentos de comunicação de acesso público.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 200 ____.

Assinatura do Sujeito ou Responsável

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE B – Protocolo do Estudo de Caso

Pesquisadores: Luciana Spínolo Campos e André Lucirton Costa

Unidade: Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de Ribeirão – Universidade de São Paulo

Telefone para contato: (16) 3602-3916

e-mails: lucampos@usp.br; alcosta@usp.br

1) Visão Geral do Projeto

a) **Temas:** Avaliação de Desempenho Econômico; Sistema de Informação; Organizações de Saúde; Atenção Básica a Saúde.

b) **Título:** “Investigação do Sistema de Avaliação de Desempenho Econômico: Estudo de Caso das Unidades Básicas de Saúde vinculadas a Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto-USP”

c) **Objetivo do estudo:** investigar as características organizacionais e informacionais que afetam a implantação de um sistema de avaliação de desempenho econômico nas unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto.

d) **Proposições do Estudo:** O desenvolvimento do estudo de campo será baseado na proposição de que as organizações de saúde, especificamente unidades básicas de atenção a saúde necessitam de um sistema de avaliação de desempenho econômico que eficientemente demonstre as informações pertinentes ao controle e gerenciamento das atividades e ainda melhor direcione o gestor para tomada de decisão.

2) Procedimento de Campo

a) **Aspectos metodológicos:** pesquisa do tipo exploratória, de natureza qualitativa com uso do método de estudo de casos múltiplos.

b) **Organizações estudadas:** Três unidades básicas de atenção a saúde de regimento estatal.

c) **Complexidade das organizações envolvidas na pesquisa:** unidades de serviço de saúde de nível primário.

d) **Unidades de Análise:** gestão e secretário de saúde.

e) **Fontes de levantamento de dados:** i) entrevistas com gestores das unidades; secretário da Secretaria Municipal de Saúde e membros da equipe técnico-administrativa responsável pelo sistema orçamentário e controle financeiro; ii) documentação e registro em arquivos das organizações; iii) registros em arquivos relativos à caracterização sócio-demográfica e de saúde da região abrangente das unidades, além da análise do sistema de informação existente.

f) **Instrumentos de coleta de dados:** roteiro de entrevista; de visita e de análise para o sistema de informação existente.

g) **Gestores a ser entrevistados:**

i) Gestores das unidades; e

ii) Secretário Municipal de Saúde e responsáveis pela gerência dos dados ligados a gestão destas unidades.

h) **Executor da Pesquisa:** Luciana Spínolo Campos

3) Documentos e dados da organização de saúde

a) Nome

b) Natureza jurídica

c) Estrutura Organizacional

d) Estatutos

e) Regimentos internos

f) Relatórios de acompanhamento das atividades desempenhadas pelas unidades

g) Quadro de Recursos Humanos

4) Roteiro de entrevista para as instituições**a) Área de abrangência da unidade de saúde**

- regiões e/ou famílias atendidas pela organização

b) Caracterização da demanda pelos serviços de saúde da região

- características predominantes da população – faixa etária, nível de educação, perfil epidemiológico.

c) Caracterização da oferta de serviços de saúde da região de atuação das instituições

- rede de saúde existente na região, especialidades.

d) Breve histórico da instituição como prestadora de serviços de saúde

- perfil da assistência prestada pela organização

e) Percentual aproximado de pacientes atendidos na organização**f) Caracterização da gestão da organização**

- grau de autonomia no processo decisório e alocação de recursos
- tipos de sistema de informações existentes

g) Gestão de recursos humanos na organização

- forma de recrutamento e seleção de pessoal
- existência de planos de carreira
- política salarial (se houver)

h) Indicadores e política de qualidade da organização.

APÊNDICE C – Modelo de Correspondência para Unidade de serviço de Saúde

Ilmo. Sr.

Unidade Básica/Secretaria

Ribeirão Preto, ____ de ____ de 2008.

Prezado Senhor,

Estamos desenvolvendo, junto ao Departamento de Administração da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo, no município de Ribeirão Preto, o projeto de pesquisa intitulado “Organização da Atenção Básica a Saúde e Sistema de Avaliação de Desempenho Econômico: Estudo de Caso das Unidades Básicas de Saúde vinculadas à Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto-USP”. O presente trabalho tem natureza exploratória, e, por meio de uma pesquisa de casos múltiplos, pretende estudar as necessidades de informações sobre custos de unidades básicas de atenção a saúde.

Nesse sentido, solicitamos sua inestimável colaboração autorizando a unidade __, a participar como campo de nossa pesquisa.

Asseguramos que as informações coletadas serão utilizadas estritamente para fins acadêmicos, preservando a imagem da organização. Além disso, nos comprometemos a oferecer-lhes uma cópia do resultado da pesquisa sem qualquer ônus.

Agradecemos antecipadamente a atenção dispensada e colocamo-nos a disposição para quaisquer esclarecimentos.

Prof. Dr. André Lucirton Costa
Orientador da pesquisa – FEARP/USP

Luciana Spínolo Campos
Mestranda PPGA – FEARP/USP

APÊNDICE D – Roteiro de Perguntas para Entrevista Semi-Estruturada

Roteiro de Entrevista – Questões

PARTE I: Estrutura da organização

- 1) Quantidade de funcionários
- 2) Estrutura física (queixas)
- 3) Regimentos internos
- 4) Procedimentos e padronização de processos

PARTE II: Análise da visão dos gestores sobre a participação da unidade de atenção básica a saúde na comunidade

- 1) Vocês possuem alguns indicadores e política de qualidade da organização?
- 2) Como a política de qualidade funciona?
- 3) Existe estabelecimento de metas e estratégias na unidade? Se existem estão alinhadas à Secretaria Municipal de Saúde?
- 4) Quando se estabelece uma estratégia ela tem como objetivo incrementar/melhorar prestação de serviços a comunidade? Como funciona?

Análise da visão dos gestores sobre desempenho econômico e como ele está estabelecido nas unidades de atenção básica à saúde na comunidade

- 1) Qual sua visão e compreensão sobre a importância da avaliação de desempenho econômico?
- 2) Existe algum sistema de avaliação de desempenho?
- 3) Quais são as ferramentas de avaliação de desempenho utilizadas pela unidade? O que se tem medido e avaliado?
- 4) Busca ferramentas de mensuração de desempenho e controle dos recursos da organização?
- 5) Existe alguma ferramenta de controle de custo? É utilizada para analisar o desempenho econômico da unidade?
- 6) Você acha importante que os gestores tenham acesso a informações de desempenho?
- 7) Você acredita que possui um bom grau de autonomia no processo decisório e alocação de recursos?
- 8) Qual sua visão sobre a importância da prestação de contas à comunidade?
- 9) Como a unidade presta contas à comunidade? Quais informações são levadas em consideração? Como é realizada esta divulgação?

PARTE III: Análise da visão do gestor sobre o sistema de informação disponível

- 1) Qual envolvimento do gestor com o sistema de informações disponível?
- 2) Quais perspectivas sobre o sistema?
- 3) Existem críticas ao referido sistema?

ANEXOS

ANEXO A – Carta de Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA		Rua Terezina, 690 – CEP: 14055-380 Ribeirão Preto – SP Telefone PABX (0**16) 633-2331/4480 FAX (0**16) 6332331
---	---	---	---	---

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-CEP/CSE-FMRP-USP.

Ribeirão Preto, 12 de novembro de 2008.

Of. Nº199/08/COORD.CEP/CSE-FMRP-USP.

Senhor Professor,

Temos a grata satisfação de comunicar que o Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em reunião, realizada em 11 de novembro de 2008, analisou e apreciou o parecer, referente ao **projeto de pesquisa** intitulado: **“Investigação do sistema de avaliação de desempenho econômico: Estudo de caso das Unidades Básicas de Saúde vinculadas a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP”**, protocolo nº.288/CEP-CSE-FMRP-USP, sob a orientação de V.Sª e da mestrandia Luciana Spinpolo Campos (Projeto de dissertação para defesa de mestrado - Área de concentração: Operações Produtivas e Financeiras - Faculdade de Economia e Administração de Ribeirão Preto da USP), foi **aprovado ad – referendum**. Encaminhamos a sugestão de que no processo de encaminhamento da divulgação científica, preservar a confidencialidade dos participantes do estudo.

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado a este CEP, o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados.

No ensejo, renovamos os votos de estima e consideração, despedimo-nos.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Laércio Joel Franco
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

Ilmo. Sr.
Prof. Dr. André Lucirton Costa
Departamento de Administração da Faculdade de Economia,
Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto-USP.

ANEXO B – Mapa de limites geográficos UBS José Sampaio

Figura 22. Limites geográficos da Unidade José Sampaio

Fonte: Google Maps (2008a) com destaques feitos pela autora

ANEXO C – Planilha de controle de atendimentos na UBS José Sampaio

Vagas disponíveis

	Jan	Fev	Março	Abr	Maio	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	TOTAL
Pediatria	912	840	1104	984	984	780	492	828	840	672	612	648	9696
Clinica Med	431	552	684	516	780	588	696	924	768	732	660	684	8015
Ginecologia	744	444	542	600	744	540	720	540	600	252	480	552	6758
TOTAL	2087	1836	2330	2100	2508	1908	1908	2292	2208	1656	1752	1884	24469

Atendimento Realizados

	Jan	Fev	Março	Abr	Maio	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	TOTAL
Pediatria	309	346	685	631	771	568	401	483	428	382	381	339	5724
Clinica Med	577	657	964	762	1019	707	773	992	808	750	675	664	9348
Ginecologia	432	302	414	425	430	293	427	355	350	135	295	338	4196
TOTAL	1318	1305	2063	1818	2220	1568	1601	1830	1586	1267	1351	1341	19268

Faltas

	Jan	Fev	Março	Abr	Maio	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	TOTAL
Pediatria	73	74	105	127	175	144	89	113	93	75	74	84	1226
Clinica Med	111	164	173	147	191	182	173	222	160	190	160	179	2052
Ginecologia	174	99	150	173	194	136	169	157	146	69	159	161	1787
TOTAL	358	337	428	447	560	462	431	492	399	334	393	424	5065

Demanda Espontânea

	Jan	Fev	Março	Abr	Maio	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	TOTAL
Pediatria	134	147	300	329	404	253	164	221	184	190	146	128	2600
Clinica Med	386	129	597	523	559	421	378	459	382	344	295	262	4735
Ginecologia	90	50	85	79	99	27	85	68	30	21	38	29	701
TOTAL	610	326	982	931	1062	701	627	748	596	555	479	419	8036

Encaminhados ao PA

	Jan	Fev	Março	Abr	Maio	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	TOTAL
Pediatria	17	0	0	13	13	7	17	6	3	4	5	6	91
Clinica Med	25	32	62	46	80	29	48	60	47	28	25	17	499
Ginecologia	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
TOTAL	42	32	62	59	93	36	65	66	51	32	30	23	591

Demanda Espontânea - Encaminhados ao PA

	Jan	Fev	Março	Abr	Maio	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	TOTAL
Pediatria	117	147	300	316	391	246	147	215	181	186	141	122	2509
Clinica Med	361	97	535	477	479	392	330	399	335	316	270	245	4236
Ginecologia	90	50	85	79	99	27	85	68	29	21	38	29	700
TOTAL	568	294	920	872	969	665	562	682	545	523	449	396	7445

Atendimento Realizado+ Resultado (Demanda Espontanea - PA)

	Jan	Fev	Março	Abr	Maio	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	TOTAL
Pediatria	426	493	985	947	1162	814	548	698	609	568	522	461	8233
Clinica Med	938	754	1499	1239	1498	1099	1103	1391	1143	1066	945	909	13584
Ginecologia	522	352	499	504	529	320	512	423	379	156	333	367	4896
TOTAL	1886	1599	2983	2690	3189	2233	2163	2512	2131	1790	1800	1737	26713

Figura 23. Limites geográficos da Unidade Maria Casagrande
Fonte: Google Maps (2008b) com destaques feitos pela autora

ANEXO E – Regimento Interno do CSE

REGIMENTO DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TÍTULO I

DE SUAS FINALIDADES

Artigo 1º - O Centro de Saúde Escola (CSE), órgão subordinado à Diretoria da FMRP, é uma entidade anexa a FMRP-USP, prevista na Lei Estadual nº 1.467, de 26.12.51, que dispõe sobre a organização e finalidades da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, cujas atividades obedecerão às disposições do presente Regimento.

