

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA  
MESTRADO PROFISSIONAL DE GESTÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE  
LINHA DE PESQUISA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**



**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**O USO DE FERRAMENTAS E TECNOLOGIAS DE GESTÃO NO  
PLANEJAMENTO E GESTÃO POR RESULTADOS NA APS**

**INÊS KULTCHEK MARTY**

**Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. CARISI ANNE POLANCZYK**

Porto Alegre, setembro de 2011

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA  
MESTRADO PROFISSIONAL DE GESTÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE  
LINHA DE PESQUISA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**



**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**O USO DE FERRAMENTAS E TECNOLOGIAS DE GESTÃO NO  
PLANEJAMENTO E GESTÃO POR RESULTADOS NA APS**

**INÊS KULTCHEK MARTY**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Carisi Anne Polanczyk**

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, Brasil.  
2011

## **BANCA EXAMINADORA**

Prof. Dr. Ricardo de Souza Kuchenbecker, Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Prof. Dr. Alcides Miranda, Professor do Curso de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Prof. Dr. Erno Harzheim, Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Prof. Dr. Soterro Serrate Mengue, Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. (Suplente).

Prof. Dr<sup>a</sup> Carisi Anne Polanczyk, Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. (Orientadora).

## **DEDICATÓRIA**

### **Ao corpo técnico e gerencial da SMS - Curitiba**

“Experiência não é o que acontece, mais o que fazemos com aquilo que nos acontece”. A.Huxley

### **Ao corpo docente e discente da UFRGS - PPGEPI**

“Quando se tem uma meta, os obstáculos passam a fazer parte do plano”.  
Autor Desconhecido

### **A minha família e amigos**

“Eu acredito demais na sorte. E tenho constatado de que, quanto mais duro eu trabalho, mais sorte eu tenho”. Thomas Jefferson

### **Meu incentivo**

“Sem informação não há cidadania. A informação honesta contribui para o aprimoramento de uma sociedade. Informação é liberdade”.  
Fernanda Montenegro

### **Ao supremo**

“Você deve ser a mudança que deseja ver no mundo”. Mahatma Gandhi



## AGRADECIMENTOS

O meu **sincero agradecimento a todos** que por diferentes formas contribuíram para a realização de um sonho, minha promessa de utilizar da melhor forma possível essas experiências e os conhecimentos adquiridos tanto para a vida técnica como pessoal.

Agradeço pela oportunidade de conhecer muitas pessoas durante o processo, todas se mostraram amigas, comprometidas, verdadeiras e inesquecíveis.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Carisi pelos momentos dedicados na orientação, paciência e idéias sempre pertinentes e desafiadoras. Prof<sup>a</sup>. Patrícia Klarmann Ziegelmann pelo apoio nas estatísticas, prontidão e relevante contribuição.

Prof. Erno, Camila e Gisele vocês foram muito especiais. Agradeço a todos os colegas da SMS - Curitiba que me incentivaram com palavras encorajadoras.

Meu imenso obrigado a Dr<sup>a</sup>. Eliane Chomatas pela amizade, carinho, motivação e por fazer parte da minha vida.

Dr. Eugenio Vilaça Mendes, pelos momentos de reflexão e estímulo na busca do desenvolvimento pessoal.

Enfim a todos os amigos e parentes de perto, de longe, de toda a vida e responsáveis pela pessoa que hoje sou.

Ressalto meus pais Albino e Clementina por lançarem as bases do desenvolvimento a mim e aos meus quatro queridos manos e na importância de sermos verdadeiros e batalhadores. Obrigado especial a minha maninha Michelli, pelo incentivo e apoio tirado dos momentos em que se encontrava em igual situação de vida estudantil.

Por fim, ao meu esposo Sergio e a minha amada filha Mayara pela paciência e ajuda sem as quais não teria conseguido continuar, nunca os esqueci mesmo nas muitas horas que os abandonei. Obstáculos foram listados e muitos, todos encarados como parte do desafio.

Acredito sinceramente que cada um é agente de mudança, que o conhecimento adquirido é liberdade e cidadania, na busca de uma sociedade mais justa.

## SUMÁRIO

Abreviaturas e Siglas	07
Resumo	10
Abstract	12
<b>1. APRESENTAÇÃO</b>	<b>14</b>
<b>2. INTRODUÇÃO</b>	<b>15</b>
<b>3. REVISÃO DA LITERATURA</b>	
3.1 Sistemas de Serviços de Saúde	18
3.2 Atenção Primária à Saúde	20
3.3 Brasil: APS e SUS	25
3.4 Avaliações em APS	28
3.5 Advento de Novas Organizações	32
3.5.1 Gestão Conhecimento	33
3.5.2 Tecnologias de Informação	35
3.5.3 Contratos de Gestão	36
3.6 Planejamento Estratégico	37
3.6.1 Planejamento no SUS – Descentralização e Territorialização	39
3.6.2 Tecnologias de Gestão	40
3.6.3 Gestão por Resultados	44
3.7 Curitiba e a SMS frente a este cenário	45
<b>4. OBJETIVOS</b>	<b>53</b>
<b>5. REFERÊNCIAS</b>	<b>55</b>
<b>6. ARTIGO</b>	<b>63</b>
<b>7. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>95</b>
<b>8. APÊNDICES</b>	
8.1 Listagem das Tecnologias/Ferramentas de Gestão Avaliadas	99
8.2 Figuras (Mapas e Gráficos)	100
8.3 Tabelas e Quadros	128
<b>9. ANEXOS</b>	
a. Projeto de Pesquisa	140
b. Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa	161
c. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	162
d. Questionário para Gestores Locais	163

## ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS .....	Agentes Comunitários de Saúde
AMQ .....	Avaliação da Melhoria da Qualidade
APS .....	Atenção Primária à Saúde
ASL.....	Autoridade Sanitária Local
ATS .....	Avaliação de Tecnologias em Saúde
CAPS .....	Centro de Apoio Psico Social
CCAA .....	Centro de Controle, Avaliação e Auditoria
CF .....	Constituição Federal
CIS .....	Centro de Informação em Saúde
CMS .....	Conferência Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde
CMCE .....	Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados
CMUM .....	Centro Municipal de Urgências Médicas
CNES .....	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS .....	Conselho Nacional de Saúde e Conferência Nacional de Saúde
CONASEMS .....	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CQS .....	Cartão Qualidade Saúde
DS .....	Distrito Sanitário
DATASUS .....	Departamento de Informática do SUS
ESF .....	Estratégia Saúde da Família
EC .....	Emenda Constitucional
GM .....	Gabinete Ministerial
GT .....	Grupo de Trabalho
IC .....	Intervalo de Confiança
ICI .....	Instituto Curitiba de Informática
IDQ .....	Incentivo de Desenvolvimento da Qualidade
KM .....	Knowledge Management
LMC .....	Laboratório Municipal de Curitiba
LOS .....	Lei Orgânica da Saúde
MBE .....	Medicina Baseada em Evidências
MS .....	Ministério da Saúde

M&A .....	Monitoramento e Avaliação
NGP .....	Nova Gestão Pública
NOAS .....	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB .....	Norma Operacional Básica
OECD .....	Organisation for Economic Cooperation and Development
OMS .....	Organização Mundial da Saúde
OPAS .....	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS .....	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS .....	Programação Anual de Saúde
PES .....	Planejamento Estratégico Situacional
PMC .....	Prefeitura Municipal de Curitiba
PMS .....	Plano Municipal de Saúde
PNAB .....	Política Nacional da Atenção Básica
PNGTS .....	Política Nacional de Gestão em Tecnologias de Saúde
ParticipaSUS .....	Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa
PS .....	Plano de Saúde
PT .....	Portaria
POA .....	Plano Operativo Anual
PPGEPI .....	Programa de Pós Graduação em Epidemiologia
PPI .....	Pactuação Pactuada Integrada
PROESF .....	Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
RAG .....	Relatório Anual de Gestão
RH .....	Recursos Humanos
SIA .....	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIAB .....	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH .....	Sistema de Informações Hospitalares
SIM .....	Sistema de Informações de Mortalidade
SINAN .....	Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SINASC .....	Sistema de Informações de Nascidos Vivos
SIOPS .....	Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde
SISCOLO .....	Sistema de Informação do Câncer de Colo do Útero
SISMAMA .....	Sistema de Informação do Câncer da Mama

SI-PNI ..... Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações  
SISPRENATAL Sistema de Informações do Programa de Humanização do Pré-Natal  
SISS ..... Sistemas Integrados de Serviços de Saúde  
SMS ..... Secretaria Municipal de Saúde  
SSS ..... Sistemas de Serviços de Saúde  
SUS ..... Sistema Único de Saúde  
TERCOM ..... Termo de Compromisso  
TCLE ..... Termo de Compromisso Livre Esclarecido  
TI ..... Tecnologia de Informação  
UBS ..... Unidade Básica de Saúde  
UFRGS ..... Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
U&E ..... Urgência e Emergência

## RESUMO

Tecnologias de Gestão e Gestão por Resultados, temas inovadores da administração moderna, surgem do repensar a prática gerencial na busca de eficiência, eficácia, efetividade e satisfação do cliente. A singularidade e complexidade dos sistemas de saúde trazem desafios aos gestores que buscam a apropriação destes conceitos para o planejamento e avaliação do desempenho. A APS, porta de entrada do sistema possui atributos essenciais e exclusivos que devem ser permanentemente analisados. No Brasil, há o reconhecimento que a avaliação deve fazer parte das atividades dos gestores e equipes, reorientando práticas e políticas em saúde. Ainda é incipiente a institucionalização do planejamento ascendente e participativo, assim como a descentralização ao nível local de responsabilidades, metas e avaliação de desempenhos. **Objetivos:** Avaliar a apropriação e utilização de tecnologias de gestão e informação pelas chefias locais e equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Curitiba no planejamento e na gestão por resultados e sua relação com o alcance de resultados em saúde. **Métodos:** Pesquisa avaliativa através de estudo transversal, em todas as UBS visando à coleta, análise e comparação de dados primários obtidos por realização de questionário estruturado junto aos gestores locais das UBS e de dados secundários em sistemas informatizados, tendo 2008 como ano base. **Resultados:** O perfil dos gestores locais demonstra que 87% são do sexo feminino, com média de 41 anos de idade, 78% da categoria da enfermagem, 21 anos de tempo de serviço e 88% com pós-graduação. Quanto ao uso de tecnologias de gestão, 99% utilizam no planejamento e 97% na gestão por resultados com tempo médio mensal de utilização de 6 horas semanais. Foram pontuadas as tecnologias de gestão mais relevantes para o planejamento e gestão por resultados. As dificuldades na utilização, para 72% dos

entrevistados, são sanadas através das oportunidades de capacitações ofertadas pela instituição. Relatam ainda que 88% das UBS têm Plano Local de Saúde e 100% com Conselhos Locais atuantes. Na avaliação dos usuários, apenas 2,5% consideram “Ruim/Péssimo” o atendimento das UBS. Os Coeficientes de Associação encontrados entre a utilização das ferramentas/tecnologias de gestão com indicadores de saúde foram fracos. **Conclusão:** A maioria dos pesquisados reconhece que a utilização de tecnologias de gestão e informação facilita o planejamento e a gestão por resultados. As tecnologias disponíveis e consideradas de maior relevância pelos gestores locais, encontram-se coerentes com o que se espera nas novas administrações públicas. As ferramentas/tecnologias de gestão foram sendo implantadas em diferentes tempos na SMS de Curitiba e incorporadas na prática diária por técnicos e gestores, motivo que dificulta a mensuração de impactos após a implantação. Também não mostraram forte relação ou associação com os desfechos medidos em resultados em saúde (indicadores de saúde, atributos da APS e satisfação do usuário). Por outro lado o incentivo e a cultura do Monitoramento e Avaliação no município fazem com que estes resultados sejam satisfatórios se comparados com outros locais, observa-se também o incremento positivo na análise da série histórica para indicadores de saúde e satisfação dos usuários.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Planejamento Estratégico, Gestão por Resultados, Satisfação dos Usuários, Tecnologias de Gestão

## ABSTRACT

Management Technologies and management by results, which are both innovative themes of the administrative area, emerge from a reflective process of the managerial practice in the pursuit of efficiency, effectiveness and customer satisfaction. The uniqueness and complexity of health systems bring challenges to managers seeking ownership of these concepts for planning and performance evaluation. The APS, the system's input port has unique and essential attributes that must be constantly analyzed. In Brazil, it is recognized that the assessment should be part of the activities of managers and teams, by redirecting policies and practices in health. It is still incipient the institutionalization of participatory and bottom-up planning, as well as the decentralization of responsibilities at local level, goals, and benchmarking.

**Objectives:** Assess the ownership and use of management and information technologies by local managers and of the Primary Care Health Centers from Curitiba in the planning and management by results and their relation with the achievement of results in the health area. **Methods:** evaluative research through cross-sectional study, in all the UBS aimed at collecting, analyzing and comparing primary data which was obtained by conducting a structured questionnaire with local managers of UBS and a secondary data in computerized systems, having 2008 as the base year.

**Results:** the local managers' profiles show that 87% are female, around 41 years old, 78% were nurses, 21 years of service time and 88% with post-graduate degrees. As to the use of management technologies, 99% use in planning and 97% in the results-based management with average monthly use of 6 hours per week. The most important management techniques for planning and management for results were scored. The difficulties in the usage, according to 72% of the respondents, are



remedied through training opportunities offered by the institution. It was reported that 88% of UBS have local level health and 100% with local councils involved. In which concerns the users' evaluation, only 2.5% have considered it UBS's treatment "bad/terrible". The coefficients of Association found between the usage of the tools/management technologies with performances in the health were considered weak. **Conclusion:** The majority of the researchers acknowledge that the use of management and information technology facilitates the planning and management for results. The available technologies, which were considered of greater relevance by the local managers, are consistent with what is expected in the new Government. The tools/technology management were being deployed at different times in SMS of Curitiba and incorporated in daily practice by technicians and managers, which makes the measurement of impacts after deployment. Also, a strong relationship or association with the outcomes measured in results in health (health indicators, attributes of the APS and user satisfaction) was not observed. On the other hand, the incentive and the culture of monitoring and evaluation in the municipality makes these results satisfactory when compared with other places; there is also increasing positive analysis of the historical series to health indicators and user satisfaction.

**Keywords:** Primary Health Care, Strategic Planning, Management by Results, User Satisfaction, Management Technologies.

## 1. APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “*O uso de ferramentas e tecnologias de gestão no planejamento e gestão por resultados na APS*”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 26 de setembro de 2011.

O trabalho é apresentado em quatro partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura, Objetivos e Referências
2. Artigo para Publicação
3. Conclusões e Considerações Finais
4. Documentos de apoio que incluem: Apêndices, Projeto de Pesquisa, Termo de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, Instrumento de Coleta de Dados Primários (questionário), Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## 2. INTRODUÇÃO

“Traçar uma direção sem informação é como andar no escuro”

Autor Desconhecido

Atualmente é inadmissível falar de planejamento, monitoramento, avaliação, alcance de resultados e revisão de rumos sem a utilização de informações precisas. As inovações tecnológicas tem sido as grandes facilitadores aos tomadores de decisão na medida que disponibilizam dados atualizados.

Muito se fala do fim da Era Industrial e do começo de uma nova. Essa nova Era atende por diferentes nomes “Era da Informação”, “Era do Conhecimento” e “Era da Gestão por Resultados”. Nesta, espera-se um gerente seguro, atuante, líder, motivador, planejador, avaliador. Este contexto exige pessoas e organizações preocupadas com a gestão de tecnologias e de informações em saúde, gestão do conhecimento e de resultados. No passado nos faltava informações hoje o excesso é um dos maiores dilemas dos profissionais (Henrique J. C. Branco), não sendo diferente na área da saúde.

As temáticas denominadas de gestão da informação, gestão do conhecimento ou gestão por resultados, configuram-se como um repensar-se da prática gerencial à luz da informação, do conhecimento ou da inovação, uma vez que a informação e o conhecimento tornaram-se os verdadeiros fatores de vantagem competitiva dos tempos atuais, únicos capazes de conferir sustentabilidade de longo prazo para as organizações públicas e privadas.

A administração da saúde muitas vezes descentralizada, com inúmeros projetos e milhares de tarefas, têm requerido metodologias e tecnologias que permitam, a baixo custo e com facilidade operacional, integrar todas as informações e disponibilizá-las de forma descentralizada aos diversos níveis da administração.

O modo de fazer decisões nos sistemas de serviços de saúde e de definir suas políticas, à base de opiniões e da existência de recursos, deve ser substituído por outro, muito mais conseqüente, que reconhecendo os valores e os recursos, ajudam na tomada das decisões e na formatação das políticas de saúde utilizando como base modernas tecnologias de gestão, ferramentas de informação, evidências produzidas pela melhor pesquisa científica, entre outras.

A efetividade dos serviços e a equidade em sua prestação são cruciais na Atenção Primária à Saúde (APS), bem como para os serviços da saúde em geral. Os resultados podem ser considerados no nível individual, bem como no nível de sistema da saúde.

Em uma instituição de saúde é importante pensar na qualidade das informações, monitoramento, avaliação, capacitação permanente, planejamento estratégico, disponibilização de modernas ferramentas e tecnologias de gestão e informação. Assim como também tem importância à busca da transparência e satisfação dos usuários atendidos no sistema, o envolvimento de todo o corpo gerencial e técnico. A efetiva busca de resultados em saúde deve ser preocupação também dos gestores dos níveis locais e não atribuição exclusiva do gestor municipal.

O presente trabalho apresenta no capítulo três a revisão da literatura sobre os conceitos a serem utilizados para o seu desenvolvimento. Inicia com discussões acerca dos singulares e complexos Sistemas de Serviços de Saúde e os desafios aos administradores. Na sequência, a focalização da APS, desde o seu início em 1920 (Dawson) até os dias atuais, enfatizando os seus princípios e atributos e as diferentes interpretações acerca do tema.

No Brasil, o surgimento do SUS e discussões sobre a Atenção Básica (AB) e APS, buscando inovar processos de gestão a fim de conferir maior eficiência e qualidade nas ações. Conceitos da gestão administrativa moderna nacional e internacional como planejamento estratégico, gestão por resultados, contratualização, monitoramento e avaliação, incentivos por desempenho, entre outras tecnologias de gestão vem contribuir com a busca na eficiência nos serviços de saúde. A construção do Planejamento Estratégico e suas fases de monitoramento e avaliação devem ser realizadas de forma participativa e ascendente, desde o nível local, onde a APS se concretiza de fato, até outras esferas de gestão do SUS (municipal, estadual e nacional).

Por fim a contextualização sobre a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba e a forma de gestão que prioriza a APS como porta de entrada do sistema e com a implantação de ferramentas e tecnologias de gestão e informação que buscam além de resultados em saúde a co-participação e a satisfação dos usuários atendidos.

Apropriando-se dos conhecimentos transmitidos nos referenciais teóricos e utilizando metodologia reconhecida, este trabalho busca responder a questão de pesquisa *“Os gestores locais na APS tem se apropriado das ferramentas e tecnologias de gestão e informação disponibilizadas pelos gestores municipais e utilizado no delineamento de seu planejamento e na gestão por resultados, buscando resultados satisfatórios em saúde e a na satisfação do usuário?”*.

### **3. REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 Sistemas de Serviços de Saúde**

Os Sistemas de Serviços de Saúde (SSS) são resultados de combinações dos recursos, formas de organizações, financiamento e gerenciamento que culminam com a prestação de serviços para uma população (Roemer, 1991), resultam da implementação de uma determinada política de saúde, que por sua vez, é um conceito relativamente novo.

Os SSS existem no mundo desde que os homens começaram a proteger sua saúde e tratar suas doenças, no início com práticas de medicina tradicional que misturavam tratamentos fitoterápicos com práticas de curandeirismo e de aconselhamento espiritual (Mendes, 2002).

É importante pensar que existem diferenças entre os serviços de saúde e outros serviços ou mercados: a imprevisibilidade das doenças gerando incertezas, as demandas irregulares, a orientação para a coletividade, a propaganda e competição pouco praticada, a alocação de recursos sofre interferências éticas, a indução da demanda e oferta por profissionais de saúde, prestadores, mídia e usuários do sistema somadas ainda às diferentes formas de financiamento e a economia em saúde por vezes incompatível com a real necessidade (Mendes, 2009).

Na singularidade organizacional dos serviços de saúde depende fundamentalmente de pessoas (equipe multidisciplinar) para funcionar, exigindo diversificado nível de formação e qualificação. O papel do gerente muitas vezes é limitado pela autonomia dos profissionais em ordenar despesas em saúde criando conflitos e dificultando mudanças e controles organizacionais (Mendes, 2009).

A multiplicidade destas características oferece oportunidade para inúmeras permutas e combinações, de forma que nenhum sistema de saúde é parecido nem atua da mesma forma que outro. Este é o caso da comparação entre países e entre subsistemas dentro dos países. Apesar disso, todos os sistemas de serviços à saúde encaram desafios similares: prestar serviços de saúde de forma efetiva, eficiente e equitativa (Starfield, 2002).

As reformas do setor saúde empreendidas nos anos 90, como expressão temática das reformas econômicas liberais que tiveram origem no Consenso de Washington, fracassaram. A razão do insucesso está no fato de que essas reformas fixaram-se em idéias-força como privatização, separação das funções, novos arranjos organizativos e introdução de mecanismos de competição que não foram capazes de gerar valor para os cidadãos comuns que utilizam os sistemas de atenção à saúde. Em razão disso, há quem fale de uma terceira geração de reformas sanitárias de atenção à saúde, na valorização da atenção primária à saúde, na introdução da avaliação tecnológica em saúde, da medicina baseada em evidências e no empoderamento dos cidadãos.

Quando se fala em financiamento da saúde, a resposta que sempre ecoa é a falta de recursos ou a falta de investimento no setor saúde, no Brasil cada esfera governamental deve assegurar o aporte regular de recursos à saúde de acordo com a Emenda Constitucional nº29 (EC) de 2000, cuja regulamentação tramita no Congresso Nacional. Por outro lado a de se pensar: “é necessário mais dinheiro para a saúde, mas é preciso, sobretudo, mais saúde por cada unidade de dinheiro investida” (Frenk, 2006).

Estas singularidades trazem desafios aos administradores em saúde na busca permanente de resultados em saúde, conhecimento quanto ao uso adequado de tecnologias de gestão e formas modernas de organização e gerenciamento. Há que se relevar a preocupação com o acesso e encaminhamentos dos usuários, no estabelecimento de parcerias em rede, na qualidade na atenção prestada. Por fim nem sempre os recursos são adequados às necessidades gerando insatisfação da equipe e dos usuários deste sistema.

### **3.2 Atenção Primária à Saúde**

Todo sistema de serviço de saúde possui duas metas principais. A primeira é otimizar a saúde da população por meio do emprego do estado mais avançado do conhecimento sobre a causa das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde. A segunda meta, e igualmente importante, é minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, de modo que determinados grupos não estejam em desvantagem sistemática em relação ao seu acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde (Starfield, 2002). Estas metas propiciaram ao longo da história reflexões mundiais sobre os sistemas de saúde e o desafio de buscar diferentes formas de estruturação baseadas na realidade de cada local.

Neste contexto histórico, em 1920, surge a Atenção Primária à Saúde (APS), oito anos após a instituição do seguro nacional de saúde na Grã-Bretanha foi divulgado um “texto oficial” (Dawson) que trata da organização do sistema de serviços de saúde distinguindo três níveis, com vínculos formais e descrição das funções: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escola. Esta formulação foi a base para o conceito de regionalização onde um sistema



planejado de serviços deve responder aos vários níveis de necessidades de serviços médicos da população.

Em 1977, em sua trigésima reunião anual, a Assembléia Mundial de Saúde – decidiu que a principal meta social aos governantes seria “Saúde para todos no Ano 2000” desencadeando reflexões sobre resultados esperados na atenção primária. Os princípios da APS foram enunciados na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma Ata (Cazaquistão), em 1978, onde trataram do tópico da “atenção primária à saúde” como um princípio para todos os sistemas de saúde do mundo.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), neste mesmo ano, diz que a APS é: “Atenção essencial à saúde baseada em tecnologias e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Sendo o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde”. A APS foi reconhecida como uma porção “integral, permanente e onipotente do sistema formal de atenção à saúde em todos os países, não sendo apenas uma coisa a mais” (Basch, 1990).

Além disso, o princípio de que a atenção à saúde deve ser “relacionada às necessidades” o que ainda não é facilmente entendido em países com sistemas de saúde bem estabelecidos, mas sem nenhum sistema de informação para documentar sistematicamente as necessidades de saúde ou avaliar o impacto dos serviços de saúde sobre eles. A orientação para a comunidade tem pouca base histórica nos sistemas de saúde da maioria dos países industrializados (Starfield, 2002).

Numa comparação internacional, nem todos os países organizaram seus sistemas de saúde em torno de uma forte base de atenção primária. O imperativo tecnológico do século XX tem sido responsável por uma tendência à especialização e à inferioridade do generalista, sendo este imperativo mais forte em alguns países do que em outros. Num estudo entre doze nações industrializadas ocidentais diferentes, indica que os países com uma orientação mais forte para a atenção primária, na verdade possuem maior probabilidade de ter níveis de saúde e custos mais baixos (Starfield, 1994).

São equivocadas as interpretações, comuns em análises de cunho economicista, que consideram a atenção básica uma assistência de baixa qualidade ou uma medicina pobre e rudimentar para povos e cidadãos pobres (Zurro, 1999). A APS não é barata, nem deve ser vista assim pelos gestores, requer investimentos consideráveis, mas gera maior valor para o dinheiro investido se comparado com alternativas ou pontos de atenção. Orientados para a atenção primária, os sistemas de saúde alcançam melhores resultados, conforme demonstram diversos estudos: propiciam maior satisfação dos usuários, possui custos mais aceitáveis e promovem a equidade (Starfield, 1994; Macinko, 2003; WHO Europe, 2004).

O conceito da atenção básica vem sendo entendido, ao longo de tempo, de maneiras diversas (Vuori, 1984; OPAS, 2005), tais variações na interpretação da APS se explicam, ademais, pela história mesma de como se gestou e evoluiu esse conceito e pela ambigüidade de algumas de suas definições formais estabelecidas nos foros internacionais, pelo uso diferenciado que fazem do termo.

Por isso, há três interpretações principais da APS (Mendes, 1999): A atenção primária à saúde como atenção primária seletiva focada em pessoas e regiões pobres às quais se oferece um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo. A atenção primária à saúde como nível primário do sistema de serviços de saúde que tem seu modo de organização e funcionamento focado na porta de entrada do sistema, enfatizando a função resolutiva desses serviços sobre os problemas mais comuns de saúde, para o que os orienta de forma a minimizar os custos econômicos e a satisfação da população, restritas, porém às ações de atenção de primeiro nível. E a atenção primária à saúde como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde compreendendo como uma forma singular de apropriar, recombina, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação da APS dentro de um Sistema Integrado de Serviços de Saúde (Mendes, 2001b).

Atenção Básica tem sido a terminologia utilizada internacionalmente e também no Brasil, para denominar APS, atualmente um componente essencial para o bom desempenho dos sistemas de saúde (SMS/BH, 2008), porém o conceito ainda tem sido entendido como diferente por muitos teóricos e acadêmicos. O correto entendimento do conceito da atenção primária à saúde, com qualidade, dar-se-á pelo conhecimento e operacionalização através dos seis atributos ordenadores: o primeiro

contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, a focalização na família e a orientação comunitária e por três funções essenciais: a resolutividade, a comunicação e a responsabilização (Starfield, 1992; Mendes, 2009).

O primeiro contato implica no acesso e uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura atenção à saúde. A longitudinalidade requer existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias. A integralidade exige a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção a saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças. A coordenação implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante. A focalização na família torna indispensável considerar a família como o sujeito da atenção o que exige uma interação da equipe de saúde com essa unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde. A orientação comunitária pressupõe o reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto físico, econômico, social e cultural em que vivem o que exige uma análise situacional das necessidades de saúde das famílias na perspectiva da saúde coletiva (Starfield, 2002).

Nas funções essenciais: a resolubilidade, inerente ao nível de atenção primária, significa que ela deve ser resolutiva, capacitada, portanto, cognitiva e tecnologicamente, para solucionar mais de 85% dos problemas de sua população. A

comunicação expressa o exercício, pela atenção primária à saúde, do centro de comunicação das redes de atenção à saúde, o que significa ter condições de ordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes da rede. A responsabilização implica o conhecimento e o relacionamento íntimo, nos micro-territórios sanitários, da população adscrita e o exercício da responsabilização econômica e sanitária em relação a ela (Mendes, 2009).

Esse nível do sistema oferece atenção abrangente e coordenada que deve abordar a maioria das necessidades e demandas de atenção em saúde da população em todo o ciclo de vida. Ademais, constitui-se no nível do sistema que cria laços permanentes com a comunidade e as demais áreas sociais, possibilitando participação social e ação intersetorial efetivas (OPAS/OMS, 2007).

A atenção primária também desempenha um papel importante ao coordenar a continuidade da atenção e o fluxo de informações por todo o sistema de atenção em saúde. Organizações tão distintas como o Banco Mundial, organizações formadoras de opinião, o setor privado e a OMS reconhecem que o fortalecimento de sistemas de saúde é um pré-requisito para melhorar o crescimento econômico, avançar na equidade social, melhorar a saúde e fornecer tratamentos. Nosso trabalho é convencer esses atores de que a APS é o lugar lógico e apropriado para colaboração, investimento e ação (OPAS/OMS, 2007).

### **3.3 Brasil: Atenção Primária e Sistema Único de Saúde**

O Sistema Único de Saúde (SUS) nasceu a partir de um movimento social em prol da saúde pública em uma grande mobilização dos movimentos de saúde, dos

trabalhadores de saúde, dos gestores e da academia. Essa mobilização da sociedade e profissionais teve início a partir da 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1963. Na década de setenta, movimentos sociais combateram a ditadura enquanto defendiam a democratização da saúde como parte da democratização da vida social. De um lado, o movimento sanitário engendrava a idéia, a proposta de projeto da Reforma Sanitária Brasileira e, de outro, construía um novo campo científico e âmbito de práticas: a Saúde Coletiva (Revista Tempus, 2008).

A crítica realizada à medicina preventiva e ao “dilema preventivista” apontava, entre outras limitações, o fato de estarem circunscritos a um movimento ideológico, não investindo na produção de conhecimento nem na mudança das relações sociais. Ao serem examinadas as possibilidades de superação do dilema identificado, foi proposto o desenvolvimento de uma prática teórica e de uma prática política (Arouca, 2003). Neste contexto surge a discussão da saúde pública e saúde coletiva, onde a saúde coletiva teria criado um novo paradigma, negando e superando o da medicina e o da antiga saúde pública. Para Antonio Ivo Carvalho (1996) a saúde coletiva nasceu de crítica ao positivismo e a saúde pública tradicional, constituída à imagem e semelhança da tecno-ciência e do modelo biomédico. O termo saúde coletiva passou a ser usado no Brasil, em 1979 (Nunes) incorporando o pensamento sanitário.

A mobilização pela reforma do sistema de saúde brasileiro continuou a crescer e com a realização da 8ª CNS, em 1986, ficou aprovada a proposta para criação do SUS. Em 1988 o Sistema foi consagrado pela Constituição Federal com a inserção do capítulo da saúde e criando um sistema universal e que se caracteriza pela democracia participativa (CF, 1988).

O SUS mesmo com financiamento insuficiente, tem garantido a inclusão social de forma universal e participativa. As atribuições compartilhadas entre os entes federados e as atribuídas a cada um estão contidas na Lei Federal nº 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde-LOS). De acordo com a CF, os municípios são autônomos em relação ao governo de Estado e à União. O SUS deve ser construído com base em uma relação harmoniosa, solidária e de respeito à autonomia de cada ente federado e com decisões baseadas em consenso. Não há hierarquia entre as diferentes esferas de governo (CONASEMS, 2009).

A Lei Federal nº 8142/90, garante o direito de participação da sociedade na formulação, implementação e controle de políticas e ações de saúde, item também constante da Constituição de 1988. Isto se dá, mas não exclusivamente, por meio dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde.

Fazendo um paralelo do SUS e APS, o entendimento de programa de medicina simplificada e focalização (dado pelo caráter dos cuidados primários à saúde de Alma Ata) fez com que, no Brasil, este conceito fosse disseminado com o sentido de atenção primitiva à saúde (CONASS, 2004).

Mais recentemente, em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) definiu que a AB caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. No Brasil a implantação da Estratégia Saúde da Família foi proposto em 1994, como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, baseada no trabalho de equipes multiprofissionais em UBS. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de uma população adscrita, localizada em uma área delimitada,

através de ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. Contam ainda com o trabalho de Agentes Comunitários de Saúde como agentes integrados entre as equipes de saúde e as comunidades.

### **3.4 Avaliações em APS**

Devido à diversidade de modelos e da intensidade com que a APS tem se apresentado nos diversos locais, muitos consensos sobre conceitos e estudos sobre métodos de avaliação estão sendo desenvolvidos mundialmente, procurando construir ferramentas que auxiliem o planejamento e a gestão dos sistemas de saúde (Viacava et al, 2004).

Os atributos da atenção primária têm sido citados na literatura internacional como eixos estruturantes do processo de atenção, associadas à qualidade dos serviços, à efetividade e eficiência nos serviços. A atenção primária pode ser distinguida de outros tipos de atenção pela natureza de seus problemas, pelo local de prestação do atendimento, pelo padrão de encaminhamento, pela duração das responsabilidades, pelas fontes de informação, pelo uso de tecnologias, pela orientação no interesse e pela necessidade de treinamento (White, 1973).

Todas as avaliações em saúde exigem padrões a partir dos quais o desempenho possa ser medido, seja de acordo com uma meta preestabelecida seja pela comparação de um sistema em relação a outro (Parker et al., 1976).

Tentativas de avaliação do desempenho da APS datam da década de 70, o comitê do Institute of Medicine sugeriu uma abordagem listando os atributos da APS. Numa análise de 21 questões, os resultados dos esforços deste comitê foram



um marco na tentativa de delinear um método normativo para medir a incorporação da APS. O sistema de serviços de saúde tem componentes importantes para avaliação de acordo com seu tipo: estrutura, processo e resultado (Donabedian, 1966). As características individuais dentro de cada componente diferem de lugar para lugar e de época para época. Na execução da política de avaliação em saúde há que se considerar que cada local tem na sua estrutura características que possibilitam oferecer serviços considerando-se: recursos humanos, instalações físicas e equipamentos, variedade de serviços, gerenciamento, sistemas de informação, acesso, financiamento, população eletiva e administração (Felisberto, 2006). Os processos (ou desempenho) que envolvem tanto as ações por parte dos profissionais de saúde no sistema como as ações das populações e dos pacientes incluindo o reconhecimento do problema, diagnóstico, manejo, reavaliação, utilização, aceitação e satisfação, entendimento e concordância. O resultado refletido em vários aspectos do estado de saúde como: longevidade, desconforto, percepção de bem-estar, enfermidade, alcance, riscos e capacidade de recuperação.

Estes componentes interagem com o comportamento individual e são determinados tanto por ele como pelo ambiente social, político, econômico e físico em que o sistema de serviços de saúde existe. Esta abordagem para medir a APS presume que os atributos estruturais estejam em seu devido lugar para que importantes atividades possam ser realizadas (Starfield, 2002).

As pesquisas de satisfação tem sido utilizadas nos últimos tempos e são importantes para determinar como as pessoas se sentem a respeito dos serviços recebidos. Em 1980, teve início uma abordagem normativa para avaliação das necessidades de saúde com o estabelecimento de metas e objetivos do Ministro da

Saúde dos Estados Unidos para a Nação, seguida posteriormente por países europeus (OMS, 1994; Starfield, 2002).

