

MARLI DE FÁTIMA PRADO FERREIRA BUENO

*AVALIAÇÃO DE UM SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE SOB
A PERSPECTIVA DE PARÂMETROS E INFORMAÇÕES EM
SAÚDE COM ÊNFASE NA GESTÃO*

CAMPINAS

2003

MARLI DE FÁTIMA PRADO FERREIRA BUENO

***AVALIAÇÃO DE UM SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE SOB
A PERSPECTIVA DE PARÂMETROS E INFORMAÇÕES EM
SAÚDE COM ÊNFASE NA GESTÃO***

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da
Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Estadual de
Campinas, para obtenção do título de Mestre em Saúde
Coletiva.*

ORIENTADORA: PROFA. DRA. SILVIA MARIA SANTIAGO

CAMPINAS

2003

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

Bueno, Marli de Fátima Prado Ferreira

B862a Avaliação de um sistema municipal de saúde sob a perspectiva
de parâmetros e informações em saúde com ênfase na gestão /
Marli de Fátima Prado Ferreira Bueno. Campinas, SP : [s.n.],2002.

Orientador: Silvia Maria Santiago

Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1.*Co-gestão. I. Silvia Maria Santiago. II. Universidade Estadual
de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

ORIENTADORA: Profa. Dra Silvia Maria Santiago

Membros:

1. Prof. Dr. Edson Bueno

2 Prof. Dr. Marcos Kisil

Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 13/02/2003

Dedico esta dissertação...

A meus pais, a quem na sua simplicidade, ensinaram-me as determinações da conquista e do esforço pessoal na busca da “minha visão de futuro”.

A meus filhos Diogo e Tamara, minha maior fonte de orgulho e paixão de viver e, que mesmo distantes deste processo, me estimularam diariamente na sede do saber e da conquista, ao acompanhá-los nas angústias e ansiedades da iniciação universitária.

À Inês, minha irmãzinha especial, pela presença “presente”, do “estar ao meu lado independente de”, das lágrimas ao sorriso, do apoio emocional ao operacional, para o alívio lento e silencioso da dor física e mental. Fã incondicional da minha felicidade e do Meu sucesso.

AGRADECIMENTOS

À equipe gestora da Secretaria Municipal de Paulínia representados por Célia Caprera, Rita C. P. Canova, Eunice R. Bernardes, Ana Lucia Krzesinski, Vânia R. Dias e aos demais profissionais e, em especial a Roberto Mardem S. Farias, Secretário Municipal de Saúde, pelo carinho, disponibilidade, humildade e profissionalismo com que me receberam e relataram suas experiências gestoras reafirmando minha paixão à Saúde Pública e, ainda tornando possível a realização dessa dissertação;

À Prof. Dra. Silvia M. Santiago, minha mestra, a quem sou grata pelo carinho, profissionalismo e dedicação com que me orientou e, sobretudo pela pessoa humana maravilhosa que com paciência administrou minha fragmentação processual muitas vezes expressas em ansiedade e rumos equivocados originários do “gesso da prática” me reconduzindo com firmeza ao diálogo entre a práxis e a teoria;

Ao Prof. Dr. Gastão W.S. Campos e ao Prof. Dr. Luís Carlos O. Cecílio pela contribuição magnífica na reflexão dos rumos desta dissertação, quando da qualificação, ampliando o escopo qualitativo desta dissertação;

Ao Prof. Dr. Edson Bueno pela contribuição oportuna, quando da defesa dessa dissertação.

Ao Prof. Dr. Marcos Kisil, mestre pelo qual só aumentou minha admiração e respeito quando da pronta disponibilidade em contribuir com a defesa desta dissertação;

A Prof. Dra. Maria da Graça G. Andrade, a quem sou grata pelas orientações rumo a um encaminhamento acadêmico impecável dessa dissertação;

Ao meus filhos Tamara e Diogo e, ao Paulo por me permitirem, no decorrer deste Curso de Mestrado, me afastar do convívio familiar para investir na minha formação acadêmica.

Às mulheres maravilhosas que me rodearam: M. Goreti P. Heger, Huri S. Santos, Débora C. Gomes, Simoni A. Ribeiro, Renata Gabrielli, Felicia I. L.M. Reis, Estela M. Bonini e Maria do Carmo Rocha que, no meu dia a dia dissertativo me alimentaram com palavras e atos de estímulo e confiança no “meu almejar”.

Aos meus amigos: aos sanitaristas de profissão e aos sanitaristas de coração, que no meu trajeto profissional contribuíram para a acumulação de conhecimento e amadurecimento profissional;

A Leoci H. T. Santos pela presteza e boa vontade com que sempre me atendeu,

À Marta C.R. Guimarães pelo carinho e boa vontade que me auxiliou com seu conhecimento técnico.

Enquanto qualquer pessoa, na qualidade de cidadão, não puder receber adequada assistência em saúde quando dela necessitar, o SUS não terá cumprido o seu papel e o Estado continuará em débito com a sociedade.

CARVALHO e SANTOS (2001).

	PÁG.
RESUMO	xxxi
ABSTRACT	xxxv
1-APRESENTAÇÃO	39
2-INTRODUÇÃO	43
2.1-O organizar-se para produzir.....	46
2.1.1-O contribuir histórico.....	46
2.1.2-O movimentar do homem.....	48
2.1.3-O produzir especializado.....	50
2.1.4-Algumas formas de alienar-se.....	53
2.1.5-Flexibilizando o organizar-se.....	54
2.1.6-Os condutores do produzir.....	56
2.2-O Processar da saúde-doença.....	58
2.2.1-O pensar do processar.....	58
2.2.2-O demandar e o formular.....	61
2.2.3-O avaliar do processar.....	64
2.2.4-O avaliar do intervir-agir.....	68
2.2.5-A informação em Saúde: gestão de processos.....	70
2.2.6-Uma proposta para avaliar o público.....	72
2.2.7-O eterno construir.....	76
2.2.8-As dimensões de alguns pilares.....	80
3-OBJETIVOS	83

3.1-Geral.....	85
3.2-Específicos.....	85
4-MÉTODOS.....	87
4.1-Do instrumento de coleta de dados.....	89
4.2-Dos blocos de análise.....	89
4.2.1-Da seleção dos blocos de análise.....	90
4.2.2-Do conteúdo dos blocos de análise.....	90
4.2.3-Dos parâmetros de cada bloco de análise.....	91
4.3-Da seleção do município.....	96
4.4-Da aplicação do instrumento.....	96
4.5-Da análise do atendimento aos requisitos dos parâmetros.....	97
4.6-Da classificação dos parâmetros.....	98
5-RESULTADOS.....	99
5.1-Da equipe gestora.....	101
5.1.1-perfil profissional da equipe gestora.....	101
5.1.2-O estudo e a equipe gestora.....	102
5.2-Dos relatos/práticas e registros documentais.....	102
5.2.1-Bloco de Análise Planejamento.....	102
I-Parâmetro Liderança.....	102
II-Parâmetro Estratégias e Planos.....	113
III-Parâmetro Usuários.....	121
5.2.2-Bloco de Análise Execução.....	124

I-Parâmetro Pessoas.....	124
II-Parâmetro Processos.....	128
5.2.3-Bloco de Análise Controle.....	132
I-Parâmetro Resultados.....	132
5.2.4-Bloco de Análise Ação.....	141
I-Parâmetro Informação em Saúde.....	141
6-DISCUSSÃO.....	147
6.1-Bloco de Análise Planejamento.....	149
6.2-Bloco de Análise Execução.....	158
6.3-Bloco de análise Controle.....	162
6.4-Bloco de Análise Ação.....	164
6.5-Bloco de Análise.....	166
6.6-Do cumprimento dos objetivos.....	169
6.7-Limites e possibilidades de estudo.....	172
7-CONCLUSÕES.....	177
8-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	183
9-ANEXOS.....	189
Anexo 1-Formulário de coleta de dados.....	191
Anexo II- Registros documentais.....	217

LISTAS DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
AIS	Ações Integradas de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CF	Constituição Federal
CFM	Conselho Federal de Medicina
CMS	Conselho Municipal de Saúde
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DIR	Divisão Regional de Saúde
DPVAT	Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
FMS	Fundo Municipal de Saúde
HMP	Hospital Municipal de Paulínia
ISS	Imposto Sobre Serviços
LO	Lei Orgânica
NOB	Norma Operacional Básica
NUESA	Núcleo de Educação em Saúde
PCCS	Plano de Carreira Cargos e Salários
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PNQ	Programa Nacional de Qualidade
PPI	Programação Pactuada Integrada
PQSP	Programa de Qualidade do Serviço Público

PRADEQ	Programa de Atenção aos Dependentes Químicos
RH	Recursos Humanos
SABESP	Sistema de Abastecimento de Água do Estado de São Paulo
SEROD	Serviços Odontológicos
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SAI	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informações de Mortalidade
SINASC	Sistema de Informações de Nascidos Vivos
SIPAC	Sistema de Procedimentos de Alto Custo
SIVISA	Sistema de Informações de Vigilância Sanitária
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUDS	Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TUNEP	Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos
UBS	Unidade Básica de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE FIGURAS