Artigo 2º - O CSE tem por finalidades:

I - estabelecer bases de cooperação para o planejamento e desenvolvimento de programas de ensino, pesquisa e extensão da Faculdade de Medicina e de outras Unidades do Campus da USP de Ribeirão Preto (Escola de Enfermagem, Faculdade de Odontologia, Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Faculdade de Filosofia Ciências e Letras, Faculdade de Economia e Administração), visando o desenvolvimento de novos conhecimentos e tecnologias no contexto da prestação de assistência à saúde da população;

II - apoiar os projetos didáticos institucionais e de inserção da FMRP e outras Unidades do Campus da USP de Ribeirão Preto, na atenção à Saúde da Comunidade, de acordo com as estruturas curriculares definidas pelas Comissões de Graduação e aprovadas pelas Congregações das respectivas Unidades e em consonância com as disposições estabelecidas pelo Centro de Atenção Primária à Saúde da Família e Comunidade (CSFeC);

III - proporcionar treinamento de estudantes de graduação, pós-graduação, de médicos residentes e outros profissionais, em Saúde Pública;

IV - organizar e desenvolver programas comunitários com enfoque no Atendimento, Prevenção, Promoção, Reabilitação da Saúde e a Prevenção de Acidentes, consoante com a formação do profissional em saúde;

V - treinar pessoal técnico em Atenção Primária e ação na Saúde da Família e da Comunidade;

VI - apoiar as atividades curriculares e extracurriculares, aprovadas pela Comissão de Graduação da FMRP-USP, e de outras Unidades do Campus de Ribeirão Preto, bem como colaborar com as ligas estudantis legalmente constituídas pelos alunos de graduação.

VII - estimular e integrar as atividades de programação, planejamento, funcionamento e avaliação de serviços e de sistemas de saúde;

VIII - prestar assistência à saúde dos indivíduos, das famílias e da coletividade em sua área de abrangência, preservando-se o disposto nos incisos anteriores.

Artigo 3º - O CSE reger-se-á pelo presente Regimento e pela legislação pertinente no âmbito da Universidade, em consonância com as orientações e deliberações do CSFeC e com o Sistema Nacional de Saúde (SUS) vigente.

Artigo 4º - O CSE atuará em Unidades de Saúde do município de Ribeirão Preto, mediante convênios específicos, que atendam as disposições do Artigo 2º, Inciso I e as diretrizes do SUS;

§ Único - A atuação do CSE dar-se-á nas áreas de abrangência das Unidades do Programa de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde do Distrito Oeste, discriminadas abaixo e/ou outras que possam ser incluídas de comum acordo com a Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto:

- Unidade Básica e Distrital de Saúde do Sumarezinho;
- Unidade do CSE do Ipiranga, localizada a Avenida D. Pedro I;
- Unidade do CSE de Vila Tibério, localizada à Rua Gonçalves Dias;
- Núcleos de Saúde da Família.

TÍTULO II

DO ORÇAMENTO E DE SUA APLICAÇÃO

Artigo 5º - O orçamento do CSE é constituído de:

I - recursos orçamentários e extra-orçamentários da FMRP e de outras Unidades da USP.

II – recursos externos à USP, oriundos de:

- a) subvenções de Órgãos Municipais, Estaduais e Federais e quaisquer auxílios de particulares para o desempenho de suas atividades regimentais;
- b) convênios, doações, legados, auxílios e outros;
- c) juros bancários e outras receitas eventuais;
- d) rendas em seu favor constituídas por terceiros;
- e) prestação de serviço de consultoria e de realização de eventos;
- f) receita de vendas de produtos de sua manufatura e de “royalties” e ou assistência técnica decorrente de negociação com terceiros de direitos relativos à consultoria ou à propriedade industrial;

Artigo 6º - O orçamento do CSE em nenhum caso poderá ter aplicação diversa das suas finalidades.

Artigo 7º - Toda a movimentação dos recursos será administrada pela FMRP - USP, através da Assistência Técnica Financeira.

TÍTULO III

DO PATRIMÔNIO

Artigo 8º - Os bens permanentes móveis e imóveis, adquiridos com recursos previstos no Artigo 5º serão incorporados ao patrimônio da FMRP e os procedimentos pertinentes deverão obedecer à legislação e normas da USP.

§ Único - Bens permanentes móveis e imóveis adquiridos e patrimoniados por outras Unidades do Campus da USP de Ribeirão Preto, Secretaria Municipal de Saúde, Hospital das Clínicas da FMRPUSP, ou conveniadas, poderão ser cedidos para utilização das unidades do CSE, obedecida à legislação vigente, e ficarão sob responsabilidade da administração do CSE.

TÍTULO IV

DA ADMINISTRAÇÃO

Capítulo I

Dos Órgãos da Administração

Artigo 9º - Serão responsáveis pela Administração do CSE:

- I - o Conselho Diretor;
- II - a Diretoria Executiva.

Capítulo II

Do Conselho Diretor

Artigo 10 - O Conselho Diretor é o órgão máximo deliberativo do CSE.

Artigo 11 - O Conselho Diretor terá a seguinte constituição:

- a) o Diretor da FMRP que será o seu Presidente ou um representante por ele designado;
- b) o Secretário Municipal da Saúde de Ribeirão Preto ou um representante por ele designado;
- c) o Diretor da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP ou um representante por ele designado;

- d) o Diretor da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, USP ou um representante por ele designado;
- e) o Diretor da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, USP ou um representante por ele designado;
- f) o Superintendente do Hospital das Clínicas da FMRP ou um representante por ele designado;
- g) o Diretor da Direção Regional de Saúde (DIR-XVIII) ou um representante por ele designado;
- h) O Presidente do Centro de Atenção Primária a Saúde da Família e Comunidade (CSFeC), ou seu substituto;
- i) um representante docente de cada um dos Departamentos Clínicos da FMRP (Clínica Médica; Ginecologia e Obstetrícia; Cirurgia e Anatomia; Puericultura e Pediatria; Medicina Social; Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica; Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia da Cabeça e Pescoço; Biomecânica, Medicina e Reabilitação do Aparelho Locomotor);
- j) um representante do Departamento Materno Infantil e Saúde Pública-MISP, da EERP-USP;
- k) um representante dos Médicos Residentes do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo eleito por seus pares;
- l) um membro docente da Comissão de Graduação da FMRP, indicado pelos seus pares;
- m) um representante dos funcionários lotados nas unidades do CSE, eleito pelos seus pares;
- n) um representante dos usuários da área de abrangência do CSE indicado pelo Conselho Municipal de Saúde;
- o) um representante do corpo discente da FMRP, eleito por seus pares, dentre os regularmente matriculados no ciclo de aplicação;
- p) o Diretor Geral do CSE, sem direito a voto.

§ 1º - Os representantes docentes previstos nas alíneas i e j deste Artigo serão indicados pelos Conselhos dos Departamentos.

§ 2º - Em seus impedimentos temporários, os membros do Conselho Diretor serão substituídos na seguinte conformidade:

- a) o Diretor da FMRP, pelo Vice-Diretor e
- b) os demais membros do Conselho Diretor, por seus respectivos suplentes legalmente constituídos.

§ 3º - A eleição dos membros do Conselho vinculados à USP reger-se-á pela sistemática da USP, art. 55 do Estatuto e 221 do Regimento Geral.

Artigo 12 - O mandato dos membros nas alíneas a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, m e n, corresponderão ao respectivo mandato em sua instituição de origem. Os mandatos dos membros mencionados nas alíneas l e o serão de um ano. Os demais membros do Conselho Diretor terão mandato de 2 (dois) anos. Em todos os casos serão permitidas reconduções.

§ Único - Dar-se-á a extinção do mandato antes de concluído o prazo mencionado neste Artigo, quando o membro perder a qualidade que determinou a sua inclusão no Conselho Diretor;

Artigo 13 - Os membros do Conselho Diretor deverão ser eleitos até 30 (trinta) dias antes da extinção dos mandatos.

Artigo 14 - O Conselho Diretor reunir-se-á ordinariamente a cada 3 meses ou extraordinariamente, quando convocado por seu Presidente ou pela maioria absoluta de seus membros.

§ 1º - O Conselho Diretor reunir-se-á com a presença mínima de mais da metade dos seus membros, cujas deliberações serão tomadas por maioria de votos dos presentes.

§ 2º - Fica estabelecida a exigência de decisão por maioria absoluta dos membros votantes do Conselho Diretor na deliberação das seguintes matérias:

- a) composição da lista tríplice para escolha do Diretor Geral;
- b) aprovação preliminar de alienação de bens do CSE, submetendo-se à mesma disciplina que rege a alienação de bens da USP;
- c) proposta de alteração do presente Regimento;
- d) aprovação das contas da Diretoria;
- e) proposta de extinção do CSE.

§ 3º - A proposta de alteração do presente Regimento ou de extinção do CSE deverá ser aprovada pela Congregação da FMRP.

Artigo 15 - Compete ao Conselho Diretor:

- I - aprovar o programa das atividades a serem desenvolvidas no CSE, acompanhar o seu desenvolvimento e introduzir modificações que se mostrem necessárias ao seu aperfeiçoamento, observando as finalidades do CSE estabelecidas no artigo 2º;
- II - autorizar a realização de atividades didáticas de graduação e de pós-graduação “lato” e “stricto sensu”, e de extensão. As atividades curriculares de graduação deverão ter precedência sobre as demais atividades didáticas;
- III - autorizar a realização das atividades extracurriculares propostas pelas ligas estudantis legalmente constituídas e devidamente aprovadas pelas respectivas Comissões de Graduação, na área de abrangência do CSE;
- IV - sugerir às Secretarias Municipal e Estadual de Saúde ou ao Ministério da Saúde modificações operacionais e normativas em Atenção Primária e na Saúde da Família e da Comunidade;
- V - orientar, coordenar e supervisionar as atividades do CSE, sintonizando-as com as diretrizes e normas das Secretarias Municipal e Estadual da Saúde ou do Ministério da Saúde;
- VI - observar e fazer cumprir a lei, este Regimento, as normas internas do CSE, os regulamentos e resoluções das autoridades competentes;
- VII - apreciar os relatórios das atividades e os balancetes financeiros quanto ao mérito;
- VIII - decidir sobre o pagamento ou não de representação à Diretoria do CSE, utilizando recursos orçamentários ou extra-orçamentários da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP ou de outras fontes, sendo vedado o pagamento de representação aos membros do Conselho Diretor do CSE;
- IX - aprovar preliminarmente a alienação de bens móveis e imóveis, solicitada pelo Diretor Geral do CSE, submetendo-se o pedido à mesma disciplina que rege a alienação dos bens da USP;
- X - autorizar a realização de convênios com outras entidades públicas ou privadas;
- XI - deliberar preliminarmente sobre a aceitação de doações com ou sem encargos, submetendo-se as mesmas à igual disciplina que rege as doações de bens à USP;
- XII - aprovar o plano de aplicação dos recursos financeiros e as modificações que se fizerem necessárias ao bom funcionamento do CSE;
- XIII - propor alteração deste Regimento, observando o estabelecido em seu Artigo 14, Parágrafo 2º;
- XIV - solicitar e ser notificado pela Instituição de origem a admissão e dispensa de pessoal;
- XV - propor a extinção do CSE, observando o Artigo 14, Parágrafo 2º;
- XVI - deliberar sobre os casos omissos neste Regimento.

Artigo 16 - Compete ao Presidente do Conselho Diretor:

- I - convocar o Conselho Ordinária e Extraordinariamente;
- II - dirigir os trabalhos do Conselho, exercendo em suas deliberações, o direito de voto de qualidade, além de seu voto pessoal;
- III - convocar a Diretoria para transmitir as diretrizes emanadas do Conselho Diretor ou a qualquer momento para obtenção de informações e esclarecimentos julgados necessários pela Diretoria e pela Congregação da FMRP.

Capítulo III

Da Diretoria Executiva

Artigo 17 - A Diretoria Executiva do CSE será constituída por:

- I - um Diretor Geral;
- II - um Diretor-Técnico Administrativo, de nível universitário;
- III - um Diretor-Clínico;
- IV - um Diretor Acadêmico de Ensino e Pesquisa;
- V - um Diretor de Enfermagem;

§ Único - A investidura nos cargos de Diretoria far-se-á mediante termo lavrado em livro próprio.

Artigo 18 - O Diretor Geral e seu substituto serão docentes vinculados à FMRP, indicados pelo seu Diretor, dentre os integrantes de lista tríplice elaborada pelo Conselho do Centro de Saúde Escola.

Artigo 19 - O Diretor-Técnico Administrativo e o seu substituto deverão ter vínculo com a USP ou entidades a ela associadas ou conveniadas e serão indicados pelo Diretor da FMRP, em conjunto com o Diretor Geral do CSE.