Ao se pensar em metas que avaliam o desempenho da APS, há necessidade de se pensar em construir paralelamente formas de responsabilização e onde a capacidade técnica para a responsabilização hoje se estende além da simples especificação das exigências. É possível estabelecer metas operacionais e medir sua obtenção. As metas podem ser expressas como a obtenção de determinados níveis de saúde, níveis de satisfação da população ou a obtenção de padrões estabelecidos para a qualidade da atenção.

Hoje, quando a capacidade técnica pela responsabilidade do desempenho existe, a comunidades de gerentes e profissionais nem está suficientemente consciente das capacidades nem comprometida com o conceito de responsabilidade para assumir as atividades necessárias para assegurá-la. Portanto, o desafio para a política é a adoção de um sistema de incentivos para encorajar a experimentação com métodos de garantia da responsabilidade. Os bônus podem ser dados às organizações de serviços que estabelecem metas e meçam o grau de obtenção (Starfield, 2002).

A medição do desempenho quer individual quer institucional, e a sua respectiva avaliação, deverá ser encarado, antes de tudo, como um instrumento de uso predominantemente interno, servindo para melhor se perceber onde se está, como se está e que acertos efetuar para que se obtenha um melhor desempenho e melhores resultados de saúde.

As equipes de saúde organizam-se em equipes das mais diferentes formas, determinadas pelas condições situacionais, criando uma identidade com características peculiares e estabelecendo canais particulares de comunicação com os

usuários. Entretanto, essa organização nem sempre respeita os princípios e as diretrizes institucionais. Além disso nem sempre vai ao encontro das expectativas da população atendida. Os contratos que se estabelecem entre instituições e equipes, equipes e lideranças locais devem ser explícitos, sistematizados e com clareza dos itens e dos ajustes acordados. Os contratos favorecem a interação entre as equipes e comunidade aumentando a eficiência das ações das equipes (Duncan, 2004). Por outro lado, o processo de contratualização e da responsabilização implicando num processo de natureza avaliativa, sendo assumido como compromisso entre duas partes, o contrato firmado será monitorado com base em indicadores de desempenho, o que reforça de forma clara a necessidade de que os indicadores apresentados sejam válidos, claros e proporcionem ganhos de qualidade (MS, Lisboa, 2006).

No Brasil, o processo de avaliação da APS ainda é frágil para fornecer subsídios ao gestor para a tomada de decisão quanto à reversão do modelo, encontra-se em fase de implantação, mostrando-se ainda incipiente e necessitando de estudos com rigor metodológico e marco teórico apropriado para que as análises obtidas possam subsidiar as práticas de planejamento e gestão (Chomatas, 2009).

Por ser a gestão do SUS na sua essência um ato de negociação e pactuação da política local, regional, estadual e nacional. O Pacto da Saúde, efetivado pelas três esferas de gestão, em 2006, e aprovado no CNS, no cumprimento da CF e das leis da saúde (CNS, 2006), objetiva inovar processos e instrumentos de gestão, dando maior eficiência e qualidade, nas respostas oferecidas pelo Sistema, e, portanto é o caminho a ser seguido para a implementação do SUS. Tem três dimensões: o Pacto pela Vida, que define as prioridades para o SUS; o Pacto em Defesa do SUS, que propõe uma agenda de repolitização do SUS com a sociedade e busca financiamento adequado; e

o Pacto de Gestão, que estabelece diretrizes e redefine responsabilidades de gestão, em função das necessidades de saúde da população e de maior equidade social. Mais que uma norma, o Pacto pela Saúde propõe uma gestão mais solidária e comprometida, envolvendo gestores, trabalhadores e usuários do SUS , com a meta de alcançar maior qualidade na atenção à saúde de todos os brasileiros.

Segundo o Ministério da Saúde “Avaliação é uma função importante da gestão. Nesse sentido, não é meramente atribuição de avaliadores externos, devendo fazer parte do conjunto de atividades desempenhadas pelos gestores do sistema e das equipes de saúde. Em se tratando da avaliação em saúde, e em especial da atenção básica, a avaliação é um objeto em movimento. As três esferas de governo são co-responsáveis no que se refere à avaliação da atenção básica. Deve-se reforçar seu caráter formativo, pedagógico e reorientador das políticas e práticas, superando o tradicional enfoque punitivo e burocrático” (MS, 2005).

### **3.5 Advento de novas organizações**

Num futuro próximo, as empresas de grande porte, terão metade dos níveis gerenciais e um terço da quantidade de gerentes se comparado com as de hoje. A coordenação e o controle dependerão, em grande parte da disposição dos empregados para a autodisciplina (Druker, 2001).

Paralelamente a essas mudanças está a tecnologia da informação que faz com que a comunicação flua rapidamente e com eficácia, demandando aos profissionais a necessidade de experiência e conhecimentos capazes de transformar seus dados em informações. Organizações baseadas em informações têm desafios gerenciais a vencer: buscar a motivação e recompensas, união das equipes, estrutura

que funcione com forças-tarefas e seleção, exige autodisciplina e responsabilidade individual, visão do todo, preparação e teste do pessoal da alta administração. Consta-se ainda que muitos gerentes não lideram nem decidem, atuando muito mais como transmissores de informações.

### **3.5.1 Gestão do Conhecimento**

As instituições precisam transformar seus dados em informação. A informação é o dado investido de relevância e propósito. Estas informações devem ser descentralizadas e servir de base aos processos decisórios desde a base, senão não tem razão para existir. A informação como recurso nem sempre é valiosa e seu excesso pode tirar o foco daquilo que é importante por outro lado o conhecimento como recurso é valioso, pois traz a atenção ao que importa (Mcfaddent et. al., 1999). O conhecimento tem natureza dinâmica sendo a informação em ação.

Existem dois tipos de conhecimento o tácito e o explícito, Polanyi (1958) foi o primeiro a conceituar e fazer distinção entre ambos. O conhecimento tácito geralmente está na área do aprendizado subjetivo, cognitivo e experimental. Este conhecimento traduz-se pelo acúmulo de experiências, mapas mentais, insights, idéias, sabedoria, perspicácia, conhecimento especializado e os segredos de negócio. Enfim, deve-se levar em conta as experiências passadas e presentes das pessoas assim como os processos e valores que fazem parte da organização estes fatores são os know-how. Este conhecimento envolve conhecimento especializado e alto nível de habilidades. Por ser intangível é difícil de ser codificado em palavras, por exemplo, a explicação de como andar de bicicleta é muito difícil de descrever de forma explícita e, portanto ela é tácita. Essa transferência em uma organização se dá

através de associações, estágios, aprendizados, conversas, simulações, palpites, pressentimentos, valores, analogias que em geral não são levados em consideração pela empresa.

Há séculos a relação mestre-aprendiz, devido à sua natureza experimental, tem sido uma forma lenta, mas segura de transferir conhecimento tácito. Quando os profissionais saem levam consigo o conhecimento e uma meta da gestão do conhecimento é o “segurar” esse valioso know-how.

O conhecimento explícito lida com o conhecimento mais objetivo, racional e técnico (dados, políticas, procedimentos, software, documentos, etc). Este conhecimento se traduz em políticas, diretrizes de procedimentos, manuais, relatórios, desenhos, produtos, estratégias, metas, missão. Também se incluem as competências básicas e a infra-estrutura da tecnologia e da informação. Este conhecimento é codificado (documentado) de forma rápida e precisa.

A Gestão do Conhecimento “Knowledge Management” (KM), é um processo de grupo que combina o domínio de conhecimento humano (tácito e explícito), os objetos do domínio da informação e os dados com o objetivo de criar valor (mercado ou cultura) baseando-se nos conceitos de aprendizado organizacional e memória organizacional e basicamente é um processo de extrair, transformar e difundir o conhecimento por toda a empresa, de forma que possa ser compartilhada tornando assim útil a informação compartilhada. Quando os profissionais colaboram entre si, trocam idéias, ensinam e aprendem o conhecimento é transformado e passado de pessoa a pessoa. A capacidade de uma organização em aprender, desenvolver sua memória e compartilhar o conhecimento depende da cultura.

Quando o conhecimento é difundido, as pessoas desenvolvem, criam e identificam novo conhecimento ou atualizam o conhecimento antigo.

### **3.5.2 Tecnologias de Informação**

A tecnologia da informação (TI) é um complexo tecnológico que envolve não só hardwares (computadores) e softwares (programas), mas também redes de comunicação digital, protocolos e serviços informatizados como instrumentos de apoio e gestão de organizações modernas (Marcovitch, 1997), ter ainda recursos humanos habilitados, que viabilizem o funcionamento correto dos sistemas de informação, cujo papel significativo não se limita ao simples funcionamento de uma organização, mas também como uma importante ferramenta de apoio à decisão. Além disso, temos ainda que um sistema de informação apesar de interagir com o universo da TI, não dependendo dos recursos tecnológicos para existirem. Na definição um Sistema de Informação é um conjunto de dados inter-relacionados que coleta, processa, armazena e distribui informações para suporte à tomada de decisão e gerenciamento de uma organização como exemplo as chamadas salas de situação.

A tecnologia da informação tem um papel importante na gestão do conhecimento seja: na comunicação (e-mails, Internet, intranet, web, fax, telefone), na colaboração onde grupos podem trabalhar ao mesmo tempo ou em horas diferentes num mesmo documentos, serviços on-line, ou na armazenagem de banco de dados, documentos eletrônicos, software relacional, etc (Turban, et. al., 2004).

### 3.5.3 Contratos de Gestão

A Nova Gestão Pública (NGP) é um conjunto de argumentos e filosofias administrativas aceitas em determinados contextos e propostas como novo paradigma de gestão pública a partir da emergência dos temas crise e reforma do estado nos anos 80. De maneira geral, propõe uma gestão pública dotada das seguintes características: caráter estratégico ou orientado por resultados do processo decisório; descentralização; flexibilidade; desempenho crescente e pagamento por desempenho/produtividade; competitividade interna e externa; direcionamento estratégico; transparência e cobrança de resultados (*accountability*); padrões diferenciados de delegação e discricionariedade decisória; separação da política de sua gestão; desenvolvimento de habilidades gerenciais; terceirização; limitação da estabilidade de servidores e regimes temporários de emprego; estruturas diferenciadas (Holmes, 1995; Hood, 1991). A partir dos anos 80, intensificaram-se os movimentos reformadores em busca de uma “nova gestão pública”. A adaptação das organizações governamentais aos desafios da atualidade requer bem mais do que a simples incorporação de conceitos e práticas da “boa” gestão empresarial (Metcalf, 1992).

Rever as relações entre o centro governamental e os diferentes órgãos da administração pública, e a responsabilidade (“*accountability*”) por resultados constituem-se em pontos centrais dos movimentos reformadores. A palavra *accountability* não tem uma tradução exata, trata-se do compromisso dos funcionários em prestar contas, até mesmo qualitativamente, a qualquer momento. A responsabilidade é o reverso positivo da *accountability*, a inclinação espontânea para o dever de atingir os resultados e deles prestar contas (Trosa, 2001).



Os contratos ou acordos de desempenho tem sido firmados buscando a eficiência nos serviços prestados. Instituições internacionais como o Banco Mundial e OECD tem realizado estudos buscando avaliar se os acordos/contratos de desempenho ou performance estão funcionando nos serviços públicos mundiais, alguns questionamentos tem guiado estas pesquisas: os resultados do desempenho dos acordos são gerenciados “performance agreements” (OECD, 2007), se as metas contribuíram para a melhoria do desempenho dos serviços públicos, se fazem bem quais os resultados e quais as oportunidades de melhoria, quanto os indicadores e metas são usados nas discussões entre os níveis de gestão, quanto ao resultados pode-se atribuir aos acordos firmados ou a outros fatores influenciadores como melhorias no financiamento e eficiência pública e política, os acordos promovem alguma mudança no comportamento gerencial.

A ênfase deste modelo é uma estratégia de qualidade cujos resultados dependem de medidas tais como descentralização, estímulo à competitividade, modelos contratuais flexíveis, e direcionados para a qualidade (Abrucio, 1996; Martins, 1997 e 2001).

### **3.6 Planejamento Estratégico**

“O planejamento não diz respeito a decisões futuras, mas às implicações futuras de decisões presentes” (Peter Drucker)

O planejamento é importante porque permite um melhor aproveitamento do nosso tempo e de nossos recursos, possibilitando que nos nossos objetivos sejam alcançados da melhor forma possível. Muito confundido como plano, este na verdade é um produto momentâneo de um processo de planejamento. O planejamento é um processo permanente e sempre estamos planejando em situações

dinâmicas que sofrem constantes transformações. Portanto, é fundamental estabelecer um processo permanente de planejamento que dê conta de corrigir os rumos e manter a direcionalidade das ações em relação aos objetivos a serem alcançados.

Para Matus (1996), planejar significa pensar antes de agir, pensar sistematicamente, com método; explicar cada uma das responsabilidades e analisar suas respectivas vantagens e desvantagens; propor objetivos. É projetar-se para o futuro, porque as ações de hoje terão sido eficazes, ou ineficazes, dependendo do que pode acontecer amanhã e do que não pode não acontecer. É, portanto uma ferramenta vital, pois ou sabemos planejar ou estamos condenados a improvisações.

O pensamento estratégico aplicado ao planejamento em saúde surgiu no final da década de 70, como forma de superar os problemas inerentes à formulação normativa de planos, ou planejamentos tradicionais cujo paradigma encontra-se representado no método de CENDES/OPAS, surge na América Latina na década de 60 em Punta Del Leste, como resposta as demandas para formulação de planos integrados de desenvolvimento econômico e social, como condição para a realização de investimentos externos que, dentro da visão desenvolvimentista, permitiriam aos países subdesenvolvidos percorrer etapas percorridas pelos países que alcançaram maturidade econômica e social. Nele se propõe uma metodologia de gerenciamento da escassez de recursos, de modo a desenvolver ações com maior efetividade. O manejo descentralizado das informações e a participação coletiva no processo decisório fazem parte daquelas condições básicas de uma organização que busca responsabilização de todos evitando o monopólio de poder. Para Matus (1994a) “a responsabilidade obriga a criatividade e a criatividade obriga à descentralização”.

### **3.6.1 Planejamento no SUS – Descentralização e Territorialização**

No SUS, o planejamento é essencial, tendo por objetivo uma ação contínua, articulada, integrada e solidária entre as três esferas de gestão. Podem ser adotadas várias metodologias, em sua elaboração, mas o planejamento municipal deve ser sempre um processo participativo, envolvendo trabalhadores e usuários, além de ascendente, ou seja, partindo das Unidades de Saúde e da leitura das necessidades de cada território local e terminando em instancias macros quer seja num município, estado ou país (MS).

Planejar implica definir prioridades, mobilizar recursos e vontades em prol de objetivos conjuntamente estabelecidos, em um processo aberto e dinâmico, que oriente o cotidiano da Saúde Municipal, em vários espaços. Por meio do Pacto pela Saúde, foram acordados três instrumentos básicos de planejamento no âmbito do SUS: o Plano de Saúde (PS) e suas Programações Anuais de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG).

O planejamento no SUS está regulamentado: Lei nº 8080/90, Lei nº 8142/90, PT MS/GM 1229 de 24 de maio de 2007, PT MS/GM 3085 de 1 de dezembro de 2006 e PT MS/GM 3176 de 24 de dezembro de 2008 (MS, 2009).

Nas UBS, espaço onde a APS é efetivada, pensar na estratégia de descentralização do planejamento ao nível local como forma de responsabilização e busca do alcance de metas e indicadores como sendo função não exclusiva do gestor municipal. Tanto trabalhadores quanto gestores locais têm dificuldades em compreender e incorporar, sistematicamente o planejamento como eixo e rotina para a organização do trabalho, no sentido de mobilização coletiva, enquanto equipes,

assim como em utilizar as informações produzidas e procedimentos da realidade local para desenhar planos de ações e metas (SMS-MG, 2008).

O processo de planejamento inicia-se com a identificação e análise dos problemas, passa pela determinação das prioridades e identificação dos recursos necessários para possível superação até a definição das ações para superar os problemas. Seguindo as etapas: avaliação de indicadores de saúde, definir prioridades a partir de diagnósticos situacionais, avaliação e levantamento dos recursos e viabilidade, definir metas, acompanhar e avaliar o impacto na saúde da população e avaliar a satisfação dos usuários e trabalhadores.

A descentralização do planejamento ao nível local deve ser um processo participativo e flexível que permita a incorporação das experiências de todos, conforme os diferentes saberes, dentro de um marco comum que lhe dê consistência e coerência necessárias à sua generalização; portanto, realizado também de forma representativa, não apenas pelo gerente para ser cumprido pela equipe (SMS-MG, 2008), pactuar responsabilidades junto as equipes e usuários através de Contratos de Gestão, envolver as equipes locais no alcance de metas locais/municipais, proporcionar reflexão sobre o sentido de pertencimento, e inserir incentivos ou bônus por desempenho são estratégias modernas de gestão pública.

### **3.6.2 Tecnologias de Gestão**

Administradores, gestores e chefias, enfim todos que tem o papel de coordenar equipes necessitam conhecer, ter a disposição e utilizar as Tecnologias de Gestão que possam ajudar no processo de planejamento, monitoramento e avaliação ou na gestão por resultados.

Como parte dos avanços em vários campos do conhecimento e da tecnologia, a saúde avançou consideravelmente na implantação de tecnologias em saúde, as crescentes inovações e utilização tecnológica em saúde trazem alguns problemas vêm sendo observados como o da utilização sem comprovação por evidências científica (Ota, 1994) além de estarem intimamente relacionados ao aumento nos gastos em saúde. Em um cenário de elevação de gastos, com restrição de recursos em saúde, e de reestruturação dos serviços de saúde, visando uma maior efetividade e melhor utilização do dinheiro público, os gestores se vêem pressionados. Eles necessitam de informações coerentes e fundamentais sobre os benefícios das tecnologias em saúde e seu impacto sobre os serviços de saúde, para racionalizarem a tomada de decisão (Panerai e Mohr, 1989).

Tecnologia em Saúde são: medicamentos, equipamentos e procedimentos técnicos, os sistemas organizacionais, informacionais, educacionais e de suporte e os protocolos assistenciais por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população. Assim ao se falar de tecnologias de gestão não tem como não falar de tecnologias em saúde.

O arcabouço legal do SUS enfatiza a questão importância do planejamento, do monitoramento, de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, estabelecimento de mecanismos de avaliação, controle e auditorias. Para isso o MS vem discutindo e implantando Tecnologias de Gestão e Ferramentas de Informação inclusive com ampliação do parque de TI, que facilitam a avaliação e gestão do SUS e da APS. Exemplos: Avaliação da Melhoria da Qualidade (AMQ), Pacto pela Saúde, Protocolos Clínicos, Instrumentos Básicos de Planejamento (Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão) bem como a

implantação das Políticas Nacional de Atenção Básica, Gestão de Tecnologias em Saúde, Avaliação Econômica, ParticipaSUS, ParticipaNet, OuvidorSUS, SisaudSUS, SargSUS, ProGRAB, Sistemas Informatizados Nacionais para assistência e produção de serviços: SIA, SIH, SIAB, SISPRENATAL, SISCOLO, SISMAMA; de cadastramento: CNES, CartãoSUS; de vigilância em saúde: SI-PNI, SINAN, SINASC, SIM; de orçamento o SIOPS . Podendo ainda contar com as ferramentas que para processar essas análises como os aplicativos “TABWIN e TABNET”, disponíveis na página do DATASUS na Internet.

A Portaria MS/GM nº 2.690, de 5 de novembro de 2009, institui a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS) trás objetivos relativos a incorporação de tecnologias em saúde e a importância dos gestores fazerem gestão sobre as tecnologias (em uso ou a implantar) assim como realizar ATS como ferramenta de gestão. Esses instrumentos ainda não se constituem em ferramentas de suporte ao processo de decisão pelos gestores e equipes dos municípios e estados, necessitando em muitos casos a necessidade de capacitações, envolvimento e responsabilização.

A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS) de 2007, traz como responsabilidade a aceleração e aperfeiçoamento na implementação das práticas de gestão estratégica e participativa nas três esferas de gestão do SUS, tendo quatro componentes: Apoio a Gestão Participativa, Auditoria do SUS, Ouvidoria-Geral do SUS e Monitoramento e Avaliação (M&A). O M&A envolve o ato de coletar dados, acompanhar de forma sistemática e contínua os indicadores de saúde e de gestão, visando a obtenção de informações em tempo oportuno para subsidiar a tomada de decisão (Brasil, 2008).

O processo de Institucionalização do SUS como política de caráter federativo e intergovernamental estabeleceu novas competências e responsabilidades de gestão setorial, normativamente distintas e complementares, que implicam em constantes negociações e pactuações intergestores em meio a constantes inovações conceituais, logísticas, tecnológicas e instrumentais, que influem cotidianamente no exercício da gestão do sistema único, muitas vezes em condições heterogêneas, diversas e plurais (DEMAGS, 2010).

Institucionalizar a avaliação, adquire um sentido de incorporação à rotina das organizações de saúde, sendo entendida como uma demanda interna de acompanhamento de todo o planejamento e gestão das políticas e/ou programas. O fomento da “cultura avaliativa” requer a qualificação da capacidade técnica, nos diversos níveis do sistema de saúde, viabilizando uma efetiva associação das ações de monitoramento e avaliação como subsidiárias ou intrínsecas ao planejamento e à gestão, dando suporte à formulação de políticas, ao processo decisório e de formação dos sujeitos envolvidos (Felisberto, 2006).

Infelizmente algumas barreiras dificultam esta forma de gestão no SUS e especialmente na APS como: falta de compromisso político, centralização excessiva de planejamento e gestão, despreparo de gestores, liderança frágil e falta de credibilidade ante aos cidadãos, mobilização de interesses opostos aos da APS e participação limitada das equipes e comunidade no processo de planejamento e gestão, falta de sistema de informação confiável, falta de metas claras, falta de sistemas de incentivos por desempenho (MS, 2008).

### **3.6.3 Gestão por Resultados**

A Gestão por Resultados no Setor Público tem sido bastante discutida, nas últimas duas décadas, o quadro geral de mudanças que caracteriza a contexto de atuação das organizações governamentais. Constata-se um razoável grau de consenso sobre a natureza dos desafios que se apresentam à gestão pública, os quais colocam em perigo a própria capacidade de governar. Tem sido um movimento universal para ativar e vitalizar as instituições governamentais, buscando eficiência, efetividade, produtividade, transparência, democracia, responsabilidade e ética.

Uma nova questão vem sendo destacada, tanto na pesquisa acadêmica, como nas práticas organizacionais, onde se levanta o questionamento do insucesso na implantação ou implementação de uma estratégia ou programas. As organizações falham quando na formulação falta qualidade, não reflete perspectivas, tem baixa governabilidade ou ausência de política; falham quando no momento da organização não compromete as pessoas com a realização das políticas; falham no campo dos recursos quando no planejamento não contemplam ou fazem previsões deficientes de orçamento e por fim falham em estruturas quando as ações são fragmentadas, não se orientam para resultados e falta a participação do controle social.

Gestão Pública orientada para resultados: Uma 3ª onda de reformas gerenciais na administração pública. Neste contexto vem sendo cada vez mais discutida a idéia das empresas utilizarem os contratos de gestão internos e externo, importante tecnologia de gestão que propicia o envolvimento e responsabilização das partes interessadas. Os contratos de gestão mais comumente utilizados em empresas privadas, são instrumentos de negociação e pactuação de resultados com base na



situação local, que buscam a melhoria do desempenho das organizações, proporcionando formas mais apropriadas de controle.

Para se fazer a gestão por resultados deve-se levar em conta que é importante dispor de informações confiáveis. As informações estão sempre presentes nas nossas vidas e participam de diversas decisões do nosso cotidiano, sem nenhuma dificuldade, poderíamos listar uma infinidade de situações do dia a dia onde as informações são utilizadas para orientar a tomada de decisões (Ferreira, 1997).

O SUS reconhecidamente conta com um dos maiores acervos de dados/informações em saúde do mundo, entretanto, merece destacar que o grande desafio não é somente ter acesso às informações, mas coloca-se também na capacidade da gestão para analisar essas informações e efetivamente utilizá-las na tomada de decisões (CONASEMS, 2009).

“Gerir é tomar providências para que ocorram os resultados desejados”. (Peter F. Drucker)

### **3.7 Curitiba e a SMS frente a este cenário**

A SMS – Curitiba, a partir da década de 70, acompanhando o movimento da reforma sanitária vem organizando de maneira contínua ao longo dos anos seu modelo de atenção à saúde. Com a rápida disseminação sobre dos princípios da APS firmados na Conferência de Alma Ata, promulgação da CF de 1988, implantação do SUS, pelas linhas apontadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Ministério da Saúde (MS), a saúde no município passa a incorporar princípios e tecnologias que enfatizam a prioridade da atenção primária.

Com a municipalização de serviços e das ações em saúde pertencentes até então a outras esferas de gestão a descentralização tornou-se fato. A SMS no início da década de 90 implanta os Distritos Sanitários (DS) com discussão do conceito de territorialização e áreas de abrangência para Distritos Sanitários e Unidades Básicas de Saúde (UBS) como forma básica de organizar a assistência, acesso e vínculo com as comunidades de baixa renda. Nesta época, fortalecendo a APS, discute também com seu corpo gerencial e profissional conceitos de responsabilização sanitária, vigilância à saúde e porta de entrada do sistema realizado pelas UBS.

Aumenta gradativamente o número de equipamentos, sempre próximo das regiões onde as pessoas vivem e moram. O diferencial da estrutura dos equipamentos com modernização constantes, aumento do espaço físico e a incorporação de tecnologias buscando a qualidade da atenção e o conforto de usuários e profissionais.

Em 1991, realiza a 1ª Conferência Municipal de Saúde que desde então ocorrem a cada 2 anos e de forma ascendente, partindo das conferências locais e distritais de saúde. Na 6ª Conferência de Saúde realizada em 2001, discutiu-se o tema dos Sistemas Integrados de Serviços de Saúde devido sua relevância na formação das Redes de Atenção.

Em 1992, implanta a primeira Unidade de Saúde de Médico de Família, época que algumas experiências começam a surgir no país. Adere ao ESF, em 1996, passando a receber parte de custeio das equipes do governo federal e com isso a expansão homogênea no município deste modelo de atenção respeitando o princípio da equidade e de regiões com maior vulnerabilidade socioeconômica.

Vale ressaltar que a SMS em Curitiba trabalha com dois modelos de atenção: o modelo tradicional e o ESF. Ambos trabalham com área abrangência

adscrita e micro áreas, visitas domiciliares, agentes comunitários, atenção a demanda espontânea ou aos eventos agudos mais com ênfase as doenças e eventos crônicos, atividades programadas, porta de entrada do sistema de saúde, fluxos definidos, protocolos assistenciais, atividades de prevenção e promoção de saúde , incentivo ao auto-cuidado, incorporação de tecnologias e ferramentas de informação, chefia única da UBS, equipamentos e infra-estrutura, conselhos locais de saúde, acolhimento solidário, vigilância à saúde, trabalho realizado por equipe e multidisciplinar, contratos de gestão, incentivo por desempenho, entre outras.

Desde o início de sua história e em ambos modelos de atenção é constante a preocupação com o processo de monitoramento das ações, criando a cultura da avaliação. A incorporação e implementação de tecnologias de gestão, na criação de séries históricas e principalmente de redução em indicadores de saúde faz com que as comemorações sempre sejam incentivadas.

Assume a gestão do sistema de saúde desde 1998, assim com a função de prestar diretamente os serviços à população, gerenciando a rede própria, serviços de apoio e rede contratada, assume as funções de regulação, controle, avaliação e auditoria, recebendo e distribuindo os recursos destinados ao pagamento dos serviços contratados pelo sistema de saúde no município.

A informatização da rede própria ocorreu a partir de 1999 (área médica, enfermagem e odontologia) e é considerado de grande avanço. Com o prontuário eletrônico interligado “online” possibilitou-se ganhos gerenciais importantes uma vez que a informação passou a ser fornecida em tempo real propiciando aos gestores e equipes o controle de dados e informações no momento que ocorrem. O sistema possibilita ainda relatórios gerenciais em “layout” pré-formatados ou dinâmicos onde

o usuário do sistema organiza-os com as informações que deseja. Estas informações propiciam a tomada de decisões estratégicas. Não há como negar que a informatização na saúde constitui-se em grande avanço na sistematização e socialização da informação, contribuindo decisivamente para a melhoria da qualidade da gestão em saúde (Giacomini, 2009).

As centrais de marcação de procedimentos (consultas e exames especializados), laboratório municipal (LMC), bem como a central metropolitana de leitos hospitalares fazem parte do sistema informatizado. O LMC está informatizado e interligado com as Unidades de Saúde por meio do prontuário eletrônico. Os exames de patologia clínica coletados nas UBS, são realizados no laboratório municipal e seus resultados alimentam diretamente o prontuário eletrônico dando agilidade ao atendimento. Evolui permanentemente na integração com a rede secundária e terciária, como exemplo o Sistema Integração do Programa Mãe Curitibana onde a puérpera e filho tem as consultas agendadas pela maternidade no momento da alta devido acesso liberado a agenda das UBS através de sistema informatizado.

A SMS - Curitiba sistematiza suas ações, desde 1999, através da implantação de diretrizes clínicas (guidelines, protocolos clínicos e manuais). Estes protocolos são construídos de forma conjunta com técnicos de nível local e central. Sempre validados por sociedades científicas, conselhos de classe entre outros. Revisões das versões destas diretrizes clínicas são permanentemente sendo revistas com base em monitoramentos, avaliações e em evidências científicas atualizadas. Estas diretrizes após serem validadas são implantadas por meio de lançamento

oficial, mas principalmente através de permanente capacitação dos profissionais envolvidos (Giacomini, 2009).

A 3ª onda comentada dentro das reformas gerenciais e o uso do termo “accountability” que significa responsabilização que busca a reflexão sobre os resultados e a tomada de decisão, na SMS de Curitiba teve seu marco em 2002, num movimento de repensar-se, e por meio de consultoria e oficinas com o corpo gerencial discutiu e construiu uma nova proposta de monitoramento considerada inovadora. Os Contratos de Gestão foram implantados a partir de 2003 em todas as Unidades Básicas de Saúde e nos Distritos Sanitários. Composto de dois instrumentos, o TERCOM (Termo de Compromisso) e seu anexo o Plano Operativo Anual (POA). O TERCOM é um documento com ciência anual pelo Gestor Local e sua equipe, Gestor Distrital e o Gestor Municipal, também participam dos processos representantes de usuários dos conselhos de saúde, seu princípio fundamental é estar centrado em compromissos firmados e cujo efeito é moral e não legal.

O POA, que explicita os indicadores e as metas anuais (hoje em torno de 79 indicadores) e tem como elementos básicos os objetivos e metas fixadas nos instrumentos básicos de planejamento como o Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde, Relatório de Gestão, PPI, Pacto pela Saúde, Planejamento Local entre outros e, como propósito coordenar e assegurar que os compromissos sejam cumpridos. As metas são pactuadas conforme a realidade local de infra-estrutura, Recursos Humanos (RH) e com base em séries históricas. O processo tem monitoramento de periodicidade trimestral como forma de procurar junto às equipes formas de melhorar seu desempenho ou renegociar caso seja necessário. Este processo ainda procura promover comemoração de situações onde a equipe tem alcançado com êxito a pactuação de suas metas.

Como forma de fixar os recursos humanos nas UBS localizadas em áreas mais distantes, implantou a remuneração de auxílio distância, com a intenção de agregar também qualidade na atenção substituído pelo Incentivo ao Desenvolvimento da Qualidade (IDQ). Esta política de remuneração está voltada para resultados, através do desempenho profissional e da melhoria do atendimento aos usuários. Composto por quatro planilhas de avaliação, sendo duas de desempenho individual (avaliação da chefia e auto-avaliação) e duas de desempenho da equipe (indicadores de saúde e satisfação usuário), uma nota final o habilita a receber mensalmente uma remuneração variável. Os Contratos de Gestão (POA e IDQ) foram temas de pesquisa que buscou a correlação de resultados alcançados com a contratualização de metas e do pagamento de incentivos por desempenho (World Bank, 2006).

Tem o compromisso de organizar sua produção e gastos anuais em documentos institucionais que orientam as prioridades para uma população estimada hoje em 1.850 mil habitantes e onde cerca de 70% utilizando os serviços assistenciais prestados no SUS. A SMS está representada em 9 Distritos Sanitários. Gerencia hoje, 133 equipamentos municipais de saúde entre Unidades de Saúde (Básicas com ou sem PSF), Unidades Especializadas, Centros Municipais de Urgência/Emergência (CMUM), Centros de Apoio Psico Social (CAPS), Hospital Municipal e o Laboratório de Análises Clínicas.

No campo do planejamento entende que este deve ser ascendente, portanto realizado por todos e em todos os níveis, com relevância aos três instrumentos básicos: Plano de Saúde (PMS), Programação Anual (PAS) e Relatório de Gestão (RAG). O PMS representa o planejamento coletivo das diretrizes da política pública de saúde, que propicia a participação de diferentes atores que constituem o controle

social. E construído de forma ascendente, ou seja, inicia-se com as conferências locais de saúde que contemplam o diagnóstico situacional com seus determinantes e condicionantes de saúde para com propriedade levantar os problemas a serem enfrentados e realizar a programação de saúde para o ano.

Citamos ainda como marco de relevância na construção do SUS em Curitiba o incentivo à participação popular, inicialmente, por meio das comissões de saúde criadas nas Unidades de Saúde e que, na seqüência, evoluíram para a formação de Conselhos Locais, Distritais e Municipal de Saúde. Todos são criados a partir de Conferências de Saúde que ocorrem a cada dois anos. Esta representação paritária, construída por diferentes segmentos da sociedade, tem possibilitado co-responsabilidades na atuação da SMS. Para efetivar o Controle Social, os representantes participam de reuniões ordinárias mensais em todos os níveis e extraordinárias, conforme as necessidades apresentadas. O Conselho Municipal de Saúde ainda atua por meio de 14 comissões de saúde temáticas. Na Conferência Municipal de Saúde (CMS) são debatidos assuntos e estratégias relativas à saúde da população e, especialmente, na formulação e avaliação do Plano Municipal de Saúde. Realiza pesquisas de satisfação junto aos usuários atendidos como forma de melhorar a atenção.

Por priorizar a APS como modelo de atenção, a SMS, tem investido e incorporado constantemente tecnologias de gestão que buscam efetivar os princípios (primeiro contato ou acesso, longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família e orientação para a comunidade) bem como as funções essenciais (resolutividade, comunicação e responsabilidade) assim como auxiliar o processo de gestão das UBS.

Na área da saúde, no processo de monitoramento e avaliação assim como na contratualização e pactuação entre o Município, Estado e o MS, torna-se

imprescindível envolver todo o corpo estratégico, gerencial e técnico para que se atinjam as metas pactuadas assim como na utilização das informações por todos no planejamento e na gestão por resultados. A SMS de Curitiba evoluiu nas últimas décadas de maneira moderna e transparente, prezando em sua missão de cuidar da saúde dos curitibanos, cumprindo com obrigações constitucionais, políticas e éticas. A construção do SUS em Curitiba é o resultado do trabalho contínuo realizado por muitos atores.



## **4. OBJETIVOS**

### **1. Justificativa**

O foco da pesquisa está centrado na relevância dos instrumentos para o planejamento, na utilização de ferramentas e tecnologias de gestão e na gestão por resultados em sistemas de saúde e mais especificamente na APS. A Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, local escolhido para a pesquisa, historicamente tanto gestores como técnicos preocupam-se com o monitoramento de dados e informações em saúde, investindo na incorporação de modernas tecnologias, o que contribuiu para a existência de importantes séries históricas. O fortalecimento da atenção primária tem consolidado o modelo assistencial que está baseado na existência de território geográfico e de território processo, na responsabilização sanitária, na vigilância à saúde, na porta de entrada do sistema e no planejamento local focado em condicionantes e determinantes da saúde. Com todas estas e outras responsabilidades, torna-se fundamental a incorporação e utilização de tecnologias de gestão e informação bem como a institucionalização do monitoramento e avaliação na atenção primária como forma de facilitar aos gestores locais e equipes o alcance de resultados em saúde, a satisfação dos usuários atendidos e indicar os rumos a serem tomados baseados em informações seguras da sua realidade. Constantemente a SMS é demandada para recepção de visitas técnicas e de gestores de outros municípios, estados e países que buscam conhecer as tecnologias/ferramentas de gestão implantadas bem como as ações realizadas para o alcance dos resultados satisfatórios em saúde.