	<i>PÁG.</i>
FIGURA 1- Representação Gráfica dos Parâmetros do Programa Nacional de Qualidade do Serviço Público* adaptado as especificidades e modos de produção do SUS.....	168

LISTA DE QUADROS

	<i>PÁG.</i>
QUADRO I- Distribuição da representatividade de membros nas reuniões do Colegiado Gestor da Secretaria Municipal de Saúde – SMS – de Paulínia no período de fevereiro a julho de 1999.....	104
QUADRO II- Distribuição dos temas centrais das reuniões do Colegiado Gestor da SMS de Paulínia no período de fevereiro a julho de 1999.....	105
QUADRO III- Síntese dos principais dados registrados sobre os Conselhos de Ética Médica e de Enfermagem da SMS Paulínia.....	108
QUADRO IV- Distribuição do número de representantes por segmento nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde – CMS – de Paulínia no período de janeiro a junho de 1999.....	110
QUADRO V- Distribuição dos temas centrais, origem da demanda e inserção pauta, das reuniões do CMS de Paulínia, no período de janeiro a junho de 1999.....	111
QUADRO VI- Síntese dos principais dados constantes nos relatórios da II e III Conferencia Municipal de Saúde de Paulínia de 1997 a 1999.....	112
QUADRO VII- Dados principais referentes à formulação de estratégias e planos referentes ao Plano Municipal de Saúde para o biênio 1999 a 2000.....	114
QUADRO VIII- Principais dados referentes à caracterização do município e do sistema de saúde, registrados no Plano Municipal de Saúde da SMS de Paulínia para o biênio 1999 a 2000.....	115

QUADRO IX-	Principais dados referentes à análise dos problemas dos municípios e sistema de saúde registrados no Plano Municipal de Saúde da SMS de Paulínia para o biênio 1999 a 2000.....	116
QUADRO X-	Principais projetos e estratégias formuladas no Plano Municipal de Saúde da SMS de Paulínia para o biênio 1999 a 2000.....	117
QUADRO XI-	Operações e metas apontados para os problemas de 1 a 18 do Plano Municipal de Saúde da SMS de Paulínia para o biênio 1999 a 2000.....	119
QUADRO XII-	Documentos, características e cunho de documentos dirigidos aos Usuários pela SMS de Paulínia.....	122
QUADRO XIII-	Síntese dos principais tópicos e conteúdos do Projeto de Educação Continuada e Projeto de Capacitação Gerencial do Hospital Municipal da SMS de Paulínia.....	127
QUADRO XIV-	Síntese dos principais tópicos do Projeto de Internação Domiciliar do Hospital Municipal da SMS Paulínia.....	130
QUADRO XV-	Síntese dos tópicos centrais do projeto “Por uma Atenção em Saúde Mental em Paulínia”.....	131
QUADRO XVI-	Síntese dos principais tópicos do Plano de Ação do Hospital Municipal da SMS de Paulínia.....	139
QUADRO XVII-	Síntese dos principais tópicos do Plano de Ação da Direção do Hospital Municipal de Paulínia.....	140
QUADRO XVIII-	Síntese dos principais tópicos do Projeto de Adscrição de Clientela da Secretaria Municipal de Saúde de Paulínia.....	144
QUADRO XIX-	Síntese dos blocos de análise e classificação dos parâmetros do Sistema Municipal de Saúde de Paulínia.....	167



RESUMO

AVALIAÇÃO DE UM SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DE PARÂMETROS E INFORMAÇÕES EM SAÚDE COM ÊNFASE NA GESTÃO

O objetivo deste estudo foi avaliar um sistema municipal de saúde sob a perspectiva de parâmetros e informações em saúde, com ênfase na gestão. O estudo foi desenvolvido no município de Paulínia, Estado de São Paulo e a metodologia utilizada foi a da observação através dos sete parâmetros da qualidade do Programa Nacional de Qualidade do Serviço Público, adequando-os às especificidades dos modos de produção e gestão das organizações de saúde do Sistema Único de Saúde.

Os resultados obtidos evidenciaram que a Secretaria Municipal de Saúde de Paulínia utiliza-se do modelo de co-gestão, democrático e participativo, com equalização de poder entre governo, trabalhadores de saúde e sociedade civil com práticas consistentes de liderança. A participação social foi evidenciada através das Conferências Municipais de Saúde e da atuação do Conselho Municipal de Saúde no cumprimento das suas respectivas atribuições legais. O estudo evidenciou ainda o modelo de atenção implantado denominado *Defesa da Vida*, assentado no Vínculo e Responsabilização dos trabalhadores de saúde organizados em equipes multidisciplinares e adscrição de clientela com promoção de maior autonomia profissional e o estabelecimento de novos padrões de compromissos com a população adscrita e, ampliando as perspectivas de realização profissional com métodos democráticos de organização dos processos produtivos e gerenciais.

O estudo evidenciou ainda que as práticas relativas ao uso da Informação em Saúde no contexto da gestão (gestores, usuários e profissionais) bem como na análise de resultados ainda são incipientes, ensejando esforços da equipe gestora para seu aperfeiçoamento. O estudo concluiu que a Secretaria Municipal de Saúde de Paulínia adota práticas consistentes para os parâmetros da qualidade em Liderança e Processos. Para o parâmetro Usuários, Informação em Saúde e Resultados as práticas são evidenciadas de forma incipiente e para os parâmetros Estratégias e Planos e Pessoas as práticas são parciais.



ABSTRACT

The evaluation of management of the municipal systems of health under the perspective of parameters and health information with emphasis on management.

The evaluation of management of the municipal systems of health is still a practice being developed; but a development under whose analysis? It's an analysis of the diversity of municipal structures of health associated with the gamut of complexities of the ways to produce and of the ways to manage the health in the Singular System of Health in Brazil. There is still much to develop.

The objective of this study was to evaluate a Municipal System of Health according to the perspective of parameters and information about health, with an emphasis on management. The study was developed in the city of Paulínia, São Paulo, while maintaining the seven parameters of quality of the public service's National Program of Quality, adjusting it by the Singular System of Health's specifics of production and management.

The results show that the Municipal Secretary of Health of Paulínia uses the model of co-management, both democratic and participated, with equalization of the inter-government's, health workers', and civilian society's powers with consistent practices of leadership. The social participation was shown through Municipal Conferences of Health and through the performance of Municipal Board of Health in the completion of their legal attribution. The study showed that the model that was used was called "Defense Of Life", that utilizes the lien and responsibility of the health workers organized in multidisciplinary teams and link of customer promoting bigger professional autonomy and the establishments of a new standard model and commitment with the linked population, and it's extending the perspectives of professional accomplishment with democratic systems of the organization of the productive process and management.

The study showed that the practices relative to the health information in the context of the management (support of the decision, civil and professional society) together with the analysis of the results are still incipient; it has changed the efforts of the management team to your improvement. Finally, the study concluded that the Municipal Secretary of Health

of Paulínia adopts consistent practices of the parameters of the quality in leadership and processes. To the parameters users, health information, and results the practices are shown to be of incipient form and to the Strategies, Plans and People the practices are shown to be partial.



1-APRESENTAÇÃO

O presente estudo é originário de reflexões e percepções que me inquietaram durante o exercício das atividades profissionais na área da Saúde Pública. Ingressei na área de saúde em 1972 num ambiente hospitalar, ainda adolescente que me direcionou para uma formação técnica de nível médio na área de Análises Clínicas. Em 1982 concluí meu curso de graduação em Biologia, e neste ano também ingressei na Saúde Pública na área de Epidemiologia como visitadora sanitária. Daí adveio grande parte do meu interesse para com os indicadores e informações em saúde.

Em 1985, iniciei minhas atividades gerenciais já num município: convênio Município Carente, AIS, SUDS e outros como Coordenadora Municipal de Saúde às voltas com o processo de municipalização (SUDS). Em 1988, ingressei no curso de Saúde Pública, na Faculdade de Higiene e Saúde Pública - USP. Divisor de águas da minha inserção profissional. Ocupei três vezes o cargo de Secretária Municipal de Saúde no município de B J. Perdões e duas vezes o de Diretoria na área de planejamento e gestão na Secretária Municipal de Saúde de Atibaia.

Em 1998, me especializei em Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde da Faculdade de Higiene e Saúde Pública – USP e, do município, rumei para o nível central da Secretaria de Estado da Saúde como assistente técnica do Grupo Técnico de Monitoramento de Informações de Saúde do Componente Estadual de Auditoria. Em 2000 assumi a coordenação da Comissão Técnica de Ressarcimento ao SUS, uma experiência inovadora marcada por uma série de avanços e retrocessos no campo da assistência suplementar e minha primeira aproximação com agências reguladoras.