Artigo 20 - O Diretor-Clínico e o seu substituto serão indicados pelo Diretor Geral do CSE a partir de listas tríplices, elaboradas entre os profissionais médicos, que atuem diretamente no CSE, escolhidos através de escrutínio secreto.

Artigo 21 - O Diretor Acadêmico de Ensino e Pesquisa e seu substituto deverão ser docentes da FMRP que atuem diretamente no CSE e serão indicados pelo Diretor da FMRP em conjunto com o Diretor Geral do CSE;

Artigo 22 - O Diretor de Enfermagem e seu substituto deverão ser enfermeiros, docentes ou não, que atuem diretamente no CSE e serão indicados pela Direção da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, em conjunto com o Diretor Geral do CSE.

Artigo 23 - Os membros da Diretoria terão mandato de 02 (dois) anos permitida recondução.

Artigo 24 - A Diretoria Geral tem por atribuição a coordenação das atividades do CSE.

Compete ao Diretor Geral:

- I – planejar, coordenar, orientar e supervisionar as atividades do CSE, dentro de suas finalidades, cumprindo e fazendo cumprir as diretrizes emanadas do Conselho Diretor;
- II - gerir administrativamente as unidades que lhe são subordinadas, em consonância com o Sistema Nacional de Saúde Vigente, e Programas Municipais de Saúde;
- III - expedir normas internas de organização;
- IV - examinar e despachar o expediente do CSE e Unidades vinculadas;
- V - coordenar as atividades de relações públicas com órgãos competentes e órgãos de imprensa falada e escrita;
- VI - convocar, ordinária e extraordinariamente, reuniões da Diretoria executiva e reuniões dos coordenadores dos Núcleos de Saúde da Família, Núcleo de Saúde Mental e os gerentes de Unidades da área de abrangência do CSE;
- VII - a coordenação geral das atividades dos demais membros da Diretoria Executiva.

§ Único - A Diretoria Geral do CSE contará com a colaboração:

- I – Comissão Distrital de Saúde, a que se referem os Artigos 16, 17 e 18 da Lei Municipal nº 5.972, de 23 de abril de 1991;
- II - Conselho Gestor.

Artigo 25 - A Diretoria Técnica Administrativa do CSE tem por atribuição coordenar, orientar e supervisionar as atividades administrativas e financeiras necessárias para o cumprimento das finalidades previstas no presente Regimento.

Compete ao Diretor-Técnico Administrativo:

- I - prover as condições necessárias (materiais ou estruturais) ao bom desempenho dos profissionais que atuem no CSE ou na sua área de abrangência;
- II - praticar os atos necessários à administração do CSE organizando os serviços, inclusive apresentando pedidos para admissão e dispensa de servidores às respectivas Instituições de vínculo;
- III - apresentar ao Diretor Geral do CSE o plano de trabalho para cada exercício;
- IV - prover, encaminhar e acompanhar os atos que envolvam o quadro de pessoal (contratação, demissão, remanejamento, elogios, penalidades disciplinares, etc.), às instituições de vínculo;
- V - apresentar ao Diretor Geral do CSE o relatório anual das atividades;

Artigo 26 - A Diretoria de Enfermagem do CSE tem por atribuição planejar, coordenar, orientar e supervisionar as atividades da equipe de enfermagem, necessárias para o cumprimento das finalidades previstas no presente Regimento, respondendo tecnicamente perante o Conselho Regional de Enfermagem (COREN).

Compete ao Diretor de Enfermagem:

- I - coordenar as ações de enfermagem desenvolvidas no âmbito do CSE e Unidades da área de abrangência;
- II - acompanhar os trabalhos da Diretoria participando de suas reuniões e deliberações;
- III - zelar pelo cumprimento dos preceitos éticos, do exercício da enfermagem na Instituição;
- IV - submeter à apreciação da Diretoria Geral rotinas para o bom andamento da área sob sua responsabilidade;
- V - auxiliar o Diretor Geral no cumprimento dos objetivos e metas institucionais do CSE, no que diz respeito à atuação do corpo de enfermagem, participando diretamente de sua coordenação e da avaliação de suas atividades.
- VI - exercer outras atividades em colaboração com o Diretor Geral;
- VII - emitir pareceres a pedido da Diretoria Geral, sobre a área de sua responsabilidade;
- VIII - colaborar na preparação de relatórios de atividades e do plano de trabalho, a serem encaminhados pelo Diretor Geral, para apreciação pelo Conselho Diretor;

Artigo 27 - A Diretoria Clínica do CSE tem por atribuição planejar, coordenar, orientar e supervisionar as atividades médicas e apoiar as de ensino e pesquisa, no cumprimento das finalidades previstas no presente Regimento, respondendo tecnicamente perante o Conselho Regional de Medicina (CRM).

Compete ao Diretor-Clínico:

- I - Apresentar ao Diretor Geral plano de Trabalho pertinente a suas atividades;
- II - exercer suas atividades em conformidade com as resoluções do Conselho Federal de Medicina; fixando orientação complementar referente às atividades médicas, de ensino e pesquisa científica;
- III - acompanhar os trabalhos da Diretoria participando de suas reuniões e deliberações;
- IV - zelar pelo cumprimento dos preceitos éticos e profissionais do exercício médico;
- V - auxiliar o Diretor Geral no cumprimento dos objetivos e metas institucionais do CSE, no que diz respeito à atuação do corpo médico, participando diretamente de sua coordenação e da avaliação de suas atividades;
- VI - exercer outras atividades em colaboração com o Diretor Geral;
- VII - supervisionar, coordenar e orientar os serviços sob sua responsabilidade.
- VIII - colaborar na preparação de relatórios de atividades e do plano de trabalho, a serem encaminhados pelo Diretor Geral, para apreciação pelo Conselho Diretor;

Artigo 28 - A Diretoria Acadêmica de Ensino e Pesquisa do CSE tem por atribuição planejar, coordenar e orientar a inserção de alunos de graduação, pós-graduação, extensão e médicos residentes no CSE e em sua área de abrangência, necessárias para o cumprimento das finalidades previstas no presente Regimento.

Compete ao Diretor Acadêmico de Ensino e Pesquisa:

- I - Apresentar ao Diretor Geral plano de Trabalho pertinente a suas atividades;
- II - Coordenar a inserção de alunos de graduação, de pós-graduação “lato” e “stricto sensu” e de cursos de extensão, de médicos residentes, bem como dos diversos Departamentos da Faculdade e demais instituições formadoras que desenvolvem suas atividades teóricas-práticas nas dependências do CSE ou unidades de sua área de abrangência, em consonância com as orientações e deliberações do CSFeC;
- III - Submeter à apreciação do Diretor Geral do CSE rotinas para o bom andamento das áreas sob sua responsabilidade;
- IV - Coordenar a inserção de pesquisadores no âmbito das unidades do CSE, de acordo com as rotinas operacionais de cada unidade, resguardando os preceitos éticos;
- V - auxiliar o Diretor Geral no cumprimento dos objetivos e metas institucionais do CSE, no que diz respeito às atividades de ensino e pesquisa, participando diretamente da coordenação e da avaliação das mesmas;
- VI - Elaborar relatórios sobre as atividades acadêmicas realizadas nesta área;
- VII - Coordenar e organizar cursos, seminários e outros eventos visando à capacitação de profissionais na área de saúde a partir de demandas apresentadas pelas demais coordenações;
- VIII - Colaborar nas atividades de formação e capacitação de recursos humanos para a Saúde da Família, coordenadas pela FMRP-USP;

IX - Desencadear medidas operacionais necessárias à realização das atividades acadêmicas, de ensino e de pesquisa a serem desenvolvidas nas unidades do CSE;

X – Emitir pareceres a pedido da Diretoria Geral sobre a área de sua responsabilidade;

XI - acompanhar e zelar pelo cumprimento das determinações do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola, referente às atividades de pesquisa desenvolvidas nas Unidades de Saúde vinculadas ao CSE.

XII – Exercer outras atividades em colaboração com o Diretor Geral do CSE.

TITULO V

DO CONSELHO GESTOR

Artigo 29 - Constituí-se de um grupo de trabalho multiprofissional, com capacidade de planejamento e tomada de decisão, que assume conjuntamente a tarefa de auxiliar no desenvolvimento da equipe de saúde e do processo produtivo, em consonância com as Diretrizes emanadas da Secretaria Municipal de Saúde.

Artigo 30 - Sua coordenação será feita pelo Diretor Geral do CSE.

Artigo 31 - Sua composição atenderá ao disposto nas Diretrizes emanadas da Secretaria Municipal de Saúde, entre os profissionais que atuam no CSE ou em Unidades de sua área de abrangência, ou seja:

I - um representante de cada Unidade de Serviço, definida pela Diretoria do CSE, e eleito pelos seus pares;

§ 1º - A identificação das Unidades de Serviço, será feita pelo Diretor Geral do CSE;

§ 2º - Os critérios utilizados e os resultados obtidos serão afixados em locais de fácil acesso e grande circulação, antes do processo de escolha.

Artigo 32 - São atribuições do Conselho Gestor:

I - assessorar a Diretoria Geral do CSE na viabilização dos objetivos institucionais;

II - auxiliar na tarefa do desenvolvimento da equipe, possibilitando a formação de um coletivo organizado para a produção dos serviços com integralidade e na perspectiva de ações intersetoriais;

III - participar das ações de planejamento e da sua implementação.

Artigo 33 - O mandato dos membros do Conselho Gestor será de um ano, sendo permitida recondução. Haverá a extinção antecipada do mandato, caso ocorra à perda da qualidade que determinou sua indicação.

***REGIMENTO APROVADO PELA CONGREGAÇÃO, EM SUA 723ª SESSÃO ORDINÁRIA, DE
10.10.06***

ANEXO F – Convênio para prestação de serviços ESF

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo
Gabinete do Prefeito

CONVÊNIO QUE ENTRE SI CELEBRAM A PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO, COM A INTERVENIÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, A UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, COM INTERVENIÊNCIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA USP E A FUNDAÇÃO DE APOIO AO ENSINO, PESQUISA E ASSISTÊNCIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS RELATIVOS AO DESENVOLVIMENTO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA FAMÍLIA CONFORME O MODELO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.

Pelo presente convênio, de um lado a Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, pessoa jurídica de direito público, com sede nesta cidade, na Praça Barão do R Branco s/n, inscrita no CGC/MF sob n. 56.024.581/0001-56, doravante denominada Prefeitura, neste ato representada pelo Prefeito Municipal, Dr. Welson Gasparini, com interveniência da Secretaria Municipal da Saúde, doravante denominada SMS, gestora no Município do Sistema Único de Saúde, doravante denominado SUS, neste ato representado por seu Secretário de Saúde Dr. Oswaldo Cruz Franco, e de outro como conveniados a Universidade de São Paulo, autarquia estadual de regime especial, regida pelo seu Estatuto aprovado pela Resolução nº 3641, de 07 de outubro de 1.988 e pelo Regimento Geral aprovado pela Resolução nº 3745, de 19 de outubro de 1.990, com sede na rua Reitoria, 109, São Paulo-SP, doravante denominada USP, neste ato representada por sua Magnífica Reitora Profa. Dra. Suely Vilela, com a interveniência da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, com sede em Ribeirão Preto, Campus da USP, Av. Bandeirantes 3900, inscrita no CNPJ sob o número 63025.530/0026-62, doravante denominada FMRP, neste ato representada por seu Diretor, Prof. Dr. Marcos Felipe S de Sá, e a Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, com sede no Campus Universitário - Monte Alegre, inscrita no CNPJ/MF sob n. 57.722.118/0001-40, doravante denominada FAEPA, representada por seu Diretor Executivo, Prof. Dr. Jair Lício Ferreira Santos, tendo em vista o que dispõe a Lei municipal n 5971, de 23 de abril de 1991, a lei federal n 8080, de 19 de setembro de 1990, a lei federal n 8666, de 21 de junho de 1993, a lei complementar estadual n 791, de 9 de março de 1995, a portaria n 1695/GM, de 23 de setembro de 1994 do Ministério da Saúde, a Lei Municipal n _____, e demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, têm entre si justo e acordado o presente convênio, observadas as cláusulas e condições seguintes:

Cláusula Primeira - Do Objeto

O presente convênio tem por objeto, mediante a conjugação de esforços dos convenientes, o desenvolvimento da Atenção Básica à Saúde, no Distrito de Saúde - Oeste do Município de Ribeirão Preto, segundo o modelo preconizado pela Estratégia Saúde da Família do

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo
Gabinete do Prefeito

Ministério da Saúde, conforme Plano de Trabalho que faz parte integrante deste instrumento, como se nele estivesse transcrito.