## **2. Objetivo Geral**

O objetivo deste trabalho é avaliar a apropriação e a utilização das ferramentas e tecnologias de gestão e informação disponibilizadas aos gestores locais, como facilitadores no delineamento do planejamento e na gestão por resultados na APS e sua relação com o alcance de resultados em saúde e satisfação do usuário atendido.

## **3. Objetivos Específicos**

- 1) Comparar a apropriação das tecnologias de gestão e informação (utilização, facilidade no manuseio e capacitações) entre os gestores locais das UBS Tradicionais e ESF no planejamento local e na gestão por resultados.
- 2) Indicar quais instrumentos, ferramentas e tecnologias de gestão e informação são mais relevantes para o planejamento e gestão por resultados.
- 3) Descrever o envolvimento das equipes (técnicos) e Conselho Local de Saúde (segmento de usuários) no planejamento e no monitoramento de resultados.
- 4) Descrever o perfil dos gestores locais.
- 5) Verificar a associação entre a utilização das ferramentas e tecnologias de gestão e informação com os resultados alcançados em indicadores de saúde.
- 6) Verificar a associação entre a utilização das ferramentas e tecnologias de gestão e informação com os resultados alcançados na satisfação dos usuários.
- 7) Verificar a associação entre resultados de saúde e satisfação dos usuários atendidos.

## 5. REFERÊNCIAS

Abrucio FL. Reforma do Estado e experiência internacional. Brasília (DF): ENAD; 1996.

Adriano JR, Santos MA, Ferreira, SMG. Manual de planejamento. Belo Horizonte: ESMIG; 1998.

Arouca AS. O dilema preventista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: UNESP; Rio Janeiro: Fiocruz; 2003.

Basch P. Textbook of international health. Ney York: Oxford University Press; 1990.

Boff L. Depois de 500 anos que Brasil queremos? Rio de Janeiro: Vozes; [data desconhecida].

Brasil. Constituição (1988). Constituição da Republica Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal; 1988.

Brasil. Lei nº 8080, de 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. Diário Oficial da União, 20 set 1990; Seção1:018055.

Brasil. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências de recursos financeiros. Diário Oficial da União, 31 dez 1990; Seção1:018055.

Chomatas VER. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde no município de Curitiba, no ano de 2008. [dissertação de mestrado]. Porto Alegre. UFRGS, 2009.

Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Brasil). Reflexões aos novos gestores municipais de saúde. Brasília (DF): CONASEMS; 2009.

Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Brasil). Participação social no SUS: o olhar da gestão municipal. Brasília (DF): CONASEMS; 2009.

Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Brasil). Reflexões aos novos gestores municipais de saúde. Brasília (DF): CONASEMS; 2009.

Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Brasil). Acompanhamento e avaliação da atenção primária. Brasília (DF): CONASS; 2004.

Cunha A. Gestão para resultados no setor público. In: Instituto Municipal de Administração Pública de Curitiba. Seminário como se governa Curitiba. Curitiba: IMAP; 1998.

Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q.* 1966;44(2): 166-206.

Druker PF. O advento da nova organização. Rio de Janeiro: Campus; 2001.

Ducci L, Pedotti MA, Simão MG, et al. O sistema de saúde em Curitiba: a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro: CEBES; 2001.

Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

Felisberto E. Da teoria à formulação de uma política de avaliação em saúde: reabrindo o debate. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2006 Jul/Set;11(3):553-63.

Giacomini CH, organizador. Gestão para resultados em Curitiba: experiência de contratualização. Curitiba: Instituto de Administração Pública-IMAP; 2009.

Ham C, editor. Lessons and conclusions. In: \_\_\_\_\_. Health care reform: learning from international experience. Buckingham: Open University Press; 1997.

Holmes M, Shand D. Management reform: some practitioner perspectives on the past ten years. *Governance.* 1995;18(4):551-78.

Hood C, Jackson M. Administrative argument. Aldershot: Dartmouth; 1991.

Huertas F. O método PES: entrevista com Matus/Franco Huertas. São Paulo: FUNDAP; 2001.

Instituto Municipal de Administração Pública (Curitiba). Plano de Desenvolvimento de Competências. Curitiba: IMAP; 2007. [Apostila de Desenvolvimento Gerencial: critérios para avaliação do desempenho e diagnóstico organizacional].

Ketelaar A; Manning N; Turkisch E. Performance-based arrangements for senior civil servants OECD and country experiences. [Internet]. Reino Unido: OECD Working Papers on Public Governance; 2007. [acesso em 2010 Jul 21]. Disponível em: [www.oecd.org/dataoecd/11/40/38990099.pdf](http://www.oecd.org/dataoecd/11/40/38990099.pdf) .

Lord Dawson of Penn. Interim Report on the Future Provisions of Medical and Allied Services. United Kingdom Ministry of Health. Consultative Council on Medical Allied Services, London: Her Majesty's Stationery Offices; 1920.

Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res.* 2003;38(3):831-65.

Marcovitch J. Tecnologia de informação e estratégia empresarial. São Paulo: Futura; 1997.

Martins HF. Administración pública gerencial y burocracia. La persistência de la dicotomia entre política y administración. *Reforma y Democracia, Revista del CLAD*; 1997;9:131-58.

Martins HF. Post liberal state reform: the emerging paradigm and the Brazilian experience. *Congresso del CLAD*; 2001.

Matus C. Política, planejamento e governo, 2ª ed. Brasília (DF): IPEA; 1996.

Matus C. Sobre la teoria de las macroorganizaciones. Santa Fé de Bogotá: Fondo Editorial Altadir; 1994.

Matzuda Y, Rinne J, Shepherd G. Brazil: enhancing performance in Brazil's health sector: lessons from innovations in the state of São Paulo and the city of Curitiba. *En Breve.* 2008 Feb;116:1-4.

Mcfadden FR, Hoffer J, Prescott M. Modern database management. New Jersey: Addison-Wesley; 1999.

Mendes EV. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.

Mendes EV. Os grandes dilemas do SUS. Salvador: Casa da Qualidade; 2001.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: ESP-MG; 2009.

Mendes EV. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre estas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.

Ministério da Saúde (Brasil). Atenção primária e promoção da saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

Ministério da Saúde (Brasil). Avaliação na atenção básica em saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.

Ministério da Saúde (Brasil). Portaria MS nº. 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde. [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006. [acesso em 2010 julho 21]. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

Ministério da Saúde (Brasil). Portaria MS nº. 598/GM de 23 de março de 2006. Descentralização para a CIB dos processos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.

Ministério da Saúde (Brasil). Portaria MS nº. 699/GM de 30 de março de 2006. Regulamento das diretrizes operacionais dos pactos pela vida e de gestão. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.

Ministério da Saúde (Brasil). Portaria MS nº. 325/GM de 21 de fevereiro de 2008. Atualiza as prioridades, objetivos e os indicadores de pactuação para o anos de 2008. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.

Ministério da Saúde (Brasil). Portaria MS nº. 372/GM de 2007. Que altera o regulamento do pacto nos seus anexos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.

Ministério da Saúde (Brasil). Portaria MS nº. 1229/GM de 24 de maio de 2007. Aprova as orientações gerais e fluxo do Relatório Anual de Gestão. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.

Ministério da Saúde (Brasil). Portaria MS nº. 3085/GM de 01 de dezembro de 2006. Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.

Ministério da Saúde (Brasil). Portaria MS nº. 3176/GM de 24 de dezembro de 2008. Aprova orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.

Ministério da Saúde (Brasil). Portaria MS nº. 3332/GM de 28 de dezembro de 2006. Planejamento e Relatório de Gestão. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.

Ministério da Saúde (Brasil). Portaria MS nº. 648/GM de 28 de março de 2006. Aprovou a Política de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.

Ministério da Saúde (Brasil). Portaria MS nº. 3027, de 26 de novembro de 2007. Regulamenta a ParticipaSUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.

Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.

Ministério da Saúde (Brasil). Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva - trajetória e orientações de operacionalização. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.

Ministério da Saúde (Brasil). Temático saúde da família. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.

Ministério da Saúde (Brasil). Conselho Nacional de Saúde. Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde. 2ªed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.

Ministério da Saúde (Lisboa). Missão para os cuidados de saúde primários: indicadores de desempenho para as unidades de saúde familiar. Lisboa: Ministério da Saúde; 2006.

Moraes GDA, Terence ACF, Escrivão Filho E. A tecnologia da informação como suporte à gestão estratégica da informação na pequena empresa. Rev. Gestão Tecnol.Sistemas Infor. 2004 set;1(1):28-44.

Ministry of Health (London). Interim report on the future provisions of medical and allied services, 1920. London: Her Majesty's Stationery Offices; 1920.

Office of Technology Assessment (US). Assessing the efficacy and safety of medical technologies. Washington: OTA; 1978.

Organização Mundial da Saúde. Relatório das missões oficiais da OMS à China, realizadas em 1973 e 1974. Brasília (DF):OMS ;1975.

Organização Mundial da Saúde, UNICEF, editor. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata. Brasília (DF): ONU; UNICEF; 1978.

Organização Panamericana da Saúde. Renovação da atenção primária em saúde nas Américas. [Internet]. Documento de posicionamento da Organização Panamericana da Saúde/OMS. Washington (DC): OPAS; 2005. [acesso em 2010 maio 10]. Disponível em:  
[http://www.paho.org/portuguese/add/thc/os/phc2ppaper\\_maio/2010\\_Por.pdf](http://www.paho.org/portuguese/add/thc/os/phc2ppaper_maio/2010_Por.pdf)

Organização Panamericana da Saúde. Renovação da atenção primária em saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington (DC): OPAS; 2007.

Panerai RB, Mohr JP. Health technology assessment methodologies for developing countries. Washington: Pan American Health Organization; 1989.

Parker A, Walsh J, Coon M. A normative approach to the definition of primary health care. Milbank Mem Fund Q Health Soc. 1976;54(4):415-38.

Polanyi M. Personal knowledge. Chicago: University of Chicago Press; 1958.

Prefeitura Municipal (Curitiba). Instituto Publix. Material para capacitação gerencial; Curitiba: Instituto Publix; 2009.



Saltaman RB. Patient choice and patient empowerment in Northern European health systems: a conceptual framework. *Int J Health Serv.* 1994;24(2):201-29 .

Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.* Brasília (DF): UNESCO; Ministério da Saúde; 2002.

Starfield B. Is primary care essential? *Lancet.* 1994 oct;344(8930):1129-33.

Secretaria Municipal da Saúde (Minas Gerais). *Avanços e desafios na organização da atenção básica à saúde em Belo Horizonte.* Belo Horizonte: Secretaria Municipal da Saúde; 2008.

Talbot C. *Theories of performance: organizational and service improvement in the public domain.* Oxford: Oxford University Press; 2010.

TEMPUS. *Actas de Saúde Coletiva. Ano II, n. 1. 20 Anos de Construção do Sistema Único de Saúde.* Brasília, DF: NESP; 2008.

Terra JC. *Gestão do conhecimento: o grande desafio empresarial.* São Paulo: Campus; 2005.

The Ljubljana charter on reforming health care. *BMJ.* 1996;312(7047):1664-5.

Trosa S. *Gestão pública por resultados: quando o Estado se compromete.* Rio de Janeiro: Revan; Brasília (DF): ENAD, 2001.

Turban E, Mclean E, Wetherbe J. *Tecnologia da informação para gestão: transformado os negócios na economia digital.* 3ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2004.

Universidade Estadual de Maringá. *Estudo de linha de base em 20 municípios da Região Sul na implantação do Proesf: avaliando a atenção básica.* Maringá: UEM; 1997.

Viacava F, Almeida C, Caetano R, et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2004;9(3):711-24.

Vuori H. Primary health care in Europe: problems and solutions. *Community Med.* 1984;6: 221-31.

Walshe, K, Harvey G, Jas P. editores. *Connecting knowledge and performance in public services: from knowing to doing.* Cambridge: Cambridge University Press; 2010.

White KL. Life and death and medicine. *Sci Am.* 1973;229:23-33.

World Health Organization, UNICEF. *Primary health care: report of the International Conference on PHC; Alma-Ata; 1978.* Alma-Ata: WHO, 1978.

World Health Organization Europe. *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary health services?* Copenhagen: HEN; 2004.

World Bank. *Brazil – Enhancing Performance in Brazil’s Health Sector: Lessons from Innovations in the State of São Paulo and the City of Curitiba.* Report No. 35691; 2006.

Zurro AM, Pérez JFC. *Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica.* 4ª ed. Barcelona: Harcourt; 1999.

## **6. ARTIGO PARA PUBLICAÇÃO**

### **TECNOLOGIAS DE GESTÃO NA APS: USO NO PLANEJAMENTO E NA GESTÃO POR RESULTADOS EM CURITIBA**

#### **MANAGEMENT TECHNOLOGIES IN THE APS: USE IN PLANNING AND MANAGEMENT FOR RESULTS IN CURITIBA**

Inês Kultchek Marty, Mestranda em Epidemiologia pela UFRGS;

Carisi Anne Polanczyk, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, UFRGS

Patrícia Klarmann Ziegelmann, Departamento de Estatística, UFRGS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)

**A ser enviado aos Cadernos de Saúde Pública**

**TECNOLOGIAS DE GESTÃO NA APS: USO NO PLANEJAMENTO E NA  
GESTÃO POR RESULTADOS EM CURITIBA**

Inês Kultchek Marty<sup>1</sup>

Carisi Anne Polanczyk<sup>2</sup>

Patrícia Klarmann Ziegelmann<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Secretaria Municipal de Curitiba, Paraná, Brasil

<sup>2</sup> Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

<sup>3</sup> Departamento de Estatística, Instituto de Matemática da Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul

Correspondência para os autores:

Inês Kultchek Marty

Rua Francisco Torres, 830, 9º andar, Centro, Curitiba, Paraná

CEP 80060-130

[ineskm@hotmail.com](mailto:ineskm@hotmail.com)

## RESUMO

A complexidade dos sistemas de saúde desafia os gestores à apropriação de modernos conceitos da administração com vistas ao planejamento e avaliação do desempenho. A Atenção Primária à Saúde (APS), porta de entrada do sistema possui atributos essenciais que quando avaliados, orientam as práticas e políticas em saúde. **Objetivos:** Avaliar a utilização de tecnologias de gestão no planejamento e gestão por resultados na APS e sua relação com resultados em saúde e satisfação do usuário. **Métodos:** Estudo transversal, na SMS de Curitiba, com aplicação de questionário estruturado, sobre o uso de ferramentas de tecnologias de gestão pelos gestores. Foram captados dados secundários de indicadores de saúde em sistemas informatizados e satisfação dos usuários, tendo 2008 como ano base. **Resultados:** O perfil dos gestores locais mostra maturidade em relação à idade, tempo de serviço e chefia. A maioria relatou uso das tecnologias de gestão no planejamento e gestão por resultados. Apenas 2,5% dos usuários consideraram “Ruim/Péssimo” o atendimento. As correlações entre a utilização das tecnologias de gestão com os atributos da APS e satisfação dos usuários não foram fortes. **Conclusão:** Utilizar tecnologias de gestão facilita o planejamento e a gestão por resultados. O desempenho para resultados em saúde e satisfação dos usuários não se correlacionou diretamente com as tecnologias de gestão avaliadas.

**Palavras chave:** Atenção Primária à Saúde, Planejamento Estratégico, Gestão por Resultados, Tecnologias de Gestão, Indicadores de Saúde.

## ABSTRACT

The complexity of health systems challenges managers on the ownership of modern concepts of administration with a view towards planning and performance assessment. The Primary Health Care (PHC), the input port of the system has essential attributes that if evaluated are able to govern practices and policies on health. **Goals:** Evaluate the use of the management technologies in planning and managing for results in the APS and its relation to health outcomes and users' satisfaction. **Methods:** Cross-sectional study on SMS of Curitiba, with application of a structured questionnaire on the usage of tools of management technologies by managers. A secondary data has been collected of health indicators in computer reservation systems and user satisfaction, both had 2008 as the base year. **Results:** The profile of local managers shows maturity in relation to age, the service's length and leadership. The majority has reported the usage of management technologies in planning and management for results. Only 2.5% of the users felt that the customer service was "bad/terrible". No strong correlations between the use of management technologies with the attributes of the APS and user satisfaction was observed. **Conclusion:** When one makes use of management technologies it facilitates the planning and management for results. The performance concerning the results in health and users's satisfaction did not seem to be directly related with the management technologies evaluated.

**Keywords:** Primary Health Care, Strategic Planning, Management by Results, Management Technologies, Health Indicators.

## INTRODUÇÃO

“Traçar uma direção sem informação é como andar no escuro”

Autor Desconhecido

Na **Nova Gestão Pública** é inadmissível falar de planejamento, monitoramento, avaliação, alcance de resultados e revisão de rumos sem informações precisas. Nesta, espera-se gerentes seguros, atuantes, líderes, motivadores, planejadores e avaliadores. Os recursos gerenciais advindos das inovações tecnológicas são grandes facilitadores aos tomadores de decisão. Este contexto exige pessoas e organizações preocupadas com a gestão de tecnologias, informações em saúde, gestão do conhecimento e de resultados.<sup>1-11</sup> O modo de fazer decisões nos sistemas de serviços de saúde e de definir suas políticas com base em opiniões deve ser substituído por outro muito mais conseqüente, que reconhecendo os valores e os recursos, ajuda na tomada das decisões e na formatação das políticas de saúde utilizando-se de modernas tecnologias de gestão, ferramentas de informação, evidências produzidas pela melhor pesquisa científica, entre outras.<sup>12</sup>

**Os princípios da Atenção Primária a Saúde (APS)** foram enunciados na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma Ata (Cazaquistão), em 1978, onde trataram do tópico da “atenção primária à saúde” como um princípio para todos os sistemas de saúde do mundo e não apenas um adendo.<sup>13</sup> Orientados para a atenção primária, os sistemas de saúde alcançam melhores resultados, conforme demonstram diversos estudos, propiciam maior satisfação dos usuários, custos mais aceitáveis e promovem a equidade.<sup>14-19</sup> A APS é distinguida de outros tipos de atenção pela natureza de seus problemas, pelo local de prestação do atendimento, pelo padrão de encaminhamento, pela duração das

responsabilidades, pelas fontes de informação, pelo uso de tecnologias, pela orientação no interesse e pela necessidade de treinamento.<sup>20, 21</sup> No Brasil, com o surgimento do SUS e discussões sobre a Atenção Básica (AB) e APS, tem-se buscado inovar os processos de gestão a fim de conferir maior eficiência e qualidade nas ações. Conceitos da gestão administrativa moderna nacional e internacional como planejamento estratégico, gestão por resultados, transparência, contratualização através de pactos, monitoramento e avaliação, incentivos ao desempenho com qualidade, entre outras tecnologias de gestão vem contribuir com a busca na eficiência nos serviços de saúde.<sup>22-31</sup>

**A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba**, a partir da década de 70, acompanhando o movimento da reforma sanitária vem organizando de maneira contínua ao longo dos anos seu modelo de atenção à saúde.<sup>32, 3</sup> A forma de gestão na saúde do município prioriza a APS como porta de entrada do sistema, implanta ferramentas e tecnologias de gestão e informação buscando a co-participação e a satisfação dos usuários atendidos além de resultados em saúde<sup>3</sup>. A construção do Planejamento Estratégico e suas fases de monitoramento e avaliação historicamente são realizados de forma participativa e ascendente desde o nível local, onde a APS se concretiza de fato, até as esferas distritais e municipal.

O objetivo desta pesquisa é avaliar a apropriação e utilização de ferramentas e tecnologias de gestão e informação, disponibilizadas aos gestores locais, como elementos facilitadores para o planejamento e gestão por resultados na APS. Buscando identificar possíveis relações entre apropriação e utilização dessas ferramentas com os resultados em saúde e satisfação dos usuários atendidos nas UBS.



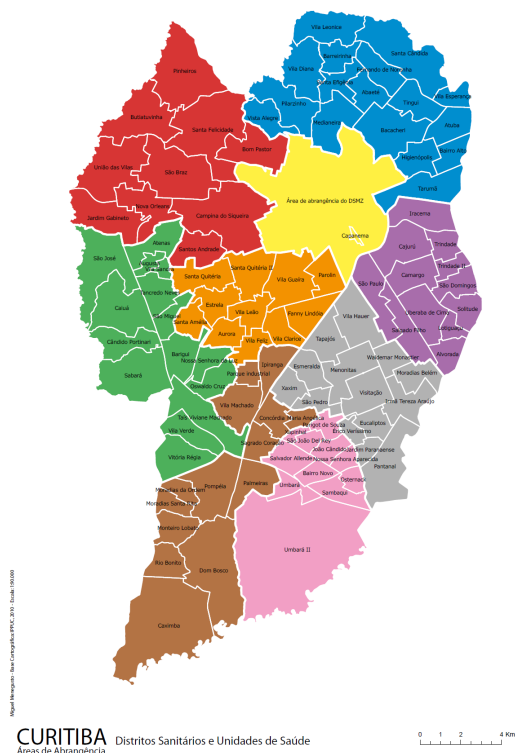
## **METODOLOGIA**

### **Delineamento e Fontes de Dados**

Estudo transversal, realizado na Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Curitiba, Paraná, Brasil. Foram coletados dados primários, secundários e de satisfação. Os dados primários foram obtidos com aplicação de questionário estruturado, aplicado no período de setembro a dezembro de 2009, junto às chefias das Unidades Básicas de Saúde (UBS) denominadas de Autoridades Sanitárias Locais (ASL). Os dados secundários foram levantados por UBS nos anos de 2003, 2005 e 2008, junto ao sistema informatizado próprio da SMS denominado Cartão Qualidade Saúde (CQS). Os dados de satisfação dos usuários atendidos nas UBS são resultados da pesquisa realizada periodicamente pelo Instituto Curitiba de Informática (ICI), a pedido da SMS de Curitiba, nos anos de 2006, 2007 e 2008.

### **População e Amostra**

A unidade de análise desta pesquisa foram os 134 equipamentos municipais de saúde existentes na cidade de Curitiba em 2008. Como o foco da pesquisa é avaliar a Atenção Primária à Saúde (APS) foi critério de exclusão o fato da unidade de saúde atender especialidades médicas, ser mista, ter atendimento específico de Urgência ou Emergência ou estar voltada ao atendimento de moradores de rua. Foram identificados 102 UBS que trabalham com atenção básica no modelo Tradicional ou na Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo 51 no modelo tradicional e 51 na ESF. A Figura 1, mostra o mapa de Curitiba com a divisão das áreas de abrangência dos territórios dos Distritos Sanitários e Unidades de Saúde pertencentes a SMS.



**Figura 1:** Mapa da divisão das áreas de abrangência dos territórios - Distritos Sanitários e UBS pertencentes a SMS de Curitiba.

## Coleta de Dados Primários através do Instrumento de Pesquisa

A primeira etapa da pesquisa constituiu-se do levantamento das ferramentas e tecnologias de gestão e informação existentes e disponíveis aos gestores locais (UBS) e que poderiam facilitar os processos de planejamento e tomada de decisão. Este levantamento foi realizado através de informações em documentos, publicações, contato com técnicos e gestores, sendo listadas mais de 30 ferramentas ou tecnologias. Foi elaborado o instrumento de pesquisa para avaliar a apropriação no uso, facilidade no manuseio e recebimento de capacitações destas tecnologias pelas chefias locais. Uma primeira versão, composta de 39 questões fechadas, foi dividida em 4 partes: informações administrativas (4 questões); dados de identificação e perfil da chefia (9); ferramentas de gestão/geral (12) sendo uma sobre a relevância de cada ferramenta/tecnologia; ferramentas de

gestão/específicas (14) com avaliação para cada ferramentas/tecnologias priorizadas e 3 sub-itens para cada uma (uso, facilidade de uso e recebimento de capacitação). Para muitas das questões utilizou-se para respostas a escala tipo Likert com 5 posições, sendo: Sempre (5), Frequentemente (4), Raramente (3), Nunca (2) e Não Sei (1).

As atualizações das seis versões do questionário foram resultados das sugestões recebidas através da orientadora desta pesquisa, da constituição de um grupo focal e pela realização de 2 pilotos do questionário. A versão final foi aplicada de forma presencial no período de novembro a dezembro de 2009, em reuniões gerenciais de DS realizadas semanalmente e coordenadas pela supervisora, com o apoio das suas coordenações e participação das chefias das UBS. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido elucidava os objetivos da pesquisa e assegurando o sigilo das informações foi obtido em todos participantes. A calibração para aplicação do questionário foi controlada pela participação de coordenações representantes de todos os DS no grupo focal.

Para evitar vieses de respostas, por recomendação da superintendência da SMS e dos supervisores dos Distritos Sanitários (DS), a pesquisadora não participou deste processo. No banco de dados primários foi analisado o perfil das chefias e o grau de utilização, facilidade de uso e recebimento de capacitação para a correta utilização das ferramentas/tecnologias no planejamento e na tomada de decisões, aqueles de maior relevância e o envolvimento das equipes e conselheiros de saúde neste processo.

## **Dados Secundários para construção de Indicadores de Saúde**

Foram identificados 38 indicadores de saúde que compreendem a região estudada, sendo priorizados 17, levando em consideração a fonte informatizada para coleta do dado, que os indicadores não fossem sensíveis a problemas de estrutura, tivessem produção nas UBS Tradicionais e ESF, que os mesmos fizessem parte dos documentos institucionais, bem como tivessem periodicidade: 2003, 2005, 2008. Os indicadores selecionados estão descritos no Quadro 1 (vide em Análises Estatísticas). Para a construção dos indicadores, foi realizada busca de dados da produção de cada UBS no Cartão Qualidade Saúde (CQS) e dados populacionais do IBGE/Censo, Centro de Epidemiologia e Distritos Sanitários. O CQS é um sistema próprio da SMS implantado em 1999 e integrado com todas as UBS através do prontuário eletrônico e fornece acesso aos dados através de relatórios gerenciais.

O banco de dados sobre indicadores de saúde foi construído no programa Microsoft Office Excel 2007, com conferência amostral. O levantamento dos indicadores para os anos anteriores a 2008 foi utilizado como forma de avaliar a evolução dos resultados em saúde. Foram levantadas outras informações relevantes e referentes aos indicadores de saúde, são elas: fontes de verificação, parâmetros recomendados a nível municipal e nacional e a relação destes com tecnologias de gestão ou documentos institucionais.

## **Relação dos Indicadores de Saúde e Atributos da APS**

A partir de referências teóricas, foram estabelecidos 4 atributos de APS, entendendo serem estes a essência deste nível de atenção. Para estabilização e

finalização da classificação dos indicadores por atributos foram consultadas primeiramente 4 pessoas especialistas em APS e depois mais 6 devido divergências entre os indicadores de cobertura vacinal de < 1 ano (tetraivalente) e concentração de consultas médicas e enfermagem para puérperas. Os integrantes do grupo de especialistas foram profissionais (mestrandos, gestores ou docentes) ligados a APS, que concordaram em participar das discussões. Os atributos estabelecidos bem como a classificação dos indicadores são apresentados no Quadro 1 (vide em Análises Estatísticas).

### **Dados Secundários sobre a Satisfação do Usuário**

Foram analisadas 42 perguntas de satisfação dos usuários atendidos nas UBS, resultado de pesquisa realizada junto aos usuários, através do Instituto Curitiba de Informática (ICI), empresa contratada pela SMS de Curitiba. O ICI realiza pesquisas de Avaliação das Unidades Básicas de Saúde, Unidades Especializadas, Unidades de Urgência/Emergência e Maternidades que atendem ao SUS. Os dados de satisfação utilizados neste trabalho foram retirados da pesquisa realizada com 4.200 entrevistados, no período de 13 de março a 11 de abril de 2008. Para esta amostra foram selecionados 40 usuários atendidos no período em cada UBS, selecionados aleatoriamente através dos registros no CQS. A coleta dos dados foi por entrevistas telefônicas com utilização de questionário elaborado em conjunto com a SMS, que foram testados quanto à abordagem, aplicação e consistência antes do início da pesquisa. O controle de qualidade deu-se pelo acompanhamento on-line das ligações e da produtividade da equipe treinada com

checagem de 20% dos questionários de cada entrevistador em áudio e vídeo no momento da realização das entrevistas.

Foram escolhidas para a pesquisa 7 das 42 perguntas pertencentes ao questionário:

1. Avaliação do atendimento na UBS: Ótimo/Bom, Regular, Ruim/Péssimo.
2. Conhecimento da chefia da UBS: Sim ou Não.
3. Número de vezes que necessitou ir a UBS para o atendimento.
4. Tempo (horas) que ficou esperando na UBS para conseguir o atendimento.
5. Resolução do problema de saúde: Sim ou Não.
6. Conhecimento do ACS da sua área: Sim ou Não.
7. Avaliação do trabalho do ACS: Ótimo/Bom, Regular ou Ruim/Péssimo.

Foram levantados dados de pesquisas de períodos idênticos em anos anteriores (2006 e 2007) e que foram utilizados como forma de avaliar a evolução da satisfação.

### **Análises Estatísticas**

Análises estatísticas foram realizadas com base nos três bancos de dados gerados neste trabalho: dados primários, dados dos indicadores de saúde e dados de satisfação. Os dados digitados no programa Microsoft Office Excel 2007 foram importados e as análises foram realizadas com o programa estatístico R versão 2.12.0 (disponível em <http://www.r-project.org/>). As análises foram realizadas em separado para os dois tipos de modelos de atenção das unidades de saúde: Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Tradicionais.

As questões sobre uso das ferramentas de gestão foram analisadas através de estatística descritiva com média e desvio padrão para variáveis quantitativas ou

em escala e percentuais para variáveis qualitativas. A variável utilização é categorizada segundo os quartis observados na amostra total de 102 UBS. Na comparação dos modelos de atenção das UBS em relação à relevância atribuída pelas chefias para o uso das ferramentas/tecnologias de gestão no delineamento do planejamento e na gestão por resultados pelas equipes locais utilizou-se o teste de Wilcoxon devido à assimetria da distribuição dos dados encontrados. A suposição de normalidade foi testada utilizando o teste de Shapiro-Wilk. Ainda, para cada habilidade (utilização, facilidade e capacitação) foi calculado um escore através da soma dos resultados de todas as ferramentas avaliadas.

Para os indicadores de saúde, foi aplicada análise fatorial para classificação dos indicadores em grupos. Posteriormente foram agrupados em 4 atributos da APS com base na classificação dos indicadores segundo especialistas. Devido à diferença de escalas dos indicadores, os atributos foram calculados utilizando a média dos valores padronizados dos indicadores. Divergências entre fatores e atributos foram encontradas apenas para os indicadores 1 (percentual de 1ª consulta odontológica) e 15 (concentração de consultas médicas para puérperas). Os resultados de cada atributo foram categorizados em quatro categorias utilizando os quartis.

O Quadro 1 apresenta os indicadores de saúde e sua classificação segundo os especialistas e os resultados com a técnica estatística de análise fatorial.

**Quadro 1: Indicadores de Saúde, Atributos em APS e Análise Fatorial.**

Indicador	Avaliação dos Especialistas Atributo APS	Resultados da Análise Fatorial Fatores APS
1. Percentual 1ª consulta odontológica/total procedimentos	Acesso	Fator 5
2. Cobertura de 1ª consulta odontologica/população	Acesso	Fator 1
3. Percentual de encaminhamento para patologia clínica	Coordenação	Fator 3
4. Percentual de encaminhamento para consulta especializada	Coordenação	Fator 3
5. Cobertura Vacinal de < 1 ano com a vacina tetravalente	Acesso	Fator 1
6. Cobertura de inscrição de < 1 ano no Programa de Saúde da Criança	Acesso	Fator 1
7. Concentração de consultas médicas, Enf. e AE para < 1 ano inscritos	Longitudinalidade	Fator 4
8. Cobertura de inscrição de gestantes	Acesso	Fator 1
9. Percentual de gestantes inscritas antes dos 120 dias de gestação	Acesso	Fator 1
10. Concentração de consultas médicas e enfermagem realizada para gestantes inscritas	Longitudinalidade	Fator 4
11. Concentração de exames de HIV para gestantes inscritas no programa	Integralidade	Fator 2
12. Concentração de exames de Glicose para gestantes inscritas no programa	Integralidade	Fator 2
13. Concentração de exames de Urina para gestantes inscritas	Integralidade	Fator 2
14. Concentração de exames de VDRL para gestantes inscritas	Integralidade	Fator 2
15. Concentração de consultas medicas e enfermagem para puérperas	Longitudinalidade	Fator 2
16. Cobertura de inscrição de HAS	Acesso	Fator 1
17. Cobertura de inscrição de DM	Acesso	Fator 1

Os dados da satisfação do usuário foram analisados através de estatística descritiva (mínimo, máximo, quartis e média). Dois escores de satisfação foram criados utilizando os dados da avaliação do atendimento da UBS e da avaliação do trabalho ACS, que compreendem a média ponderada das respostas. Nesta média a resposta Ótimo/Bom é contada como valor 3, a resposta Regular como valor 2, a resposta Ruim/Péssimo como valor 1 e a resposta Não Sabe/Não Informou como valor 0. Os resultados de cada escore foram categorizados em quatro categorias utilizando os quartis calculados para a amostra total de 98 UBS.



### **Análise de associação dos dados**

- Escores de ferramentas/tecnologias (escore de utilização, escore de facilidade e escore de capacitação) e atributos da APS (acesso, integralidade, coordenação e longitudinalidade).
- Escores de satisfação com o atendimento das UBS e atributos da APS.
- Escores de satisfação com o trabalho ACS e atributos da APS.
- Escores de satisfação com o atendimento das UBS e escores de ferramentas/tecnologias.
- Escores de satisfação com o trabalho ACS e escores de ferramentas/tecnologias.

Para todos os cruzamentos citados acima foram calculado os coeficientes de correlação de Pearson e de Spearman e o coeficiente de associação Gama. Para o cálculo dos coeficientes de correlação os escores, atributos e fatores foram utilizados como variáveis quantitativas. Para o cálculo do coeficiente de associação os escores, atributos e fatores foram categorizados em duas categorias utilizando as medianas calculadas como ponto de corte. Todas as correlações e associações foram calculadas em separado para os dois modelos de atenção (ESF e Tradicional).

## **RESULTADOS**

### **Perfil dos gestores, ferramentas e tecnologias de gestão.**

A maioria dos gestores é do sexo feminino (87%), a idade média foi de 41,35 anos de idade. Na categoria profissional prevalecem os enfermeiros (78%), seguidos pelos odontólogos (17%) e os médicos (5%). O tempo médio decorrido

após a formação profissional é de 16 anos, 88% das chefias possuem pós-graduação, predominando os cursos de especialização, destes 2% com mestrado ou doutorado. O tempo médio no cargo de chefia na SMS foi de 21,4 anos (sendo 11,6 em UBS/ESF e 31,3 em UBS/Trad.), o tempo em chefia na atual UBS foi de 3 anos. Do total de chefias entrevistadas observa-se que 99% relatam utilizar as tecnologias de gestão para o delineamento do planejamento local e 97% na tomada de decisão, foram mapeadas estas informações. Nota-se que 81% relatam que raramente ou que não sentem dificuldades na utilização das tecnologias listadas e destes 72% apontam ter oportunidades de capacitação para a utilização destas tecnologias. O tempo semanal médio em horas gasto pelas chefias locais, com a utilização de tecnologias de gestão, para realizar avaliação e gestão por resultados foi de 6,23 horas (dp 5,43), tendo entre 30hs de máxima e 1h de mínimo. Para 64% dos gestores as tecnologias já são utilizadas pelas equipes (técnicos) e 9% por conselheiros de saúde representantes do segmento de usuários. Do total de UBS do estudo, 88% das chefias relataram à existência de plano local de saúde e 100% a existência de Conselho Local de Saúde. Numa percepção, 35% das chefias acham que todos os resultados de saúde são satisfatórios e as demais (65%) acham que nem todos são satisfatórios. Sobre a visão da satisfação do usuário atendido, 35% afirmam observar que seus usuários estão satisfeitos e 66% apontam que alguns se encontram satisfeitos sobre a totalidade atendida.