Em 2001, assumi a Coordenação Estadual do Cartão SUS, outro projeto grandioso que já ultrapassou a cifra de 10 milhões de usuários SUS cadastrados no estado de São Paulo.

Em 2002, assumi a Diretoria do Grupo Técnico de Informações em Saúde e, nesta função, me mantenho até hoje. Dessas inserções, participações em inúmeros projetos envolvendo municípios e aí, a dupla militância da experiência profissional acumulada, a do município e a do estado, nessa mescla da gestão cotidiana do SUS.

Saúde Pública, Gestão, Informações de Saúde, remetem sempre para o pensamento sistêmico, daí a inquietude em pesquisar, em conhecer, em exercitar a análise e a síntese, sempre. Em 1999, ingressei no mestrado em busca de respostas para as

inquietações ora adormecidas, ora instigantes sobre a sub-utilização de indicadores/informações em saúde com ênfase na gestão municipal.

Como parâmetro, os parâmetros da qualidade, que obviamente não deram conta por si só da complexidade e da especificidade do SUS. Adaptando estes, às especificidades do SUS, busco “sob este olhar” olhar um sistema municipal de saúde na perspectiva de seus líderes, *a equipe gestora*.



2-INTRODUÇÃO

Da Idade Média, caracterizada pelo sistema feudal à urbanização das comunidades, a produção de valores de uso - dos clãs às empresas de alta tecnologia - o organizar-se para produzir, desde sua forma mais primitiva a mais alta especialização, vem sendo objeto de estudo dos teóricos da Administração Científica.

Do comportamento dualista do ser humano ao produzir especializado, a organização contemporânea convive com uma gama de teorias motivacionais e ideológicas com o objetivo precípua de aumentar a disposição do ser humano para cooperar com a organização; sempre em prol do processo produtivo.

A produção de valores de uso e o organizar-se para essa produção tem trazido tona diferentes concepções de liderança, do líder carismático dotado de características inatas de liderança, à pessoas comuns que aprendem as habilidades de liderança tornando-se líderes de sucesso desmistificando assim, o caráter de “iluminado” do líder carismático.

A produção de valores de uso – atendimento a algum tipo de necessidade social – para se manter não pode deixar de adequar-se a valores ou a necessidades socialmente definidas, que é sempre resultado de um processo social e histórico em decorrência das relações humanas vigentes em cada época. O organizar-se para produzir, reproduz da mesma forma, seja na área pública ou privada respeitada as devidas especificidades de seu foco. Na privada o cliente, na pública o cidadão.

Nas sociedades contemporâneas, a produção de valores de uso e o organizar-se para produzir, a cada dia envolvem mais e mais complexidade impulsionada pelos avanços que a industrialização e o desenvolvimento de modernas tecnologias trouxeram exigindo que as atividades de coordenação da produção se complexifiquem e se especializem cada vez mais.

Por outro lado, a ampliação do leque de conquista dos cidadãos dos seus direitos sociais bem como, a participação destes, em órgãos colegiados em busca de seus direitos e, a fiscalização de seu cumprimento, trouxe aos governantes demandas antes impensadas; obrigando-os a aperfeiçoar seus processos de escutas das demandas com vistas a aprimorar seus processos de planejamento, acompanhamento e avaliação das políticas públicas.

Especificamente na área da saúde pública, o divisor de águas, ocorreu com a promulgação da Constituição Federal de 1988 – a Constituição Cidadã – elevando a saúde ao status de direito. A partir dela, todo cidadão brasileiro conquistou o direito a assistência a saúde de modo universal, integral e igualitário. Em cumprimento desse dever, foi criado o Sistema Único de Saúde - SUS responsabilizando as três esferas de governo: União, Estados e Municípios e estabelece como diretrizes do SUS o comando único, a regionalização e a hierarquização.

Quinze anos após a criação do SUS, este ainda acha-se em construção. Construído há que se consolidar! Mas o tempo urge e não dá para ser em dois tempos. Construção e consolidação, simultâneas. Este é o desafio coletivo. Dos gestores, dos profissionais de saúde e de seus usuários.

2.1-ORGANIZAR-SE PARA PRODUZIR

2.1.1-O contribuir histórico

A Idade Média caracterizou-se como um período de estagnação e ausência de desenvolvimento econômico e social e, pelo domínio de duas principais organizações sociais da época, o sistema feudal e a Igreja Católica. O sistema feudal com sua estrutura fechada dominou a vida econômica da Europa Ocidental e a Igreja forneceu a ideologia. Salvar almas, usura como pecado e a duvidosa pureza do comércio, deram o tom, as preocupações centrais das pessoas que hostilizavam homens condutores de atividades empresariais e comerciais. No séc. XIII a Igreja afrouxou seus ensinamentos, estes detectados nos pronunciamentos de São Tomas de Aquino, evidenciando o papel social do comércio, apesar de degradante, necessário, aponta KAST e ROSENZWEIG (1976).

Para estes mesmos autores a urbanização, a criação de comunidades e nações, estimulavam a intensificação do comércio e dos negócios e, de um processo revolucionário, adveio o credo capitalista que Max Weber bem salientou, através das mudanças verificadas na ética religiosa do movimento protestante, propiciando um clima ético e, conseqüentemente, econômico altamente favorável ao progresso do capitalismo. O suporte teórico ao pensamento econômico dominante – a ética capitalista - da América do Norte e da Europa Ocidental veio da doutrina de Adam Smith que defendeu as liberdades

econômicas com base na promoção dos interesses pessoais de cada indivíduo, que desencadearia benefícios à sociedade como um todo. A “mão invisível” do mercado e da concorrência restringiria os interesses pessoais garantindo assim a maximização dos proveitos sociais. A “beleza” de sua teoria residia na promoção do individualismo, ou seja, cada pessoa ao tomar em consideração apenas seus próprios interesses e ampliar ao máximo seu proveito e sua riqueza promoveria automaticamente a melhor distribuição possível de riquezas, em benefícios dos interesses sociais mais amplos. Ao mercado cabia o mecanismo de controle e, o controle do estado ou qualquer outro controle externo para garantir seu funcionamento eficiente era totalmente dispensável. Para Adam Smith qualquer interferência governamental nas atividades comerciais tenderia a desfazer o equilíbrio natural; apregoando o princípio do *laissez-faire*, ou seja, deixar as peças funcionarem sozinhas na distribuição dos recursos, dentro dos limites impostos pelo mercado. Essa ideologia era convergente aos desenvolvimentos tecnológicos e industriais da época e, justificavam o crescimento individualista, afirmam KAST e ROSENZWEIG (1976).

Para estes mesmos autores, a idéia da sobrevivência do mais apto de Darwin foi estendida por Herbert Spencer, na ultima metade do séc. XIX, do organismo biológico para a ordem social mais ampla. O darwinismo social considerava que as pessoas mais capazes e possuidoras de maiores recursos ascenderiam à cúpula da hierarquia social e que essa era a ordem natural das coisas. Natural era a existência de classes mais pobres e ricas, e qualquer tentativa de perturbar essa ordem hierárquica era considerada antinatural e contrária ao melhor interesse da sociedade. O darwinismo social convergia com a ética protestante e a concepção de *laissez-faire*. Ressalta ainda, os autores que O Manifesto Comunista de Karl Marx em 1848, advogando a revolução do proletariado para quebrar a ordem capitalista e estabelecer o comunismo já apontavam para dissidências a essa ideologia.

A posição keynesiana desafiou a teoria econômica clássica e a ética capitalista contestando o princípio básico da ética protestante, ao afirmar que as poupanças retiradas do consumo poderiam levar a um deslocamento e a uma sub-utilização dos recursos econômicos com a teoria da utilização plena dos recursos, reconhecendo o governo como a força externa equilibradora de um sistema auto-ajustável operando em favor do pleno consumo, do economista John Maynard Keynes dando maior ênfase ao consumo do que às

poupanças, como meio de chegar ao emprego, tanto da mão de obra como, de outros recursos, destacam KAST e ROSENZWEIG (1976).

Já Frederick Taylor e outros adeptos da Administração Científica no começo do século XX, encaravam a organização empresarial do ponto de vista altamente mecanicista e viam no trabalhador um elemento racional e maximizador do lucro. Coube no final da década de 1920, a Elton Mayo o movimento das relações humanas, apresentar uma nova visão do trabalhador ao ver a organização como um sistema social, com membros fortemente influenciados por relações intragrupos e com o indivíduo motivado por uma complexa hierarquia de necessidades ressaltam KAST e ROSENZWEIG (1976).

Durante a 2ª Guerra, os governos desencadearam intervenções maciças nas diversas atividades econômicas na nossa sociedade, para acumular e dirigir os recursos necessários aos esforços da guerra. Mesmo postas de lado após a guerra, as maiores partes desses controles e vestígios dessa intervenção permaneceram. Carreados predominantemente para os setores de tecnologias avançadas estimularam o desenvolvimento de organizações, grandes e complexas, de modo a atender aos programas militares e espaciais. Além disso, os elevados gastos governamentais fizeram com a comunidade empresarial passasse a aceitar mais prontamente o governo como sócio e não como um adversário a combater, concluem KAST e ROSENZWEIG (1976).