Cláusula Segunda - Das Obrigações

Para a consecução do objeto previsto na cláusula primeira deste convênio, compete:

I - À Prefeitura:

1. Definir a política de atividades bem como os planos, objetivos e metas para o desenvolvimento da Atenção Básica à Saúde, conforme modelo preconizado pela Estratégia Saúde da Família do Ministério da Saúde, do SUS, para o Município de Ribeirão Preto.
2. Acompanhar, fiscalizar, avaliar, controlar e auditar, através da SMS, a execução do objeto do convênio;
3. Repassar, para a FAEPA, por meio do Fundo Municipal da Saúde, os recursos financeiros provenientes do Fundo Nacional de Saúde referentes ao Piso de Atenção Básica (PAB), parte fixa, conforme definido pelo Ministério da Saúde, calculado conforme a população local estimada, acrescido da parte variável referente ao número de Agentes Comunitários de Saúde e de equipes de Saúde da Família envolvidos na atenção básica dos Núcleos de Saúde da Família instalados no Distrito de Saúde Oeste de Ribeirão Preto, na forma constante no Plano de Trabalho que integra o presente convênio.
4. Arcar com as despesas decorrentes da situação prevista no §4º da cláusula Décima.

II - À FMRP:

1. Responsabilizar-se pela Coordenação dos trabalhos das equipes multiprofissionais lotadas nos Núcleos de Saúde da Família, por meio do Centro de Atenção Primária e Saúde da Família e Comunidade da FMRP;
2. Manter, nos núcleos de Saúde da Família, docentes e profissionais vinculados a FMRP, credenciados para supervisão acadêmica e atividades relacionadas ao ensino e capacitação de pessoal, conforme especificado no Plano de Trabalho anexo, responsabilizando-se pelos eventuais encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e quaisquer outras despesas resultantes de vínculo empregatício, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a PMRP, para a SMS e para a FAEPA;
3. Responsabilizar-se pela manutenção de seus equipamentos patrimoniados e colocados à disposição dos Núcleos de Saúde da Família;
4. Prover materiais acadêmicos de uso dos alunos da FMRP que realizam estágios teórico-práticos nas unidades dos Núcleos de Saúde da Família do Centro de Saúde Escola da FMRP;

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo
Gabinete do Prefeito

Ministério da Saúde, conforme Plano de Trabalho que faz parte integrante deste instrumento, como se nele estivesse transcrito.

Cláusula Segunda - Das Obrigações

Para a consecução do objeto previsto na cláusula primeira deste convênio, compete:

I - À Prefeitura:

1. Definir a política de atividades bem como os planos, objetivos e metas para o desenvolvimento da Atenção Básica à Saúde, conforme modelo preconizado pela Estratégia Saúde da Família do Ministério da Saúde, do SUS, para o Município de Ribeirão Preto.
2. Acompanhar, fiscalizar, avaliar, controlar e auditar, através da SMS, a execução do objeto do convênio;
3. Repassar, para a FAEPA, por meio do Fundo Municipal da Saúde, os recursos financeiros provenientes do Fundo Nacional de Saúde referentes ao Piso de Atenção Básica (PAB), parte fixa, conforme definido pelo Ministério da Saúde, calculado conforme a população local estimada, acrescido da parte variável referente ao número de Agentes Comunitários de Saúde e de equipes de Saúde da Família envolvidos na atenção básica dos Núcleos de Saúde da Família instalados no Distrito de Saúde Oeste de Ribeirão Preto, na forma constante no Plano de Trabalho que integra o presente convênio.
4. Arcar com as despesas decorrentes da situação prevista no §4º da cláusula Décima.

II - À FMRP:

1. Responsabilizar-se pela Coordenação dos trabalhos das equipes multiprofissionais lotadas nos Núcleos de Saúde da Família, por meio do Centro de Atenção Primária e Saúde da Família e Comunidade da FMRP;
2. Manter, nos núcleos de Saúde da Família, docentes e profissionais vinculados a FMRP, credenciados para supervisão acadêmica e atividades relacionadas ao ensino e capacitação de pessoal, conforme especificado no Plano de Trabalho anexo, responsabilizando-se pelos eventuais encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e quaisquer outras despesas resultantes de vínculo empregatício, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a PMRP, para a SMS e para a FAEPA;
3. Responsabilizar-se pela manutenção de seus equipamentos patrimoniados e colocados à disposição dos Núcleos de Saúde da Família;
4. Prover materiais acadêmicos de uso dos alunos da FMRP que realizam estágios teórico-práticos nas unidades dos Núcleos de Saúde da Família do Centro de Saúde Escola da FMRP;

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo
Gabinete do Prefeito

5. Prover materiais de segurança de uso dos alunos da FMRP que realizam estágio teórico-práticos nos Núcleos de Saúde da Família, e observar as normas previstas na Lei Federal nº 6.497/1977, regulamentada pelo Decreto nº 87.497/1982.
6. Colaborar na capacitação técnica e aprimoramento profissional dos integrantes das equipes multiprofissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família.

III - À FAEPA

1. Responsabilizar-se pela aplicação dos recursos provenientes da Prefeitura para as ações previstas neste convênio conforme Plano de Trabalho, documento que é parte integrante do presente convênio;
2. Responsabilizar-se pelo recrutamento, seleção, contratação e pagamento do pessoal técnico e de apoio necessário ao desenvolvimento das ações contidas no Plano de Trabalho, observados os critérios exclusivamente técnicos nas contratações e obedecidas as normas legais atinentes;
3. Manter organizada e atualizada a escrituração dos atos de ordem financeira, fiscal, contábil e administrativa de recursos humanos, colocando-a à disposição da Prefeitura sempre que solicitada;
4. Prestar contas à Prefeitura de todos os recursos que lhe forem transferidos, devolvendo os não aplicados;
5. Comunicar à Prefeitura fatos decorrentes das atividades ora conveniadas que julgar relevantes e oportunos, visando o desenvolvimento e aperfeiçoamento do convênio;
6. Apresentar mensalmente, balancetes e, anualmente, o balanço, de acordo com a rotina definida pela Prefeitura;
7. Permitir que técnicos da Prefeitura exerçam as atividades de assessoria técnica acompanhamento, supervisão, controle e fiscalização da documentação atinente ao presente convênio;
8. Facilitar a ação do Conselho Municipal de Saúde, respeitados os regulamentos da Conveniada;
9. Manter os recursos em conta bancária individualizada, aberta exclusivamente para essa finalidade;
10. Recolher os encargos sociais e trabalhistas incidentes e efetuar a comprovação da quitação, sempre que solicitado pela Prefeitura;
11. Responsabilizar-se pela manutenção de seus equipamentos patrimoniados e colocados à disposição dos Núcleos de Saúde da Família;

Cláusula Terceira — Do Repasse dos recursos

Mensalmente a Prefeitura repassará para a FAEPA, para fins de custeio parcial das atividades desenvolvidas nos Núcleos de Saúde da Família do Centro de Saúde Escola da FMRP, os valores correspondentes ao repasse realizado pelo Ministério da Saúde referente ao percentual da cobertura populacional atingida pelos serviços descritos no objeto do convênio, com recursos provenientes da parte fixa do repasse do Piso de Atenção Básica,

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo
Gabinete do Prefeito

complementado pela parte variável conforme definido no plano de trabalho, condicionada este à transferência de recursos oriundos do MS/Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, em decorrência da Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde.

§1º - Com o repasse do recurso do PAB-Fixo para cobertura da atenção básica na área definida no Plano de trabalho, fica vedada a apresentação no faturamento SIA — Sistema de Informação Ambulatorial - de procedimentos do PAB-Fixo correspondentes à atenção básica da referida área.

§2º - Através de termo aditivo, mediante proposta devidamente justificada e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde, determinados valores unitários de procedimentos poderão, temporária ou permanentemente, ser acrescidos de percentual resultante de aplicação de fator de incentivo baseado em circunstâncias epidemiológicas ou decorrentes do desenvolvimento tecnológico, do grau de complexidade da assistência prestada, da introdução e adequação de novas tecnologias ou de desempenho assistencial e gerencial.

§3º - Os valores referidos no caput serão reajustados na mesma proporção, índices e épocas dos reajustes concedidos pelo Ministério da Saúde.

§4º - A seu Juízo, e em comum acordo com as conveniadas, a SMS poderá:

- a) disponibilizar para os núcleos de Saúde da Família, funcionários e servidores a ela vinculados, para executarem ações de assistência à saúde, responsabilizando-se pelos gastos oriundos de tais procedimentos, tais como salários e demais encargos trabalhistas decorrentes (previdenciários, sociais, fiscais e comerciais), cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a USP e/ou para a FAEPA. Igualmente, em nenhuma hipótese poderá ser alegada obrigação solidária das conveniadas (USP e FAEPA), com relação a tais ônus e obrigações.
- b) ceder material permanente e de consumo, bem como, realizar, por conta da Prefeitura, obras e reformas das instalações utilizadas para o desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família.

Cláusula Quarta - Dos recursos orçamentários

As despesas decorrentes do presente convênio correrão à conta de dotação consignada do Fundo Municipal de Saúde, em razão da Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, na qual o Município de Ribeirão Preto está habilitado perante o Ministério da Saúde, devendo onerar a seguinte dotação orçamentária:

- Secretária Municipal da Saúde — Atenção Básica:

09.50.09012156.0530004339039 — PAB-Fixo

- Secretária Municipal da Saúde — Atenção Básica:

0910.0901.114705.30005339039 — PAB-Variável

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo
Gabinete do Prefeito

§1º - Está especificado no Plano de Trabalho o Plano de Aplicação dos recursos, segundo a legislação pertinente ao SUS.

§2º - A FAEPA indicará para a SMS a conta bancária para depósito dos recursos, comprometendo-se a manter os recursos transferidos pela Prefeitura, em conta especial do Banco Oficial do Estado, aplicando-os rigorosamente, nos termos do Plano de Trabalho aprovado pelas partes, observando as regras de contabilização e aplicação constantes dos parágrafos do artigo 116, da Lei nº 8666/93.

§3º - Serão repassados a FAEPA, para fins de custeio parcial das atividades desenvolvidas nos Núcleos de Saúde da Família até o vigésimo quinto dia do mês, pela SMS o valor de R\$ 63.996,58 (sessenta e três a novecentos e noventa e seis reais e cinquenta e oito centavos), referentes ao PAB-Fixo e PAB Variável, na forma definida neste termo, podendo vir a ser reajustado em decorrência da implantação de novas equipes de Saúde da Família no Distrito de Saúde - Oeste, ou ainda alterado por conta de modificações na estrutura de funcionamento dos Núcleos, em relação aos Agentes Comunitários de Saúde, que passem a onerar a PMRP.

§4º - em caso de atraso no repasse dos valores compromissados com a FAEPA, que venham a gerar qualquer ônus a ela, a SMS se obriga a cobrir o encargo que ficar devidamente comprovado.

§5º - Não se constitui em obrigação da FAEPA a utilização de recursos próprios ou aqueles angariados de terceiros, não previstos no orçamento especificado no Plano de Trabalho integrante deste instrumento, para a consecução dos objetivos deste convênio.

Cláusula Quinta - Da Avaliação, Controle, Vistoria e Fiscalização

A execução do presente convênio será submetida à avaliação, controle, vistoria e fiscalização pelos órgãos competentes da SMS, mediante procedimentos de auditoria e supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas no convênio e no Plano de Trabalho anexo.

§1º - A fiscalização exercida pela SMS sobre os serviços ora conveniados não eximem a PMRP e a FAEPA de suas respectivas responsabilidades perante a Prefeitura, decorrentes de culpa ou dolo na execução do convênio.

§2º - Sem, prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercida pela SMS e pelo Conselho Municipal da Saúde sobre execução do objeto deste convênio, os convenientes reconhecem a prerrogativa de controle e a autoridade normativa genérica da Direção Nacional do SUS, decorrente da Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990.

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo
Gabinete do Prefeito

Cláusula Sexta - Do Acompanhamento da execução do Convênio

Para o acompanhamento da execução do presente convênio ficam indicados pela SMS o seu Secretário Municipal da Saúde, pela FMRP o seu Diretor, pela FAEPA o seu Diretor Executivo, ou as pessoas por eles indicadas e um representante dos usuários (titular e suplente), indicado pelo Conselho Municipal de Saúde.