Na Tabela 1, observamos a relevância do uso de cada tecnologia/ferramenta de gestão e informação e sua contribuição na realização do planejamento local e gestão por resultados na APS, numa escala de zero a dez se apresentaram na ordem de importância, nota-se as notas inferiores a 8,00 para as

tecnologias: Avaliação de Tecnologias de Saúde, Relatórios e Informações da Ouvidoria da Saúde, Avaliação Econômica, Relatórios Trimestrais de Ações do SUS/SMS, Ferramentas do ESF e a AMQ ambas específicas das UBS/ESF.

**Tabela 1: Avaliação do gestor sobre a relevância do uso das ferramentas/tecnologias de gestão e informação no planejamento local e gestão por resultados**

	ESF (n=51)		Tradicional (n=51)		P valor
	Média (dp)	Mediana	Média (dp)	Mediana	
Contrato de Gestão da UBS (POA)	9,76 (0,51)	10	9,37 (1,08)	10	0,07
Incentivo Desenvolv. Qualidade (IDQ)	9,76 (0,55)	10	9,27 (1,15)	10	0,01
Territorialização	9,57 (0,96)	10	9,45 (0,97)	10	0,45
Guidelines e Protocolos	9,43 (1,49)	10	9,45 (0,73)	10	0,18
Perfil Epidemiológico	9,43 (0,96)	10	9,34 (0,89)	10	0,42
Vigilância em Saúde	9,27 (1,27)	10	9,06 (1,15)	10	0,18
Boletins Epidemiológicos	9,21 (1,19)	10	8,90 (1,37)	10	0,27
Cartão Qualidade Saúde (CQS)	9,13 (1,90)	10	9,00 (1,48)	10	0,21
Monitoramento e Avaliação (M&A)	9,04 (1,64)	10	8,59 (1,78)	9	0,09
Pacto da Saúde	9,01 (1,27)	10	8,75 (1,51)	9	0,23
Laboratório Munic. de Curitiba (LMC)	9,01 (1,29)	10	8,69 (1,30)	9	0,11
PMS, PAS e RAG	8,88 (1,61)	9	8,90 (1,22)	9	0,60
Central Marc. Consultas Espec. (CMCE)	8,82 (1,80)	10	9,00 (1,23)	9	0,98
Contrato de Gestão da PMC	8,76 (1,61)	9	9,17 (0,97)	10	0,25
Indicadores de Saúde	8,70 (1,17)	9	8,68 (1,56)	9	0,71
Fichas dos Agente Comunitário (ACS)	8,70 (1,71)	9	8,66 (1,64)	9	0,84
Pesquisa de Satisfação Usuário	8,60 (1,59)	9	8,54 (1,69)	9	0,89
Gestão do Caso	8,50 (1,96)	9	7,45 (2,35)	8	0,01
Conferências Locais de Saúde	8,46 (1,61)	9	8,64 (1,21)	9	0,85
Check list da Dengue	8,43 (1,94)	9	8,52 (1,71)	9	0,95
Ferramentas do ESF	8,39 (1,92)	9	-	-	-
Medicina Baseada Evidências (MBE)	8,36 (1,99)	9	7,78 (2,08)	8	0,09
Sistema Integrado com as Maternidades	8,27 (2,14)	9	7,72 (2,11)	8	0,31
Acolhimento Solidário	8,20 (1,88)	9	8,10 (1,72)	8	0,44
Sistemas Nacionais	8,11 (2,19)	9	8,11 (1,65)	8	0,50
Mapas Inteligentes	7,92 (2,50)	9	8,20 (2,17)	9	0,80
Avaliação Melhoria Qualidade (AMQ)	7,70 (2,05)	8	-	-	-
Avaliação Tecnologias de Saúde (ATS)	7,69 (2,19)	8	7,34 (2,11)	8	0,28
Avaliação Econômica em Saúde	7,58 (2,06)	8	7,27 (2,27)	8	0,52
Ouvidoria da Saúde	7,41 (2,23)	8	7,63 (2,33)	8	0,47
Relatórios Trimestrais Gerenciais/SMS	7,16 (2,44)	8	7,44 (2,37)	8	0,49

Fonte: Questionário realizado na SMS de Curitiba com as Cheffias das UBS em dez/2009. Integrante de Dissertação de Mestrado – PPG\_EPI da UFRGS ( Inês Kultchek Marty)

**Nota:**

1. Devido características próprias do modelo assistencial das UBS/ESF, a relevância na utilização das tecnologias de gestão “AMQ e Ferramentas do ESF” não foram pesquisadas nas UBS/Tradicionais.
2. Optou-se por apresentar as ferramentas/tecnologias ordenadas segundo a relevância encontrada pelo modelo ESF.
3. P valor obtido com o teste Wilcoxon

Sobre a **utilização** das ferramentas/tecnologias, pode-se observar que, de maneira geral, aquelas de gestão priorizadas apresentam maiores percentuais para as respostas frequentemente ou sempre. Entre as mais utilizadas estão: POA, IDQ, Relatórios dos Sistemas Nacionais e CQS, Guidelines/Protocolos Clínicos e Relatórios da CMCE. As pesquisas de satisfação e AMQ assumem maior

importância na utilização para as UBS/ESF. Os Mapas Inteligentes e Relatórios da Ouvidoria da Saúde são os que aparecem com menor percentual de utilização.

Em relação aos quesitos de **facilidade** na utilização das ferramentas/tecnologias, pode-se observar que, de maneira geral, todas as ferramentas/tecnologias de gestão priorizadas apresentam maiores percentuais para as respostas frequentemente ou sempre. Entre as que apresentam maior facilidade destaca-se: POA, IDQ, Relatórios da CMCE, Relatórios do CQS e dos Sistemas Nacionais, Guidelines/Protocolos Clínicos. De um modo geral todas as tecnologias assumem percentual maior para as UBS/ESF no que se refere à facilidade. Na percepção das UBS/Tradicionais os Mapas Inteligentes e os Relatórios da Ouvidoria são os mais difíceis para se utilizar. O mesmo foi observado sobre a **capacitação** para utilização das ferramentas/tecnologias. Aquelas com respostas mais positivas foram: POA, IDQ, Relatórios da CMCE, Relatórios do CQS e dos Sistemas Nacionais, Guidelines/Protocolos Clínicos. Os Mapas Inteligentes e os Relatórios da Ouvidoria da Saúde estão entre os pontuados como rara ou nenhuma existência de capacitação.

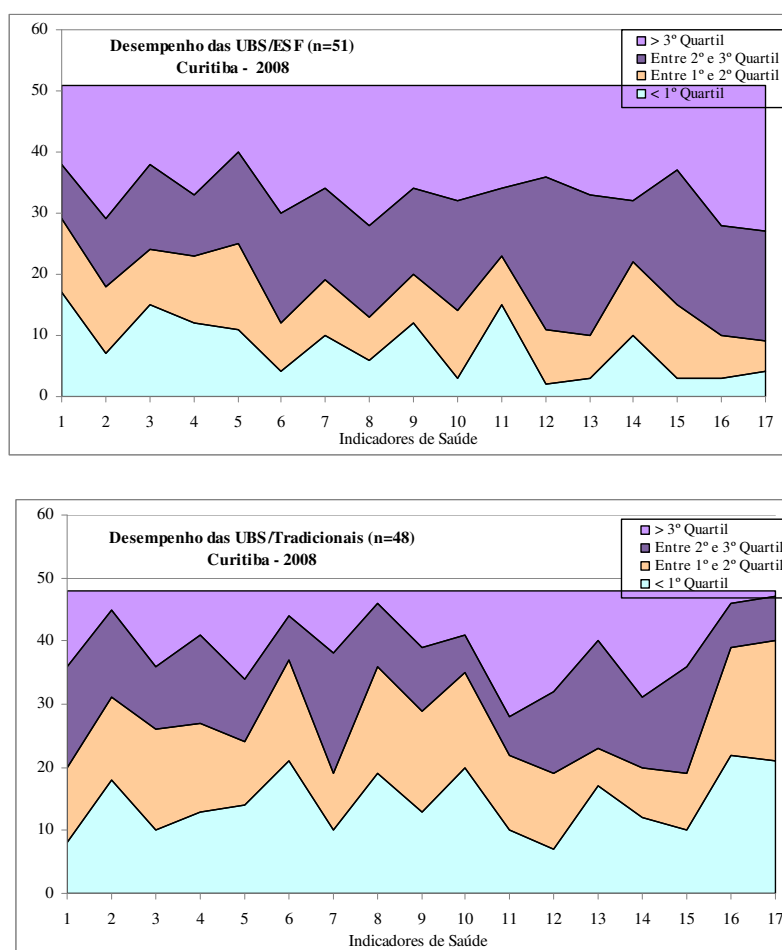
### **Indicadores de Saúde e Atributos da APS**

Dos 17 indicadores de saúde selecionados, sete (41%) apresentam melhores resultados com o modelo de ESF em comparação com o Tradicional (P valor < 0,05), sendo que destes 5 indicadores compõe o atributo acesso. Na avaliação por atributos a coordenação (indicadores 3 e 4), a longitudinalidade (indicador 7, 10, 15) e a integralidade (indicadores 11, 12, 13, 14) houve uma

tendência a melhor desempenho também para as UBS/ESF. As UBS Tradicionais não tiveram melhores resultados em nenhum indicador.

A Figura 2 apresenta o desempenho das UBS segundo modelo de atenção para os 17 indicadores de saúde (descritos no Quadro 1) através da distribuição interquartilica.

**Figura 2: Categorização e Desempenho de 17 Indicadores de Saúde por Modelo de Atenção (Tradicional e ESF) na SMS de Curitiba – 2008**



Fonte: Curitiba/SMS – Cartão Qualidade Saúde/Relatórios - 2008

Nota: Os indicadores de saúde avaliados estão descritos por ordem numérica no Quadro 1.

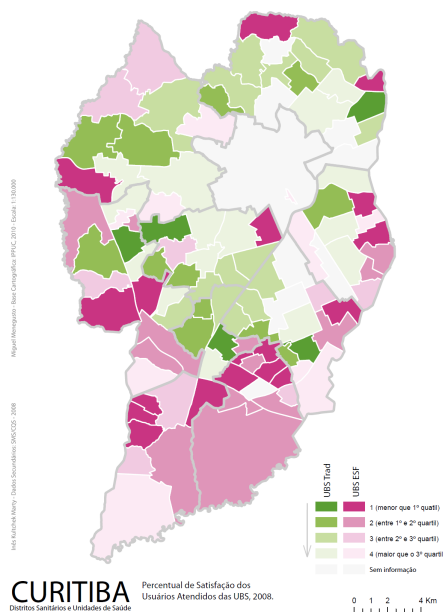
Foram mapeados os resultados para indicadores de saúde e atributos da APS de 99 UBS segundo área de abrangência/distribuição geográfica e modelo de atenção. Na análise da série histórica (2003, 2005 e 2008) nota-se a melhoria na

maioria dos indicadores de saúde, vale destacar que os indicadores da odontologia (1 e 2) apresentam decréscimo no desempenho e aumento acentuado do percentual de encaminhamento para exames de patologia clínica.

### **Satisfação do Usuário**

Dos usuários entrevistados, 16% relatam à necessidade de procurar a UBS por mais de três vezes até conseguir o atendimento. Para 40% o tempo médio de espera é superior a 2 horas com maior percentual (48%) nas UBS/ESF e 17,5% avaliam que não tiveram seus problemas resolvidos. Ainda, 66% destes não conhecem a chefia da UBS e 59% não conhecem os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com menor percentual nas UBS/ESF (26%). Sobre a avaliação do atendimento prestado, 2,5% dos usuários consideram como “Ruim/Péssimo” e 3,0% tem a mesma percepção para o trabalho desenvolvido pelos ACS.

Através dos questionários realizados com os gestores, observa-se que nas UBS/Tradicionais, eles têm a percepção de uma melhor satisfação junto aos usuários atendidos (P valor < 0,05). O mapa da Figura 3 apresenta o escore de satisfação dos usuários quanto ao atendimento nas UBS, categorizado para cada modelo de atenção. A tendência geográfica aponta que as UBS localizadas na região central/norte têm melhores valores de satisfação.



**Figura 3:** Mapa de Percentual de Satisfação dos Usuários Atendidos nas UBS, 2008.

## Correlações

A obtenção do escore de utilização das tecnologias/ferramentas deu-se através de cálculo da soma dos resultados de todas as ferramentas avaliadas no questionário. O escore para atributos essenciais da APS foram calculados utilizando a média dos valores padronizados dos indicadores de saúde e agrupados com base na classificação de especialistas.

A Tabela 2 apresenta os coeficientes de correlações e associações não significativos quando relacionado o escore de **utilização das ferramentas/tecnologias e os atributos da APS**, por ambos os modelos de atenção.

**Tabela 2: Coeficiente de correlação entre a utilização de ferramentas/tecnologias de gestão e atributos essenciais da APS em cada modelo de atenção – SMS de Curitiba, 2011.**

	<b>Correlação Pearson</b>	<b>P valor</b>	<b>Correlação Spearman</b>	<b>P valor</b>	<b>Coefficiente Gamma</b>	<b>P valor</b>
<b>ESF</b>						
Acesso	0,072	0,61	0,090	0,53	0,116	0,33
Integralidade	-0,194	0,17	-0,23	0,10	-0,343	0,08
Coordenação	-0,217	0,12	-0,242	0,09	-0,343	0,08
Longitudinalidade	0,119	0,41	0,117	0,41	0,116	0,33
<b>Tradicional</b>						
Acesso	-0,102	0,49	-0,231	0,11	-0,246	0,18
Integralidade	-0,151	0,31	-0,097	0,51	0,083	0,38
Coordenação	0,002	0,99	0,035	0,81	-0,083	0,38
Longitudinalidade	0,003	0,98	0,005	0,97	-0,083	0,38

**Fonte:** Integrante de Dissertação de Mestrado – PPG\_EPI da UFRGS ( Inês Kultchek Marty)

Para as associações entre os **escores de facilidade e capacitação para o uso das ferramentas/tecnologias e os atributos da APS**, também não foram observadas correlações significativas. Da mesma forma, as correlações entre **escore de satisfação do atendimento com o trabalho das UBS e os atributos da APS**, não foram significativas.

## DISCUSSÃO

O perfil dos gestores locais da SMS Curitiba, composto em minoria por médicos demonstra a dificuldade de captação desta categoria relevante ao processo decisório. A média alta em anos de idade, formação profissional e tempo de serviço refletem na formação de um corpo gerencial com incorporação da missão institucional e das tecnologias de gestão disponibilizadas.<sup>3</sup> A diferença menor no tempo de serviço nas UBS/ESF tem duas possíveis causas: gestores mais antigos optam pelo trabalho na UBS/Tradicional devido localização mais central e a gratificação pela função ter valor único. Diferente de muitos municípios, todos os profissionais têm contrato no regime estatutário, mediante concurso público e plano de cargos e salários, mantendo-os na instituição. O alto percentual de chefias com



pós-graduação, demonstra o compromisso pessoal e institucional na qualificação profissional. Gestores com experiência, segurança e capacitação são indicativos de resultados satisfatórios em qualquer empresa.<sup>3</sup>

A totalidade dos gestores relata que utiliza as tecnologias de gestão e informação no delineamento do planejamento e na tomada de decisão. Percentual maior de chefias das UBS/Tradicionais descreve não sentir dificuldades na utilização, justificado pelo tempo maior de formação e de trabalho na instituição, sendo que para a maioria são frequentes as oportunidades de capacitação. Desvio fora do padrão foi observado quanto ao número de horas semanais gastas no manuseio destas tecnologias (1 a 30 horas), sabe-se que esta é uma atividade inerente ao cargo e que portanto deve ser permanentemente realizada. Percentual significativo de profissionais das equipes tem utilizado as tecnologias de gestão e reconhecem que a melhor estratégia em saúde é de o gestor tomar decisões em equipe com compartilhamento de informações e por meio do consenso comum.

Todas as UBS têm Conselho Local de Saúde, processo iniciado no município desde 1991, porém envolver o controle social no processo de planejamento e tomada de decisão ainda é incipiente de maneira geral no país. A existência de Planos Locais de Saúde, instrumento importante para o planejamento ascendente e inclusivo, demonstra a busca da transparência e participação do controle social (MS). Reconhecendo a limitação, fragilidade e subjetividade de questionários na coleta de dados primários, foram priorizadas tecnologias que sabidamente são necessárias aos monitoramentos e avaliações realizadas na instituição (exemplo: POA, IDQ e CQS), comprovando tendências esperadas de alto percentual de utilização.

Os investimentos em tecnologias/ferramentas de gestão e informação pelos níveis federal, estadual e municipal nem sempre são bem aproveitados, reconhecer entre estes os que têm utilidade e relevância para as equipes é buscar eficiência, eficácia e efetividade na gestão. Em Curitiba, a maioria das tecnologias listadas foram consideradas relevantes sendo que os Contratos Locais de Gestão e o IDQ assumem a preferência. Ambos instrumentos, considerados inovadores na gestão contribuem para a melhoria dos resultados em saúde.

Implantados na SMS em 2003<sup>3,34</sup> buscam envolver e responsabilizar gestores, equipes e conselheiros de saúde (segmento de usuários) na pactuação de metas anuais e na busca permanente de resultados, garantindo incentivos financeiros para as equipes que atingem as metas.<sup>3,34</sup> Envolver, pactuar metas e responsabilidades é desafio perseguido na nova administração como forma de realizar a gestão por resultados e descentralizar compromissos que muitas vezes ficam somente na função do gestor municipal.<sup>35</sup> Seguem em relevância, informações da territorialização, guidelines/protocolos clínicos, dados do perfil epidemiológico e vigilância em saúde, entendendo-se a impossibilidade da realização do planejamento local sem territorialização, conhecimento desta população e dos fatores condicionantes e determinantes do processo saúde-doença. Os relatórios do CQS, sistema informatizado próprio da SMS é a principal fonte de dados, foi implantado na SMS em 1999, tem sido reconhecido como ferramenta de gestão e informação na medida em que oferece relatórios gerenciais que possibilitam o monitoramento e a tomada de decisão em tempo real. Tecnologias como ATS e Avaliação Econômica são ferramentas complexas e pouco utilizadas, necessitando de capacitação específica. Os Relatórios da Ouvidoria da Saúde, importantes na tomada de decisão,

necessitam ser melhores aproveitados já que a SMS mantém este serviço avaliado como de excelente qualidade e organização. Finalmente, a AMQ específica e não obrigatória é utilizada por 90% UBS/ESF e pouco reconhecida como instrumento para a gestão por resultados.

Os indicadores de saúde permitem o monitoramento e proporcionam informações necessárias e mensuráveis que descrevem a realidade e modificações ocorridas com a presença de um serviço ou assistência. Entre os indicadores de saúde priorizados, as UBS/ESF, apresentaram de maneira em geral os melhores resultados por outro lado destaca-se o desempenho da maioria das UBS estar acima dos parâmetros nacionais ou de outros municípios.<sup>3</sup> Em Curitiba o processo de municipalização e descentralização organizou o sistema de saúde de forma igualitária na APS para ambos os modelos de gestão, assim todas as UBS têm território e populações definidas, realizam a vigilância em saúde, trabalho multiprofissional através do NAAPS (NASF), ACS, prontuário eletrônico com acesso local a relatórios gerenciais, programas estratégicos, protocolos clínicos, assim como todas as tecnologias de gestão implantadas, salvo as que são específicas do ESF. Todas as ações de fortalecimento na APS no município permitiram a obtenção para este estudo de dados e informações em saúde com qualidade, agilidade e confiabilidade.

Analisando o desempenho da APS através de seus atributos, o **acesso** ficou melhor representado nas UBS/ESF visto que este atributo tem forte associação com fatores como por exemplo barreiras geográficas, fluxos, organização dos serviços entre outros. **Integralidade**, representado pelas concentrações de exames para as gestantes, demonstra que Programa Mãe Curitibana e seus protocolos clínicos têm direcionado os atendimentos e fluxos de maneira semelhante em todos os

equipamentos e somadas a outras tecnologias como: prontuário eletrônico integrado “online”, contratos locais de gestão, IDQ e auditorias de prontuários têm sido utilizadas na gestão do sistema de saúde. **Longitudinalidade**, onde a adequada concentração de consultas e atendimentos nas atividades programadas representa manter a qualidade na atenção, pactuando responsabilidades com os usuários, reduzindo os eventos agudos/sequelas e os custos financeiros ao sistema. No atributo **coordenação**, o percentual de encaminhamentos seja para patologia clínica ou consultas especializadas, quando avaliado como indicador isolado apresenta diferenças entre ambos os modelos de atenção, porém como atributo tem valores parecidos. As utilizações de tecnologias de gestão, neste caso pelos protocolos clínicos, fazem com que estes percentuais sejam altos visto a programação de tais procedimentos.

A transparência, vínculo e satisfação dos usuários são atribuições da APS<sup>35</sup> e as conferências de saúde são importantes espaços de escuta e fortalecimento destes vínculos. Observa-se, que em algumas situações os usuários necessitaram procurar a UBS por mais de três vezes com espera de mais de duas horas para o atendimento, 17% avaliaram não terem seus problemas resolvidos, e percentual pequeno dos usuários sem avaliação satisfatória sobre o atendimento. A implantação do acolhimento solidário iniciada na rede em 1999, gestão da clínica e a implantação da classificação de risco na APS, além de tecnologias são novas formas de gestão que buscam qualidade e impacto na satisfação dos usuários.

Todas as associações e correlações testadas entre a utilização dessas tecnologias com os resultados em saúde e satisfação dos usuários não se mostraram fortes, assim com esta constatação uma nova questão aparece. Então o que interfere

na melhoria dos resultados de saúde e satisfação do usuário? Há que se considerar alguns aspectos: primeiro que os resultados de saúde nas UBS do município têm valores próximos ou acima dos parâmetros estabelecidos para indicadores de saúde, segundo que existe uma satisfação positiva dos usuários atendidos, diferente da imagem do SUS reforçada pela mídia. Também, pelo fato destas tecnologias terem sido implantadas ao longo do processo o que dificulta a avaliação de impactos. Quarto, na análise da série histórica pode-se observar a melhoria nos indicadores de saúde bem como na incorporação de novas tecnologias, demonstrando a busca institucional pela melhoria do desempenho. Em quinto a que se considerar a qualidade de vida, a melhoria dos níveis sócio, econômico, cultural e educacional somados a infra-estrutura urbana, as parcerias intersetoriais e a continuidade das ações e políticas públicas<sup>3</sup>. Em sexto, a participação ativa do controle social, a capacitação permanente e efetiva dos profissionais, a política de fixação de RH, a contratualização com profissionais e a existência o plano de cargos e carreiras. A gestão do sistema, que prioriza a APS como porta entrada e estabelecendo parcerias para o trabalho em redes de atenção, a vigilância da saúde com monitorização de riscos, territorialização, atenção aos eventos agudos/crônicos e o monitoramento e avaliação. Em oitavo, as ações de promoção da saúde, auto-cuidado apoiado e educação em saúde. Ainda, os recursos de infra-estrutura e a incorporação de tecnologias em saúde embasadas em evidências científicas. Por fim, a visão no futuro embasada no perfil sócio-demográfico e de morbimortalidade. O **mapeamento** por áreas de abrangência das UBS e DS para os indicadores de saúde, atributos da APS, satisfação dos usuários e percepção sobre a utilização das tecnologias no planejamento e gestão por resultados demonstra a importância da implantação da

ferramenta de geoprocessamento que facilita a visualização espacial e tendências do desempenho.

Por fim, a falta de correlações entre o uso de tecnologias de gestão com resultados em saúde e satisfação dos usuários levam a muitas hipóteses, abrindo possibilidades para outros estudos como por exemplo a comparação com outros municípios que não as utilizam.

O controle de vieses não impede que algumas limitações do estudo sejam evidenciadas: indisponibilidade de outros estudos sobre o tema, resultados de saúde e satisfação dos usuários no município de Curitiba serem satisfatórios se comparados com os parâmetros recomendados ou com outros locais, a implantação das tecnologias dar-se em diferentes tempos e a falta de avaliação do impacto com a implantação.

## **RECOMENDAÇÕES**

Através da revisão bibliográfica, nota-se que em sistemas de saúde, incluindo a APS, o monitoramento e avaliação do desempenho são formas de rever os rumos para o alcance de resultados e garantem sustentabilidade ao processo de gestão. Para isto cada gestor deve estar atualizado com as inovações tecnológicas, reconhecer as que têm em sua disposição, sem, contudo desprezar as de pouca tecnologia ou inovação. Ter ciência que a incorporação de tecnologias de gestão facilita o planejamento e a tomada de decisão, porém sem a ilusão que somente isto garante a melhoria do desempenho. Não esquecer que o objetivo principal do planejamento em saúde *é a saúde*, assim planejar não é fazer um plano e muito

menos ser apenas a expressão dos desejos de quem planeja. É preciso tanto planejar quanto projetar o futuro para tornar uma organização bem-sucedida (Chorny, 2010).

Quando se analisa os resultados de saúde através dos indicadores de saúde ou atributos da APS, além das múltiplas variáveis que os envolvem, aqueles que necessitam em seu cálculo de dados populacionais podem ter resultados comprometidos pela utilização de informações desatualizadas e a não consideração da taxa de cobertura dos planos de saúde para cada município, fornecida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

O fortalecimento de competências institucionais e de gestão deve estar aplicado ao processo de trabalho não importando o modelo adotado, porém todas as pessoas envolvidas devem integrar o processo de pensar, agir e avaliar a gestão pública. Em Curitiba, a SMS trabalha de forma descentralizada o planejamento com a construção de planos locais de saúde embasados em séries históricas de indicadores de saúde, em necessidades observadas no território e de demandas levantadas nas conferências de saúde. Também utiliza os Contratos Locais de Gestão, desde 2003, como instrumento de pactuação de metas e responsabilização das equipes no alcance de objetivos comuns. A Gestão por Resultados é característica incorporada e realizada por gestores e equipes no momento de se tomar decisões. A cultura do monitoramento e avaliação no município assim como a incorporação de modernas tecnologias de gestão demonstram a busca por resultados satisfatórios em saúde.

A instituição que agrega métodos modernos de gerenciamento e se encontra aberta a mudanças, está fazendo o planejamento e a gestão por resultados que refletirão no impacto em indicadores de saúde e na satisfação da equipe e dos usuários.

## **COLABORADORES**

Coordenações de Informação e Assistência (9 DS)

Supervisores de Distritos Sanitários (DS)

Autoridades Sanitárias Locais (Chefias das UBS)

Nilza Terezinha Faoro (Coordenadora de Informações em Saúde)

Miguel Menegusto (Engenheiro Cartográfico)

Michelli Vanessa Kultchek (Administradora e Mestre em Logística)

Eliane Regina da Veiga Chomatas (Mestre em Epidemiologia e Secretária Municipal de Saúde)

Jussara Azevedo (Mestre em Epidemiologia e Assessora da Superintendência Executiva)

Karin Luhm (Doutora em Epidemiologia e Diretora do Centro de Epidemiologia)

Izabel Alves Merlo (Prof. e Bibliotecária – GHC)

Luciane Berto Benedetti (Bibliotecária – GHC)

## **CONFLITOS DE INTERESSE**

Não ocorreram.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao MS/SGTES pelo apoio e oportunidade de formação.

Aos professores e colegas de mestrado da UFRGS e GHC pelo apoio e motivação.

Aos gestores e técnicos da Secretária Municipal da Saúde de Curitiba que participaram do processo, sem a ajuda destes o trabalho não poderia ser realizado.

À minha família pela paciência e compreensão.



## REFERÊNCIAS

1. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
2. Ministério da Saúde (Lisboa). Missão para os cuidados de saúde primários: indicadores de desempenho para as unidades de saúde familiar. Lisboa: Ministério da Saúde; 2006.
3. World Bank. Brazil – Enhancing Performance in Brazil’s Health Sector: Lessons from Innovations in the State of São Paulo and the City of Curitiba. Report No. 35691; 2006
4. Abrucio FL. Reforma do Estado e experiência internacional. Brasília (DF): ENAD; 1996.
5. Martins HF. Administración pública gerencial y burocracia. La persistência de la dicotomia entre política y administración. Reforma y Democracia, Revista del CLAD; 1997;9:131-58.
6. Martins HF. Post liberal state reform: the emerging paradigm and the Brazilian experience. Congresso del CLAD; 2001.
7. Polanyi M. Personal knowledge. Chicago: University of Chicago Press; 1958.
8. Turban E, Mclean E, Wetherbe J. Tecnologia da informação para gestão: transformado os negócios na economia digital. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2004.
9. Marcovitch J. Tecnologia de informação e estratégia empresarial. São Paulo: Futura; 1997.
10. Druker PF. O advento da nova organização. Rio de Janeiro: Campus; 2001.
11. Matus C. Política, planejamento e governo, 2ª ed. Brasília (DF): IPEA; 1996.
12. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: ESP-MG; 2009.
13. Basch P. Textbook of international health. Ney York: Oxford University Press; 1990.
14. Starfield B. Is primary care essential? Lancet. 1994 oct;344(8930):1129-33.
15. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. Health Serv Res. 2003;38(3):831-65
16. World Health Organization, UNICEF. Primary health care: report of the International Conference on PHC; Alma-Ata; 1978. Alma-Ata: WHO, 1978.

17. Zurro AM, Pérez JFC. Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica. 4ª ed. Barcelona: Harcourt; 1999.
18. Lord Dawson of Penn. Interim Report on the Future Provisions of Medical and Allied Services. United Kingdom Ministry of Health. Consultative Council on Medical Allied Services, London: Her Majesty's Stationery Offices; 1920.
19. Organização Panamericana da Saúde. Renovação da atenção primária em saúde nas Américas. [Internet]. Documento de posicionamento da Organização Panamericana da Saúde/OMS. Washington (DC): OPAS; 2005. [acesso em 2010 maio 10]. Disponível em:  
[http://www.paho.org/portuguese/add/ths/os/phc2ppaper\\_maio/2010\\_Por.pdf](http://www.paho.org/portuguese/add/ths/os/phc2ppaper_maio/2010_Por.pdf)
20. White KL. Life and death and medicine. *Sci Am.*1973;229:23-33.
21. Viacava F, Almeida C, Caetano R, et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2004;9(3):711-24.
22. TEMPUS. Actas de Saúde Coletiva. Ano II, n. 1. 20 Anos de Construção do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: NESP; 2008.
23. Arouca AS. O dilema preventista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: UNESP; Rio Janeiro: Fiocruz; 2003.
24. Mendes EV. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre estas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
25. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal; 1988.
26. Holmes M, Shand D. Management reform: some practitioner perspectives on the past ten years. *Governance.* 1995;18(4):551-78.
27. Hood C, Jackson M. Administrative argument. Aldershot: Dartmouth; 1991.
28. Secretaria Municipal da Saúde (Minas Gerais). Avanços e desafios na organização da atenção básica à saúde em Belo Horizonte. Belo Horizonte: Secretaria Municipal da Saúde; 2008.
29. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q.* 1966;44(2): 166-206.
30. Giacomini CH, organizador. Gestão para resultados em Curitiba: experiência de contratualização. Curitiba: Instituto de Administração Pública-IMAP; 2009.

31. Felisberto E. Da teoria à formulação de uma política de avaliação em saúde: reabrindo o debate. Ciênc. Saúde Coletiva. 2006 Jul/Set;11(3):553-63.
32. Ducci L, Pedotti MA, Simão MG, et al. O sistema de saúde em Curitiba: a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro: CEBES; 2001.
33. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996. Resolução nº 196/96.
34. Giacomini CH, organizador. Gestão para resultados em Curitiba: experiência de contratualização. Curitiba: Instituto de Administração Pública-IMAP; 2009.
35. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): UNESCO; Ministério da Saúde; 2002.

## **7. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Frente ao objetivo deste trabalho que é o de avaliar a utilização das tecnologias de gestão, disponibilizadas aos gestores locais, no planejamento e na gestão por resultados na APS e sua relação com resultados em saúde e satisfação do usuário e diante aos resultados encontrados pode-se gerar as seguintes hipóteses e conclusões:

O desafio para a nova gestão pública da saúde e especialmente para a APS está centrado em características próprias da administração moderna que tem caráter estratégico e orientado por resultados no processo decisório, descentralização, planejamento estratégico ascendente e participativo, desenvolvimento de habilidades gerenciais e transparência junto ao controle social.

Os Gestores Locais da APS em Curitiba reconhecem que a utilização de tecnologias de gestão e informação facilita o planejamento e a gestão por resultados, apontando as de maior relevância, coerentes com as novas administrações públicas.

A contratação de profissionais de forma a garantir estabilidade nos serviços públicos de saúde, a oportunidade de indicações de técnicos para ocupar cargos de chefia, o permanente incentivo da instituição com capacitações e formações são incentivos que criam um corpo gerencial empenhado na busca constante por resultados em saúde e satisfação do usuário.

A administração da saúde muitas vezes descentralizada, com inúmeros projetos e milhares de tarefas, têm requerido metodologias e tecnologias que permitam, a baixo custo e com facilidade operacional, integrar todas as informações e disponibilizá-las de forma descentralizada aos diversos níveis da administração. A incorporação de tecnologias de informação confere agilidade e confiabilidade dos dados utilizados nas avaliações por gestores e equipes sem contudo garantir impactos em saúde.

Alguns pontos devem ser considerados: dados primários obtidos por aplicação de questionários tem caráter subjetivo, devendo ser cruzados com outras variáveis; indicadores de saúde são sensíveis a muitas variáveis que devem ser consideradas antes das análises; a implantação de tecnologias de gestão sem a sedimentação junto às equipes não agrega melhoria aos resultados; com a agregação de novas tecnologias de gestão, por exemplo de Protocolos Clínicos, pode-se ocorrer impactos negativos que ampliam o numero de encaminhamentos para patologia clinica sem necessariamente representar piora de desempenho; a redução de 4 UBS da amostra foi a opção visto que estes equipamentos apresentavam falhas nas informações e o controle de vieses sempre se faz necessário.

As ferramentas/tecnologias de gestão (fator em estudo) foram sendo implantadas em diferentes tempos na SMS-Curitiba e incorporadas a prática diária

pelos técnicos e gestores não sendo possível medir o impacto após a sua implantação por isto não mostram forte correlação com os desfechos medidos (resultados em saúde/ indicadores e satisfação do usuário atendido).

No município de Curitiba, a descentralização do planejamento e responsabilidades é histórica e constante, conferindo séries históricas de indicadores de saúde com reconhecimento nacional e internacional (World Bank, 2006). Podem ser adotadas várias metodologias, em sua elaboração, mas o planejamento municipal deve ser sempre um processo participativo, que envolve trabalhadores e usuários, além de ascendente, ou seja, partindo das Unidades de Saúde e da leitura das necessidades de cada território (SMS-MG, 2008).

A SMS tem implantado com sucesso os Contratos Locais de Gestão e o IDQ desde 2003, demonstrados nesta pesquisa, serem atualmente as tecnologias mais relevantes para o nível local no delineamento do planejamento e tomada de decisão. Buscam a eficiência através do envolvimento dos interessados (gestores, técnicos, líderes comunitários, intersetorial e usuários do sistema) na pactuação de metas em cima da realidade local e responsabilização de todos para o alcance dos resultados em saúde, deixando de ser um compromisso exclusivo do gestor municipal.

Observa-se que existem tecnologias disponíveis mais que os gestores locais não as utilizam por desconhecimento. Diante disto é de fundamental importância que a instituição busque formas de mostrar a relevância da sua utilização.