2.1. 2-O movimentar do homem

Para KAST & ROSENZWEIG (1976), mesmo de simplicidade ilusória, é universalmente aceita a afirmação de que o homem é um animal social. Animal que organiza e administra seus assuntos, com comportamento orientado a metas, pressupondo assim que, a compreensão do seu comportamento implica em compreender os objetivos que o motivaram. Percepções organizadas de forma a compor o todo expressivo, característica esta universal do processo cognitivo, ou do pensamento, dessa natureza inata ao homem, duas concepções historicamente antagônicas de seu comportamento se perpetuaram: a de que o homem é basicamente agressivo e competidor (mau) e a de que o homem tem boa natureza e é cooperador (bom).

O consenso, obviamente fica no meio do caminho, como salientou ARDLEY¹ *apud* KAST & ROSENZWEIG(1976, p.4) “o desenvolvimento de um código dualista de comportamento – amizade para com o parceiro social e hostilidade em relação ao vizinho territorial” e, que se reproduz de maneira bastante evidente na sociedade indicando que a competição e a colaboração constituem aspectos universais e fundamentais no padrão do comportamento humano.

O termo social implica que os seres humanos tendem a estabelecer relações cooperativas e interdependentes. Dos clãs às famílias, os conflitos se evidenciam, porém o grupo é sempre um meio de proteção e, conseqüentemente de sobrevivência. Entre os sistemas sociais, estão as organizações que já receberam inúmeras definições. Enquanto no ser humano o comportamento é orientado para metas, nas organizações orientam-se para objetivos.

Ressaltam ainda estes autores que a organização implica no desenvolvimento de atividades estruturadas – pessoas trabalhando ou cooperando entre si em relacionamentos interdependentes, com objetivos compreendidos por membros que utilizam-se de conhecimentos e técnicas para executar tarefas e produzir bens/produtos.

Pessoas com a mesma finalidade formam organizações orientadas para uma meta, trabalhando em grupo formam sistemas psicossociais, utilizando conhecimento e técnicas formam sistemas tecnológicos e juntos formam uma unificação de atividades estruturadas.

Embora, a unificação e a coordenação de atividades de pessoas ou grupos una os diversos elementos, a ocorrência de conflitos é inevitável. Unir elementos cooperadores por algumas vezes e, conflitantes por outras, representa o esforço da administração em coordenar as atividades dos subsistemas e relaciona-los com o meio ambiente.

¹ ARDLEY, R. *African Gênesis*. Nova York: DALE PUBLISHING COMPANY. INC.,1963, p.19

2.1.3-O produzir especializado

Numa analogia a evolução biológica dos organismos, HASKINS² apud KAST & ROSENZWEIG(1976, p.18) ressalta a tendência das organizações à especialização, onde a divisão do trabalho promove a eficiência e eficácia na sub-execução de cada parte, entretanto, requer a integração das atividades na persecução das metas. Nesse processo de análise e síntese, a especialização divide a tarefa em partes, em conformidade com atividades especializadas, e unifica essas atividades visando atingir um objetivo.

Para KAST & ROSENZWEIG (1976), a tendência à unificação é um “traço que acompanha a especialização” e que ao mesmo tempo as entrelaçam, ou seja, quanto maior a especialização, maior a dependência do todo, e quanto maior a dependência maior a necessidade de métodos de coordenação e de unificação mais refinados. Entre os diversos aspectos derivados da crescente especialização ganham notoriedade os originários da ciência e da tecnologia rumo à especialização. Cada vez mais os cientistas, pesquisadores e técnicos, os “operários do saber” imperam nas organizações trazendo à tona os conflitos da unificação destas atividades dadas as diferenças nos sistemas de valores destes em relação ao dos executivos.

O “operário do saber” pode se interessar mais pela eficiência de um produto ou processo (a busca da perfeição) ao passo que o executivo pode se preocupar mais com a eficiência (relação custo x benefício). Assim, à medida que o progresso científico e tecnológico evoluem aumenta a complexidade dessa unificação.

Processos automatizados de informação evoluem paralelamente aos processos automatizados de produção e, a elevação do grau de escolaridade como processos que permitam as pessoas “a pensar mais com suas cabeças” são fatores elevadores de complexidade.

.A teoria dos sistemas apresenta um esquema conceitual de alta significação para a teoria da organização e para a administração: um caminho para a análise e a síntese em um ambiente complexo e dinâmico, onde as partes são os subsistemas e seus inter-

² HASKINS, C.P. *Of Societies and Men*. Nova York: THE VIKING PRESS.INC., 1960, p.15

relacionamentos dentro de um supra-sistema, bem como oferece um meio para concentração da sinergia do sistema total afirmam KAST & ROSENZWEIG(1976).

Tecnologias em rápida mutação num ambiente cada vez mais complexo compõem hoje o cenário da administração moderna. Um rápido olhar sobre a evolução dos valores apontam para algumas forças fundamentais que influenciaram o desenvolvimento do modo de pensar a administração. Se, pensarmos a organização como um subsistema do ambiente sociocultural mais amplo detectamos a influencia dos valores e ideologias que determinam o papel social que as pessoas desempenham na sociedade que, ao procurar operar dentro das expectativas do grupo social mais amplo, também interioriza os valores e normas que, explicita ou implicitamente, o grupo lhe prescreve. Porém, os valores e as ideologias não são maniqueístas, pois, se por um lado, o sistema sociocultural geral exerce influência sobre os valores do administrador, por outro lado às organizações também influenciam as normas sociais. A ética social como também os valores organizacionais evoluem com o passar do tempo e face às circunstâncias em mutação. Reconhecer a importância da ocorrência dessas transformações não esquecendo que numerosos e diferentes subsistemas de valores acabaram entrelaçando-se na sociedade, são fundamentais para a administração contemporânea, concluem estes mesmos autores.

No pós-guerra, uma profunda alteração tecnológica e social foi desencadeada e, a necessidade de fazer frente à mudança tecnológica dentro da organizações complexas tem influenciado a ideologia empresarial predominante. A entrada nas organizações de cientistas, profissionais especializados e de outros especialistas altamente treinados vêm influenciando as concepções e os métodos de administração. Além disso, importantes mudanças sociais ocorridas fora do sistema empresarial também tem tido impactos importantes sobre as tecnologias organizacionais dos processos de trabalho.

Para KAST & ROSENZWEIG (1976) a organização contemporânea privilegia a especialização que consubstancia na atualidade numa gama diversas de profissões, um campo sistemático de teoria. A aptidão que caracteriza uma profissão advém de um longo processo de treinamento, fluindo de informações que tenham sido organizadas em um sistema internamente coerente, chamado *corpo de conhecimento*, e por elas sustentada. A preparação para uma profissão é a somatória de uma experiência tanto intelectual como

prática na qual, o profissional reveste-se de uma autoridade baseada em um conhecimento superior, que é reconhecido pela sua clientela.

Essa autoridade altamente especializada refere-se apenas à esfera da competência profissional, onde seu exercício recebe uma sanção e uma aprovação social ampla dentro de determinadas esferas, conferindo a esses profissionais certos poderes e prerrogativas como por exemplo, o controle exercido sobre o ingresso na profissão, os processos para licenciamento e a confidencialidade das comunicações entre o profissional e o cliente. Há um código de ética a regular as relações entre as pessoas que exercem a profissão, os clientes e os colegas.

Dessa forma a autodisciplina é empregada como base do controle social. Há uma cultura amparada pelas organizações. O profissional faz parte de inúmeros grupos formais e não formais e essas ações mútuas sobre os papéis sociais, requeridas por esses grupos geram uma configuração social única da profissão, uma cultura profissional, segundo estes autores.

Assim é essencial reconhecer que a teoria da organização e a prática da administração são vigorosamente influenciadas pelo ambiente sociocultural em processo de transformação e, pela ideologia em processo de evolução. Frederick Taylor e sua administração científica não podem ser considerados como força isolada, mas devem ser encarados à luz da situação industrial e social em que desabrocharam. As obras de Elton Mayo e dos estudiosos das relações humanas espelham a evolução ocorrida na ideologia da administração, ressaltam KAST & ROSENZWEIG (1976).

Portanto, a motivação e a orientação à ação, dos executivos praticantes, são determinadas pelo seus sistemas de valores. Sua própria personalidade, e as forças ambientais, dentro do seu quadro de referencia, fornecem os estímulos motivacionais. Uma comunidade ideológica constitui a base para a legitimação das organizações como sistema social. Os conceitos de administração que orientam as atividades dos participantes são as redes fundamentais “ocultas” que garantem a integridade da organização e fazem dela uma entidade em funcionamento. Elas constituem determinantes fundamentais das práticas administrativas.