§ único — Caberá aos representantes dos partícipes, na forma acima estabelecida, a solução e o encaminhamento de questões técnicas, administrativas e financeiras que surgirem durante a vigência do presente convênio, bem como a supervisão e o gerenciamento financeiro, da execução dos trabalhos.

Cláusula Sétima - Das Penalidades

A inobservância, pela FMRP e FAEPA, de cláusula ou obrigação constante neste convênio, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, sujeitá-las-á às sanções previstas na Legislação Federal, Estadual e Municipal, sendo-lhes assegurado sempre amplo direito de defesa.

§1º - As penas serão impostas pelo Secretário Municipal da Saúde e dependerão da gravidade dos fatos que as motivarem e delas serão notificadas as Conveniadas.

§2º - Da pena imposta caberá pedido de reconsideração, devidamente fundamentado, ao Secretário Municipal da Saúde, no prazo de cinco dias úteis do recebimento da notificação.

§3º - Mantida a pena pelo Secretário Municipal da Saúde, que deverá manifestar-se no prazo de cinco dias úteis do recebimento do pedido de reconsideração, caberá recurso, devidamente fundamentado, no prazo de cinco dias úteis do recebimento da notificação de confirmação da pena, ao Conselho Municipal de Saúde, e terá prazo até sua reunião ordinária subsequente para manifestar-se.

§4º - A imposição de qualquer pena não exclui a responsabilidade referida na Cláusula Quarta deste convênio.

Cláusula Oitava - Dos termos aditivos

Os termos aditivos não poderão implicar em modificação de seu objeto.

Cláusula Nona - Da Vigência

O presente convênio terá duração inicial de doze meses, a partir da data da publicação, podendo ser prorrogado por ambas as partes a critério da Prefeitura, mediante provocação da SMS, não podendo ultrapassar a data limite de sessenta meses.

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo
Gabinete do Prefeito

Cláusula Décima - Da denúncia e da extinção

Respeitadas as obrigações assumidas e os direitos oriundos do presente ajuste, este convênio poderá ser denunciado por qualquer das partes, devendo a denúncia ser formulada por escrito com antecedência mínima de cento e vinte dias da data em que se pretender o encerramento das atividades referidas na Cláusula Primeira. O decurso do prazo limite previsto na Cláusula Nona extingue automaticamente o presente convênio.

§ 1º - No caso de denúncia pela Prefeitura, não caberá qualquer indenização às Conveniadas.

§ 2º - A perda das qualidades essenciais das Conveniadas, FMRP e FAEPA, bem como as ações ou omissões que prejudiquem, onerem, obstem, interrompam, atrasem ou impliquem no comprometimento da qualidade da cobertura assistencial, importarão em denúncia imediata do presente convênio, resguardada a composição das perdas e danos sofridos pela Prefeitura, na forma da legislação em vigor.

§ 3º - o atraso superior a noventa dias no repasse de recursos pela Prefeitura ensejará a FAEPA a denúncia do presente convênio, ressalvadas as situações de calamidade pública ou grave ameaça da ordem interna ou as situações de urgência ou emergência.

§ 4º - Em caso de rescisão unilateral por parte da Prefeitura, que não decorra de má gestão, culpa ou dolo das Conveniadas, a Prefeitura indenizará a FAEPA as despesas decorrentes da dispensa do pessoal contratado por ela para a execução do objeto deste convênio.

§ 5º - O presente convênio rescinde todos os convênios e contratos celebrados anteriormente entre a Prefeitura a FMRP e a FAEPA que tenham por objeto o desenvolvimento dos serviços pertinentes à Estratégia Saúde da Família.

Cláusula Décima Primeira — Dos Recursos Processuais

§ 1º - Dos atos de aplicação de penalidade prevista neste convênio, ou de sua rescisão, praticados pela Prefeitura, cabe recurso no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar da intimação do ato.

§ 2º - Sobre o pedido de reconsideração, formulado nos termos do §1º o Secretário Municipal da Saúde deverá manifestar-se no prazo de 15 (quinze) dias e poderá, ao recebê-lo, atribuir-lhe eficácia suspensiva, desde que o faça motivadamente diante de razões de interesse público.

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo
Gabinete do Prefeito

Cláusula Décima Segunda - Do Foro

As partes, de comum acordo, elegem o fórum da comarca de Ribeirão Preto, com a exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir questões e dúvidas oriundas do presente convênio, que não puderem ser resolvidas por acordo entre as partes e pelo Conselho Municipal da Saúde.

E por estarem as partes justas e conveniadas, firmam o presente instrumento em quatro vias de igual teor e forma para um só fim, na presença de duas testemunhas, para que surta seus jurídicos e regulares efeitos.

Ribeirão Preto, de 2006.

Dr. Welson Gasparini
Prefeito Municipal de Ribeirão Preto

Profª. Drª. Suely Vilela
Reitora da USP

Dr. Oswaldo Cruz Franco
Secretário Municipal da Saúde de
Ribeirão Preto

Prof. Dr. Marcos Felipe Silva de Sá
Diretor da FMRP

Testemunha

Testemunha

ANEXO G – Plano de Trabalho do Convênio para prestação de serviços ESF

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo
Gabinete do Prefeito

PLANO DE TRABALHO

Plano de trabalho do convênio entre a Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, com a interveniência da Secretaria Municipal da Saúde e a Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto — FAEPA, com a interveniência da Faculdade de medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para prestação de serviços relativos ao desenvolvimento da assistência à Saúde da Família, conforme a Estratégia de Saúde da Família proposta pelo Ministério da Saúde.

I. Introdução

A atenção a saúde, objeto deste Plano de Trabalho, destina-se a população residente na área básica de abrangência da UBDS Sumarezinho (Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - CSE - FMRP/USP).

A assistência à saúde oferecida na UBDS Sumarezinho se estende a todo o Distrito de Saúde Oeste, na medida em que pacientes de outras unidades são atendidos, por meio de encaminhamentos, para diagnóstico e tratamentos especializados, assistência farmacêutica, atendimentos de urgência e emergência e pronto-atendimentos. Esta unidade desenvolve ainda ações de Vigilância Epidemiológica para toda a área do distrito. Portanto, a assistência à saúde realiza-se através da Atenção Básica, Atenção Especializada, Pronto-Atendimento de Urgência e Emergência e Ações de Vigilância à Saúde.

A introdução da Estratégia de Saúde da Família, como uma das propostas de reorganização da atenção básica determinadas áreas de abrangência do Distrito Oeste, segundo diretrizes do Ministério da Saúde e Plano Municipal de Saúde elaborado pela Secretaria Municipal da Saúde.

De acordo com os termos do Convênio, para o funcionamento da Estratégia Saúde da Família na área básica da UBDS Sumarezinho, a FAEPA mantém a responsabilidade de constituição de 05 equipes a ela vinculadas, até que, por interesse das partes, outras equipes ou profissionais sejam necessários. Atualmente os 05 Núcleos estão localizados nos endereços abaixo relacionados:

Núcleo 1 - Rua Salvador Neves, 1293-01 equipe;

Núcleo 2 - Travessa Cametá, 49 - 01 equipe (em fase de implantação);

Núcleo 3-Travessa Nossa Senhora da Penha, 55-01 equipe;

Núcleo 4-Rua Salto Grande, 20-01 equipe e

Núcleo 5-Rua Martin Afonso de Souza, 858.

Em relação ao Núcleo 2, foi acordado entre as partes neste Plano de Trabalho que a locação do imóvel, manutenção, provisão de material de consumo e equipamentos será de

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo
Gabinete do Prefeito

responsabilidade da Secretaria Municipal da Saúde, em conformidade com o previsto no PROESF e aprovado pelo Ministério da Saúde. Será responsabilidade da FAEPA, a manutenção da equipe de acordo com a cláusula segunda.

A estratégia saúde da família vai além da ampliação da oferta de serviços centrada na demanda do paciente em queixas mais imediatas, buscando uma nova forma de relacionamento entre a equipe de saúde e os moradores da área de abrangência.

II – Objetivo

Manter e/ou ampliar equipes da Saúde da Família para a população residente no Distrito de Saúde Oeste

III – Organização

As equipes sediadas em cada um dos Núcleos de Saúde da Família serão compostas por:

- 1 médico generalista, por 40 horas semanais;
- 1 enfermeiro, por 40 horas semanais;
- 2 auxiliares de enfermagem, por 40 horas semanais cada;
- 5 Agentes comunitários de saúde, por 40 horas semanais cada;
- 1 auxiliar de serviços gerais;
- 1 agente administrativo.

As equipes de Saúde da Família contarão com a retaguarda e supervisão técnica por parte de equipes de referência, lotadas no CSE. Essas equipes serão compostas, de acordo com as necessidades identificadas, por profissionais das áreas de pediatria, ginecologia-obstetrícia, clínica médica, cardiologia, dermatologia, infectologia, psiquiatria, oftalmologia, radiologia, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador, serviço social e psicologia.

As atividades de Vigilância Epidemiológica serão desenvolvidas de forma articulada entre o CSE, dada sua abrangência distrital, e os Núcleos de Saúde da Família, sendo descentralizadas gradativamente, em conformidade com a política municipal de saúde para as micro-áreas dos Núcleos.

As ações de Pronto-Atendimento serão realizadas no CSE, em horário ininterrupto, dando cobertura não exclusiva aos usuários dos Núcleos com quadros agudos que venham a manifestar-se fora do seu horário de funcionamento ou em casos de urgências e emergências. As informações e registros dos atendimentos prestados nestas condições pelo CSE, deverão ser repassados para a equipe no primeiro dia útil seguinte ao do evento para subsidiar as equipes dos Núcleos no acompanhamento dos seus pacientes.

Os Núcleos de Saúde da Família do CSE funcionarão das 7:00 as 12:00 horas e das 13:00 as 17:00 horas, de 2ª a 6ª feira.

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo
Gabinete do Prefeito

IV – Ações

- 4.1. Cadastrar as famílias residentes na área de abrangência das equipes;
- 4.2. Reconhecer e identificar as condições de vida e moradia presentes na área de abrangência de cada Núcleo;
- 4.3. Reconhecer e identificar as condições sócio-econômicas e de saúde da população sob responsabilidade da equipe os cidadãos residentes na área de abrangência de cada núcleo, por faixa etária;
- 4.4. Confeccionar mapas segundo micro-áreas, expondo as informações acima;
- 4.5. Realizar atividades de educação e promoção da saúde;
- 4.6. Identificar e acompanhar pessoas e famílias em situações de risco, que necessitem de atenção especial;
- 4.7. Priorizar as ações a serem desenvolvidas para o enfrentamento dos problemas identificados;
- 4.8. Identificar, reconhecer e atuar de forma articulada, com os equipamentos sociais existentes da área dos NSF, incluindo veículos comunitários de comunicação;
- 4.9. Realizar consultas individuais, por parte dos profissionais da equipe;
- 4.10. Realizar visitas domiciliares, por parte de todos os profissionais da equipe;
- 4.11. Organizar grupos de vivência e grupos de orientação para as doenças prevalentes;
- 4.12. Coletar materiais para exames laboratoriais consultas e procedimentos em domicílio, na impossibilidade de deambulação de pacientes;
- 4.13. Oferecer assistência integral, permanente e de qualidade incluindo a integração de procedimentos com outros níveis de complexidade e, encaminhamento dos pacientes quando houver a necessidade de referenciá-los para outros níveis de atenção, sem perda do acompanhamento e do vínculo com as equipes dos Núcleos;
- 4.14. Estimular a organização da comunidade adscrita para exercer a participação e o controle social das ações e serviços desenvolvidos nas unidades de saúde;
- 4.15. Executar ações de vigilância epidemiológica;

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo
Gabinete do Prefeito

4.16. Registro dos dados e alimentação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), de acordo com normatização do Ministério da Saúde;

4.17. Utilizar os sistemas de informação para o monitoramento, avaliação e tomada de decisões.

V- Metas

5.1. Proporcionar cobertura de 100% da assistência à saúde da população da área cadastrada pelas equipes;

5.2 Estruturar o campo de formação acadêmica de alunos dos cursos das áreas da saúde, a capacitação de médicos residentes e o processo de educação permanente de recursos humanos para o SUS;

5.3. Desenvolver novos conhecimentos e tecnologias em atenção à saúde, no contexto da prestação de assistência à saúde da população residente na área de abrangência dos Núcleos de Saúde da Família vinculados ao CSE;

5.4. Analisar os indicadores da atenção básica aos usuários do SUS dos Núcleos de Saúde da Família vinculadas ao CSE;

VI - Atividades de Ensino e Pesquisa

Um dos objetivos do CSE - FMRP - USP extensivo a todas as suas unidades é o desenvolvimento de ensino de graduação para os cursos da área da saúde da USP, especialmente em relação à atenção primária, colocando o aluno em contato com a realidade da assistência à saúde da população, prestada pelo SUS.