No país ainda é incipiente a institucionalização do planejamento participativo e ascendente assim como do monitoramento e avaliação das ações e da descentralização de responsabilidades e pactuação de metas ao nível local. A expansão e busca do fortalecimento da APS no Brasil através da implantação de

tecnologias de gestão propicia que instituições internacionais como o Banco Mundial e OECD realizem estudos que buscam avaliar, como por exemplo, se os acordos/contratos de desempenho ou performance estão funcionando nos serviços públicos mundiais. Outros estudos sobre o tema tornam-se necessários a fim de avaliar o desempenho das equipes da APS como: avaliações de custo-efetividade das ações e das tecnologias implantadas; se o acordo com metas melhora o desempenho dos serviços públicos; se os indicadores e metas têm sido utilizados nas discussões entre os níveis de gestão; quanto ao resultado pode-se atribuir aos acordos firmados ou a outros fatores influenciadores como melhorias no financiamento e eficiência pública e política e por fim a implantação de tecnologias de gestão promovem alguma mudança no comportamento gerencial.

Resultados são reflexos de questionamentos e de aprendizados sobre o que, como e onde se deseja chegar. Isto depende do grau de amadurecimento de gestores, trabalhadores e população. O bom uso dos recursos financeiros e tecnológicos não diz respeito ao gasto desmedido, mais sim ao uso eqüitativo que venha de encontro das reais necessidades do coletivo.

Administradores, gestores e chefias, enfim todos que tem o papel de coordenar equipes necessitam conhecer, ter a disposição, incentivar e utilizar as **Tecnologias de Gestão** que possam ajudar no processo de planejamento, monitoramento e avaliação ou na gestão por resultados.

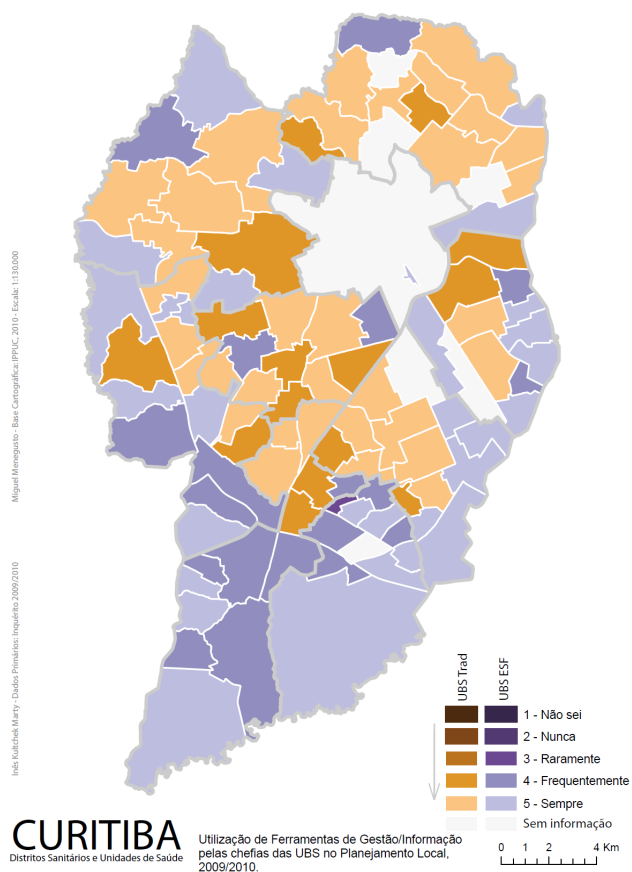
## 8. APÊNDICES

### 8.1. Listagem das Tecnologias/Ferramentas de Gestão avaliadas

1. Mapas Inteligentes,
2. Informações da Territorialização,
3. Avaliação da Melhoria da Qualidade (AMQ),
4. Fichas de acompanhamento do Agente Comunitário em Saúde (ACS),
5. Ferramentas do ESF,
6. Boletins Epidemiológicos,
7. Vigilância em Saúde (Informações Sanitárias, Epidemiológicas e Ambiental),
8. Check list da Dengue,
9. Relatórios e Informações da Ouvidoria da Saúde,
10. Informações do Acolhimento Solidário,
11. Resultados de Pesquisas de Satisfação do Usuário,
12. Relatórios do Sistema Informatizado da SMS (Cartão Saúde),
13. Relatórios de Sistemas Informatizados Nacional,
14. Relatórios da CMCE,
15. Relatórios/Informações do Laboratório Municipal de Curitiba,
16. Guidelines e Protocolos Clínicos, Manuais e Cadernetas,
17. Resultados e Metas do Contrato de Gestão (POA),
18. Resultados e Metas do IDQ,
19. Informações do Sistema Integrado das Maternidades,
20. Instrumentos de Planejamento (Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão da SMS),
21. Dados do Perfil Epidemiológico,
22. Informações da Conferência Local de Saúde,
23. Séries Históricas da UBS para Indicadores de Saúde,
24. Indicadores e Metas do Pacto pela Saúde,
25. Indicadores e Metas do Contrato de Gestão do Plano de Governo Municipal,
26. Gestão do Caso,
27. Relatórios da SMS para Acompanhamento das Ações Realizadas e Prestação de Contas Financeira,
28. Medicina Baseada em Evidências,
29. Avaliação Econômica,
30. Avaliação de Tecnologias de Saúde,
31. Monitoramento e Avaliação.

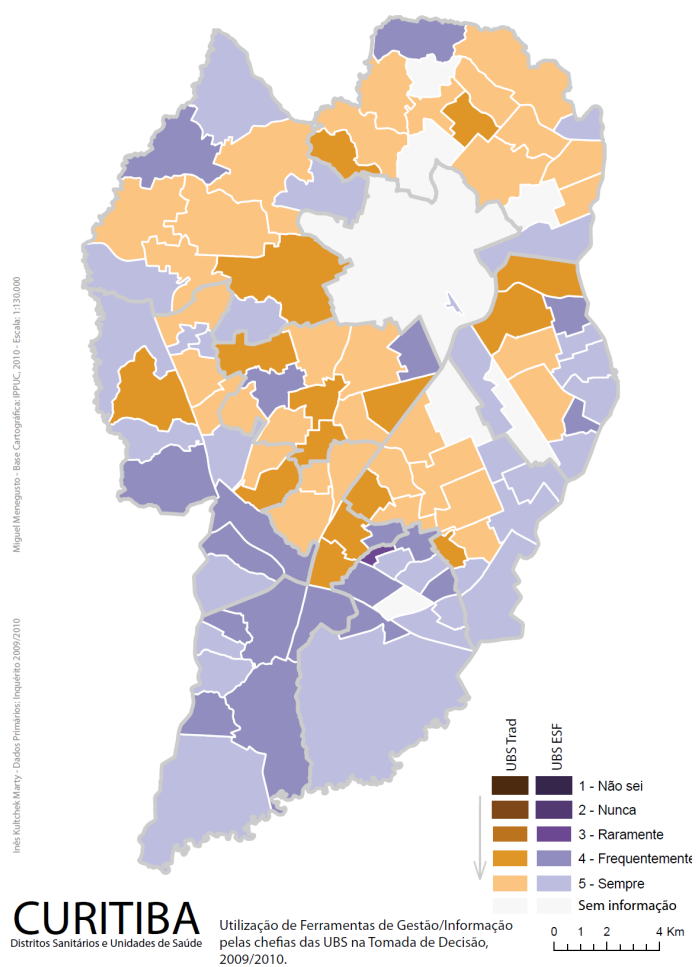
## 8.2 Figuras (Mapas e Gráficos)

**Figura 1:** Mapa de Utilização de Ferramentas de Gestão/Informação pelas chefias das UBS no Planejamento - SMS de Curitiba, 2009/2010.

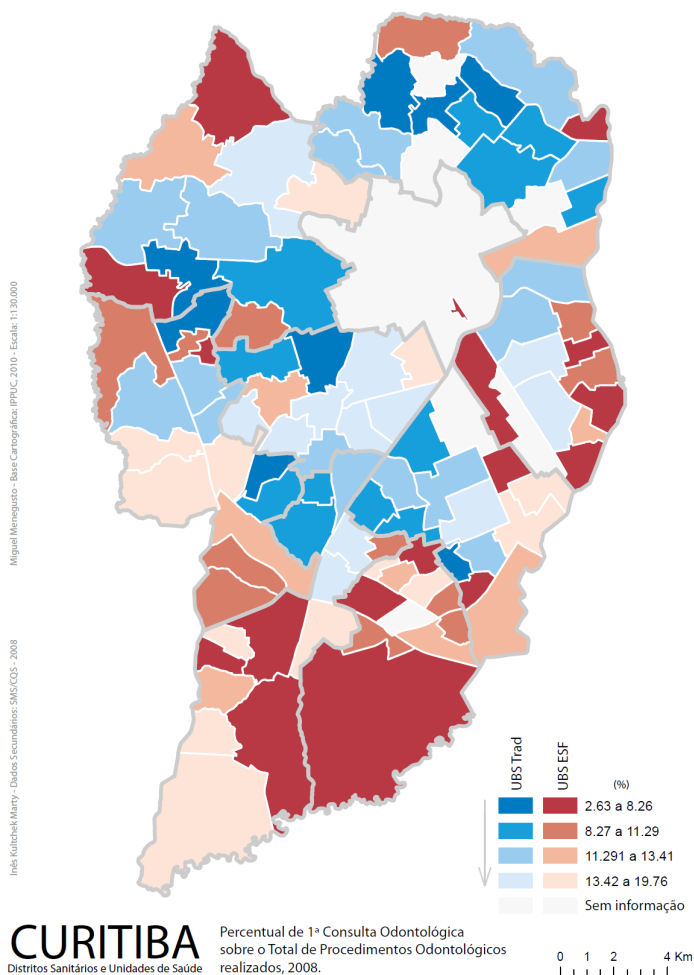




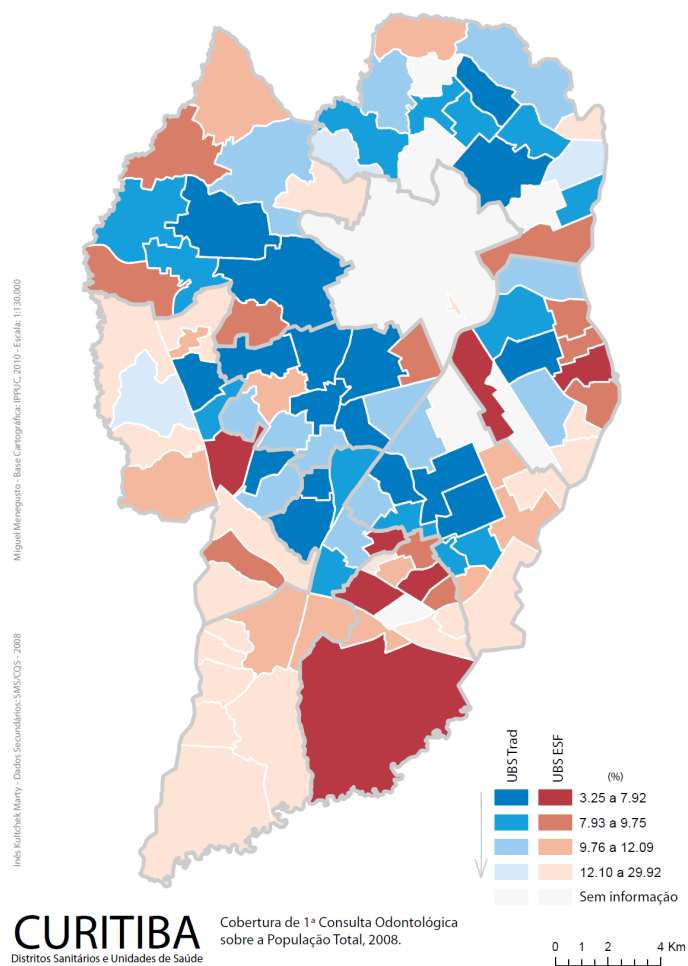
**Figura 2:** Mapa de Utilização de Ferramentas de Gestão/Informação pelas chefias das UBS na Tomada de Decisão – SMS de Curitiba, 2009/2010.



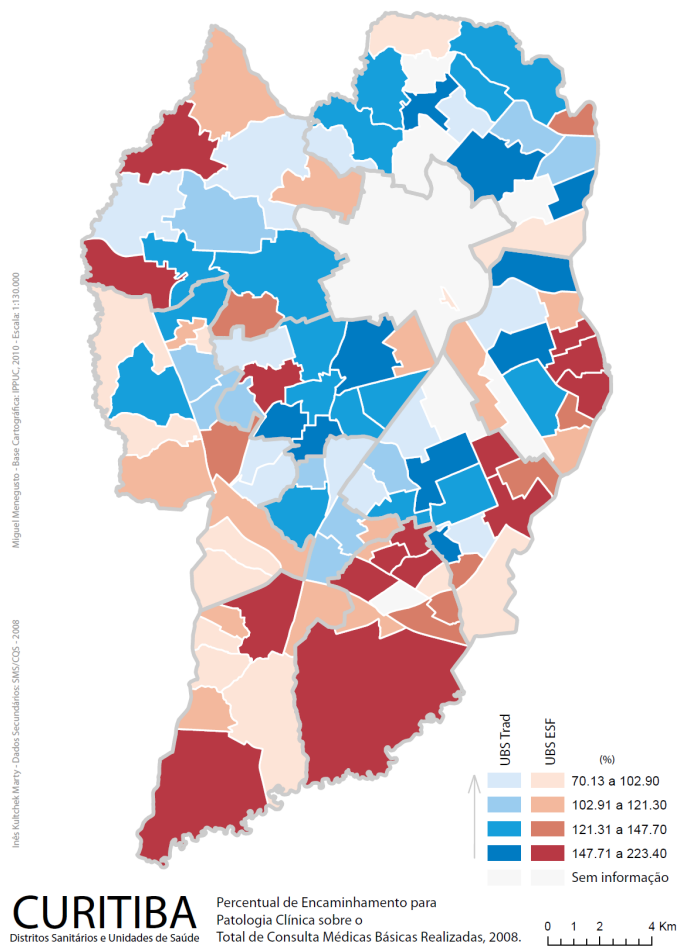
**Figura 3:** Mapa de Percentual de Primeira Consulta Odontológica sobre o Total de Procedimentos Odontológicos - SMS de Curitiba, 2008.



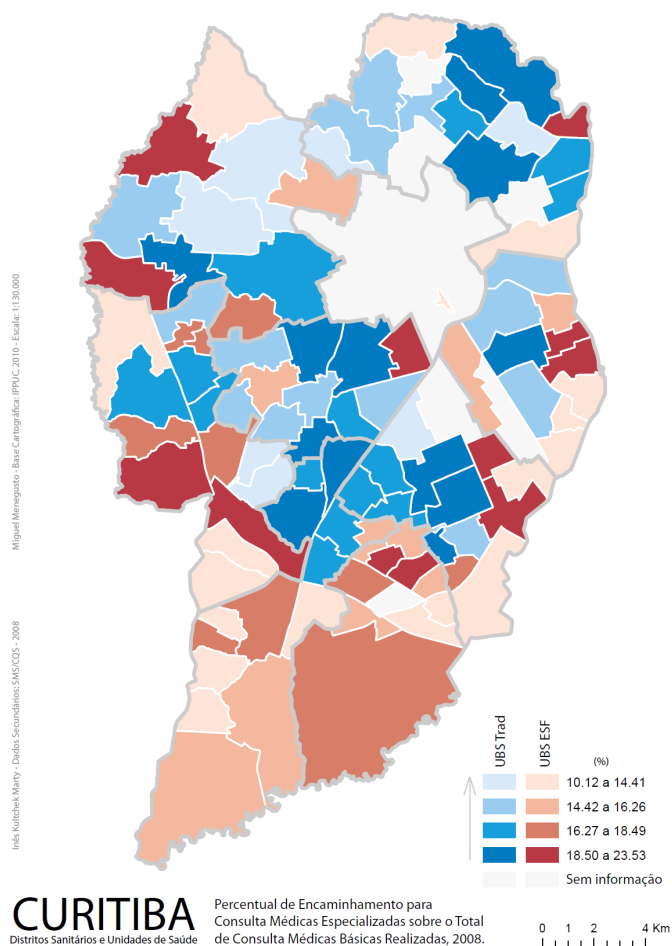
**Figura 4:** . Mapa de Cobertura de Primeira Consulta Odontológica sobre a População Total - SMS de Curitiba, 2008



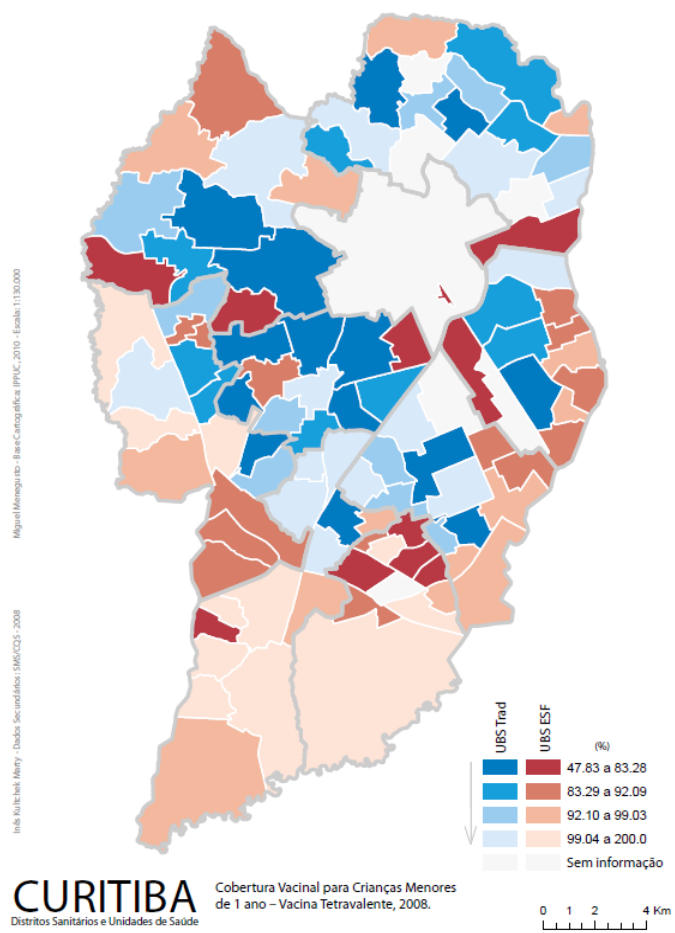
**Figura 5:** Mapa de Percentual de Encaminhamentos para Patologia Clínica sobre o Total de Consultas Médicas Básicas realizadas - SMS de Curitiba, 2008.



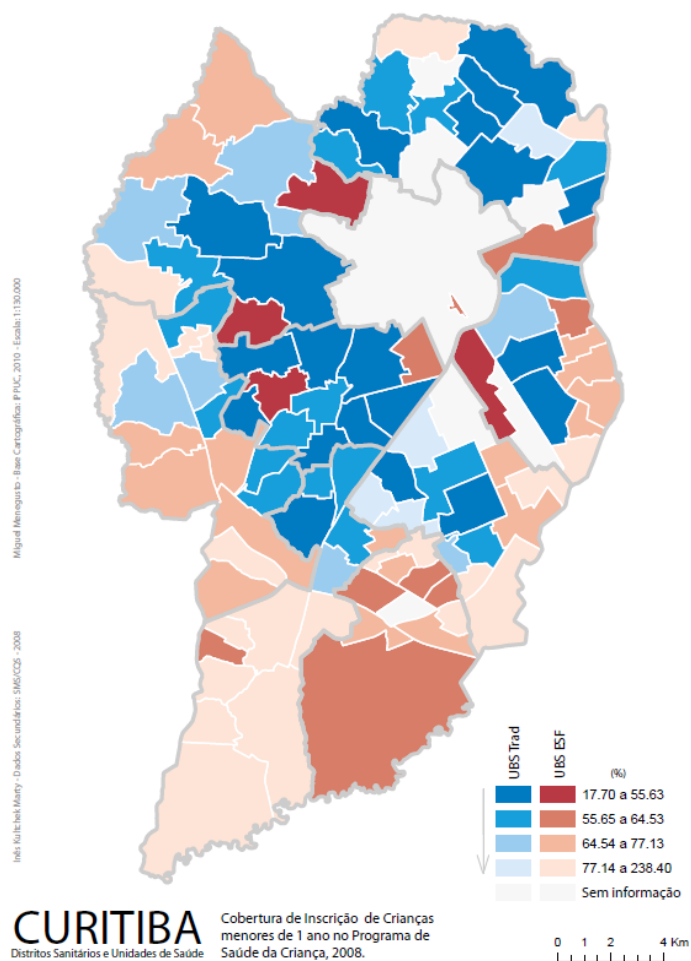
**Figura 6:** Mapa Encaminhamentos para Consulta Médica Especializadas sobre o Total de Consultas Médicas Básicas - SMS de Curitiba, 2008.



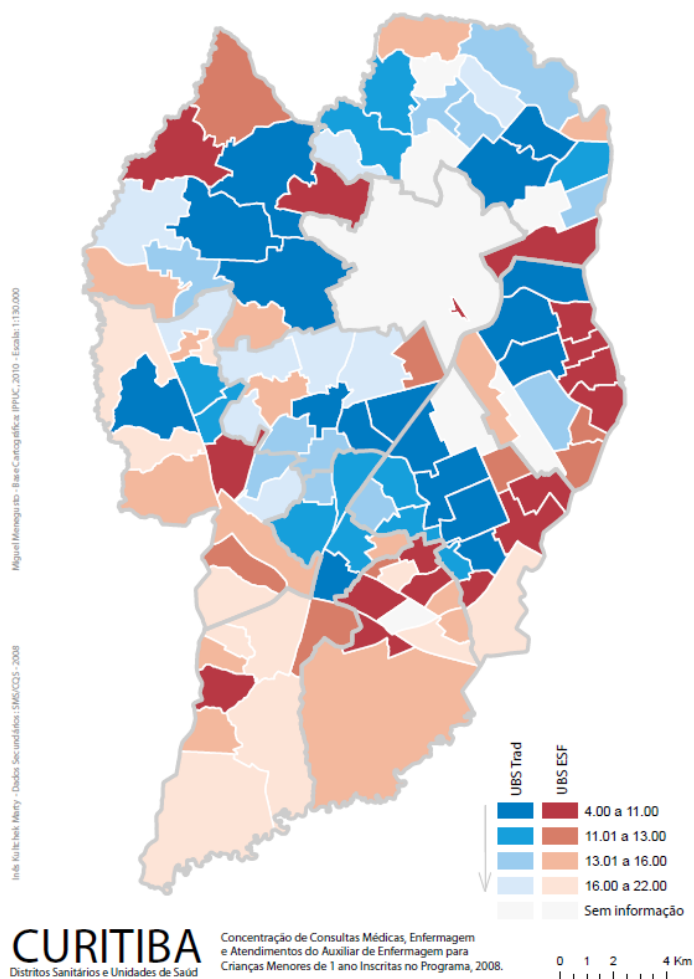
**Figura 7:** Mapa de Cobertura Vacinal para Crianças Menores de 1 ano (Vacina Tetravalente) - SMS de Curitiba, 2008.



**Figura 8:** Mapa de Cobertura de Inscrição de Crianças menores de 1 ano no Programa de Saúde da Criança – SMS de Curitiba, 2008.

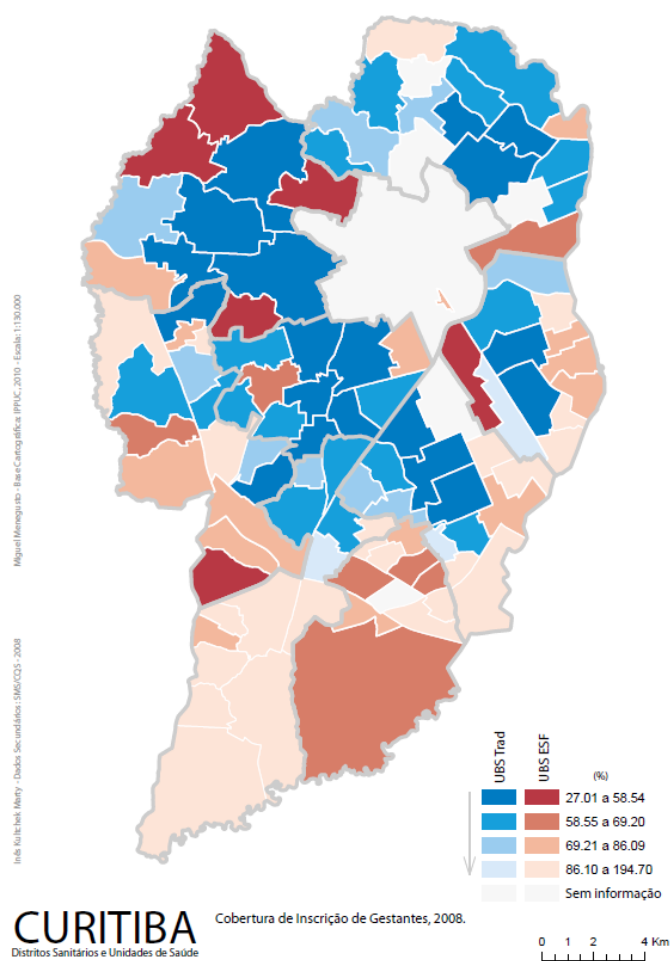


**Figura 9:** Mapa de Concentração de Consultas Médicas, Enfermagem e Atendimentos do Auxiliar de Enfermagem para Crianças Menores de 1 ano Inscritas no Programa- SMS de Curitiba, 2008.

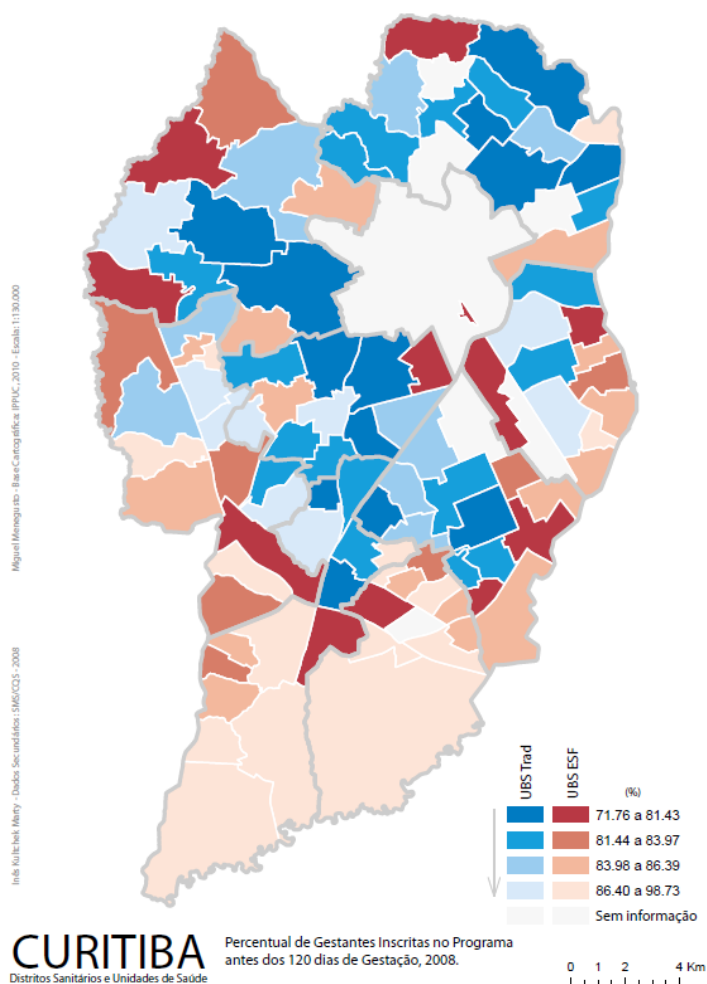




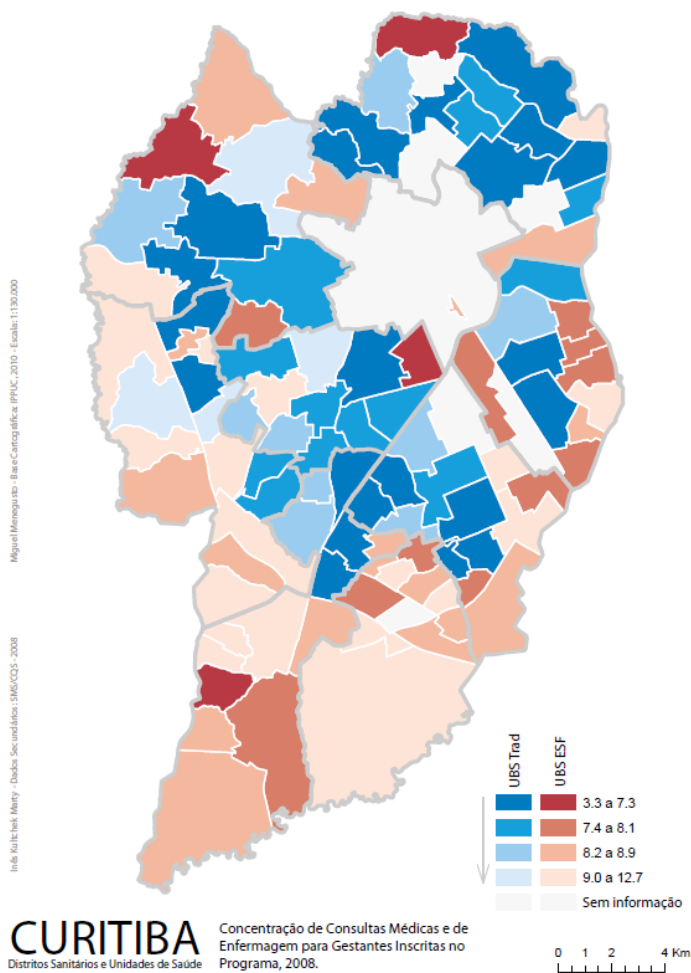
**Figura 10:** Mapa de Cobertura de Inscrição de Gestantes – SMS de Curitiba, 2008



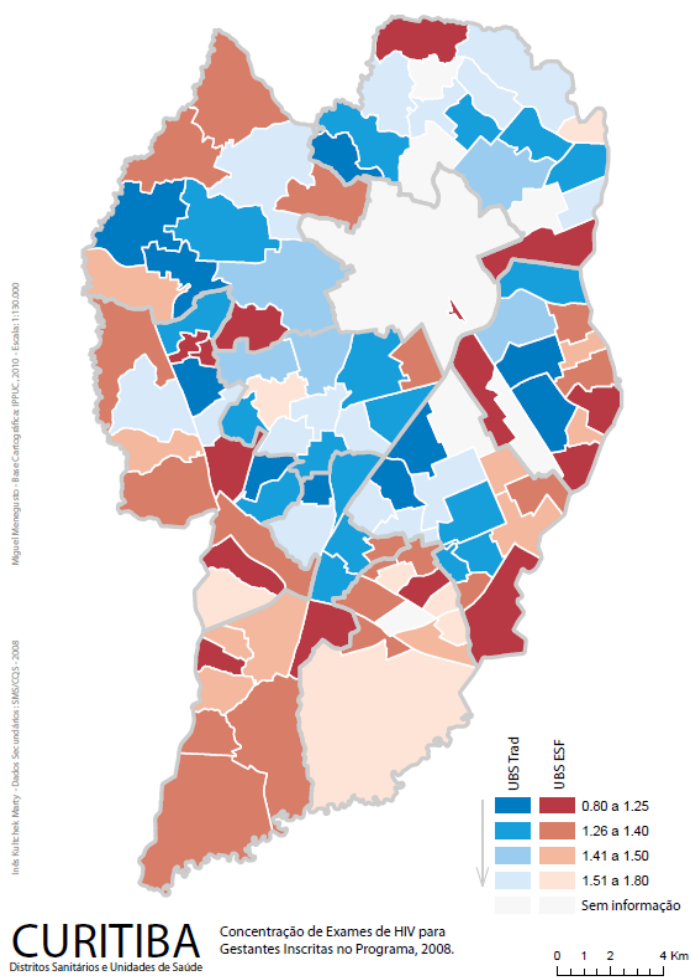
**Figura 11:** Mapa de Percentual de Gestantes Inscritas no Programa antes dos 120 dias de Gestação – SMS de Curitiba, 2008.



**Figura 12:** Mapa de Concentração de Consultas Médicas e de Enfermagem para Gestantes Inscritas no Programa – SMS de Curitiba, 2008.