Acima de tudo, salientam ainda KAST & ROSENZWEIG (1976), os modernos executivos empresariais não são guiados por uma ética universal ou monástica. São sim, guiados pelo pluralismo ético dos nossos tempos, que apresentam linhas gerais de orientação para a tomada de decisão, mas nunca respostas específicas.

2.1.4-Algumas das formas de alienar-se

A sociedade com suas organizações e regras de funcionamento possui interação dinâmica onde seus atores exercem ação histórica no campo cultural, social e de desenvolvimento.

Para TOURAINE (1973) movimentos sociais podem ser caracterizados como ação conflitante dos atores sociais lutando pelo controle das ações históricas. Há porem diferentes condutas coletivas que, podem manifestar-se em conflitos de classes, bloqueios institucionais ou crises organizacionais. Nas de crise organizacional os atores se situam na própria organização social tendo como campo de conflito a própria organização; onde as reivindicações são formuladas no seu âmbito interno e externo. Nas tensões institucionais os atores sociais buscam influir nas decisões impostas sobre uma coletividade considerando apenas a zona de eficiência dessas instituições

A *praxis* – ação sócio política e histórica e a *alienação* – desconhecimento de suas origens e suas causas remete-nos a uma dupla alienação: por um lado não nos reconhecemos como agentes e autores da vida social e suas instituições e do outro, julgamo-nos indivíduos plenamente livres e capazes de mudar nossas vidas individuais como e quando quisermos, apesar das instituições e condições históricas. No primeiro não nos percebemos como instituidores da sociedade e no segundo ignoramos que a sociedade determina nossos pensamentos e ações. Entre as alienações modernas estão: *a alienação social*, na qual os homens não se reconhecem como produtores das instituições sócio-políticas e oscilam em aceita-las passivamente tudo o que existe ou rebelar-se individualmente julgando poder mais do que a realidade os condiciona; *a alienação econômica*, no qual os produtores não se reconhecem como produtores, nem se reconhecem nos objetos produzidos pelo seu trabalho e, *a alienação intelectual*, resultante da separação

social entre o trabalho material (aquele que produz mercadorias) e o trabalho intelectual (que produz idéias) ressalta TOURAINE (1973).

Para este mesmo autor, os movimentos sociais originários dos conflitos de classes contem em seu bojo a utopia da sociedade sem classes que não pode seguramente servir para analisar os movimentos sociais industriais ou pós-industriais que retiram a maior parte do seu produto para consagra-lo ao investimento, o que supõe um poder econômico e social concentrado e organizado nos aparelhos que controlam e manipulam domínios cada vez mais amplos da vida social. Ou seja, os movimentos sociais como foram definidos só podem existir à medida que as instituições políticas possuírem uma certa autonomia e se no nível da organização social a marca dos valores e da ideologia das classes dominantes é limitada pela existência e autonomia da atividade técnica pela oposição dos próprios trabalhadores.

2.1.5-Flexibilizando o organizar-se

A evolução econômica, social e política trouxe consigo novas demandas, em especial a competitividade, levando as organizações a buscarem a flexibilidade nas maneiras de análise e concepção das organizações do trabalho e produção de “valores de uso”. As antigas estruturas rígidas e estáticas não dão mais conta da realidade, das necessidades empresariais e das organizações públicas, num ambiente suscetível à mudanças constantes, cheio de ambigüidades e contradições do mundo contemporâneo.

Para MOTA (1993), a partir dos anos 60, com a idéia de construção de equipes ganhou corpo novas formas participativas de gerência como instrumentos de democratização e equalização do poder organizacional, inicialmente com o propósito de solução de conflitos e institucionalização da cooperação. Posteriormente, a prática participativa demonstrou ser útil para reduzir o nível de insatisfação dos trabalhadores, administrar relações de poder e mobilizar energia para fins coletivos. A construção de novos arranjos organizacionais passa por um processo de revisão de princípios e modelos mentais gerenciais que culminam na aceitação da idéia de que a estrutura é um mero instrumento da ação organizacional e deve ser vista como algo dinâmico que incorporem a

visão sistêmica. Do ponto de vista prático, a busca da flexibilidade da estrutura organizacional trata-se de um processo de relativizar dimensões administrativas antes rígidas, como consequência da necessidade de adaptação a novos contextos de mudanças.

Segundo ainda MOTA (1993), novas formas e tendências de equalização do poder em busca de concepções menos individualizadas da autoridade gerencial e novas formas participativas de poder se originaram da necessidade de administrar e solucionar conflitos organizacionais. De outro lado, quando se altera a perspectiva unitária e hierárquica de se estruturar a organização a eficiência melhora. Posteriormente, demonstrou-se ainda que a aceitação de ambigüidades, paradoxos e contradições organizacionais ajudam a reforçar a necessidade de uma perspectiva menos rígida da hierarquia organizacional.

Para CAMPOS (2000), reconhecer a multiplicidade de lógicas e interesses como inerente à organização, lidar com as polaridades e ambigüidades, estabelecer o poder compartilhado num novo arranjo organizacional como estratégia permanente para potencializar diversas e variadas soluções provisórias para estas polaridades conflituosas sempre tomando os trabalhadores como sujeitos sociais em processo permanente de constituição é uma forma concreta de diminuir a distância entre governantes e governados e assegurar a formação de compromisso entre o interesse público e o privado.

A organização perde oportunidades reais de contribuição, além das perspectivas de realização pessoal e profissional serem negligenciadas com sistemas de trabalho que alienem seus trabalhadores. A alienação faz com que o indivíduo não se sinta parte ativa do processo de decisão e ação; seus poderes e sua capacidade de contribuição parecem alijados da organização do trabalho. Passividade, alta dependência das chefias, pessimismo, frustração e acomodação são resultantes do trabalhador alienado. Max Weber já apontou “o que mais auxilia processos de desenvolvimento institucional é a construção e o desenho coletivo de modos para operar que combinem saberes técnicos com diretrizes políticas e éticas, e ainda com as limitações conjunturais impostas por cada contexto. Um curso de “ação objetivamente possível” , ressaltou CAMPOS (2000)

2.1.6-Os condutores do produzir

Liderar é dirigir, conduzir, estar em primeiro lugar, comandar segundo BUENO (1991). Palavra corrente na linguagem administrativa moderna e carregada de mitos e dimensões mágicas. Primeiro, porque está associada à idéia de grandes personalidades da história e segundo porque a idéia de liderar é mais agradável do que a de administrar, comandar ou gerenciar.

Já vai longe a idéia da visão tradicional de líderes – como pessoas especiais que definem o caminho, que tomam decisões fundamentais, e que energizam as equipes – que estão profundamente enraizadas em uma visão individualista e não sistêmica do mundo. Esses mitos só reforçam o foco em eventos de curto prazo e heróis carismáticos, e não as forças sistêmicas e o aprendizado coletivo.

Sabe-se hoje que a liderança nada tem de mágica, de mistério ou é de propriedade somente de pessoas eminentes ou possuidores de qualidade inatas. Segundo MOTA (1993) “a liderança é essencialmente o resultado de habilidades humanas aprendidas por pessoas comuns e, portanto perfeitamente tratáveis como uma dimensão básica da formação gerencial”. O aprendizado da liderança implica em pró-atividade na participação, no envolvimento, na comunicação, cooperação, negociação, iniciativa e responsabilidade cujas técnicas são passíveis de aprendizado. Habilidades individuais de autoconhecimento, expressão e comunicação, bem como capacidade de enfrentar o futuro com confiança, ousadia e flexibilidade são pré-requisitos na arte das relações interpessoais de tratar com grupos e indivíduos.

Para MOTA (1993) a essência da liderança não está em obter poder, mas em colocar poder nos outros para traduzir suas intenções em realidade e sustenta-las ao longo do tempo traduzindo-as num futuro melhor para si próprias e para a organização em que trabalham.

Para o Programa de Qualidade do Serviço Público - PQSP, a Liderança é tida como o elemento promotor e responsável pela colaboração e compromisso dos agentes públicos na busca do atingimento dos objetivos e metas organizacionais. Liderados pela alta administração o envolvimento de todos é convergente com os princípios de uma gestão

comprometida com a qualidade, onde os líderes promovem as ações necessárias e adequadas na busca do alto desempenho institucional.

Para SENGE(1998), “os líderes são responsáveis por construir organizações onde as pessoas expandem continuamente suas capacidades de entender complexidades, esclarecer visões, e aperfeiçoar modelos mentais compartilhados – ou seja, são responsáveis pelo aprendizado coletivo”. SENGE (1998) parafraseia LAO-TSÉ , que afirmou que “líder ruim é aquele que as pessoas desprezam, bom líder é aquele que as pessoas elogiam e, o grande líder é aquele sobre quem as pessoas dizem “nós fizemos sozinhos”.

STATA³ *apud* SENGE (1998, p.370) aponta “a nova descrição de cargos do líder envolverá projetar a organização e suas políticas exigindo que se veja a organização como um sistema, na qual as partes não são apenas internamente conectadas, mas também conectadas com o ambiente externo, e exigirá uma clara visão de como o sistema como um todo, pode trabalhar melhor”.