Além dos cursos de graduação nas áreas de medicina, enfermagem, odontologia, psicologia e farmácia, o CSE é campo de formação para diversos programas de residência do I-ICFMRP-USP, como GO, Pediatria, Neuro-pediatria, Medicina Comunitária com ênfase em Saúde da Família, Pneumologia, Moléstias Infecto-Contagiosas, dentre outras e, pós-graduação *latu sensu*. Esses estágios agregam ao quadro profissional do CSE, médicos residentes em treinamento, o que indiretamente contribui para um elevado padrão de assistência à população.

O Projeto Educacional do CSE contempla a formação e capacitação de profissionais de níveis médio e superior da rede básica de saúde, em vários cursos e treinamentos específicos. O CSE é um centro de treinamento para a rede básica de saúde de Ribeirão Preto e região.

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo
Gabinete do Prefeito

Com a constituição do Pólo de Educação Permanente em Saúde o CSE tornou-se local privilegiado para o treinamento de equipes de Saúde da Família do Município de Ribeirão Preto e região, sendo esta uma prioridade institucional na FMRP-USP e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, sediando já parte importante das atividades do Pólo.

No que diz respeito às atividades de pesquisa, todas as unidades do CSE têm servido como locais de realização de dezenas de trabalhos voltados, em sua maioria, para a atenção primária à saúde e epidemiologia. Para isto, conta com um Comitê de Ética em Pesquisa, vinculado ao CONEP, para apreciação dos projetos propostos.

VII - Recursos Financeiros

Custo total anual estimado

Discriminação de Despesa	Valor R\$
Pessoal, reflexo e benefícios	1.380.000,00
Outras despesas de custeio	160.000,00
Investimentos	18.000,00
Total	1.558.000,00

Fontes de Financiamento

1. Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto

Recursos Financeiros para custeio parcial

Valor a ser repassado pela SMS

Fonte (MS)	População	Qtd.	Valor
PAB-fixo	22.068	-	R\$ 28.246,58
PAB – Variável			
Agente Comunitário de Saúde		25	R\$ 8.750,00
Equipe de Saúde da Família		05	R\$ 27.000,00
	TOTAL		R\$ 63.996,58
	TOTAL ANUAL		R\$ 767.958,96

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo
Gabinete do Prefeito

2. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Repasse anual da SES para a FAEPA*	R\$ 800.000,00
------------------------------------	----------------

* Mediante Termo Aditivo ao Convênio da FAEPA com o SUS

ANEXO G – Relatório de Gestão do Centro de Saúde Escola

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
CENTRO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA
CAP

RELATÓRIO DE ATIVIDADES

2007

INTRODUÇÃO: Apresentamos o relatório de atividades do Centro de Atenção Primária, relativo ao ano de 2007. Conforme pode ser constatado pelas informações abaixo, várias atividades de ensino e pesquisa foram desenvolvidas, consolidando a presença da FMRP na rede municipal de atenção à saúde. Um ponto importante, muito estimulado por nós, com o apoio da Diretoria da FMRP, foi o engajamento das unidades de ensino da área da saúde do Campus da USP Ribeirão, o que vem propiciando um ambiente de trabalho que contempla ações multidisciplinares e multiprofissionais, dando aos alunos e aos profissionais uma visão integrada da saúde. Assim, entendemos que os objetivos estabelecidos pelo Regimento Interno do CAP, aprovado pela Congregação em Sessão Ordinária realizada em 06/03/07, vem sendo alcançados, dentro das limitações de nosso quadro de pessoal.

1. Histórico e Finalidades

Em 1997, um grupo de docentes de vários Departamentos da FMRP passaram a exercer no Centro de Saúde Escola, atividades didáticas em uma disciplina supra departamental, denominada Estágio Integrado (RCG-

510), motivados pela necessidade de se estabelecer um local que concentrasse as discussões sobre as práticas recém iniciadas, referentes a estratégia governamental de Saúde da Família. Na mesma oportunidade, várias ações estavam sendo adotadas, especialmente pelo HCFMRP, em conjunto com os Departamentos Clínicos da FMRP, no sentido de fortalecer a hierarquização dos atendimentos por nível de complexidade, conforme o estabelecido pelo Sistema Único de Saúde - SUS.

Assim, em 07 de agosto de 1998, em 639ª sessão ordinária da Congregação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo foi criado o Centro de Atenção Primária, com a finalidade de apoiar as atividades didáticas, principalmente aquelas que tem como campo de ensino a rede de atenção primária e secundária municipal do Distrito de Saúde Oeste, possibilitando, por meio da integração, o aprimoramento do trabalho em equipe multidisciplinar e multiprofissional..

Desde a sua constituição, o Centro de Atenção Primária promove a integração de instituições e ações intersetoriais, aprimoramento técnico e científico de seus docentes, formação de profissionais na área da saúde, capacitação de recursos humanos, produção científica e divulgação do conhecimento.

Para tanto, utiliza-se de várias estratégias, tais como, captação de recursos em órgãos de fomento, Residência Médica, intercâmbios nacionais e internacionais, convênios, assessorias técnicas e científicas, grupos de vivência e atividades culturais.

As ações e suas estratégias tem a finalidade de consolidar um programa de ensino, pesquisa e extensão de serviços voltados à Atenção Básica, como área de conhecimento específica e integradora das várias disciplinas e profissionais que nela atuam.

2. Composição do Conselho do CAP

Presidente

Professor Doutor Gutemberg de Melo Rocha

Membros Titulares

Professores Doutores:

Aldaísa Cassanho Forster

Afonso Dinis Costa Passos

Jayter Silva de Paula

João Terra Filho

Júlio César Daneluzzi

Luiz Antonio Del Ciampo

Luiz Ernesto de Almeida Troncon

Maria Célia Mendes

Nereida Kilza da Costa Lima

Nilton Mazzer

Patrícia Leila dos Santos

Rodrigo Durante Soares

Yvone Avalloni de Moraes Villela de Andrade Vicente

Membros Suplentes

Professores Doutores:

Celso Hermínio Ferraz Picado

Ivan Savioli Ferraz

Marco Andrey Cipriani Frade

Maria de Fátima Galli Sorita Tazima

Marta Edna Holanda Diógenes Yazlle

Regina Yoneko Dakuzako Carreta

Roberta Silva Costas

Tazio Vanni

I - PROJETOS IMPLEMENTADOS

- ***Disciplina: RCG0122 - Atenção à Saúde da Comunidade*** : Um grupo de trabalho composto por docentes que atuam na Atenção Primária elaborou, no exercício passado, o Programa para a nova disciplina de Atenção à Saúde da Comunidade, que passou a ser ministrada em 2008, após aprovação da Comissão de Graduação.

O Objetivo da nova disciplina, sob a coordenação das Profas. Dras. Aldaísa C. Forster e Patrícia Leila dos Santos é propiciar ao aluno do curso de Medicina, o contato precoce com a comunidade e com famílias, permitindo-lhe conhecer a população, os diferentes equipamentos sociais e de saúde existentes, os problemas de saúde físicos, psicológicos, sociais e ambientais, vivenciados pelos membros da comunidade, ampliando a concepção de saúde e aproximando o estudante de seu objeto de trabalho.

Créditos Aula:	8
Créditos Trabalho:	0
Carga Horária Total:	120 h
Tipo:	Anual

Programa Resumido

- Relacionamentos interpessoais
- Saúde, meio ambiente e territorialização
- Fatores de risco e proteção à saúde
- Recursos e equipamentos sociais que integram a rede de apoio à população
- Estrutura e funcionamento do Sistema Único de Saúde
- Comunicação e relacionamentos interpessoais

- **Hospital Estadual de Ribeirão Preto - HERP.** Em setembro de 2006 foi constituída uma Comissão composta por representantes do HCFMRP, da FMRP e da FAEPA com a finalidade de elaborar o projeto de implantação e acompanhamento da obra do Hospital Estadual de Ribeirão Preto. Assim, durante o ano de 2007, várias reuniões foram realizadas que culminou com a elaboração do Regimento Interno e do Projeto Assistencial daquele Hospital que, após aprovado no Conselho Deliberativo do HCRP, no final do ano, foi encaminhado à Secretaria Estadual de Saúde para as demais providências. É importante registrar que, na Estrutura Organizacional estabelecida no Regimento Interno foi prevista uma Diretoria Acadêmica, que dará suporte às atividades de ensino a serem lá desenvolvidas.

- **MATER – Centro Estadual de Referência à Saúde da Mulher** - No segundo semestre de 2007, a pedido da Diretoria da FMRP e da Superintendência do HCRP, a mesma Comissão constituída para o HERP, com a inclusão de docentes dos Departamentos de Ginecologia e Obstetrícia e de Puericultura e Pediatria, iniciou os trabalhos para que a Mater passasse a ter a gestão similar a do Hospital Estadual, por meio de Convênio estabelecido entre a FAEPA, o HCFMRP e a Secretaria de Estado da Saúde. Várias reuniões foram realizadas tendo terminado o ano de 2007, com a aprovação da Minuta de Convênio e do Projeto Assistencial pelo Conselho Deliberativo do HCFMRP. A implementação deste Convênio permitirá que as atividades da MATER não fiquem restritas à especialidade de obstetrícia, possibilitando a criação de um Centro Estadual de Referência à Saúde da Mulher. Da mesma forma que o Hospital Estadual, está previsto no Regimento Interno uma Diretoria Acadêmica para dar suporte às atividades de ensino.

- ***Projeto de Expansão do Programa de Saúde da Família para o Distrito de Saúde Oeste:***

Em 2007, foi desenvolvido o Projeto de expansão das atividades acadêmicas para cinco novas Equipes de Saúde da Família do Distrito de Saúde Oeste, previsto para iniciar em 2008, que foi elaborado em parceria com as Unidades de Ensino da área da Saúde da USP do Campus de Ribeirão Preto (a FMRP, por meio de seus cursos de Fisioterapia, Fonoaudiologia, Informática Biomédica, Medicina, Nutrição e Terapia Ocupacional, EERP, FORP, FCFRP e o Departamento de Psicologia e Educação – DPE da FFCLRP), seguindo as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde e pelo Plano Municipal de Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto/SP.

Novas Equipes

- Duas equipes de Saúde da Família no bairro Jd. Paiva e uma de Saúde Bucal
- Uma equipe de Saúde da Família no bairro Portal do Alto
- Duas equipes de Saúde da Família no bairro Eugênio Mendes Lopes

A proposta é que os docentes e profissionais vinculados aos atuais Núcleos de Saúde da Família atuem como equipes tutoriais, auxiliando na implantação dos novos Núcleos, ministrando treinamento presencial aos grupos técnicos e participando das reuniões das novas equipes de Saúde da Família, além de contribuir no processo de educação permanente.

Essa expansão será de grande valia para ampliar a interdisciplinaridade entre os cursos de graduação das unidades da área da Saúde do Campus da USP de Ribeirão Preto e ampliação dos campos de estágio dos alunos de graduação.

- ***Projeto de Atuação Fonoaudiológica na Rede de Ensino Municipal***

O Projeto estabelecido em parceria com as Secretarias da Educação e da Saúde, prevê que parte das ações desenvolvidas pelos alunos de graduação, nas atividades de estágio realizado nos Núcleos de Saúde da Família sejam deslocados para o âmbito escolar, atendendo comunidade de alunos e educadores das escolas pertencentes às áreas dos Núcleos de Saúde da Família I, II, IV e V. Assim, os docentes vinculados aos estágios ora citados poderão prestar assessoria aos diretores, coordenadores e educadores, bem como planejar e desenvolver ações fonoaudiológicas preventivas, com o objetivo principal de promover a melhoria na qualidade de vida e de ensino-aprendizagem dos escolares.

Os Núcleos de Saúde da Família e suas respectivas Unidades de Ensino	
NSF-I	- EMEI Maria Monte Serrat
NSF-II	- EMEI Anita Procópio Junqueira
NSF-IV	- CRECHE Dr. Roberto Taranto
NSF-V	- CEMEI Virgílio Salata

NSF-I	- EMEI Maria Monte Serrat
NSF-II	- EMEI Anita Procópio Junqueira
NSF-IV	- CRECHE Dr. Roberto Taranto
NSF-V	- CEMEI Virgílio Salata

- ***Sistema Informatizado de Acompanhamento dos Campos de Estágios Descentralizados:***

A necessidade de organização dos campos de estágios extra-muros, como forma de melhorar o seu aproveitamento, sem prejudicar os serviços assistenciais prestados aos usuários, fez com que o Centro de Atenção Primária, com o apoio técnico da Seção Técnica de Informática da FMRP, desenvolvesse um software, que permitirá o acompanhamento dos

alunos de graduação das unidades da USP, em todas as atividades de ensino descentralizadas, inclusive nos Núcleos de Saúde da Família atuais e naqueles previstos no Projeto de Expansão.