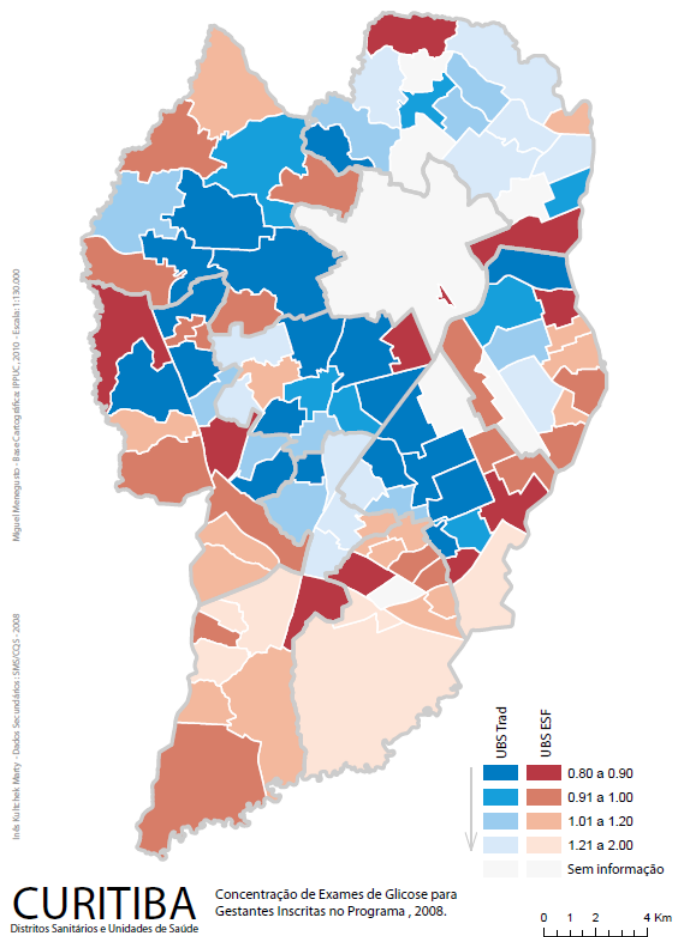


**Figura 13:** Mapa de Concentração de Exames de HIV para Gestantes Inscritas no Programa – SMS de Curitiba, 2008

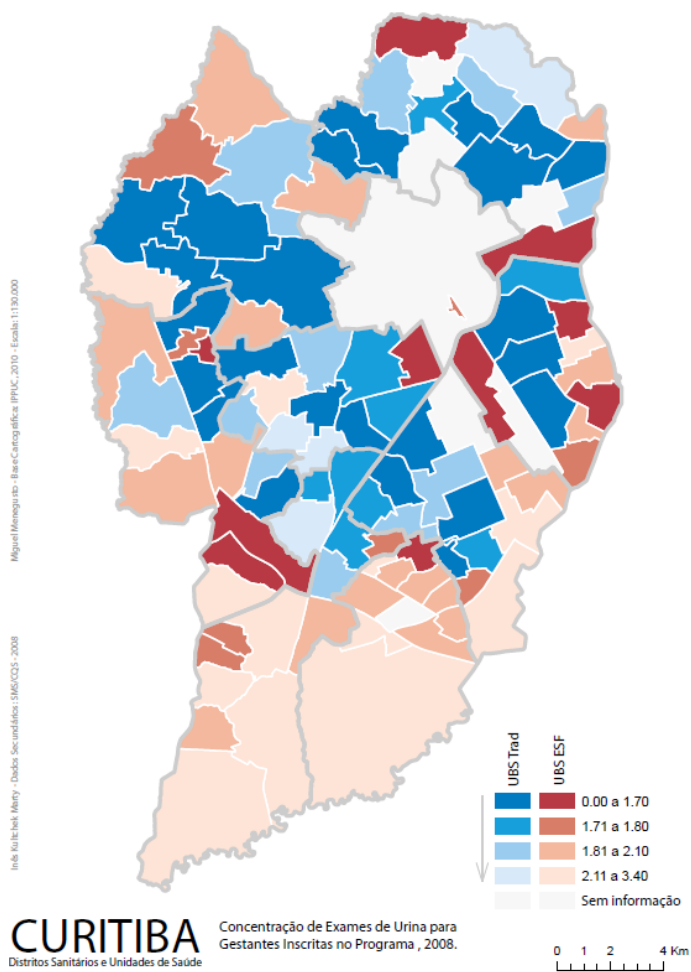


**CURITIBA** Concentração de Exames de HIV para Gestantes Inscritas no Programa, 2008.  
Distritos Sanitários e Unidades de Saúde

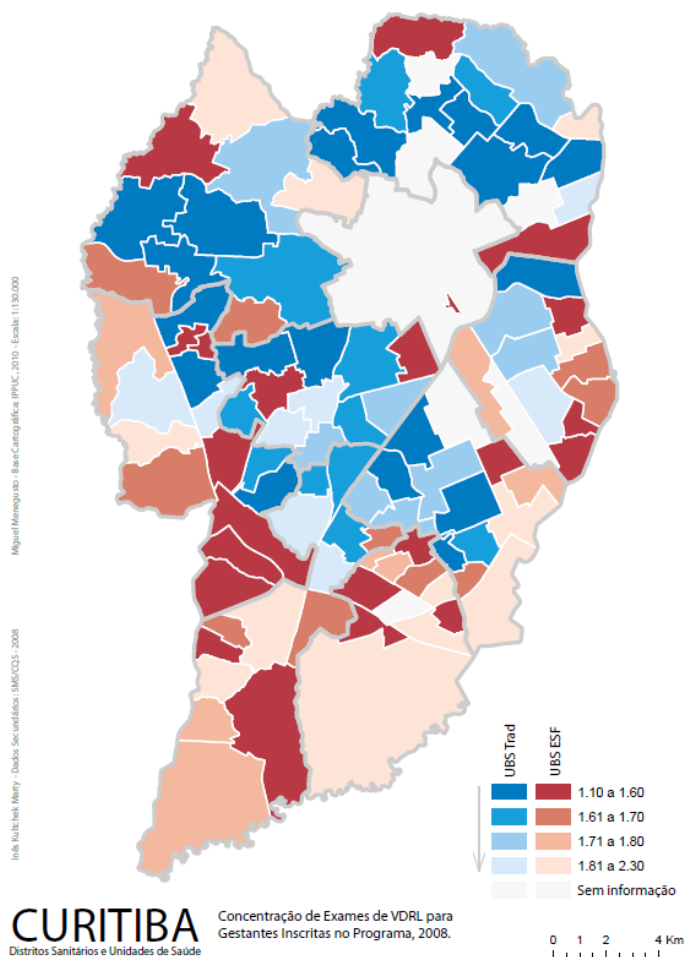
**Figura 14:** Mapa de Concentração Exames de Glicose para Gestantes Inscritas – SMS de Curitiba, 2008



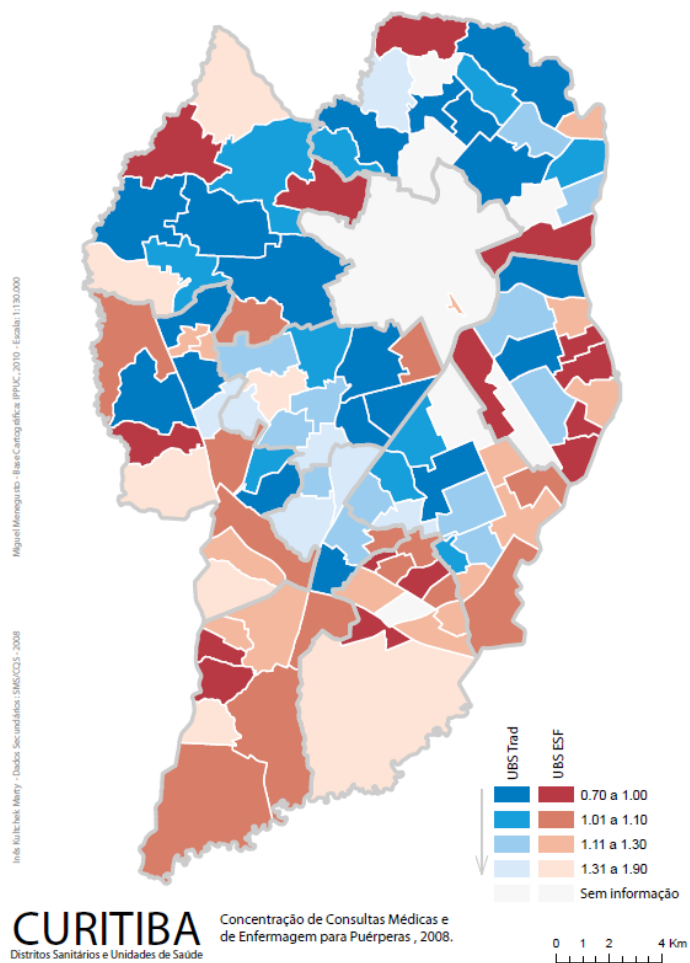
**Figura 15:** Mapa de Concentração de Exames de Urina para Gestantes Inscritas no Programa – SMS de Curitiba, 2008.



**Figura 16:** Mapa de Concentração Exames de VDRL para Gestantes Inscritas – SMS de Curitiba, 2008.

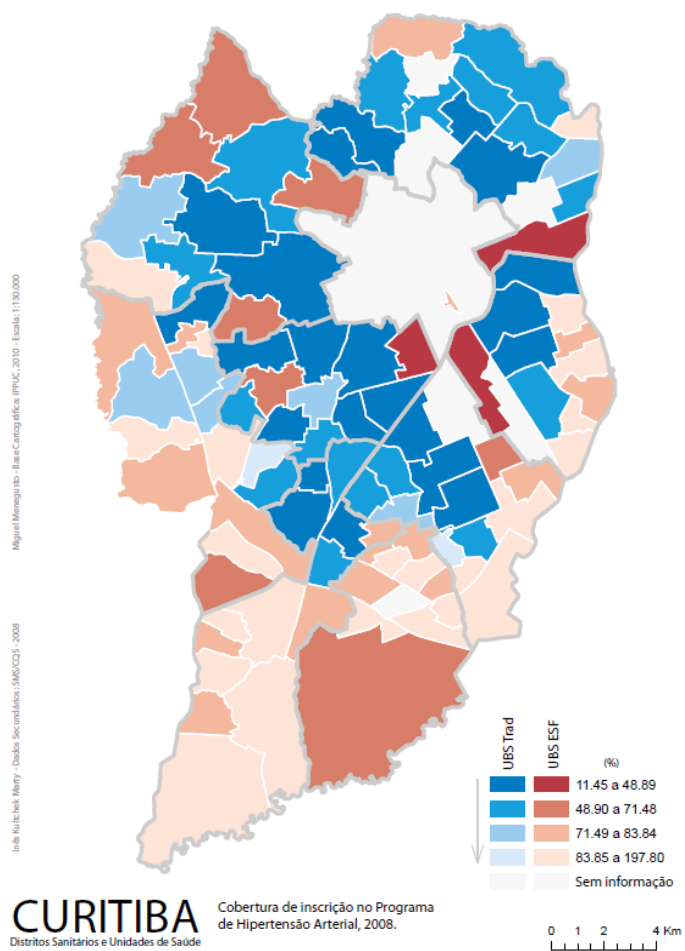


**Figura 17:** Mapa de Concentração de Consultas Médicas e de Enfermagem para Puérperas – SMS de Curitiba, 2008.

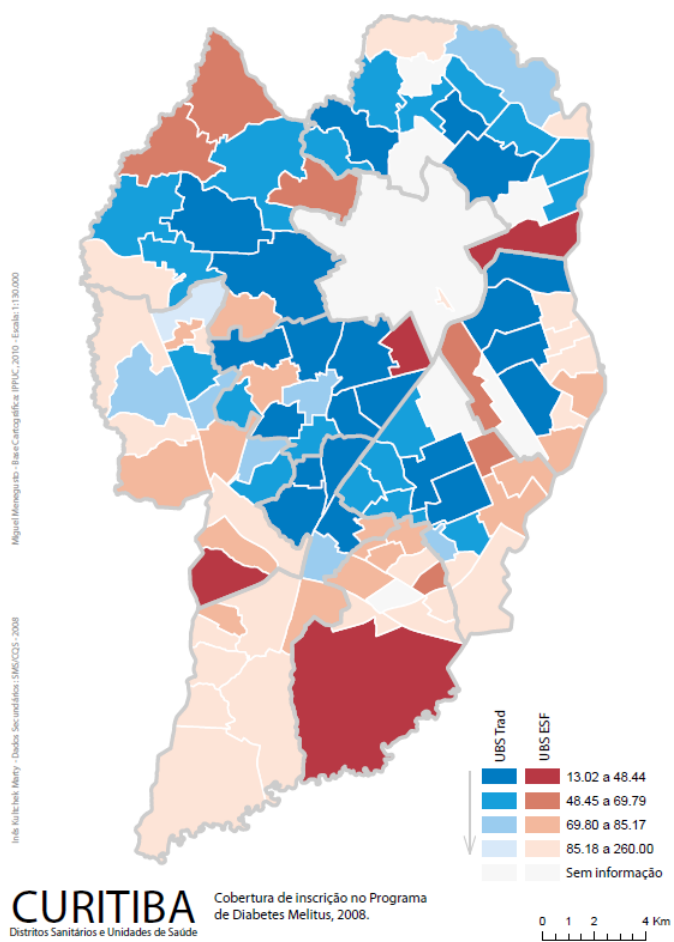




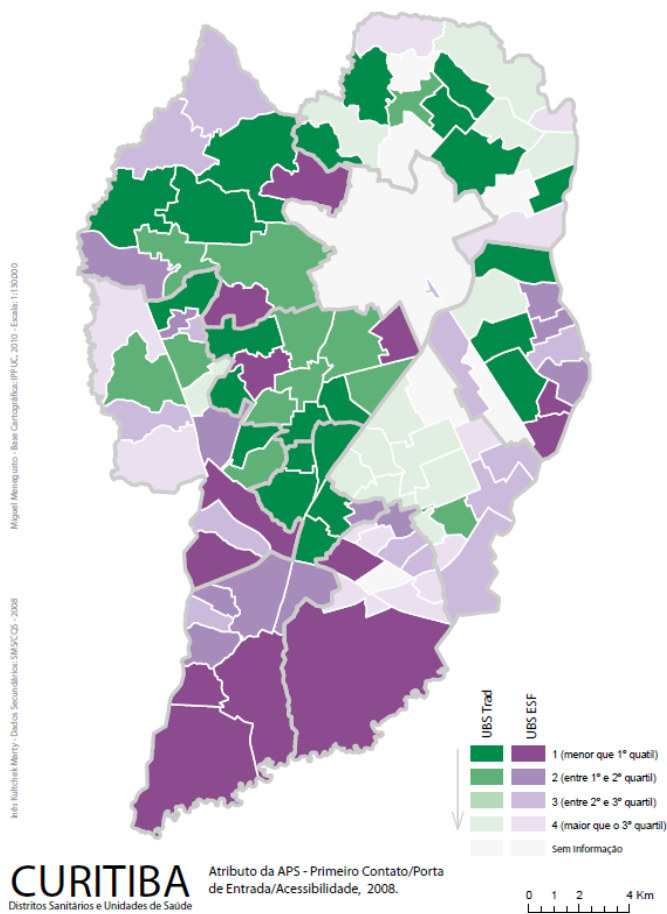
**Figura 18:** Mapa de Cobertura de Inscrição no Programa de Hipertensão Arterial – SMS de Curitiba, 2008.



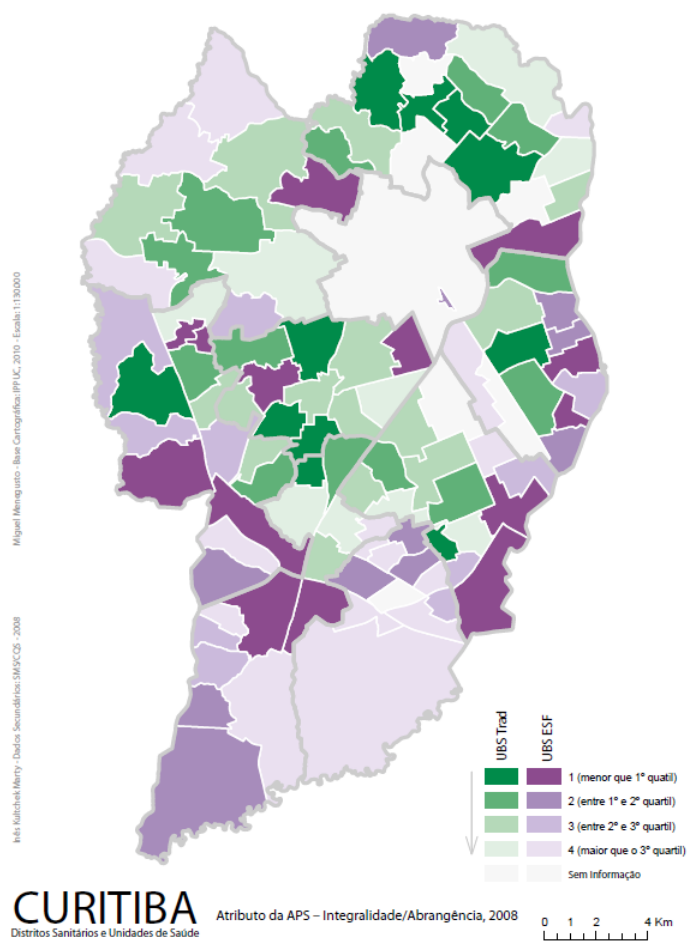
**Figura 19:** Mapa de Cobertura de Inscrição no Programa do Diabete Melito – SMS de Curitiba, 2008.



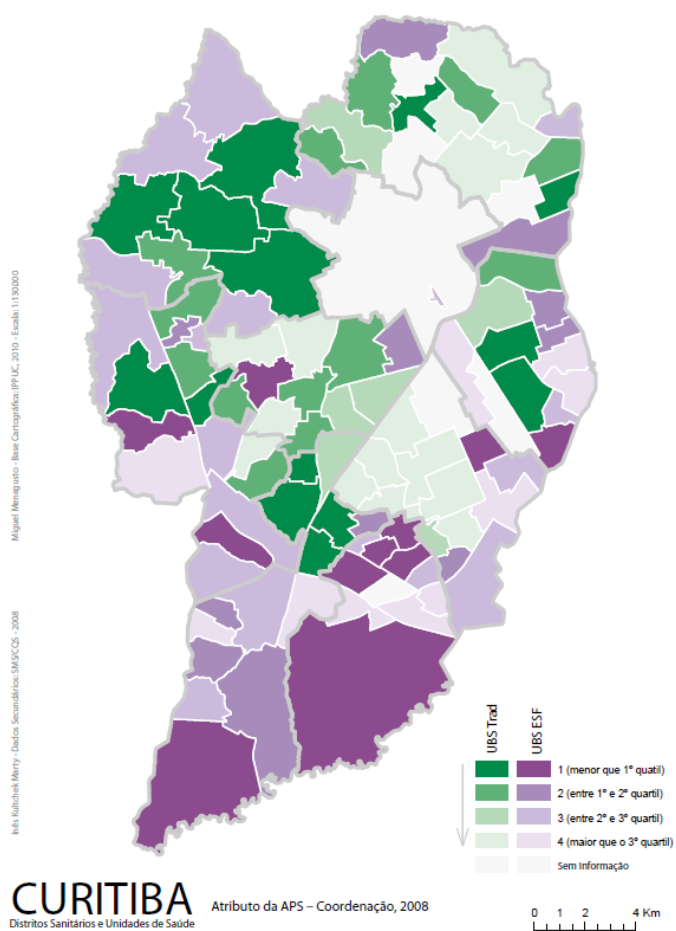
**Figura 20:** Mapa do Atributo da APS: Primeiro Contato/Porta de Entrada/Acesso – SMS de Curitiba, 2008.



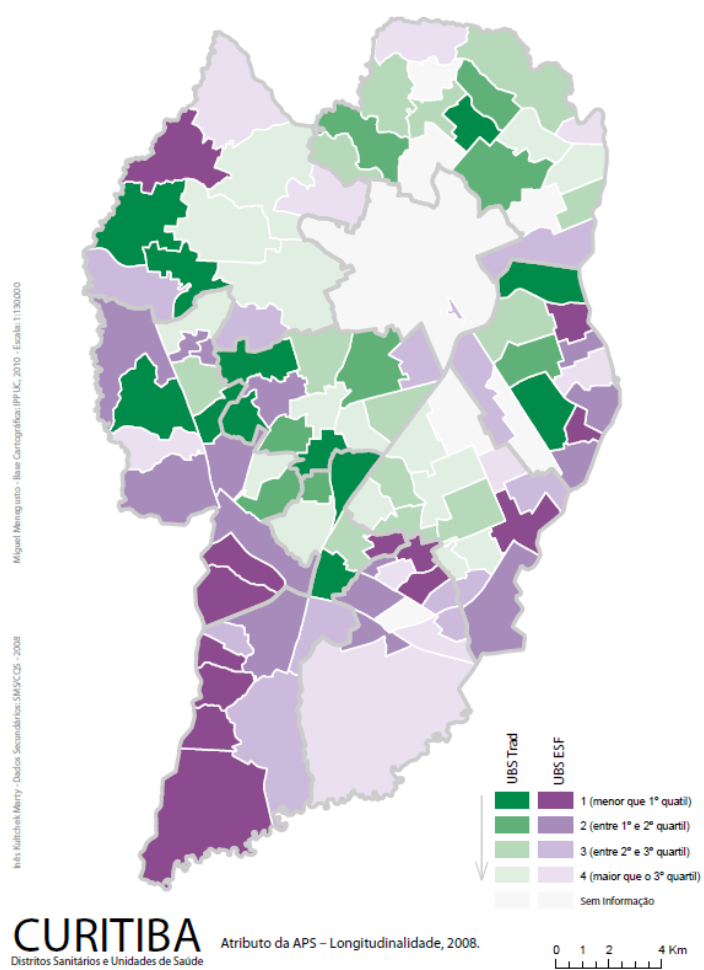
**Figura 21:** Mapa de Atributo da APS: Integralidade/Abrangência – SMS de Curitiba, 2008.



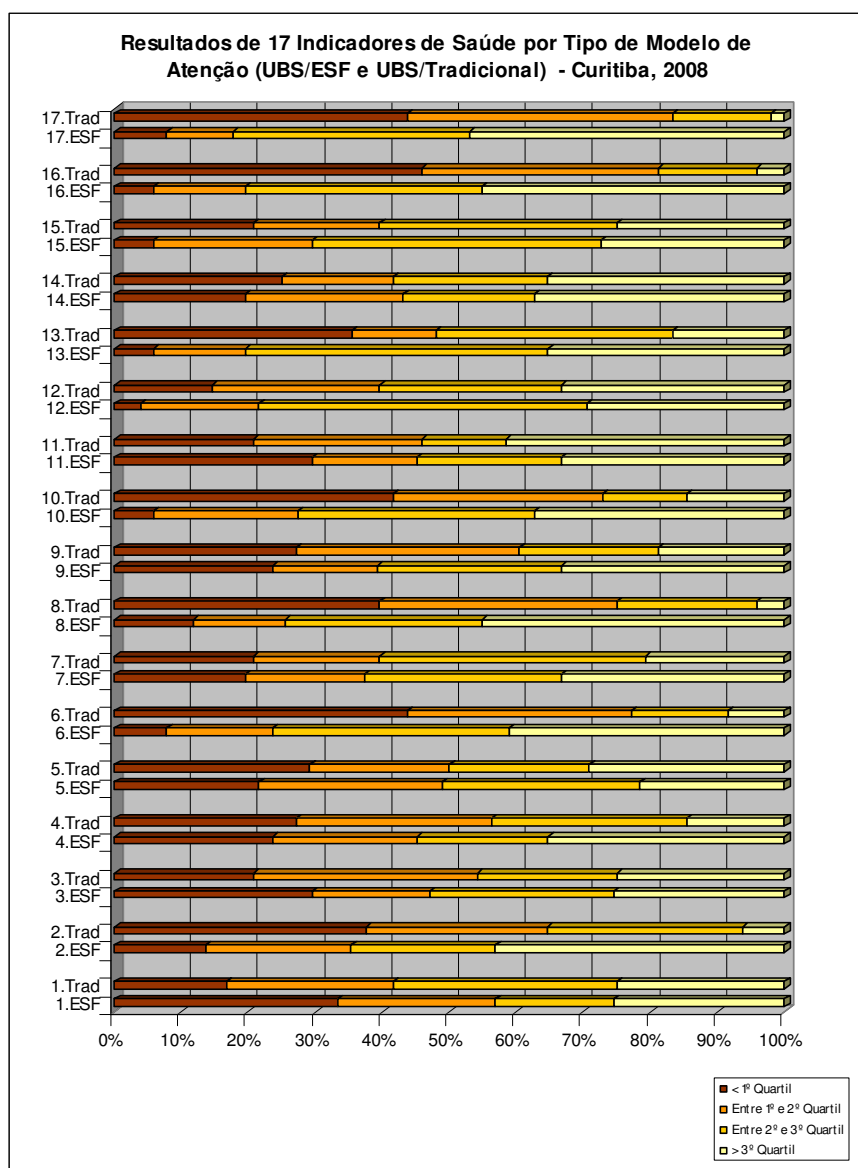
**Figura 22:** Mapa do Atributo da APS: Coordenação – SMS de Curitiba, 2008.



**Figura 23:** Mapa do Atributo da APS: Longitudinalidade – SMS de Curitiba, 2008.



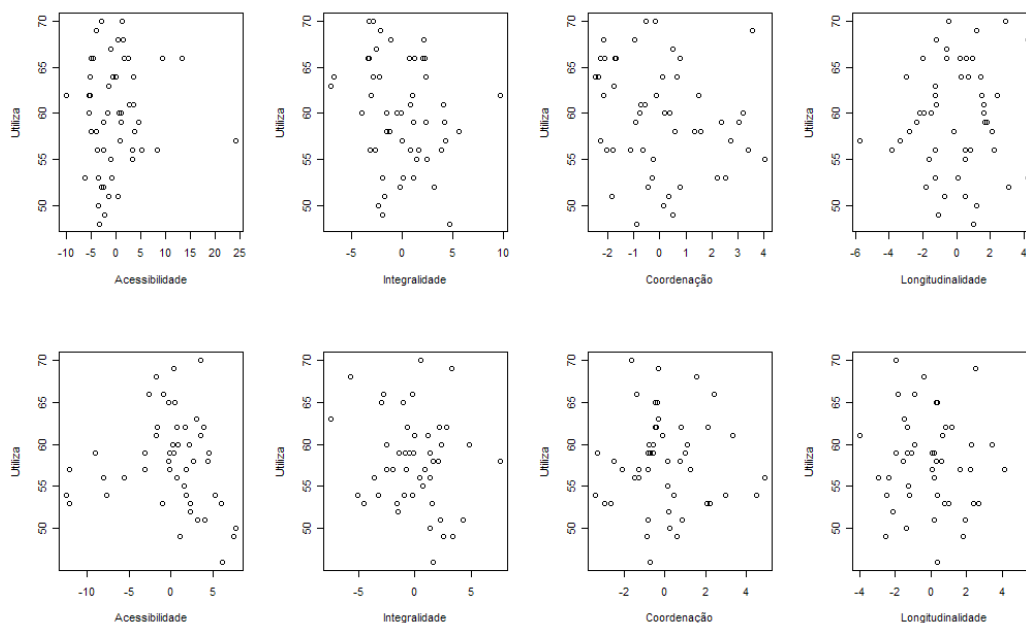
**Figura 23:** Categorização dos Indicadores de Saúde por Quartil e Tipo de Modelo de Atenção – SMS de Curitiba, 2008.



**Fonte:** Curitiba/SMS – Cartão qualidade Saúde/Relatórios - 2008

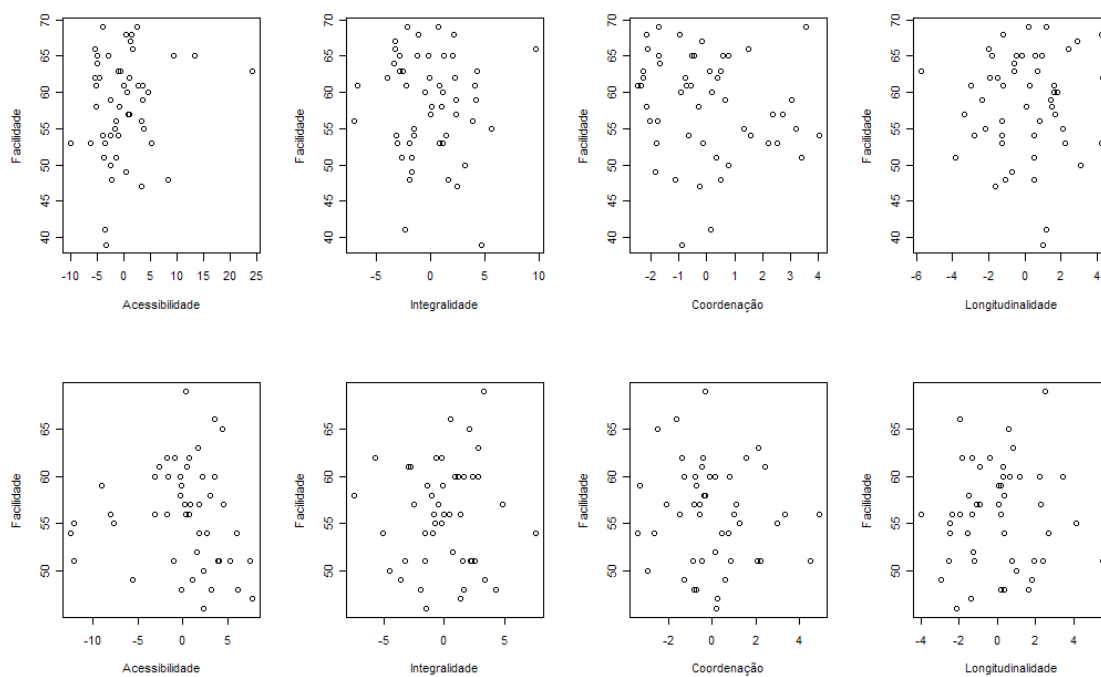
**Nota:** Os indicadores de saúde estão listados por ordem numérica na Tabela 23.

**Figura 24:** Gráficos de Correlação entre a Utilização de Ferramentas/Tecnologias de Gestão e Atributos Essenciais da APS por Tipo de Modelo de Atenção - SMS de Curitiba, 2011.



Obs: A primeira linha traz a correlação para as UBS/ESF e a segunda para as UBS/Tradicionais.

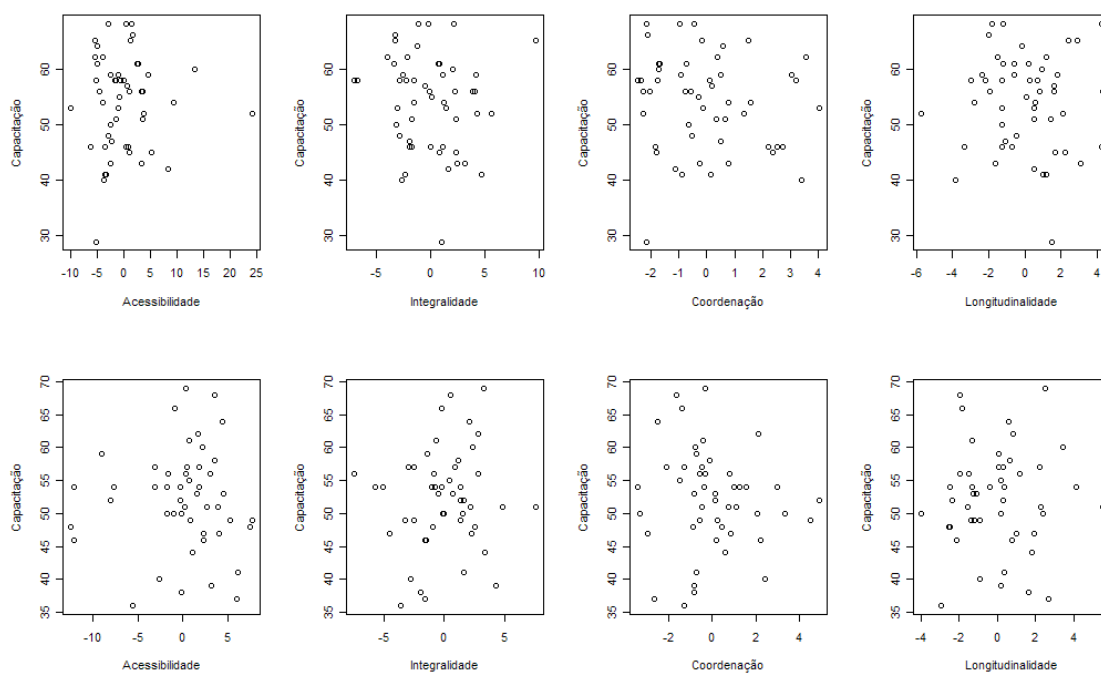
**Figura 25:** Gráficos de Correlação entre a Facilidade no Uso das Ferramentas/Tecnologias de Gestão e Atributos Essenciais da APS por Tipo de Modelo de Atenção – SMS de Curitiba, 2011.



Obs: A primeira linha traz a correlação para as UBS/ESF e a segunda para as UBS/Tradicionais.

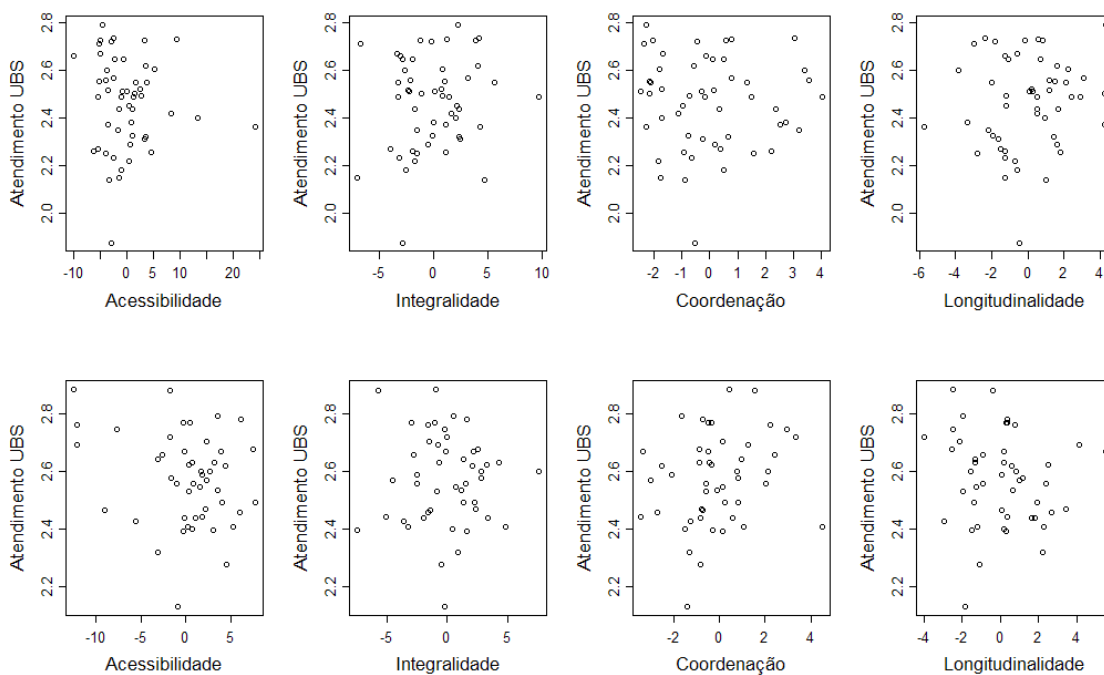


**Figura 26:** Gráficos de Correlação entre a Capacitação no Uso das Ferramentas/Tecnologias de Gestão e Atributos Essenciais da APS por Tipo de Modelo de Atenção – SMS de Curitiba, 2011.



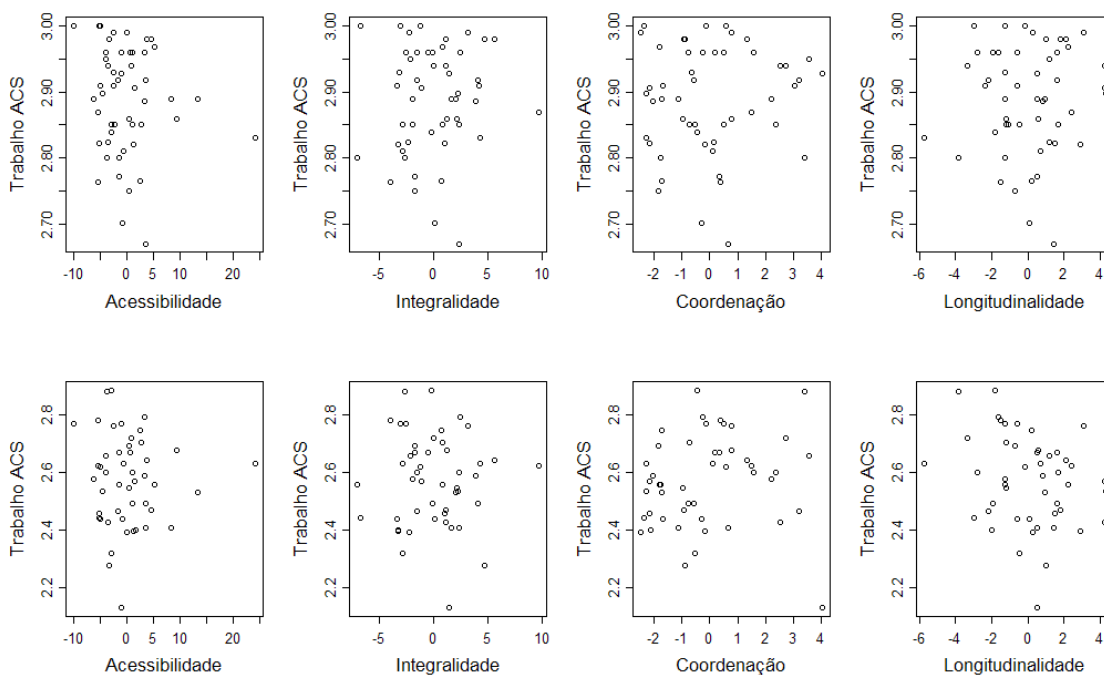
Obs: A primeira linha traz a correlação para as UBS/ESF e a segunda para as UBS/Tradicionais.

**Figura 27:** Gráficos de Correlação entre avaliação do atendimento das UBS e atributos essenciais – SMS de Curitiba, 2011.