Para CAMPOS (2000) o dirigente organizacional deve agregar “a capacidade de exercer um certo grau de aglutinação e de coesão. Um misto de racionalidade e capacidade de liderança. Uma racionalidade cambiante elaborada pelo coletivo e cristalizada em decisões, planos e projetos. Capacidade de combinar a racionalidade instituída, combinada com iniciativa, capacidade de liderança com democratização do poder decisório em colegiados.

A arte da liderança envolve o dimensionamento de integrantes e necessidades em cada situação, além da definição de estratégias adequadas ao tempo e ao contexto porém uma das primeiras tarefas da liderança refere-se ao desenvolvimento da visão, valores e propósitos ou missão – ou seja, projetar as idéias governantes – com as quais as pessoas conviverão.

Quando as pessoas de toda a organização começam a compartilhar um amplo senso de propósito elas se unem em torno de um destino comum na produção de valores de uso. Um sistema de liderança forte além dessas práticas, norteia o balizamento das ações e decisões de seus agentes públicos nos valores, políticas e diretrizes organizacionais

³ STATA, R, *Organizational Learning – “The key to Management Innovation”* – Sloan Management Review, Primavera de 1989, p. 63-64.

alinhados às macro-orientações de governo e um contínuo agir comunicativo na promoção, estabelecimento e disseminação desses valores no alinhamento dos objetivos e metas.

O “valor de uso”- atendimento a algum tipo de necessidade social – para se manter não pode deixar de adequar-se a valores ou a necessidades socialmente definidas. Nesse sentido, as organizações de saúde se destinariam senão a produzir saúde e suas práticas a algum tipo de necessidade social ou sanitária. Paradoxalmente ainda cumpre uma dupla missão legitimada pela sociedade uma, como sagrada e, outra como profana: *a primeira* – a de produzir bens ou serviços de interesse social, ou seja, valores de uso que tenham a potencialidade de atender a necessidades sociais e; *a segunda* - assegurar a sobrevivência da própria organização e do conjunto de agentes que a integram ou dela dependem. Legitimadas socialmente pela missão precípua de produzir saúde as organizações de saúde possuem intrinsecamente a função de constituir sujeitos e reproduzir-se coletivamente. Logo, a produção de valores de usos articula-se com a constituição de sujeitos e coletivos CAMPOS (2000).

Não raro a Administração Científica descreve a missão de uma organização remetendo-nos apenas para a sagrada. A profana comumente não é admitida pois não condiz com o termo missão, algo nobre, sagrado, doação. Ter como missão organizacional a realização financeira (da organização e de seus trabalhadores) profissional e pessoal soa como algo profano, que não é passível de explicitação, pois é considerado pouco legítimo pelo pensamento neoliberal contemporâneo. Para CAMPOS (2000) a missão organizacional primária é atender as necessidades sociais e, a secundária a de garantir a sobrevivência da instituição e o interesse de seus agentes.

2.2-O PROCESSAR DA SAÚDE-DOENÇA

2.2.1-O pensar do processar

As pessoas e a sociedade preocupam-se com sua saúde e tentam individualmente ou em grupo mantê-las ou melhorá-las, desenvolvendo ou evitando atividades que acreditam contribuir para sua redução ou dano. Um volume elevado de recursos econômicos tem sido consumidos pelas sociedades modernas na produção e distribuição dos serviços de cuidados à saúde, os quais são percebidos como “produtores

potenciais” relacionados ao “consumo de saúde”. A indústria dos cuidados de saúde por sua vez reúne tais recursos e converte-os em rede de serviços de assistência à saúde, atividade extremamente lucrativa na atualidade.

Legitimados pela sociedade como potencialmente capazes de “prover respostas” as necessidades percebidas em saúde na sociedade, tem sido identificadas criticamente como “sistemas de serviços de doenças” haja visto a predominância de “respostas clínicas” aos problemas de saúde “doenças” e, a busca incessante na “mais, mais e melhor ciência” e as crescentes condutas intervencionistas numa perspectiva negativa, a de saúde como ausência de doença, no papel de “porta voz” da sociedade de *como e quando cuidar da saúde*, segundo EVANS e STODDART (1990).

Para estes mesmos autores, tal conduta das sociedades, refletem a convicção de que a disponibilidade e o uso dos serviços de cuidados na provisão da saúde são centrais à saúde da população, buscando seus governos desenvolver uma política de saúde, predominantemente na perspectiva de uma política de serviços de cuidados de saúde, compartilhando um modelo conceitual comum ao pensar a relação entre saúde e serviços de cuidados de saúde que reflete a *presunção* da provisão do cuidado médico de reduzir o nível de doença enfermidade na sociedade, ou seja reduz-se a *dimensão do bem estar* à mera *ausência de doença*.

Por outro lado, projeções indicativas de tendência de elevação de recursos em saúde, crise dos custos em saúde, queda de recursos e baixa relação de investimento *versus* impactos nos níveis de saúde tem feito ressurgir interesses em modos de aumentar à saúde diferentes da expansão dos serviços de cuidados em saúde nas sociedades modernas. Tais preocupações tem levado (indivíduos e sociedade) a refletir sobre os determinantes dos processos saúde-doença e a centralidade dos serviços de cuidados de saúde e as várias formas de políticas que podem conduzir ao objetivo de melhorar o nível de saúde da população.

Inegavelmente, a evolução científica e a tecnologia da assistência medica tem contribuído para o alívio da dor e sofrimento do ser humano e, numa perspectiva funcional, para o bem estar dos seres humanos na provisão de riquezas, porem insuficientes à perspectiva holística do bem estar. A continuar dessa centralidade, a longo prazo, a

expansão dos serviços de saúde contribui marginalmente, ao estado de saúde da população, ao competir num cenário de recursos escassos com políticas mais efetivas à melhoria de saúde que envolvam os demais determinantes do processo saúde-doença, afirmam EVANS e STODDART (1990).

Data de há meio século atrás a ruptura do paradigma conceitual saúde como ausência de dano à dimensão do bem estar, mas a representação conceitual do processo saúde-doença na sociedade ainda permanece na lógica negativa da “ausência de doença” dada à perpetuação do pensamento capitalista que permeia a sociedade e, por conseguinte; a indústria dos serviços de saúde que, veementemente rejeita a interdisciplinaridade, mantendo as rédeas reducionistas da assistência medica curativa.

Segundo SILVA e FORMIGLI (1994) o processo saúde-doença constitui-se num fenômeno complexo, cuja gênese envolve determinações de ordem biológica, econômica, social, cultural e psicológica BREILH⁴ BREILH e GRANDA⁵, LAUREEL⁶ *apud* SILVA e FORMIGLI (1994, p.80) onde as necessidades de saúde a ele relacionadas dizem respeito a essas dimensões do real.

No entanto, as ações que tomam como objeto o processo saúde-doença, embora possuam características técnicas evidentes, têm se organizado, historicamente enquanto práticas sociais DONÂNGELO⁷ *apud* SILVA e FORMIGLI (1994, p.80) podendo ou não guardar relação com as necessidades de saúde ou, mesmo, com a necessidades de serviços de saúde PAIM⁸ *apud* SILVA e FORMIGLI (1994, p.80).

Essas relações podem ser observadas a partir de duas vertentes: na busca dos seus significados econômicos, políticos, ideológicos e suas relações em sociedades concretas e, na capacidade das práticas modificarem uma dada situação de saúde,

⁴ BREILH,J. *Epidemiologia, Política e Saúde*. São Paulo: Universidade Estadual Paulista/Fundação para o Desenvolvimento da Unesp: HUCITEC, 1991

⁵ BREILH, J. e GRANDA, E. *Investigação da Saúde na Sociedade. Guia Pedagógico sobre um Novo Enfoque do Método Epidemiológico*.São Paulo: Instituto de Saúde/Rio de Janeiro: ABRASCO, 1981

⁶ LAUREEL, A .C. A saúde-doença como processo social. In: Textos. Medicina Social: Aspectos Históricos e Teóricos (E.D.Nunes, org.) pp.133-158, São Paulo: GLOBAL, 1983

⁷ DONÂNGELO, M.C.F. *Saúde e Sociedade* São Paulo: DUAS CIDADES, 1976

⁸ PAIM, J.S. *As ambigüidades da noção das necessidades de saúde*. In: Introdução a critica do planejamento de Saúde (J.S.Paim & F.N.Almeida, orgs.),pp. 55-78, Salvador: UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA / DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA , 1982

atendendo ou não às necessidades de saúde de determinada população ressaltam SILVA e FORMIGLI (1994).