A proposta do software é acompanhar as atividades desenvolvidas pelos estagiários, obedecendo aos programas de ensino dos docentes, evitando a concentração de alunos em determinados horários e períodos do ano e permitindo a presença do aluno durante o período de funcionamento dos Núcleos, no decorrer do ano fiscal e não somente do ano letivo, conforme ocorre atualmente.

O funcionamento deste software está previsto para o segundo semestre de 2008.

II - Programas de Saúde propostos pelo CAP aos Departamentos, considerando o Plano Municipal de Saúde de Ribeirão Preto:

1. Saúde da Mulher:

A adequação proposta pelo Plano Municipal de Saúde elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde - SMS, estabelece a uma ampliação dos serviços, que beneficiarão as atividades fins institucionais desempenhadas pelo Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da FMRP. Esta proposta de prestação de saúde integral, considera associados os aspectos preventivos e curativos do processo saúde/doença. Através desta visão, aflorarão outros fatores importantes nas causas de doenças, tais como fatores psicológicos, sociais e aqueles decorrentes do ambiente físico, além dos eventos biológicos ligados ao ciclo de vida das mulheres.

Foi proposto ao Departamento que faça um projeto baseado nas premissas arroladas para atuação em toda a comunidade, em nível de atenção básica à saúde e também em Medicina Ambulatorial, definido como nível de atenção secundário, que continuará a ser realizado no Estágio Integrado no CSE . Este projeto deve ser construído em consonância com as metas do Plano

Municipal de Saúde, para o Programa da Saúde da Mulher, devendo ser inovador, pois contempla não só a promoção em saúde e a prevenção de doenças, como também o ensino e a pesquisa, gerando um modelo que poderá ser reproduzido em outros distritos de saúde.

O Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, será responsável pelas atividades de ensino, de pesquisa e de assistência por ele programadas, referente à Saúde da Mulher, em toda área de abrangência do Distrito de Saúde Oeste, onde a FMRP já mantém Convênio e poderá ampliar sua participação, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, ficando o Programa sediado no Centro Comunitário e Social de Vila Lobato.

Através do Projeto de Expansão do Programa de Saúde da Família, com o objetivo de se estender a atuação da FMRP em mais três Núcleos de Saúde da Família, com a constituição de 05 equipes (Jd. Paiva, Eugênio Mendes Lopes e Portal do Alto), no Distrito de Saúde Oeste, uma vez concretizado, dobrará a população ofertando um campo de estágio bastante significativo para os Departamentos Clínicos da FMRP e outras Unidades parceiras da área de saúde do campus local, motivo pelo qual, a proposta de expansão do horário de atendimento do Ambulatório Integrado, onde os docentes da Ginecologia e Obstetrícia, também atuam será de extrema importância para o ensino e a assistência.

2. Saúde da Criança e do Adolescente.

O Departamento de Pediatria e Puericultura da FMRP atua há 33 anos no Centro Comunitário e Social da Vila Lobato e na Unidade Materno-Infantil da Av. D. Pedro I, dentro do Distrito de Saúde Oeste. Considerando o Plano Municipal de Saúde e as mudanças significativas que foram constatadas nas patologias do pré-escolar, escolar e adolescente, com acréscimo das patologias comportamentais, que passam a constituir uma preocupação dos Pediatras e Educadores que lidam com crianças, foi

discutida com o Departamento a proposta da SMS em ampliar, dentro da área de abrangência do Distrito de Saúde Oeste, a atuação das atividades, sem prejuízo ao desempenho das atividades fins institucionais, cobrindo a Atenção Básica desde o ciclo de vida da criança ao adolescente, gerando modelos de atenção a estas faixas etárias, por meio de pesquisas científicas, abrindo, assim, um leque de atuação para a FMRP e outras Unidades da área da Saúde do campus da USP – Ribeirão, o que possibilitará uma atuação mais efetiva junto aos instrumentos sociais da comunidade e famílias, como creches, pré-escolas, (EMEI's) e escolas.

3. Programa de Saúde Mental para o Distrito de Saúde Oeste:

O Núcleo de Saúde Mental do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CSE-FMRP-USP) funciona, atualmente, em esquema de ambulatório de psiquiatria para atender uma população estimada de 140 mil habitantes. Levando em conta que, aproximadamente, 10% desta população precisará de avaliação psiquiátrica, em algum momento da vida, podemos ter uma idéia da importância de um serviço de referência bem estruturado.

Hoje o Núcleo tem uma clientela de, aproximadamente, 1.300 pacientes divididos pelos diversos diagnósticos da psiquiatria, contando com uma rede de apoio extremamente limitada, visto a complexidade e gravidade dos casos atendidos na Unidade.

Diante desse quadro, a Divisão de Psiquiatria do Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica da FMRP, de comum acordo com a Coordenação do Programa de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde, prevê a reestruturação deste Núcleo com a integração com os Núcleos de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde do Distrito, contemplando a inserção de alunos e disciplinas dos cursos de graduação da FMRP. O Projeto foi encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde já que

estão previstos investimentos em contratação de pessoal para que possa ele ser viabilizado integralmente.

4. PROGRAMAS DE ENSINO , PESQUISA E ASSISTÊNCIA EM ANDAMENTO

- ***Estágio Integrado em Centro de Saúde – Readequação:***

Trata-se de uma disciplina aprovada pela Comissão de Graduação da FMRP que desenvolve suas atividades no Centro de Saúde Escola-Sumarezinho, atendendo, preferencialmente, a demanda de usuários encaminhados pelos serviços de atenção primária (UBS's e PSF's), tendo como objetivo fornecer, em nível elevado, formação básica integrada na aplicação clínica e humana, que habilite o acadêmico para o exercício técnico da profissão e, também, para compreensão do doente em sua dimensão humana, em sua inserção sócio-familiar, que lhe permite, ainda, dimensionar a sua intervenção, enquanto agente qualificador de promoção à saúde e de prevenção de doenças. Para tanto, conta, efetivamente, com a presença de todos os Departamentos das áreas de aplicação da FMRP, incluindo os novos cursos - Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Nutrição e Metabolismo e Informática Biomédica – e a participação de outras Unidades de Saúde do Campus local, com previsão de ampliação de carga horária e do número de dias de atividades.

Sem perda de carga horária das disciplinas já consolidadas, a disciplina de Estágio Integrado contribui para melhor habilitação dos acadêmicos, fazendo-os conhecedores do Sistema Único de Saúde (SUS), como política pública de Saúde.

Nestes 10 anos de atividades, o Estágio Integrado tem sido o local de ensino da Medicina Ambulatorial, em cumprimento ao

determinado pela Congregação da FMRP, que entendeu que o ensino de profissionais, da área da saúde, deveria ser orientado para os problemas de saúde da comunidade, constituindo-se em um forte estímulo para o processo ensino-aprendizagem e a descoberta de soluções dos problemas detectados. A Universidade, presente em Unidades de Saúde ambulatoriais e hospitalares, oferece aprendizagem com cenários de vida real, não descuidando das atividades fins institucionais.

É essencial para consolidação deste campo de estágio, a presença de todos os Departamentos das áreas de aplicação da Faculdade de Medicina, bem como a participação das outras Unidades de Saúde do Campus local.

Para 2008, há um consenso que se amplie o horário, atualmente das 16:00 às 20:00h, para, a partir das 13:00 às 19:00 horas, cuja cobertura deverá contar com a presença de profissionais e docentes FAEPA, das especialidade de maior prevalência, incluindo os novos cursos.

- ***Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo no Distrito de Saúde Oeste – CSE-Sumarezinho “ Joel Domingos Machado” :***

Criado em 1978, através de convênio firmado entre a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e a Secretaria de Estado da Saúde, como campo de ensino e pesquisa e para atendimento médico ambulatorial destinado a uma população atualmente estimada em 150.000 habitantes do Distrito de Saúde Oeste de Ribeirão Preto, o Centro de Saúde Escola, por meio da Lei Orgânica do município, constitui-se um Unidade Básica Distrital de Saúde – UBDS para as ações de

Pronto Atendimento e de atenção secundária não hospitalar de Ribeirão Preto.

O CSE é mantido por meio de Convênio celebrado entre a Prefeitura Municipal, com interveniência da SMS, a Universidade de São Paulo, com interveniência da FMRP, EERP, HCFMRP e FAEPA.

Com a aprovação do novo regimento do CSE, aprovado em sessão da Congregação em 2006, foi constituído o Conselho Diretor composto pelo Diretor da FMRP, Diretoria do CSE, representantes dos Departamentos que lá possuem atividades, representantes da Secretaria Municipal de Saúde e da comunidade.

Reorganização Administrativa

- Transferência do controle financeiro para ATF-FMRP (informatizado), conforme estabelece o regimento aprovado para o CSE.
- Centralização do controle de veículos na ATAD-FMRP (o abastecimento pelo posto de combustíveis da PCARP , o que representou uma economia mensal estimada em 27,11%);
- Reestruturação do Serviço de manutenção;
- Recursos Humanos: - Direitos e Obrigações de cada vínculo (SES; SMS; USP; FAEPA);
- Implantação do registro de ponto aos funcionários contratados pela FAEPA.
- Almoxarifado: estabelecimento de rotina para reposição de material de consumo;
- Aquisição de Equipamentos de Informática;
- Estabelecimento de Plantão Administrativo, com rotinas de procedimentos;
- Reorganização dos Serviços Terceirizados nas áreas de limpeza/Portaria/Vigilância
- Reformas e Adequações: - Transferência do morgue para o Novo Prédio;

- Transferência da Sala de Coleta para o antigo morgue (com implantação de sistema de senha);
- Sala de aula (pintura, reparos e revisão da rede elétrica/aquisição de Equipamento para Instalação de Videoconferência);
- Seção de Informática (otimização do espaço físico com mobiliário planejado).

DADOS ASSISTENCIAIS

Atendimentos no P.A.

Especialidade	Nº
Clínica Médica	74.801
Pediatria	33.208

Atendimento Básico (Fonte: Faturamento BPA)

Áreas	Nº
Clínica Médica - Cuiabá	5.153
Ginecologia - Cuiabá	4.389
D. Pedro - Básico	10.583
V. Tibério - Básico	6.423
T O T A L	26.548
Procedimentos Cirurgicos	738

Atendimento Especializado (Fonte: Faturamento BPA)

ÁREAS	Nº
Cardiologia	3.879
Ortopedia	4.806
Saúde do Trabalhador	1.272
M.I.	3.397
Dermatologia	4.202
Psiquiatria	2.739
Endocrinologia	1.822
Oftalmologia	2.733
Geriatria	1.197
Reumatologia	625
Alergologia	434
Neurologia	83
Cirurgia	743
Hansenologia	73
Fonoaudiologia	819
Mastologia	169
T O T A L	28.993

**Projetos de Pesquisa, aprovados pela Comissão de Ética, realizados no
DSO**

Unidade Procedente	Nº
FORP	06
FCFRP	06
FFCLRP	01
FMRP: Medicina	17
Fisioterapia	10
Ter. Ocupac.	05
Nutrição	03
Fonoaudiologia	03
EERP	16
FEA	01
UFSCAR:	01
Fisioterapia	
FOP-UNICAMP	01

Alunos de Iniciação Científica:	32
Consultas – Comitê de Ética em Pesquisa do CSE:	57

- ***Núcleos de Saúde da Família:***

As atividades voltadas à saúde da família no Distrito Oeste tiveram início em 1999, por iniciativa de docentes do Departamento de Medicina Social da FMRP-USP, fundamentadas nos objetivos definidos pelo Programa de Saúde da Família (PSF) criado pelo Ministério da Saúde.

Estas atividades vem sendo mantidas, por meio de Convênio estabelecido com a Secretaria Municipal de Saúde, a USP-FMRP e o HCFMRP/FAEPA, desde 2001 e vem sendo renovado, a cada cinco anos. Os recursos para a manutenção desse programa são repassados à FAEPA pela SMS e pela Secretaria de Estado da Saúde.

No ano de 2007, foi reforçado processo de informatização dos Núcleos, possibilitando o acesso à Intranet, e concessão de e-mails próprios, vinculados aos dos Coordenadores Docentes, o que vem permitindo autonomia e agilidade na adoção de providências e comunicação das informações, especialmente com o CAP.