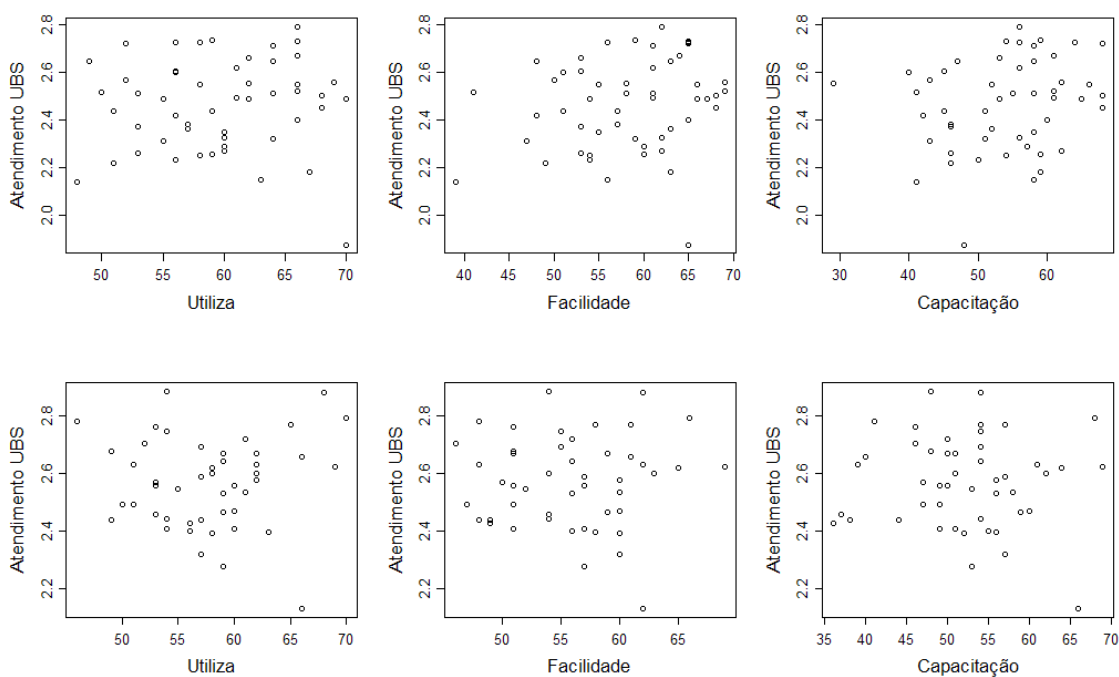
Obs: A primeira linha traz a correlação para as UBS/ESF e a segunda para as UBS/Tradicionais.

**Figura 28:** Gráficos de Correlação entre avaliação do trabalho ACS e atributos essenciais – SMS de Curitiba, 2011.



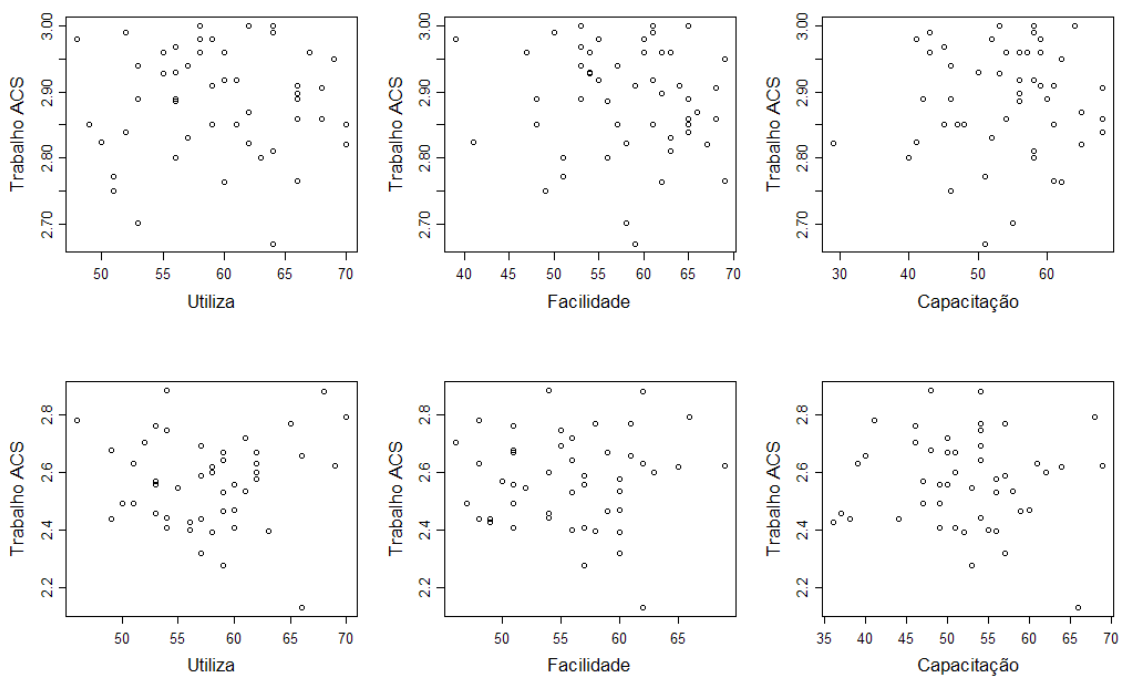
Obs: A primeira linha traz a correlação para as UBS/ESF e a segunda para as UBS/Tradicionais

**Figura 29:** Gráficos de Correlação entre avaliação do atendimento das UBS e escores de ferramentas/tecnologias – SMS de Curitiba, 2011.



Obs: A primeira linha traz a correlação para as UBS/ESF e a segunda para as UBS/Tradicionais.

**Figura 30:** Gráficos de Correlação entre avaliação do trabalho ACS e escores de ferramentas/tecnologias – SMS de Curitiba, 2011.



Obs: A primeira linha traz a correlação para as UBS/ESF e a segunda para as UBS/Tradicionais.

### 8.3 Tabelas e Quadros

**Tabela 1:** Características dos Gestores Locais segundo Modelo de Atenção – SMS de Curitiba, 2008.

	ESF (n=51) % ou média(dp)	Tradicional (n=51) % ou média(dp)	Total (n=102) % ou média(dp)
Sexo			
Masculino	9,8	15,7	12,7
Feminino	90,2	84,3	87,3
Idade	41,04 (6,894)	41,65 (6,784)	41,35 (6,809)
Profissão			
Médico(a)	3,9	6,0	5,0
Enfermeiro	88,2	68,0	78,2
Dentista	7,8	26,0	16,8
Pós-Graduação			
Não Possui	9,8	14,0	11,9
Especialização	90,2	82,0	86,1
Mestrado	0,0	2,0	1,0
Doutorado	0,0	2,0	1,0
Tempo de Formatura*	14,34 (7,031)	18,13 (6,876)	16,07 (7,174)
Chefia na SMS*	11,57 (6,303)	31,33 (138,344)	21,39 (97,938)
Chefia na UBS*	2,79 (2,511)	3,11 (3,293)	2,95 (2,918)

**Fonte:** Questionário realizado na SMS de Curitiba com as Chefias das UBS em dez/2009. Integrante de Dissertação de Mestrado – PPG\_EPI da UFRGS ( Inês Kultchek Marty)

\* Tempo em anos

**Tabela 2:** O Uso de Tecnologias/Ferramentas de Gestão e Informação na APS para o Planejamento Local e Avaliação de Resultados – SMS de Curitiba, 2008.

	ESF (n=51) % ou média(dp)	Tradicional (n=51) % ou média(dp)	Total (n=102) % ou média(dp)
Utilização no planejamento local			
Sempre	60,8	66,7	63,7
Freqüentemente	37,3	33,3	35,3
Raramente	2,0	0,0	1,0
Nunca	0,0	0,0	0,0
Não Sei	0,0	0,0	0,0
Utilização na tomada de decisão			
Sempre	45,1	52,9	49,1
Freqüentemente	52,9	43,1	48,0
Raramente	2,0	3,9	2,9
Nunca	0,0	0,0	0,0
Não Sei	0,0	0,0	0,0
Dificuldade na utilização			
Sempre	3,9	3,9	3,9
Freqüentemente	21,6	7,8	14,7
Raramente	68,6	76,5	72,5
Nunca	5,9	11,8	8,8
Não Sei	0,0	0,0	0,0
Tempo semanal de utilização	6,04 (6,383)	6,43 (4,338)	6,23 (5,431)
Capacitação oportunizada			
Sempre	20,0	17,6	18,8
Freqüentemente	50,0	56,9	53,5
Raramente	26,0	23,5	24,8
Nunca	2,0	2,0	2,0
Não Sei	2,0	0,0	1,0
Utilização pela equipe			
Sempre	9,8	7,8	8,8
Freqüentemente	56,9	52,9	54,9
Raramente	33,3	39,2	36,3
Nunca	0,0	0,0	0,0
Não Sei	0,0	0,0	0,0
Utilização pelos conselheiros			
Sempre	0,0	0,0	0,0
Freqüentemente	9,8	7,8	8,8
Raramente	56,9	62,7	59,8
Nunca	33,3	27,5	30,4
Não Sei	0,0	2,0	1,0

**Fonte:** Questionário realizado na SMS de Curitiba com as Chefiadas das UBS em dez/2009. Integrante de Dissertação de Mestrado – PPG\_EPI da UFRGS ( Inês Kultchek Marty)

**Tabela 3:** Características das UBS's – SMS de Curitiba, 2008.

	ESF (n=51) %	Tradicional (n=51) %	Total (n=102) %
Existência de Plano Local de Saúde			
Sim	86,0	90,2	88,1
Não	14,0	9,8	11,9
Existência de Conselho Local de Saúde			
Sim	100,0	100,0	100,0
Existência de Resultados de Saúde satisfatórios			
Todos	33,3	23,5	28,4
Alguns	66,7	76,5	71,6
Nenhum	0,0	0,0	0,0
Não Sei	0,0	0,0	0,0
Existência de Satisfação do Usuário atendido			
Todos	31,4	39,2	35,3
Alguns	68,6	60,8	64,7
Nenhum	0,0	0,0	0,0
Não Sei	0,0	0,0	0,0

**Fonte:** Questionário realizado na SMS de Curitiba com as Chefias das UBS em dez/2009. Integrante de Dissertação de Mestrado – PPG\_EPI da UFRGS ( Inês Kultchek Marty)

**Tabela 4:** Avaliação do gestor sobre a utilização das ferramentas/tecnologias de gestão e informação priorizadas – SMS de Curitiba, 2008.

UTILIZAÇÃO	UBS ESF (n=51) %					UBS Tradicionais (n=51) %				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Mapas Inteligentes	3,92	13,72	25,49	39,22	17,65	3,92	13,73	23,53	37,25	21,57
Relatórios/Ouvidoria	0	17,64	27,45	31,37	23,53	3,92	3,92	35,29	37,25	19,61
Pesquisas/Satisfação	0	1,96	11,76	31,37	54,90	1,96	5,88	17,65	41,18	33,33
Relatórios/CQS	0	0	3,92	27,45	68,63	0	0	15,69	31,37	52,94
Sistemas Nacionais	0	0	1,96	27,45	70,59	0	1,96	3,92	37,25	56,86
CMCE	0	0	11,76	23,53	64,70	0	1,96	15,69	35,29	47,06
Guidelines/Protocolos	1,96	0	1,96	31,37	64,71	0	0	3,92	43,14	52,94
POA e IDQ	0	0	0	11,76	88,24	0	0	0	21,57	78,43
Plano Municipal	1,96	1,96	21,57	47,06	27,45	1,96	0	19,60	49,02	29,41
Conferências Saúde	1,96	0	17,65	37,25	43,13	0	0	15,69	47,06	37,25
Indicadores de Saúde	0	1,96	15,69	45,10	37,25	1,96	0	17,65	47,06	33,33
Contrato Gestão/PMC	0	1,96	17,65	45,10	35,29	0	0	7,84	49,02	43,14
Pacto da Saúde	0	0	11,76	43,14	45,10	0	0	9,80	47,06	43,14
AMQ*	0	1,96	21,57	41,18	35,29	-	-	-	-	-

**Fonte:** Questionário realizado na SMS de Curitiba com as Chefias das UBS em dez/2009. Integrante de Dissertação de Mestrado – PPG\_EPI da UFRGS ( Inês Kultchek Marty)

Obs: 1 (Não Sei), 2 (Nunca), 3 (Raramente), 4 (Frequentemente) e 5 (Sempre)

\* Ferramenta específica para avaliação das equipes de ESF

**Tabela 5:** Avaliação do gestor sobre a facilidade na utilização das ferramentas/tecnologias de gestão e informação priorizadas – SMS de Curitiba, 2008.

FACILIDADE	UBS ESF (n=51)					UBS Tradicionais (n=51)				
	%					%				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Mapas Inteligentes	11,76	0	23,53	31,37	33,33	3,92	13,73	25,49	39,22	17,65
Relatórios/Ouvidoria	3,92	13,72	17,65	41,18	23,53	5,88	9,80	31,37	39,21	13,72
Pesquisas/Satisfação	1,96	1,96	7,84	41,18	47,06	5,88	3,92	13,72	43,13	33,33
Relatórios/CQS	0	0	11,76	37,25	50,98	0	5,88	7,84	45,10	41,18
Sistemas Nacionais	0	0	11,76	39,21	49,02	0	3,92	13,72	43,14	39,22
CMCE	0	0	5,88	43,13	50,98	0	1,96	15,69	47,06	35,29
Guidelines/Protocolos	1,96	0	7,84	43,14	47,06	0	0	3,92	52,94	43,14
POA e IDQ	0	0	1,96	29,41	68,63	0	0	3,92	29,41	66,66
Plano Municipal	3,92	0	23,53	49,02	23,53	1,96	0	15,69	60,78	21,57
Conferências Saúde	1,96	0	11,76	54,90	31,37	0	0	17,64	50,98	31,37
Indicadores de Saúde	0	0	11,76	52,94	35,29	1,96	0	9,80	60,78	27,45
Contrato Gestão/PMC	1,96	0	17,65	52,94	27,45	0	0	13,25	54,90	31,37
Pacto da Saúde	0	0	13,76	49,01	37,25	0	0	13,73	58,82	27,45
AMQ*	0	3,92	19,61	45,10	31,37	-	-	-	-	-

**Fonte:** Questionário realizado na SMS de Curitiba com as Chefias das UBS em dez/2009. Integrante de Dissertação de Mestrado – PPG\_EPI da UFRGS ( Inês Kultchek Marty)

Obs: 1 (Não Sei), 2 (Nunca), 3 (Raramente), 4 (Frequentemente) e 5 (Sempre)

\* Ferramenta específica para avaliação das equipes de ESF

**Tabela 6:** Avaliação do gestor sobre a capacitação para utilização das ferramentas/tecnologias de gestão e informação priorizadas – SMS de Curitiba, 2008.

CAPACITAÇÃO	UBS ESF (n=51)					UBS Tradicionais (n=51)				
	%					%				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Mapas Inteligentes	5,88	33,33	29,41	15,69	15,69	3,93	33,33	27,45	25,49	9,80
Relatórios/Ouvidoria	0	29,41	25,49	21,57	23,53	5,88	25,49	35,29	25,49	7,84
Pesquisas/Satisfação	0	23,53	21,21	29,42	25,49	1,96	23,54	27,45	29,41	17,65
Relatórios/CQS	0	3,92	17,65	43,14	35,29	0	15,69	25,49	25,49	33,33
Sistemas Nacionais	0	5,88	13,72	37,25	43,14	0	7,84	9,80	50,98	31,37
CMCE	0	3,92	21,57	35,29	39,22	0	15,69	17,65	37,25	29,41
Guidelines/Protocolos	1,96	0	5,88	50,98	41,18	0	0	5,88	56,86	37,25
POA e IDQ	0	1,96	5,88	29,41	62,75	0	1,96	11,76	23,52	62,74
Plano Municipal	1,96	5,88	29,41	43,14	19,61	1,96	5,88	17,65	54,90	19,61
Conferências Saúde	1,96	7,84	23,53	39,22	27,45	0	7,84	19,61	45,10	27,45
Indicadores de Saúde	0	5,88	29,41	45,10	19,61	1,96	1,96	25,49	47,06	23,53
Contrato Gestão/PMC	0	3,92	17,65	50,98	27,45	1,96	1,96	9,80	54,90	31,37
Pacto da Saúde	0	1,96	23,53	41,18	33,33	1,96	5,88	15,68	52,94	23,53
AMQ*	0	19,61	29,41	33,33	17,65	-	-	-	-	-

**Fonte:** Questionário realizado na SMS de Curitiba com as Chefias das UBS em dez/2009. Integrante de Dissertação de Mestrado – PPG\_EPI da UFRGS ( Inês Kultchek Marty)

Obs: 1 (Não Sei), 2 (Nunca), 3 (Raramente), 4 (Frequentemente) e 5 (Sempre)

\* Ferramenta específica para avaliação das equipes de ESF

**Tabela 7:** Categorização dos Indicadores de Saúde – SMS de Curitiba, 2008.

Indicador	UBS ESF (n=51)				UBS Tradicional (n=48)				P Valor
	Menor que Primeiro Quartil	Entre Primeiro e Segundo Quartil	Entre Segundo e Terceiro Quartil	Maior que Terceiro Quartil	Menor que Primeiro Quartil	Entre Primeiro e Segundo Quartil	Entre Segundo e Terceiro Quartil	Maior que Terceiro Quartil	
1	17	12	9	13	8	12	16	12	0,16
2	7	11	11	22	18	13	14	3	<0,001
3	15	9	14	13	10	16	10	12	0,31
4	12	11	10	18	13	14	14	7	0,12
5	11	14	15	11	14	10	10	14	0,51
6	4	8	18	21	21	16	7	4	<0,001
7	10	9	15	17	10	9	19	10	0,53
8	6	7	15	23	19	17	10	2	<0,001
9	12	8	14	17	13	16	10	9	0,12
10	3	11	18	19	20	15	6	7	<0,001
11	15	8	11	17	10	12	6	20	0,33
12	2	9	25	15	7	12	13	16	0,07
13	3	7	23	18	17	6	17	8	0,002
14	10	12	10	19	12	8	11	17	0,79
15	3	12	22	14	10	9	17	12	0,18
16	3	7	18	23	22	17	7	2	<0,001
17	4	5	18	24	21	19	7	1	<0,001

Fonte: Curitiba/SMS – Cartão Qualidade Saúde/Relatórios - 2008

Nota: Os Indicadores de saúde estão descritos em ordem numérica na Tabela 23.

**Tabela 8:** Avaliação dos usuários ao atendimento nas unidades de saúde – SMS de Curitiba, 2008.

	Mínimo	Primeiro Quartil	Mediana	Terceiro Quartil	Máximo	Média
<b>ESF</b>						
Não conhece a chefia	38	56,5	67	72,5	96	65,57
Mais de 3 vezes p/ser atendido	0	7,5	16	20	50	15,82
Mais que 2 hs para ser atendido	22	40,5	47	57,5	68	47,86
Problemas não resolvidos	2	12,5	17	22,5	39	18,49
Não conhece a ACS	6	17	24	31	100	25,71
Avaliação do atendimento*	1	7,5	13	19	45	2,46
Avaliação do trabalho do ACS*	0	0	0	2,75	12	2,87
<b>Tradicional</b>						
Não conhece a chefia	43	61	69	73,5	93	67,53
Mais de 3 vezes p/ser atendido	2	6,5	17	23	50	16,51
Mais que 2 hs para ser atendido	2	23	34	42	59	32,62
Problemas não resolvidos	4	12	15	21	39	16,47
Não conhece a ACS	18	30	42	50	65	41,09
Avaliação do atendimento*	0	5	9	13	29	2,57
Avaliação do trabalho do ACS*	0	0	0	0	10	2,92

OBS: valores apresentados em percentuais

Fonte: ICI (Pesquisa de Satisfação do Usuário, 2008), Integrante de Dissertação de Mestrado – PPG\_EPI da UFRGS (Inês Kultchek Marty)

\* Avaliação em Ruim/Péssimo



**Tabela 9:** Percepção do gestor local sobre a satisfação do usuário atendido – SMS de Curitiba, 2008.

	UBS ESF (n=51)				UBS Tradicional (n=51)				P Valor
	Menor que Primeiro Quartil	Entre Primeiro e Segundo Quartil	Entre Segundo e Terceiro Quartil	Maior que Terceiro Quartil	Menor que Primeiro Quartil	Entre Primeiro e Segundo Quartil	Entre Segundo e Terceiro Quartil	Maior que Terceiro Quartil	
Avaliação Atendimento	18	13	9	11	6	12	15	15	0,04

**Fonte:** Questionário realizado na SMS de Curitiba com as Cheffias das UBS em dez/2009. Integrante de Dissertação de Mestrado – PPG\_EPI da UFRGS ( Inês Kultchek Marty)

**Tabela 10:** Cruzamento entre utilização de ferramentas/tecnologias de gestão e atributos essenciais da APS em cada modelo de atenção – SMS de Curitiba, 2011.

UTILIZAÇÃO	UBS ESF (n=51) %		UBS Trad. (n=48) %	
	1	2	1	2
Acesso	13	12	10	13
Integralidade	10	15	12	11
Coordenação	10	15	11	12
Longitudinalidade	13	12	11	12

**Fonte:** Integrante de Dissertação de Mestrado – PPG\_EPI da UFRGS ( Inês Kultchek Marty)

**Tabela 11:** Coeficiente de correlação entre a facilidade com as ferramentas/tecnologias de gestão e atributos essenciais da APS em cada modelo de atenção – SMS de Curitiba, 2011.

	Correlação Pearson	P valor	Correlação Spearman	P valor	Coefficiente Gamma	P valor
<b>ESF</b>						
Acesso	0,154	0,28	0,108	0,45	0,341	0,08
Integrabilidade	-0,054	0,70	-0,102	0,48	-0,120	0,33
Coordenação	-0,176	0,21	-0,216	0,13	-0,416	0,04
Longitudinalidade	0,034	0,81	0,064	0,66	0,037	0,45
<b>Tradicional</b>						
Acesso	-0,092	0,53	-0,215	0,14	-0,545	0,01
Integrabilidade	0,014	0,92	0,022	0,88	0,084	0,38
Coordenação	-0,086	0,56	-0,068	0,65	-0,250	0,18
Longitudinalidade	0,037	0,80	0,059	0,69	-0,25	0,18

**Fonte:** Integrante de Dissertação de Mestrado – PPG\_EPI da UFRGS ( Inês Kultchek Marty)

**Tabela 12:** Cruzamento entre a facilidade com as ferramentas/tecnologias de gestão e atributos essenciais da APS em cada modelo de atenção – SMS de Curitiba, 2011.

FACILIDADE	UBS ESF (n=51)			UBS Trad. (n=48)		
		%			%	
	1	2		1	2	
Acesso	1	14	10	1	7	14
	2	11	16	2	17	10
Integralidade	1	11	13	1	11	10
	2	14	13	2	13	14
Coordenação	1	9	15	1	9	12
	2	16	11	2	15	12
Longitudinalidade	1	12	12	1	9	12
	2	13	14	2	15	12

Fonte: Integrante de Dissertação de Mestrado – PPG\_EPI da UFRGS ( Inês Kultchek Marty)

**Tabela 13:** Coeficiente de correlação entre a capacitação para o uso de ferramentas/tecnologias de gestão e atributos essenciais da APS em cada modelo de atenção – SMS de Curitiba, 2011.

	Correlação Pearson	P valor	Correlação Spearman	P valor	Coefficiente Gamma	P valor
ESF						
Acesso	0,026	0,85	0,017	0,90	0,116	0,33
Integrabilidade	-0,114	0,43	-0,200	0,15	-0,343	0,08
Coordenação	-0,137	0,34	-0,162	0,25	-0,480	0,01
Longitudinalidade	-0,017	0,90	-0,047	0,74	-0,040	0,44
Tradicional						
Acesso	-0,009	0,95	-0,087	0,55	-0,165	0,27
Integrabilidade	0,115	0,44	0,116	0,43	-0,165	0,27
Coordenação	-0,088	0,55	-0,130	0,38	-0,324	0,10
Longitudinalidade	0,026	0,86	0,045	0,76	-0,165	0,27

Fonte: Integrante de Dissertação de Mestrado – PPG\_EPI da UFRGS ( Inês Kultchek Marty)

**Tabela 14:** Cruzamento entre a capacitação para o uso de ferramentas/tecnologias de gestão e atributos essenciais da APS em cada modelo de atenção – SMS de Curitiba, 2011.

	UBS ESF (n=51)			UBS Trad. (n=48)		
		%			%	
	1	2		1	2	
Acesso	1	13	12	1	11	13
	2	12	14	2	13	11
Integralidade	1	10	15	1	11	13
	2	15	11	2	13	11
Coordenação	1	9	16	1	10	14
	2	16	10	2	14	10
Longitudinalidade	1	12	13	1	11	13
	2	13	13	2	13	11

Fonte: Integrante de Dissertação de Mestrado – PPG\_EPI da UFRGS ( Inês Kultchek Marty)

**Tabela 15:** Coeficiente de correlação entre a avaliação do atendimento das UBS e atributos essenciais da APS em cada modelo de atenção – SMS de Curitiba, 2011.

	Correlação Pearson	P valor	Correlação Spearman	P valor	Coefficiente Gamma	P valor
<b>ESF</b>						
Acesso	-0,068	0,63	-0,089	0,53	-0,120	0,33
Integrabilidade	0,134	0,35	0,087	0,54	0,037	0,44
Coordenação	-0,028	0,85	-0,045	0,75	-0,120	0,33
Longitudinalidade	0,134	0,35	0,134	0,35	0,341	0,08
<b>Tradicional</b>						
Acesso	-0,241	0,10	-0,151	0,31	-0,211	0,22
Integrabilidade	-0,022	0,88	-0,019	0,90	0,043	0,44
Coordenação	0,224	0,13	0,248	0,09	0,211	0,22
Longitudinalidade	-0,120	0,42	-0,171	0,25	-0,043	0,44

Fonte: Integrante de Dissertação de Mestrado – PPG\_EPI da UFRGS ( Inês Kultchek Marty)

**Tabela 16:** Cruzamento entre avaliação do atendimento das UBS e atributos essenciais da APS em cada modelo de atenção – SMS de Curitiba, 2011.

	UBS ESF (n=51)		UBS Trad. (n=47)			
	%		%			
	1	2	1	2		
Acesso	1	11	13	1	10	13
	2	14	13	2	13	11
Integralidade	1	12	12	1	12	11
	2	13	14	2	12	12
Coordenação	1	11	13	1	13	10
	2	14	13	2	11	13
Longitudinalidade	1	14	10	1	11	12
	2	11	16	2	12	12

Fonte: Integrante de Dissertação de Mestrado – PPG\_EPI da UFRGS ( Inês Kultchek Marty)

**Tabela 17:** Coeficiente de correlação entre a avaliação do trabalho ACS e atributos essenciais da APS em cada modelo de atenção – SMS de Curitiba, 2011.

	Correlação Pearson	P valor	Correlação Spearman	P valor	Coefficiente Gamma	P valor
<b>ESF</b>						
Acesso	-0,129	0,37	-0,090	0,53	-0,237	0,18
Integrabilidade	0,080	0,58	0,114	0,43	0	0,50
Coordenação	0,077	0,59	0,052	0,72	0,159	0,28
Longitudinalidade	0,066	0,65	0,059	0,68	0	0,50
<b>Tradicional</b>						
Acesso	-0,032	0,83	-0,066	0,66	-0,217	0,21
Integrabilidade	-0,030	0,84	-0,024	0,87	-0,295	0,13
Coordenação	0,120	0,42	0,273	0,06	0,830	<0,01
Longitudinalidade	-0,253	0,08	-0,241	0,10	-0,295	0,13

Fonte: Integrante de Dissertação de Mestrado – PPG\_EPI da UFRGS ( Inês Kultchek Marty)

**Tabela 18:** Cruzamento entre avaliação do trabalho ACS e atributos essenciais da APS em cada modelo de atenção – SMS de Curitiba, 2011.

	UBS ESF (n=51)				UBS Trad. (n=48)				
			%				%		
	1	2	1	2	1	2	1	2	
Acesso	1	11	14	1	9	14	1	9	14
	2	14	11	2	12	12	2	12	12
Integralidade	1	12	13	1	9	14	1	9	14
	2	12	13	2	13	11	2	13	11
Coordenação	1	13	12	1	18	5	1	18	5
	2	11	14	2	6	18	2	6	18
Longitudinalidade	1	12	13	1	9	14	1	9	14
	2	12	13	2	13	11	2	13	11

Fonte: Integrante de Dissertação de Mestrado – PPG\_EPI da UFRGS ( Inês Kultchek Marty)

**Tabela 19:** Coeficiente de correlação entre a avaliação do atendimento das UBS e escores de ferramentas/tecnologias de gestão em cada modelo de atenção – SMS de Curitiba, 2011.

	Correlação Pearson	P valor	Correlação Spearman	P valor	Coefficiente Gamma	P valor
ESF						
Utiliza	0,043	0,76	0,095	0,50	0,193	0,23
Facilidade	0,192	0,18	0,2030	0,15	0,264	0,15
Capacitação	0,206	0,15	0,192	0,18	0,341	0,08
Tradicional						
Utiliza	0,079	0,60	0,105	0,48	0,368	0,07
Capacitação	0,024	0,87	0,035	0,81	0,124	0,33
Capacitação	-0,046	0,76	-0,042	0,78	0,126	0,33

Fonte: Integrante de Dissertação de Mestrado – PPG\_EPI da UFRGS ( Inês Kultchek Marty)

**Tabela 20:** Cruzamento entre avaliação do atendimento das UBS e escores de ferramentas/tecnologias – SMS de Curitiba, 2011.

	UBS ESF (n=51)				UBS Trad. (n=47)				
			%				%		
	1	2	1	2	1	2	1	2	
Utiliza	1	13	11	1	13	10	1	13	10
	2	12	15	2	9	15	2	9	15
Facilidade	1	13	11	1	11	12	1	11	12
	2	11	16	2	10	14	2	10	14
Capacitação	1	14	10	1	12	11	1	12	11
	2	11	16	2	11	13	2	11	13

Fonte: Integrante de Dissertação de Mestrado – PPG\_EPI da UFRGS ( Inês Kultchek Marty)

**Tabela 21:** Coeficiente de correlação entre a avaliação do trabalho dos ACS e escores de ferramentas/tecnologias de gestão em cada modelo de atenção – SMS de Curitiba, 2011.

	Correlação Pearson	P valor	Correlação Spearman	P valor	Coefficiente Gamma	P valor
<b>ESF</b>						
Utiliza	0,004	0,98	-0,016	0,91	-0,080	0,39
Facilidade	-0,087	0,55	-0,116	0,42	0,000	0,50
Capacitação	0,026	0,86	-0,003	0,98	0,237	0,18
<b>Tradicional</b>						
Utiliza	0,079	0,60	0,103	0,49	0,368	0,07
Facilidade	0,024	0,87	0,036	0,81	0,124	0,33
Capacitação	-0,046	0,76	-0,042	0,78	0,126	0,33

Fonte: Integrante de Dissertação de Mestrado – PPG\_EPI da UFRGS ( Inês Kultchek Marty)

**Tabela 22:** Cruzamento entre avaliação do trabalho ACS e ferramentas/tecnologias em cada modelo de atenção – SMS de Curitiba, 2011

	UBS ESF (n=51)			UBS Trad. (n=47)		
		%			%	
	1	2		1	2	
Utiliza	1	12	13	1	13	10
	2	13	12	2	9	15
Facilidade	1	12	13	1	12	12
	2	12	13	2	10	14
Capacitação	1	14	11	1	12	11
	2	11	14	2	11	13

Fonte: Integrante de Dissertação de Mestrado – PPG\_EPI da UFRGS ( Inês Kultchek Marty)

**Tabela 23:** Série Histórica para Indicadores de Saúde – SMS de Curitiba, 2003, 2005 e 2008.

	Média/Ano		
	2003	2005	2008
1. Percentual 1ª consulta odontológica/total procedimentos	27,01	14,41	10,77
2. Cobertura de 1ª consulta odontologica/população	5,49	12,60	10,80
3. Percentual de encaminhamento para patologia clínica	85,34	116,31	128,52
4. Percentual de encaminhamento para consulta especializada	15,53	17,00	16,47
5. Cobertura Vacinal de < 1 ano com a vacina tetravalente	77,02	92,91	92,58
6. Cobertura de inscrição de < 1 ano no Programa de Saúde da Criança	59,96	58,01	67,76
7. Concent. de consultas medicas, enfermagem e aux. enf. para < 1 ano inscritos	7,72	16,75	13,36
8. Cobertura de inscrição de gestantes	77,16	79,04	72,23
9. Percentual de gestantes inscritas antes dos 120 dias de gestação	77,69	77,86	83,74
10. Concent. de cons. médicas e enferm. realizada para gestantes inscritas no programa	5,74	6,90	8,21
11. Concentração de exames de HIV para gestantes inscritas no programa	0,81	0,89	1,37
12. Concentração de exames de Glicose para gestantes inscritas no programa	0,79	0,80	1,06
13. Concentração de exames de Urina para gestantes inscritas no programa	1,54	1,63	1,86
14. Concentração de exames de VDRL para gestantes inscritas no programa	1,30	1,56	1,67
15. Concentração de consultas medicas e enfermagem para puérperas	0,64	0,79	1,15
16. Cobertura de inscrição de HAS	50,25	59,72	68,74
17. Cobertura de inscrição de DM	39,25	43,59	70,09

Fonte: Curitiba/SMS – Cartão Qualidade Saúde/Relatórios – 2003, 2005 e 2008; IBGE/Censo

<b>Quadro 1</b>								
<b>Lista dos Indicadores de Saúde priorizados, fontes de verificação e parâmetros recomendados. Relação dos Indicadores de Saúde com Tecnologias de Gestão/Documents Institucionais.</b>								
<b>Indicadores</b>	<b>Pro- dução</b>	<b>POA</b>	<b>IDQ</b>	<b>Pact o da Saúde</b>	<b>PMC</b>	<b>PPA</b>	<b>PMS / DAS</b>	<b>Fonte de Verificação e Parâmetros Recomendados (Municipal/Nacional)</b>
1. Percentual de 1ª consultas odontológicas sobre o total de procedimentos odontológicos								<b>Fonte:</b> CQS (Mapa Geral de Procedimentos) - 03.01.01.015-3 <b>Parâmetro:</b> não encontrado
2. Cobertura de primeira consulta odontológica sobre a população total								<b>Fonte:</b> CQS (Mapa Geral de Procedimentos) - 03.01.01.015-3 <b>Parâmetro:</b> >10%
3. Percentual de encaminhamento para patologia clínica sobre o total de consultas médicas básicas realizadas								<b>Fonte:</b> CQS (Perfil do Atendimento Médico) <b>Parâmetro:</b> 30-50%
4. Percentual de encaminhamento para consulta especializada sobre o total de consultas médicas básicas realizadas								<b>Fonte:</b> CQS (Perfil do Atendimento Médico) <b>Parâmetro:</b> < 22,3%
5. Cobertura vacinal de < 1 ano - Vacina Tetravalente								<b>Fonte:</b> CQS (Cobertura Vacinal em menores de 1 ano) <b>Parâmetro:</b> > 95%
6. Cobertura de inscrição de crianças menores de 1 ano no programa de Saúde da Criança								<b>Fonte:</b> CQS (Total de Inscritos em Programas - Criança) <b>Parâmetro:</b> 100% usuários SUS
7. Concentração de Consultas Médicas, Enfermagem e atendimentos do Auxiliar de Enfermagem para crianças < 1 ano inscritas no programa.								<b>Fonte:</b> CQS (Concentração de Consultas/Atendimentos sobre Crianças) <b>Parâmetro:</b> 13
8. Cobertura de inscrição das gestantes								<b>Fonte:</b> CQS (Inscrições realizadas no período - gestantes) <b>Parâmetro:</b> 100% usuários SUS
9. Percentual de gestantes inscritas no programa antes dos 120 dias de gestação								<b>Fonte:</b> CQS (Inscrições realizadas no período - gestantes) <b>Parâmetro:</b> > 70%
10. Concentração de consulta médicas e enfermagem realizadas para gestantes inscritas no programa								<b>Fonte:</b> CQS (Relatório de Concentração de Consultas/Atendimentos sobre Gestantes) <b>Parâmetro:</b> 7
11. Concentração de exames de HIV para gestantes inscritas no programa								<b>Fonte:</b> CQS (Exames realizados no período - gestante ) <b>Parâmetro:</b> 1
12. Concentração de exames de glicose para gestantes inscritas no programa								<b>Fonte:</b> CQS (Exames realizados no período - gestante ) <b>Parâmetro:</b> 2
13. Concentração de exames de parcial de urina para gestantes inscritas no programa								<b>Fonte:</b> CQS (Exames realizados no período - gestante ) <b>Parâmetro:</b> 3
14. Concentração de exames de VDRL para gestantes inscritas no programa								<b>Fonte:</b> CQS (Exames realizados no período - gestante ) <b>Parâmetro:</b> 3
15. Concentração de consultas médicas e de enfermagem para puerperas								<b>Fonte:</b> CQS (Concentração de Consultas/Atendimentos sobre gestantes) <b>Parâmetro:</b> 1
16. Cobertura de inscrição no programa de hipertensão arterial								<b>Fonte:</b> CQS (Total de Inscritos em Programas – Hipertensos) <b>Parâmetro:</b> 100% usuários SUS
17. Cobertura de inscrição no programa de diabetes mellitus								<b>Fonte:</b> CQS (Relatório Total de Inscritos em Programas – Diabetes) <b>Parâmetro:</b> 100% usuários SUS

**Fonte dos Indicadores:** Linhas Guia , Protocolos Clínicos e Plano Operativo Anual/SMS/Curitiba; Portaria 1101 GM de 12/06/2002; Pacto da Saúde

## **9. ANEXOS**

- a. Projeto de Pesquisa
- b. Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa
- c. Modelo do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido
- d. Modelo do questionário para gestores locais

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA



**O USO DE FERRAMENTAS E TECNOLOGIAS DE  
INFORMAÇÃO NO PLANEJAMENTO E NA GESTÃO POR  
RESULTADOS DENTRO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE –  
DESAFIOS AOS GESTORES LOCAIS NA BUSCA DE  
RESULTADOS EM SAÚDE E SATISFAÇÃO DO USUÁRIO**

CURITIBA

Junho de 2009



INÊS KULTCHEK MARTY

**O USO DE FERRAMENTAS E TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO NO  
PLANEJAMENTO E NA GESTÃO POR RESULTADOS DENTRO DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – DESAFIOS AOS GESTORES LOCAIS  
NA BUSCA DE RESULTADOS EM SAÚDE E SATISFAÇÃO DO USUÁRIO**

Projeto de pesquisa do Mestrado  
Profissional em Epidemiologia: Gestão  
de Tecnologias em Saúde na Linha de  
Pesquisa de Atenção Primária à Saúde

Orientadora – Carisi Anne Polanczyk

CURITIBA

Junho de 2009

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	124
2. JUSTIFICATIVA	126
3. OBJETIVOS E METAS	132
3.1 Objetivo Geral	132
3.2 Objetivos Específicos	132
3.3 Metas	133
4. METODOLOGIA	133
4.1 Questão de Pesquisa	133
4.2 Delineamento:	134
População do Estudo	134
Critérios de Seleção	134
Amostra	134
Instrumentos	134
Metodologia de Análise	137
5. QUESTÕES ÉTICAS	137
6. DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS	138
7. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO	138
8. RECURSOS NECESSÁRIOS/ORÇAMENTO	139
9. RISCOS E DIFICULDADES	139
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	141

## 1. INTRODUÇÃO

Muito se fala do fim da Era Industrial e do começo de uma nova!