2.2.2-O demandar e o formular

Persistência, coesão e manutenção da ordem numa dada sociedade são dependentes do seu sistema político – conjunto de componentes e estruturas onde se desenvolve o sistema político. Seus produtos, as decisões políticas, são oriundos das relações e interações sociais nelas ocorridas e, vinculam-se à geração, tomada e controle das decisões - ditas políticas. Duas formas, não excludentes de poder, compõem os sistemas políticos. A *formal*, o processador político institucional – monopólio do Estado, detentor exclusivo do uso legal e, a *real*, disseminada na sociedade e, formada por indivíduos, grupos e classes sociais que de alguma forma participam e influenciam o poder formal ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OPS/OMS/CLAPS (1975).

Em sistemas pluricentricos – subsistemas do aparato institucional com centros próprios de poder, autonomia no campo, atribuições específicas a determinadas decisões, permite-se à formulação de políticas setoriais enquanto inseridas no componente formal do aparelho global. Neste sentido, o responsável pelo processamento de decisões políticas que afetam à saúde e seus fatores determinantes nestes sistemas são denominados *Sistemas de Serviços de Saúde*. Funcionalmente três grandes corpos podem ser identificados no aparelho formal: *o político* – cuja expressão concreta são as autoridades com poder de decisão, *o técnico-administrativo* formado pelos assessores e informadores e *o técnico-operacional* que são os implementadores e executores. O funcionamento adequado destes três corpos implica numa relação íntima e harmônica nas respostas às demandas políticas OPS/OMS/CLAPS (1975).

Necessidades existentes e perceptíveis (pelo poder real e/ou formal) nos meios sociais que, quando não satisfeitas pelo funcionamento social do sistema, dependendo das circunstâncias e magnitude, podem transformar-se numa ameaça à estabilidade do sistema passando a denominar-se demandas políticas, múltiplos atores sociais e de distintas naturezas acumulam poder para apoiá-las, organizando-se em grupos de interesse

(identidade e comunhão) e, através do uso do poder real convertem-se em grupos de pressão sobre o poder formal em busca da satisfação da demanda então política; utilizando diversos canais de comunicação para o processamento formal da demanda política. O poder formal pode antecipar-se à demanda dos atores (outros) através de seus mecanismos de percepção de necessidades sociais, insatisfações atuais ou potenciais gerando autonomamente estímulos de decisões políticas. Técnico-administrativos também podem gerar demandas internas utilizando-se de sua condição de privilegio e muitas vezes respondendo a interesses de grupos, OPS/OMS/CLAPS (1975).

Analogamente ao processo político global a formação de demandas políticas em saúde pode ser gerada por qualquer ator social, desde que o mesmo possua poder político real, porém possivelmente os “agentes de demanda” mais importantes dos sistemas de serviços de saúde são os componentes do próprio sistema, pois seus atores contam com mecanismos de detecção de necessidades não se limitando a processar as demandas dos grupos sociais, atuando também como gerador de autodemandas ou problemas sob sua esfera de decisão.

As decisões políticas de alguma forma solucionam, modificam ou mantêm-nas enquanto demandas ou necessidades. Neste sentido a *decisão de não decidir* é também *uma decisão política*. Num processo fundamental de retroalimentação a pressão do poder real (*inclusive naqueles destinados a percepção de*) faz-se sentir em todas as fases do processamento institucional, inclusive na execução das decisões tomadas. A compreensão dos problemas, resultados e modificações têm efeitos diretos sobre a situação social, demandas e apoios. Outrossim, o apoio ou oposição do poder real ao sistema e seus componentes formais são derivados do grau de satisfação ou insatisfação demandado na relação de troca entre tais poderes. Manter bons níveis de aceitação é essencial, pois o grau de apoio ou oposição define a viabilidade das decisões políticas e as condições de estabilidade, persistência e modificação do sistema OPAS/OMS/CLAP(1975).

Assim, a formulação de políticas publicas bem como sua implementação implica em respostas efetivas e racionais a demandas políticas do poder real e/ou formal. Em principio, a aplicação do saber técnico é de exclusividade do corpo técnico operacional, o político exclusivo do poder político e, o gerenciamento e aplicação desses saberes,

atribuição do corpo técnico-administrativo que, ao integrar o *político* e o *técnico* no processamento e formulação de tais decisões legitimará intervenções racionais e efetivas do poder formal na melhoria concreta do nível de saúde da sociedade.

A natureza dos aspectos políticos exige diferentes formas de ação, sendo a análise política uma de suas estratégias. A ação institucional enquanto intervenção deliberada nos processos sociais – o planejamento – é um ato político integrado ao ato técnico e não tem sentido isolado do político. Deriva-se dele, é no político que define a viabilidade do planejamento, sua existência e desenvolvimento enquanto ato técnico. Não obstante, é um ato passivo politicamente, pois seu manejo se dá por atores que atuam e devem atuar politicamente, mas que, apoiados pelo conhecimento que possuem do processo político e técnico viabilizam objetivos fixados pelo político OPAS/OMS/CLAP (1975).

O planejamento enquanto técnica, obviamente não aborda técnicas para tratar de aspectos políticos, pois sua função no processo é informar e programar a execução dos aspectos formais que as medidas políticas propostas implicam, porém incorporar o político ao processo de planejamento é fazer com que as decisões políticas correspondam melhor às necessidades de saúde tornando-a mais eficazes e eficientes facilitando sua tradução em planos e programas viáveis e que se tornem operativas suas decisões. As compreensões do campo e das relações entre técnico e político são fatores que permitem aceitar a natureza do técnico na formulação política ofertando elementos de juízo às decisões e formulações de planos e programas ao político. A formulação de políticas é um componente essencial e primário ao processo de planejamento não sendo possível planejar sem um processo adequado de formulações políticas. Exercido nesse ângulo, o processo de planejamento contribui para uma maior racionalidade formal do processos de planejamento político e de seus produtos no aumento da eficácia e eficiência OPAS/OMS/CLAP(1975).

2.2.3-O avaliar do processar

DONABEDIAN⁹ *apud* SILVA e FORMIGLI (1994, p.82) considerou a avaliação da qualidade um fenômeno complexo definido pelos seguintes atributos do cuidado médico: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

DONABEDIAN¹⁰ *apud* SILVA e FORMIGLI (1994, p.83) concebeu a tríade "estrutura, processo, resultado" a partir do referencial teórico sistêmico onde: "estrutura" corresponderia as características relativamente estáveis dos seus provedores, instrumentos, recursos, condições físicas e organizacionais. Ressaltou a importância da estrutura para o desenvolvimento dos processos e seus conseqüentes resultados, à medida que a função de monitoramento é parte integrante dela; aspectos organizacionais e, aqueles relacionados como os recursos materiais que influenciam o processo. "Processo" corresponderia ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes. Considerou ainda ser o processo o caminho mais direto para o exame da qualidade do cuidado. "Resultados" seriam mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes que pudessem ser atribuídas a um cuidado prévio.

DONABEDIAN¹¹ *apud* SILVA e FORMIGLI (1994, p.83) considerou ainda como resultados mudanças relacionadas com conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do usuário decorrente do cuidado prestado. Os resultados possuiriam a característica de refletir os efeitos de todos os insumos do cuidado, servindo como indicador para a avaliação indireta da qualidade, tanto da estrutura quanto do processo.

Porém, este mesmo autor concluiu que, isoladamente, cada uma das três alternativas apresentam problemas e insuficiências, concluindo que a melhor estratégia para a avaliação da qualidade requer a seleção de um conjunto de indicadores representativos destas três abordagens.

⁹ DONABEDIAN, A. *The seven pillars of quality*. ARCHIVES OF PATHOLOGY LABORATORY MEDICINE, 114: 1115-1118, 1990

¹⁰ DONABEDIAN, A. *Basic approaches to assessment: structure, process and outcome*. In: Explorations in quality Assessment and Monitoring (A. Donabedian), vol,I, p.p 77-125, Ann Arbor, Michigan: HEALTH ADMINISTRATION PRESS, 1980

¹¹ DONABEDIAN, A. *The role of outcomes in quality assessment and assurance*. QUALITY REVIEW BULLETIN, 18: 356:360, 1992

Outros autores como FREEBORN & GREENLICK¹² apud SILVA e FORMIGLI (1994, p.83) elegeram os "sistemas de cuidado ambulatorial" como objeto de análise, concluindo que a avaliação deve aferir não só a efetividade técnica, mas também o componente psicossocial. Além da eficiência, acrescentaram ao trabalho de Donabedian a acessibilidade e continuidade do cuidado como elementos do processo. A avaliação da efetividade psicossocial seria dada pela satisfação de usuários e profissionais, a qual seria aferida em relação à acessibilidade, à qualidade do cuidado, à relação interpessoal e à organização do sistema. A eficiência seria mensurada através da relação entre insumos (*input*) e produtos (*output*) bem como a relação entre custos e produtos. desdobrando ainda a abordagem de processo em conteúdo (*cuidado prestado ao paciente*) e processo propriamente dito (*ações desenvolvidas pela equipe de saúde*).

Já DOLL¹³ apud SILVA e FORMIGLI (1994, p.84) considera os atributos da eficácia, eficiência e aceitabilidade como abordagens a serem cruzadas matricialmente com aquela de processos e resultados, por considerar a estrutura como parte do processo.