Além disso, por meio de projeto elaborado pela Seção de Informática, os cinco Núcleos receberam mais 02 computadores, cada um.

No processo de reorganização das atividades, foram iniciadas as discussões para a implementação do processo de padronização de materiais, com a participação das Enfermeiras responsáveis e de docentes coordenadores, cujo objetivo é a implantação de um modelo de centros de custos, a partir de 2008, o que contribuirá para a redução das despesas, sem comprometer a qualidade dos materiais utilizados.

Atividades Assistenciais Desenvolvidas nos Núcleos em 2007	
Famílias Cadastradas	3.808
Acolhimento	16.748
Total de Consultas	33.818
Consultas do Médico Generalista	19.885
Consultas do Enfermeiro	7.824
Consultas Profissionais Nível Superior	2.006
Total de Visitas Domiciliares	32.991
Visitas Domiciliares: Médico	805
Visitas Domiciliares: Enfermeiro	926
Visitas Domiciliares: Outros Profissionais de Nível Superior (Farmacêuticos e Dentistas)	346
Visitas Domiciliares: Profissionais de Nível Médio	557
Visitas Domiciliares: Agentes Comunitários de Saúde	27.811

- ***Centro Médico Social Comunitário de Vila Lobato***

Através de Portaria expedida pelo Diretor da FMRP, foi constituído um grupo de trabalho, sob a presidência da Coordenação do CAP e composta por representantes dos Departamentos de Ginecologia e Obstetrícia, Puericultura e Pediatria, Clínica Médica, além do Hospital das Clínicas, com o objetivo de incluir esta unidade, dentro do Plano Municipal de Saúde, conforme estabelece o SUS, sem perder de vista sua relação histórica com o ensino e a pesquisa lá desenvolvidos, pelos Departamentos Clínicos acima citados.

- ***Site do CAP***

Foi desenvolvido pela Seção Técnica de Informática, o site do CAP, instalado na home page da FMRP, cujo objetivo é divulgar o histórico, as finalidades e a estrutura organizacional, enfim todas as atividades realizadas pelos diferentes Departamentos que compõem o Centro, facilitando o acesso às informações nele contidas.

- ***I Curso de Oftalmologia na Atenção Primária à Saúde.***

Organização: Prof. Dr. Jayter Silva de Paula
Profa. Luciane Loures dos Santos

Período: 12/02/2007 a 23/04/2007

Participação (inscritos): 125 profissionais e estudantes da área de saúde.

Público: Em torno de 60% dos inscritos foram alunos de Medicina e Enfermagem (superior e técnico), sendo que o restante foi dado por

profissionais já atuantes na atenção básica à saúde, incluindo médicos de família, clínicos gerais, pediatras, psicólogos, enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Objetivo:

Desenvolver ensino, teórico-prático, de temas em saúde ocular de importância em saúde pública, junto aos diversos profissionais da área da saúde.

Observação: Os objetivos teóricos iniciais foram atingidos através de avaliação, uma vez que os inscritos tiveram informações teóricas e práticas com as principais afecções oftalmológicas presentes na atenção primária, através de aulas com cunho prático de professores com sabida experiência.

Palestras:

12/02 - Avaliação inicial (Profa. Luciane L dos Santos)

- Anatomia do olho e anexos e exame físico (Prof. Jayter S de Paula)

26/02 - Problemas visuais na infância (Dr. João Marcello Fortes Furtado)

- Leucocorias (Dr. João Marcello Fortes Furtado)

12/03 - Olho vermelho (Prof. Eduardo M Rocha)

- Manifestações oculares de doenças sistêmicas (Prof. Eduardo M Rocha)

26/03 - Afecções retinianas: quando suspeitar e o que fazer (Prof. Rodrigo Jorge)

- Traumas oculares (Prof. Jayter S Paula)

09/04 - Doenças oculares de notificação compulsória (Dra. Norma H Medina)

- Ações básicas e educação em oftalmologia (Dra. Norma H Medina)

23/04 - Estratégias de prevenção da cegueira (Dra. Maria de Lourdes V Rodrigues)

- Avaliação final (Profa. Luciane L dos Santos)

- Avaliação do curso (Prof. Jayter S de Paula)

Resultados:

A aquisição de conhecimento foi alcançada com sucesso, porém os dados quantitativos finais ainda não foram analisados. Tal análise será entregue juntamente com o relatório final do CNPq em novembro/2008.

• *Dermatologia na Atenção Primária*

Relatório de cursos de Dermatologia na Atenção Primária à Saúde (APS)

Atualização

Introdução e Finalidades:

Foram realizados dois cursos de Dermatologia na Atenção Primária à Saúde (APS) realizados no auditório da Unidade de emergência do HCFMRP-USP perfazendo carga horária total de 30 horas aula.

Foram abordados temas relacionados à Dermatologia na APS com palestras teórico-práticas com enfoque a doenças de pele mais comuns e prevalentes nas unidades de saúde as quais os médicos clínicos tem contato cotidiano e que em muitas das vezes são encaminhadas aos setores secundários à saúde de forma desnecessária, o que torna o acesso dificultado dos pacientes que

realmente necessitam de atendimento pelo médico especialista em pele.

Público alvo: médicos ligados ao Programa de Saúde da Família (PSF) e das Unidades Básicas de Saúde (UBS's), enfermeiros e alunos de graduação em medicina do 5º e 6º ano.

Objetivos: atualizar o conhecimento dos profissionais médicos e enfermeiros que atuam na APS, enfatizar quando existe ou não necessidade de encaminhamento aos especialistas em pele e abordagem da terapêutica e principais medicações que estão disponibilizadas na rede pública de saúde.

Conteúdo Programático:

Os temas abordados dos cursos foram:

Lesões elementares de pele;

Micoses superficiais da pele;

Eczemas e psoríase;

Dermatozoonoses;

Dermatoviroses;

DST;

Hanseníase;

Farmacodermias;

Úlceras cutâneas;

Tumores cutâneos;

Piodermites.

Os docentes que ministraram aulas foram convidados pelos coordenadores dos cursos : Prof. Dr. Marco Andrey Cipriani Frade e Profª Luciane Loures

dos Santos. Todos dermatologistas médicos assistentes da divisão de Dermatologia do Departamento de Clínica Médica da FMRP- USP, são eles:

Prof Dr Marco A. Cipriani Frade;

Dr João Carlos Lopes Simões;

Dra Renata Nahas Cardili;

Dr Weber Soares Coelho;

Dra Lilia Bernardini A. de Felício;

Dra Renata Bazan Furini;

Dra Camila Teles da Silveira.

Avaliação:

Realizamos avaliação inicial e após o término do curso para avaliar o ganho de conhecimento dos alunos. Essas avaliações continham 10 questões teórico-práticas a partir de história e fotografias de casos clínicos relacionados aos temas acima, questionando sobre:

Descrição de lesão elementar;

Diagnóstico principal;

Diagnósticos diferenciais;

Tratamento;

Orientações sobre o caso.

Carga Horária:

O primeiro curso de dermatologia na APS foi realizado no período de agosto a dezembro de 2006 realizado no auditório da UE HCFMRP-USP perfazendo carga horária total de 30 horas aula. Nesse curso foi obtido total de 138 inscritos sendo : 39,1% médicos das UBS, 14,5% médicos residentes, 23,1% alunos de graduação e 23,3 % enfermeiros.

O segundo curso de dermatologia na APS foi realizado no período de junho a setembro de 2007 no auditório UE HCFMRP-USP e perfazendo carga horária total de 30horas/aula. Nesse curso foi obtido total de 54 inscritos sendo:

37% médicos das UBS, 24% médicos residentes, 31,4% alunos de graduação e 7,4% enfermeiros.

Conclusão:

Os cursos ministrados atingiram os objetivos iniciais que foram oferecer educação médica continuada em Dermatologia na APS, para profissionais médicos e enfermeiros atualizando o conhecimento em doenças de pele. Enfocando no diagnóstico, lesões elementares e tratamento das principais dermatoses que podem ser abordadas pelos médicos que atuam na atenção básica e quando devem encaminhar doenças de pele que necessitam de atendimento pelo especialista em pele.

• ***SIMPÓSIO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E SAÚDE DA FAMÍLIA***

O SIMPÓSIO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E SAÚDE DA FAMÍLIA foi organizado em comemoração aos 55 anos de fundação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP. O objetivo do simpósio foi discutir o ensino e a assistência na Atenção Básica.

O site do simpósio foi visitado 5.998 vezes, sendo 5.969 no Brasil, em todo território nacional e ainda nos Estados Unidos (16 vezes); Argentina (3 vezes); Canadá (2 vezes); Paraguai (2 vezes); Nigéria (1 vez); Portugal (1 vez); Espanha (1 vez); Suécia (1 vez); Colômbia (1 vez) e outros (1 vez).

Tivemos palestrantes da UnB-Brasília; SBMFC/UFRGS-Porto Alegre; APMFC-São Paulo; Santa Maria (RGS); DBS-Ministério da Saúde; Secretaria Municipal de Ribeirão Preto; DRS 13; FMRP-USP; EERP-USP; FORP-USP; HCFMRP-USP; NSF-FMRP-USP;

Tivemos no evento 434 participantes de diversas cidades do Estado de São Paulo e outros Estados.

Diante disso o evento superou as expectativas de toda comissão organizadora.

Nº de participantes: 434

Trabalhos apresentados (em forma de Pôster): 98

Especialidades dos participantes: Médicos (Médicos de Família, Psiquiatra; Dermatologista, Ginecologista, Neurologista; Clínica Médica, Medicina Social); Enfermeiras; Odontólogos; Farmacêuticos; Fisioterapeutas; Terapeutas Ocupacionais; Nutricionistas; Psicólogos; Educação Física; Estudantes de Graduação de vários cursos da Saúde

Localidades dos participantes: Ribeirão Preto (maioria); São Paulo; Belo Horizonte; Campinas; Santos; São José do Rio Preto; Uberaba; Uberlândia; Araraquara; Arujá; Americana; Atibaia; Águas de São Pedro; Aramina; Barrinha; Batatais; Bebedouro, Brotas; Brodowski; Bonfim Paulista; Botucatu; Campos do Jordão; Colina; Cravinhos; Catanduva; Cajuru; Charqueada; Delfinópolis; Dumont; Franca; Franco da Rocha; Fernandópolis; Ferraz de Vasconcelos; Guarulhos; Guará; Itamogi; Ipuã; Itaú de Minas; Itapema; Ituverava; Itirapuã; Itatiba; Indaiatuba; Jaboticabal; Jardinópolis; Jundiaí; Limeira; Luiz Antônio; Monte Azul Paulista; Monte Alto; Mogi Guaçu; Mogi Mirim; Mirandópolis; Mococa; Matão; Mauá; Macatuba; Osasco; Ourinhos; Piracicaba; Pirassununga; Paranapuã; Pitangueiras; Passos; Patos de Minas; Pradópolis; Paulínia; São Carlos, Serrana; São Francisco; Sorocaba; São Joaquim da Barra; São Sebastião do Paraíso; Sertãozinho; Sales de Oliveira; Santo Antônio da Alegria; São Tomás de Aquino; Santa Rita do Passa Quatro; Serra Azul; São Bernardo do Campo; Rio das Pedras; Rafard; Rio Claro; Torrinha; Taquaritinga; Tapirai; Tambaú; Vista Alegre do Alto; Votuporanga.

Custo do evento = 50.695,91

Comissão Organizadora

Comissão executiva		Comissão Científica
Maria Célia Mendes – Presidente		Amaury L. D. Fabbro – Coordenador
Aldaísa C. Forster		Ione C. Pinto
Anderson S. Silva		Julieta Ueta
Luciane L. Santos		Laércio J. Franco
		Maria do Carmo G. G. Caccia-Bava
Comissão Financeira		Marlúvia G. C. Watanabe
Gutemberg M. Rocha- Coordenador		Marta Edna H. D. Yazlle
Deocélia B. Jardim		Patrícia L. Santos
João Terra Filho		Sônia C. Sant' Anna
José Sebastião dos Santos		
Luiz Antônio Delciampo		Comissão de Divulgação
		Ivan S. Ferraz - Coordenador
Comissão Cultural		Carolina B. Silva
Luciane L. Santos - Coordenadora		Emerson R. Lopes
Daniel M. Pinto		Joab J. S. Xavier
Quitéria L. Lourosa		Juliana M. M. Mengale
		Marco Andrey C. Frade
		Maria José B. Pereira
		Maristela C. Patta