Essa nova Era atende por diferentes nomes “Era da Informação”, “Era da Tecnologia”, “Era do Conhecimento”, “Era da Gestão por Resultados”. Nesta, espera-se um gerente seguro, atuante, líder, motivador, planejador, avaliador. Este contexto exige pessoas e organizações preocupadas com a gestão da informação, das tecnologias, do conhecimento e da atenção. Pois se no passado nos faltava informações hoje o excesso é um dos maiores dilemas dos profissionais. (Henrique J. C. Branco).

A nova realidade por que passa o sistema governamental exige que o Estado reavalie a sua forma de atuação e seu papel frente à sociedade, adotando princípios mais adequados de gestão que ampliem a eficiência da ação estatal, porém sem abandonar a eficácia e o papel de coordenação das políticas públicas, econômicas e sociais. Durante a última década, a mídia e a literatura tem apresentado vasto material que incita à reflexão e à discussão sobre a teoria organizacional, sendo que, nesta área, diversos autores vêm demonstrando a importância de entendimento e da implementação dos conceitos, princípios, modelos e ferramentas de gestão como um novo paradigma para a boa gestão e o sucesso das organizações.

As temáticas denominadas de gestão da informação ou gestão por resultados, configuram-se como um repensar-se da prática gerencial à luz da era da informação, era do conhecimento ou era da inovação, uma vez que a informação e o conhecimento tornaram-se os verdadeiros fatores de vantagem competitiva dos tempos atuais, únicos capazes de conferir sustentabilidade de logo prazo para as organizações públicas e privadas.

Há um reconhecimento contemporâneo de que a gestão dos sistemas de serviços de saúde é a mais complexa entre todos os sistemas sociais, e que no limiar do Século XXI, defronta-se com dois grandes dilemas: decidir com base em opiniões e valores ou com base em evidências científicas, informações e resultados; e estruturar-se para uma gestão de meios ou de fins (Mendes, 2002).

A administração da saúde muitas vezes descentralizada, com inúmeros projetos e milhares de tarefas, têm requerido metodologias e ferramentas que permitam, a baixo custo e com facilidade operacional, integrar todas as informações e disponibilizá-las aos diversos níveis da administração.

O modo de fazer decisões nos sistemas de serviços de saúde e de definir suas políticas, à base de opiniões e da existência de recursos, deve ser substituído por outro, muito mais conseqüente, que reconhecendo os valores e os recursos, ajuda na tomada das decisões e na formatação das políticas de saúde com base em modernas tecnologias, ferramentas de informação, evidências produzidas pela melhor pesquisa científica e tecnológica, entre outras.

A avaliação dos resultados é um componente importante da responsabilidade dos serviços da saúde (Starfield, 2002). A efetividade dos serviços e a equidade em sua prestação são cruciais na Atenção Primária à Saúde (APS), bem como para os serviços da saúde em geral. Os resultados podem ser considerados no nível individual, bem como no nível de sistema da saúde. As avaliações dos resultados convencionais tratam da extensão na qual os serviços clínicos prestados para os indivíduos alcançam resultados finais que podem coincidir com as expectativas de atenção médica oferecida e são, geralmente, avaliados pela revisão do prontuário médico ou pela entrevista dos pacientes (Starfield, 2002).

A atenção primária é o nível do serviço de saúde que deve oferecer a porta de entrada no sistema para todas as necessidades salvo aquelas de urgência/emergência que devida condição exigem atendimento mais especializado e com recursos tecnológicos. APS deve, porém coordenar e integrar a atenção à saúde realizada pelos diferentes níveis de atenção. Diante destas considerações não há como negar o desafio aos gestores da saúde também na gestão das informações e no uso de ferramentas e tecnologias disponíveis para uma efetiva gestão por resultados. Em uma instituição é importante pensar na qualidade das informações, monitoramento, avaliação, capacitação permanente, planejamento estratégico, a disponibilização de modernas ferramentas e tecnologias. A busca da transparência e principalmente no envolvimento e sentido de pertencimento de todo o corpo gerencial e técnico na efetivação de resultados em saúde, pois isto não deve ser atribuição exclusiva do gestor municipal. Estes questionamentos fazem com que este tema seja apresentado como projeto de pesquisa.

## **2. JUSTIFICATIVA**

Em 1977, em sua trigésima reunião anual, a Assembléia Mundial de Saúde decidiu que a principal meta social aos governantes seria “Saúde para todos no Ano 2000”, esta declaração desencadeou uma série de atividades que tiveram um grande impacto sobre o pensamento a respeito da atenção primária (Starfield, 2002). Os princípios foram enunciados na Conferência realizada em Alma Ata e trataram do tópico da “atenção primária à saúde”, sendo reconhecida como uma porção “integral, permanente e onipotente do sistema formal de atenção à saúde em todos os países, não sendo apenas uma coisa ‘a mais’” (Basch,1990).

O Sistema de Saúde é uma combinação de recursos, organização, financiamento e gerenciamento que culmina na prestação de serviços de saúde para a população (Roemer, 1991). Resultam da implementação de uma determinada política de saúde, que, por sua vez, é um conceito relativamente novo.

A partir das últimas décadas do século XX, os sistemas de saúde de todo mundo estão submetidos a processos de reforma. A reforma sanitária no Brasil e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) significaram, no plano legal, uma mudança extremamente expressiva na política de saúde brasileira.

O SUS é ainda palco de disputa entre modelos assistenciais diversos, alternativos ou experimentais, implementados com esforço, com a tendência de reprodução conflitiva dos modelos hegemônicos, isto é, o modelo médico assistencial privatista e o modelo sanitarista (Mendes, 1993; Paim, 1994). Por estar em construção desde a promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988, colocando como desafio para a sociedade brasileira que seja implementado “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e assegurem o acesso *universal e igualitário* às ações e serviços para a promoção”.

São objetivos dos serviços de saúde e comuns aos diferentes sistemas de saúde: O alcance de um nível ótimo de saúde da população, distribuído de forma equitativa, a garantia de uma proteção adequada dos riscos em saúde para todos os cidadãos, o acolhimento dos cidadãos, a efetividade e a eficiência.

Ainda há que se considerar que no SUS, a prestação de serviços é descentralizada ao máximo para estados e municípios e co-financiada por todos os três

níveis de governo, portanto havendo necessidade do gerenciamento dos recursos financeiros, pois o financiamento do setor público de saúde é finito.

A adoção da gestão dos sistemas de serviços baseada em informações, tecnologias e evidência implicam mudanças culturais, cognitivas e tecnológicas profundas nas organizações de saúde, o que se expressa na institucionalização do monitoramento e avaliação, gestão do conhecimento e na gestão por resultados.

Existem indicadores de saúde estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde - OMS, Ministério da Saúde - MS, Planos de Saúde entre outros, que devem ser monitorados a nível nacional, estadual e municipal e que medem o impacto das ações, a qualidade da atenção prestada e se o rumo que se está tomando com esta ou aquela ação. Para que existam estes monitoramentos devem ser efetivados pactos entre as diferentes esferas de gestão da saúde, reforçando a importância de que esta responsabilidade deve ser dividida também com os gestores locais de saúde e não apenas ficar na responsabilidade do gestor municipal.

A Atenção Primária da Saúde vem sendo fortalecida no Brasil através da expansão em número de equipamentos, quantidade e diversidade de ações bem como se efetivado como porta de entrada do sistema, assim cabe ao gestor local o dever de estar preparado e sentir-se seguro no desenvolvimento do planejamento local, monitoramento, avaliação enfim que tome suas decisões baseado em conhecimentos da sua realidade e da realidade apresentada por experiências e estudos externos. Para tanto deve permanentemente utilizar-se de ferramentas e tecnologias de gestão e informação para que tome decisões com segurança e em conformidade com a política de saúde.

A avaliação em saúde no Brasil apresenta-se em um contexto em que os processos são incipientes, pouco incorporados às práticas e possuem caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo que subsidiário do planejamento e da gestão. Além disso, os instrumentos existentes ainda não se constituem em ferramentas de suporte ao processo decisório nem de formação das pessoas nele envolvidas. O processo de avaliação da APS ainda é frágil para fornecer subsídios ao gestor para a tomada de decisão quanto à reversão do modelo.

Em Curitiba, com a municipalização dos serviços de saúde, utilizou-se como estratégia o fortalecimento da APS assim a descentralização e a distritalização vieram para criar uma rede de atenção.

A Secretaria Municipal da Saúde – SMS tem total responsabilidade por todos os níveis de serviços de saúde (Gestão Plena) desde 1998, para uma população estimada em 1.850.000 habitantes e aproximadamente 70% utilizando os serviços prestados pelo SUS.

Grande parte da APS da cidade (medicina geral) e parte da atenção secundária (medicina especializada) está sob responsabilidade do setor público. O município possui 122 das 281 unidades de saúde ambulatoriais (primária e secundária) da cidade. Com um total de 133 equipamentos gerenciados pela SMS, incluídos os 8 Centros Municipais de Urgências Médicas, o Hospital e o Laboratório Municipal (Dados obtidos junto a SMS/CIS e CCAA-2009).

A gestão da saúde em Curitiba, cuja história de construção do SUS é marcada pela permanente busca da consolidação dos seus princípios, a Universalidade, a Integralidade, a Equidade, a Hierarquização, a Descentralização, e o Controle Social, já tem muito a comemorar, mas mantém os olhos sempre atentos



aos desafios presentes para mudar seu futuro. O aumento da expectativa de vida da população, a diminuição da mortalidade infantil, a redução de alguns indicadores de áreas específicas como a redução da doença cárie aos doze anos, são indicadores que refletem as conquistas da área da saúde e as ações intersetoriais ocorridas nas últimas décadas.

Mais é necessário fazer mais e melhor, buscando o envolvimento de todos: usuários, técnicos e gestores locais, distritais e municipal na busca coletiva de resultados eficientes, eficazes e efetivos. Por reconhecer a efetiva importância da qualidade da informação para o bom gerenciamento de um sistema de saúde, vem ao longo dos anos investindo sistematicamente no desenvolvimento de novas ferramentas para a gestão da informação em saúde.

Ao se destacar pontos relevantes à cerca da melhoria da gestão, há que se reconhecer o Cartão Qualidade Saúde, implantado em fevereiro de 1999, como marco na evolução do sistema de informação. A vinculação do usuário a este sistema ocorre no momento da efetivação do cadastramento na Unidade Básica de Saúde mais próxima da moradia. Esse cadastramento permite o acesso ao prontuário eletrônico único, possibilitando a inserção de todos os registros de atendimentos, multiprofissionais, gerados para este usuário.

Este sistema informatizado está integrado “on line” com todas as unidades básicas de saúde de atenção primária e especializadas bem como com os Centros Municipais de Urgência Médica (CMUM), Laboratório Municipal (coleta e retorno de laudos), Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados (CMCE). Este sistema ainda é responsável por alimentar os sistemas de informação provenientes do Ministério da Saúde e fornecer relatórios gerenciais, em tempo real, que permitem ao

gestor local, distrital e municipal da saúde conhecer a produção, produtividade, morbidade, atividades programadas, entre outras e usá-las no monitoramento e na tomada de decisão.

Observa-se que muitas vezes, os efeitos das inovações na gestão têm vida curta: aumentam o desempenho inicialmente enquanto ainda são novidades e devota atenção especial aos trabalhadores, mas conforme perdem sua novidade, os profissionais reajustam seus esforços ao nível normal, isto demonstra a importância de se pensar em estratégias para fortalecimento e implementação das ações.

A relevância da pesquisa está centrada em que na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, historicamente tanto gestores como técnicos preocuparam-se com o monitoramento de dados e informações em saúde, investindo em modernas tecnologias, o que contribuiu para a existência de importantes séries históricas. O fortalecimento da atenção básica tem consolidado o modelo assistencial que está baseado em território geográfico e território processo, responsabilização sanitária, vigilância à saúde e porta de entrada do sistema. Com todas estas responsabilidades, e outras não listadas, torna-se fundamental a importância do monitoramento da atenção primária como forma de indicar aos gestores locais, distritais e municipais os resultados e apontar os rumos a serem tomados baseados em informações seguras.

Comemorar avanços com as equipes locais tem sido uma das formas de demonstrar a importância do trabalho integrado na busca de resultados em saúde.

**Hipótese:** A utilização das ferramentas e tecnologias de gestão e de informação disponibilizadas pelo gestor municipal aos gestores locais facilita o planejamento local, estimula a gestão por resultados, contribuindo para o alcance de

melhores resultados em saúde e satisfação dos usuários atendidos, no contexto da APS.

### **3. OBJETIVOS E METAS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Avaliar a apropriação e a utilização de ferramentas e tecnologias de gestão e informação disponibilizadas aos gestores locais, como facilitadores no delineamento do planejamento e na gestão por resultados na APS e sua contribuição na melhoria dos resultados em saúde e na satisfação do usuário.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- 1) Comparar a apropriação dos instrumentos, ferramentas e tecnologias de gestão e informação entre os gestores locais das UBS Tradicionais e ESF quanto a sua facilidade no uso, recebimento de capacitações e utilização no planejamento local e na gestão por resultados.
- 2) Indicar quais instrumentos, ferramentas, ferramentas e tecnologias de gestão e informação são mais relevantes para o planejamento e gestão por resultados pelos gestores locais das UBS Tradicionais e ESF.
- 3) Comparar o grau de a utilização dos instrumentos, ferramentas e tecnologias de gestão e informação com os resultados alcançados em indicadores de saúde das UBS Tradicionais e ESF.
- 4) Comparar o grau de utilização dos instrumentos, ferramentas e tecnologias de gestão e informação com os resultados alcançados na satisfação dos usuários atendidos nas UBS tradicionais e ESF.

- 5) Verificar se há correlação entre resultados de saúde e satisfação dos usuários atendidos nas UBS Tradicionais e ESF.
- 6) Levantar o grau de envolvimento das equipes (técnicos) e Conselho Local de Saúde (segmento de usuários) no planejamento e no monitoramento de resultados.

### **3.3 Metas**

Desenvolver metodologia de pesquisa avaliativa (qualitativa/quantitativa) visando à coleta e análise de dados primários levantados junto aos gestores da SMS- Curitiba através de entrevistas e aplicação de questionário estruturado, bem como do levantamento e análise de dados secundários junto ao sistema informatizado.

## **4. Metodologia**

### **4.1 Questão da Pesquisa**

*Os gestores locais na APS tem se apropriado das ferramentas e tecnologias de gestão e informação disponibilizadas pelos gestores municipais e utilizado no delineamento de seu planejamento e na gestão por resultados, buscando resultados satisfatórios em saúde e a na satisfação do usuário?*

## **4.2 Delineamento**

### **Delineamento do estudo:**

Estudo Transversal

### **População do estudo:**

Gestores Locais das UBS - Autoridades Sanitárias Locais (ASL)

### **Critérios de seleção:**

Serão selecionados os gestores locais das Unidades Básicas de Saúde – (Tradicional e com a Estratégia de Saúde da Família). Serão excluídos os gestores locais das Unidades Básicas de Saúde Especializadas e as Unidades de Saúde Mistas, ou seja, que tem funcionamento de atenção secundária em conjunto com a APS.

### **Amostra:**

Serão investigados neste estudo o universo de 100% dos gestores locais das Unidades Básicas de Saúde em Curitiba que estejam dentro do critério de seleção. Será avaliado junto a estes se a utilização ou não de ferramentas e tecnologias de gestão e informação está associada com melhores resultados.

### **Instrumentos e fontes para coleta de dados:**

- Levantar as ferramentas e tecnologias de gestão e informação implantadas ou implementadas na SMS nos últimos anos.
- Utilização de questionário estruturado a ser desenvolvido pelo pesquisador com a colaboração de um grupo focal e da orientação do estudo.

- Acesso ao banco de dados do M.S./DATASUS e Relatórios disponibilizados pelo Sistema Informatizado da SMS de Curitiba.
- Acesso às informações contidas nos Contratos de Gestão das UBS.
- Acesso os resultados das pesquisas realizadas pelo ICI para medir a satisfação dos usuários atendidos nas UBS.

**Etapas:**

- a) Levantamento em publicações, históricos e junto aos gestores e técnicos da SMS das principais ferramentas e tecnologias de gestão e informação implantadas na SMS nos últimos anos e disponíveis aos gestores e equipes locais.
- b) Levantamento de dados primários através da aplicação de questionário estruturado sobre a apropriação do gestor local quanto ao nível de utilização, conhecimento, facilidades e capacitação em relação às ferramentas e tecnologias de gestão e informação. Conhecer ainda o grau envolvimento das equipes e dos conselheiros de saúde no planejamento e na gestão por resultados.
  - A construção do questionário estruturado contará com ajuda de um grupo focal (Coordenadores de Informação em Saúde do nível central e distrital) buscando a priorização das ferramentas e tecnologias de gestão e informação a serem avaliadas.
  - Realizar teste piloto do questionário com o grupo focal para levantamento de sugestões, readequações e validação do instrumento. Será solicitada pauta na agenda da reunião de coordenações.

- Aplicar o inquérito (questionário) junto as ASL em reunião de DS.  
Será solicitado pauta ao Supervisor dos DS na agenda de reuniões com as ASL.
- c) Levantamento de dados secundários sobre os resultados em saúde, referentes ao ano de 2003, 2005 e 2008 por UBS.
- Levantamento dos indicadores de saúde que serão avaliados. Correlacionado-os com os atributos da APS.
  - Utilização de dados acessados dos sistemas informatizados do MS/DATASUS e relatórios disponibilizados pelo sistema próprio da SMS de Curitiba denominado Cartão Qualidade Saúde de Curitiba (CQS) e dados do Centro de Epidemiologia.
  - Utilização de dados e resultados dos Contratos de Gestão (TERCOM e POA) pactuados e monitorados pelas UBS.
- d) Levantamento e análise de dados secundários sobre a satisfação do usuário por UBS.
- Utilização de dados das pesquisas de satisfação realizadas pelo Instituto Curitiba de Informática – ICI.
- e) Levantar dados cadastrais das ASL como sexo, idade, profissão, tempo de término de nível superior, Pós Graduação, tempo de trabalho e de chefia na SMS e UBS.
- Serão acrescentadas questões no inquérito (questionário).

### **Metodologia de Análise:**

- a) Após levantamento, serão descritas todas as ferramentas e tecnologias de gestão e informação existente na SMS e disponíveis ao gestor local.
- b) Análises descritivas e estatísticas dos dados primários coletados no inquérito (questionário), bem como dos dados secundários. Os dados encontrados serão digitados em sistemas informatizados: Microsoft Excel e Word, SPSS, ArqView ou outros softwares específicos para compilação e análise de dados.
- c) As informações encontradas serão demonstradas através de análises descritivas, tabelas, gráficos e mapas.
- d) Será realizada análise de correlação de variáveis entre o uso de ferramentas de gestão e informação, resultados em saúde e satisfação do usuário entre as UBS tradicionais e ESF e também por agregação por regiões.
- e) Diante dos resultados encontrados pretende-se posteriormente a conclusão da pesquisa, propor medidas para apoio aos gestores locais para superação das dificuldades locais.

### **5. QUESTÕES ÉTICAS**

Esta pesquisa será encaminhada para apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

As informações coletadas serão mantidas confidenciais, não sendo divulgados os nomes dos entrevistados. Os entrevistados receberão explicação clara sobre os objetivos do estudo através do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)



em 2 vias com garantia da entrega de 1 via a o participante. Será garantido ao participante o direito de concordar ou recusar na participação.

Também será solicitado ao gestor municipal da saúde autorização para uso dos dados primários e secundários obtidos do sistema informatizado da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba e outros registros disponíveis.

As informações levantadas serão de uso exclusivo para esta pesquisa.

## 6. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Com a finalização do projeto de pesquisa os resultados e informações serão encaminhados ao Comitê de Ética em Pesquisa, retorno aos gestores envolvidos, publicação na forma de artigo (s), apresentações em congressos e outros.

## 7. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

	Set. a Dez. 2008	Jan. a Mar. 2009	Abr. a Jun. 2009	Jul. a Set. 2009	Out. a Dez. 2009	Jan. a Mar. 2010	Abr. a Jun. 2010	Jul/10 a Set. 2011
Revisão de Literatura								
Revisão do Projeto junto aos orientadores								
Apresentação Projeto na SMS (Gestor Municipal) e solicitação de acesso aos dados necessários								
Apresentação do projeto ao PPG/UFRGS								
Envio ao Comitê de Ética								
Levantamento das Ferramentas e Tecnologias de Gestão e Informação na SMS								
Formulação do Inquérito (Questionário) em								

conjunto com o Grupo Focal e Orientadores (PPG)								
Validação do Inquérito junto aos Coordenadores de Informação (1º e 2º pilotos)				*				
Formulação do TCLE								
Coleta de Dados Primários (Aplicação de Inquérito para chefias locais-ASL)				*				
Coleta de Dados Secundários (Resultados em Saúde)				*				
Coleta de Dados Secundários (Pesquisa de Satisfação do Usuário)			*					
Digitação dos dados primários e secundários coletados								
Tabulação e Limpeza de dados Primários e Secundário								
Interpretação e Conclusão dos Resultados Encontrados								
Redação da Dissertação e Artigos								
Defesa Final ( Banca Examinadora)								
Submissão de Artigo para Publicação								

\* Após aprovação pelo CEP

## **8. RECURSOS NECESSÁRIOS/ORÇAMENTO**

Os recursos para a realização da pesquisa serão provenientes da estrutura da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba (recursos humanos, sistema informatizado e dados secundários e epidemiológicos) e da autora (material de expediente, recursos de informática, transporte, material didático de apoio).

Os orientadores serão disponibilizados pelo Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da UFRGS

## **9. RISCOS E DIFICULDADES**

Uma eventual dificuldade na pesquisa será a disponibilidade de tempo das chefias para a entrevista e preenchimento do inquérito, assim como na possibilidade de recusa na participação no preenchimento do mesmo, previsto no TCLE.

Para levantamento das informações de resultados em saúde provenientes dos Contratos de Gestão (POA) será necessário contar com a ajuda dos Coordenadores de Informação dos Distritos Sanitários e do Nível Central (ter o material preferencialmente em meio eletrônico para disponibilização).

Para o acesso aos dados no sistema informatizado da SMS-Curitiba deverá ser realizado em horário fora do atendimento das UBS afim de não provocar lentidão do sistema.

## 10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Hartz ZMA. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz [s.d.].

Starfield B. Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia. Brasília, UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

Dutra D. - Curso de Desenvolvimento Pessoal, Programa em *e-learning* do MVC/MENTOR. Texto "Autodesenvolvimento: Você só depende de você"; [s.d.].

UEM e MS. Estudo de linha de base em 20 municípios da Região Sul na implantação do PROESF - avaliando a atenção básica - Maringá; 2007.

Ducci L, Pedotti MA, Simão MG, Moysés SJ. organizadores. Curitiba: a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro, CEBES; 2001.

<http://www.curitiba.pr.gov.br>

Mendes EV. Os sistemas de serviços de saúde: o que os Gestores precisam saber sobre estes Sistemas Complexos”. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.

Minayo MG. O desafio do conhecimento. Rio de Janeiro:Hucitec-Abrasco; 1992.

World Banc - Brasil: Melhorando o Desempenho do Setor Saúde: Lições das Inovações do Estado de São Paulo e da Cidade de Curitiba - Report No. 35.691-BR; 2006.

IMAP, Desenvolvimento Gerencial - Um processo sistêmico e desafiador; 2007.

Xavier EC, Shimazaki ME, Marty IK. Sistema de Informação Gerencial: A Informação Certa, no Tempo Certo. CBIS, São Paulo; 2004.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**  
**CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Curitiba, 15 de junho de 2010.


Of. 06/2010

Prezada Pesquisadora

Em atenção à sua solicitação referente à análise do projeto Protocolo 35/2009 "O uso de ferramentas e tecnologias de informação no planejamento e na Gestão por Resultados dentro da Atenção Primária à Saúde - desafios aos gestores locais na busca de resultados em saúde e satisfação do usuário" informamos que o mesmo está de acordo com a Res 196/96 MS e foi considerado **aprovado** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/SMS como relatório final.

Atenciosamente,

  
**Dr. Samuel Jorge Moysés**  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa  
da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba

Magrit Fabian Sarturi  
Secretária Executiva  
Comitê de Ética em Pesquisas  
Mat 35 887-A SMS

Ilma.Sra.  
Inês Kultchek Marthy  
Nesta

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você esta sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa, cujo titulo é **“O Uso de Ferramentas e Tecnologias de Informação no Planejamento e na Gestão por Resultados dentro da Atenção Primária à Saúde – Desafios aos Gestores Locais na Busca de Resultados em Saúde e Satisfação do Usuário”**.

A pesquisa está sendo realizada por mestranda do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e sob orientação da Professora Dr<sup>a</sup> Carisi Anne Polanczyk. Farão parte desta pesquisa todas as Autoridades Sanitárias Locais das Unidades de Atenção Primária à Saúde de Curitiba.

O objetivo deste questionário é avaliar a apropriação, utilização de ferramentas de gestão e sua facilitação no planejamento e na gestão por resultados. Responda a opção que você considera ser a que mais se aproxima da realidade do seu local de trabalho, ressaltando que não existem respostas certas ou erradas.

A concordância ou não em participar da pesquisa é voluntária. Você tem a liberdade de recusar participar do estudo, ou se aceitar participar, retirar seu consentimento a qualquer momento.

Qualquer informação que seja divulgada em relatório ou publicação, será feito de forma codificada com garantia da pesquisadora que seu nome será preservado e que nenhum dado sobre sua pessoa ou do conteúdo individual será divulgado.

Eu, ..... (Autoridade Sanitária Local), li o texto acima e compreendi a natureza e o objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. Entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão e da garantia de que não serei identificado(a). Concordo, em voluntariamente, participar desta pesquisa.

\_\_\_\_\_ DATA \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
Assinatura da ASL

\_\_\_\_\_ DATA \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisadora

Pesquisadora responsável: Inês Kultchek Marty

QUESTIONÁRIO PARA GESTORES LOCAIS (UBS)

Informação Administrativa

1. Data Aplicação Questionário: / /  2. Distrito Sanitário (vide listagem):

3. Unidade de Saúde (vide listagem):  4. Tipo: ESF  Tradicional

Dados de Identificação

5. Sexo: Masculino  Feminino  6. Data Nascimento: / /

7. Profissão: Médico(a)  Enfermeiro(a)  Dentista  Ass. Social  Psicólogo(a)

Outra  Qual: \_\_\_\_\_ 8. Ano da sua formatura: / /

9. Pós Graduação: Sim  Não  10. Qual: Especialização  Mestrado  Doutorado

Outra  Qual: \_\_\_\_\_

11. Tempo de trabalho na SMS Curitiba: /  anos

12. Tempo de chefia na SMS: /  anos

13. Tempo de chefia nesta UBS: /  anos

Ferramentas de Gestão e Informação – Questões Gerais

Este questionário busca avaliar o uso de algumas ferramentas de gestão implantadas na SMS - Curitiba, ao longo de sua história. Elas estão disponíveis ao gestor local e equipes para o delineamento do planejamento e gestão por resultados. Agradeço por sua contribuição com informações verdadeiras. Não há respostas corretas ou incorretas.

**Para seu conhecimento foram levantadas as seguintes ferramentas de gestão e informação:** Construção de Mapas Inteligentes, Informações da Territorialização, Ferramentas do ESF, AMQ, Fichas Acompanhamento do ACS, Boletins Epidemiológicos, Vigilância em Saúde (Informações Sanitárias, Epidemiológicas e Ambientais), Check list da Dengue, Relatórios e Informações da Ouvidoria da Saúde, Informações Advindas do Acolhimento Solidário, Resultados de Pesquisas de Satisfação do Usuário, Relatórios do Sistema Informatizado da SMS, Relatórios de Sistemas Informatizados Nacional, Relatórios da Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados(CMCE), Relatórios do Laboratório Municipal de Curitiba, Guidelines, Protocolos Clínicos, Manuais e Cadernetas, Resultados do Contrato de Gestão (POA), Resultados do Incentivo ao Desenvolvimento da Qualidade(IDQ), Informações do Sistema Integrado das Maternidades, Informações e Metas contidas nos Instrumentos de Planejamento (Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão da SMS), Dados do Perfil Epidemiológico, Informações das Conferencias de Saúde, Séries Históricas de Indicadores, Indicadores do Pacto pela Saúde, Metas do Contrato de Gestão do Plano de Governo Municipal, etc.

Marque a melhor opção:	Sempre	Frequente- mente	Raramente	Nunca	Não Sei
14. Você utiliza, alguma(s) ferramenta(s) acima, para o delineamento do planejamento local?	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
15. Você utiliza, as ferramentas acima, para a tomada de decisões em sua UBS?	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>



Marque a melhor opção:	5 Sempre	4 Frequentemente	3 Raramente	2 Nunca	1 Não Sei
16. Você sente dificuldade(s) para utilizar estas ferramentas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Em média quantas horas por semana você usa para realizar avaliação de sua UBS, embasado nestas ferramentas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> horas				
18. Você recebeu/recebe capacitação para usar estas ferramentas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Na sua avaliação, sua equipe utiliza estas ferramentas? (no planejamento e avaliação de resultados)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Na sua avaliação, os conselheiros de saúde utilizam estas ferramentas? (no planejamento e avaliação de resultados)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sua UBS possui Plano Local de Saúde:					
Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>		
22. Sua UBS possui Conselho Local de Saúde:					
Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>		
23. Na sua opinião os Resultados de Saúde da UBS (Indicadores de Saúde - POA) são satisfatórios?					
Sim (Todos)	<input type="checkbox"/>	Sim (Alguns)	<input type="checkbox"/>	Nenhum	<input type="checkbox"/>
				Não Sei	<input type="checkbox"/>
24. Na sua opinião a Satisfação do Usuário na sua UBS é satisfatória? (Pesquisa de Satisfação)					
Sim (em todos quesitos)	<input type="checkbox"/>	Sim (em alguns quesitos)	<input type="checkbox"/>	Não (nenhum quesito)	<input type="checkbox"/>
				Não sei	<input type="checkbox"/>
25. Em sua avaliação, <u>pontue de 1 a 10 sobre a relevância para cada ferramenta de gestão e informação</u> abaixo, sendo 10 a de maior relevância e 1 a de menor relevância no seu uso na UBS no planejamento e na gestão por resultados.					
( ) Mapas Inteligentes					
( ) Informações da Territorialização					
( ) Avaliação da Melhoria da Qualidade (AMQ)					
( ) Fichas de acompanhamento ACS					
( ) Ferramentas do ESF					
( ) Boletins Epidemiológicos					
( ) Vigilância em Saúde (Informações Sanitárias, Epidemiológicas e Ambiental)					
( ) Check list da Dengue					
( ) Relatórios e Informações da Ouvidoria da Saúde					
( ) Informações do Acolhimento Solidário					
( ) Resultados de Pesquisas de Satisfação do Usuário					
( ) Relatórios do Sistema Informatizado da SMS (Cartão Saúde)					
( ) Relatórios de Sistemas Informatizados Nacional					
( ) Relatórios da CMCE					
( ) Relatórios/Informações do Laboratório Municipal de Curitiba					
( ) Guidelines, Protocolos Clínicos, Manuais e Cadernetas					
( ) Resultados e Metas do Contrato de Gestão (POA)					
( ) Resultados e Metas do IDQ					
( ) Informações do Sistema Integrado das Maternidades					
( ) Instrumentos de Planejamento (Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão da SMS)					
( ) Dados do Perfil Epidemiológico					
( ) Informações da Conferência Local de Saúde					
( ) Séries Históricas da UBS de Indicadores de Saúde					
( ) Indicadores e Metas do Pacto pela Saúde					
( ) Indicadores e Metas do Contrato de Gestão do Plano de Governo Municipal					





Marque a melhor opção:	5 Sempre	4 Frequentemente	3 Raramente	2 Nunca	1 Não Sei
<b>34. Plano Municipal da Saúde:</b>					
a. Você utiliza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Você sente facilidade no uso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Você recebeu/recebe capacitação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>35. Informações da Conferência Local de Saúde:</b>					
a. Você utiliza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Você sente facilidade no uso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Você recebeu/recebe capacitação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>36. Séries Históricas de Indicadores de Saúde da UBS:</b>					
a. Você utiliza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Você sente facilidade no uso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Você recebeu/recebe capacitação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>37. Indicadores/Metas do Contrato de Gestão do Plano de Governo Municipal:</b>					
a. Você utiliza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Você sente facilidade no uso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Você recebeu/recebe capacitação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>38. Indicadores/Metas do Pacto pela Saúde:</b>					
a. Você utiliza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Você sente facilidade no uso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Você recebeu/recebe capacitação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>39. Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ):</b>					
a. Você utiliza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Você sente facilidade no uso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Você recebeu/recebe capacitação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muito Obrigado!					