Para SILVA e FORMIGLI (1994) as principais limitações decorrentes deste tipo de referencial relacionam-se as inconsistências decorrentes da concepção sistêmica para a análise do real. Suas inadequações ficam mais evidentes quando a análise se desloca do cuidado médico para níveis mais complexos de organização de práticas de saúde em municípios ou distritos sanitários. DONABEDIAN¹¹ apud SILVA e FORMIGLI (1994) reconhece os limites do paradigma por ele elaborado e relaciona sua validade com a existência de relação causal entre os pares adjacentes (estrutura, processo e resultado) relação esta que é de probabilidade e não de certeza.

Segundo MALIK e SCHIESARI (1998) desde Donabedian fica claro que na área da saúde trabalha-se sempre com critérios implícitos e explícitos. O julgamento para o qual a avaliação conduz, além de não ser neutro, considera um processo de valoração idealmente baseado em critérios adequados e aplicáveis ao objeto. Os critérios associados a informação obtida confrontando-os a realidade observada, são uma das formas de chegar ao julgamento.

¹² FREEBORN, D.K e GREENLICK, M.R. *Evaluation of the performance of ambulatory care system: research requirements and opportunities*. MEDICAL CARE, 11 (supplement): 68-75, 1973

¹³ DOLL, R 23 *Surveillance and monitoring*. INTERNACIONAL JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY, 3:305-314, 1974

Para as mesmas autoras, a avaliação não necessariamente deve ser partilhada por todos os que dela tomam conhecimento. Ter ciência dos critérios permite saber se o julgamento pode ou não ser considerado válido pelo observador. A avaliação não é neutra: o avaliador influi na avaliação e o mesmo pode ser dito, com maior peso ainda, de quem a encomendou. No entanto, a mera apresentação do resultado da avaliação não permite saber o que foi valorizado. Por outro lado apenas explicitar o critério não significa uma avaliação. Assim, a avaliação implica dizer o que está sob avaliação (ou parte do todo), com que critérios, por quem, a pedido de quem, e qual foi o resultado.

No campo da saúde, dada a sua especificidade, onde o processo não demarca começo e fim, há diversos momentos, sendo a emissão do julgamento é apenas um destes. Há ainda a *avaliação formativa* (continua e participativa e pode beneficiar -se do concurso dos envolvidos) e *avaliação somativa* (geralmente ocorre ao final de um projeto ou programa) e que necessariamente não precisa representar-se isoladamente. Um mesmo projeto pode ser avaliado com intuítos *formativos* e *somativos*. A avaliação pode ainda servir a diferentes interessados como os tomadores de decisão, os trabalhadores, os financiadores e, a população, são alguns dos potenciais interessados apontam ainda MALIK e SCHIESARI (1998).

Para MEHRY (1997) uma razão instrumental a produção de bens/produtos é o expressar-se como tecnologia enquanto saber. Máquinas ferramentas (duras) são por sua vez tecnologias-equipamentos, e por si só não tem expressão instrumental, pois é o trabalho vivo em ato com seu modo tecnológico de agir (modelo de produção) que a torna portadora da racionalidade-instrumental.

Nesse sentido, o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato permanentemente e atua distintamente em outros processos produtivos nos quais o trabalho vivo em ato pode e deve ser enquadrado e capturado globalmente pelo trabalho morto e pelo modelo de produção, não podendo ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas se configuram em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontros

de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados, afirma este mesmo autor.

As tecnologias envolvidas nos trabalhos em saúde podem ser classificadas em: *leve*, aquelas de relações de produção como vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho, etc., *leve-dura* como as tecnologias de saberes bem estruturados como a clínica, a epidemiologia, etc. e, *dura* que são as tecnologias do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais etc. Nesse sentido, ressalta que o trabalho vivo em ato opera com tecnologias leves dando a “cara” ao modelo de atenção dependendo da dimensão com que é capturado estas distintas dimensões tecnológicas. Assim, não cabe julgar os equipamentos, mas sim sob qual modelagem de tecnologia do trabalho vivo em ato está se operando, a forma de captura das dimensões tecnológicas e o lugar dos usuários/necessidades nesta rede de relações, ressalta MEHRY(1997).

Assim para este autor, o aspecto central da compreensão dos modelos tecnológicos assistenciais portanto, é o processo de efetivação da tecnologia leve e o seu modo de articulação com as demais. Ou seja, a dinâmica do processo de captura do trabalho vivo pelo morto e vice-versa é exposta nestas dimensões tecnológicas; leve, leve-dura e dura. A produção de relação interceçora, numa de suas dimensões chaves, o encontro com o usuário final, que representa as necessidades de saúde, são expressas alguns componentes vitais da tecnologia leve em saúde através de práticas como acolhimento, vínculo, autonomização, etc.

O repensar das lógicas das intencionalidades buscam caminhar para publicitar o espaço da gestão do processo de trabalho em saúde, onde se efetivam, possibilitando incorporar o outro lado, que é aquele que se articula com os processos de “governar” estabelecimentos (enquanto equipamentos institucionais”) e nos quais se faz presente o encontro do trabalho vivo em ato com os distintos agentes e processo vinculados aos diferentes espaços de gestão, afirma MERHY(1997).

Assim, as expressões dos componentes vitais da tecnologia leve apresenta-se como um mecanismo analisador estratégico dos modelos de atenção como revelador das falhas e ruídos dos mundos do trabalho em saúde. O processo da tecnologia leve, de um lado opera como um certo modo de governar, de gerir processos, construindo seus objetos,

recursos e intenções e de outro, como uma certa maneira de agir para a produção aponta MERHY (1997).

2.2.4-O avaliar do intervir-agir

Segundo SILVA e FORMIGLI (1994) a avaliação como componente indispensável do processo de planejamento é pouco praticada sendo dificilmente utilizada para a tomada de decisões. Algumas modificações tem sido observadas nas últimas décadas. Além dos estudos de avaliação dos serviços PAIM¹⁴ et al. *apud* SILVA e FORMIGLI (1994,p.87) ou programas LESSA¹⁵ *apud*. SILVA e FORMIGLI (1994p.87) e estudo de utilização de serviços CARVALHO¹⁶ et al. e TANAKA e ROSENBERG¹⁷ *apud* SILVA e FORMIGLI (1994p.87) vêm apresentando trabalhos preocupados com a discussão da qualidade e sua operacionalização CAMPOS¹⁸ *apud* SILVA e FORMIGLI (1994p.87) e com a avaliação de processos de descentralização das ações de saúde SILVA¹⁹ *apud*. SILVA e FORMIGLI (1994p.87) FORMIGLI²⁰ et al. *apud* SILVA e FORMIGLI (1994p.87).

Preocupações tem sido apresentadas também com a implementação de políticas publicas TEIXEIRA²¹ *apud*. SILVA e FORMIGLI (1994p.87); com impacto das ações de atenção primária UNICEF²² *apud* SILVA e FOMIGLI (1994p.87), com a avaliação da

¹⁴ PAIM J. S. et al. *Aspectos quantitativos da avaliação dos centros de saúde de Salvador*. REVISTA BAIANA DE SAUDE PUBLICA, 5: 120-138, 1978

¹⁵ LESSA, I. *Avaliação do Programa Materno-Infantil em uma unidade sanitária modelo*. Tese para concurso de Professor Assistente, Salvador: Departamento de Medicina Preventiva, FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 1973

¹⁶ CARVALHO, F.M. et al. *Morbidade referida e utilização de consulta médica em cinco populações do estado da Bahia*. CIENCIA E CULTURA, 40: 853-858.1988.

¹⁷ TANAKA, O .I. e ROSENBERG ,C.P. A analise da utilização pela clientela de uma unidade ambulatorial da secretaria de saúde do município de São Paulo. REVISTA DE SAÚDE PUBLICA, 24:60-68. 1990

¹⁸ CAMPOS, F.E.. *Resolutividade – Uma aproximação à avaliação qualitativa dos serviços de saúde*. Belo Horizonte: IMPRENSA UNIVERSITÁRIA, 1988.

¹⁹ SILVA, L.M.V. *A descentralização das ações de saúde no município de São Paulo: O Caso de Camaçari*. Tese de Doutorado, São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 1989

²⁰ FORMIGLI, V. et al. Organização da atenção à saude em distritos sanitários na Bahia. REVISTA BAIANA DE ENFERMAGEM, 5:5-20,1992

²¹ TEIXEIRA, S.M.F. Avaliação comparativa das ações integradas de saúde. DIVULGAÇÃO EM SAUDE PARA DEBATE, 3: 78-81, 1991

²² UNICEF- (Fundo das Nações Unidas para a Infância) *II Pesquisa de Saúde Materno Infantil no Ceará – PESMIC 2. Comparação de dois estudos de abrangência estadual, 1987/1990*. Fortaleza. UNICEF/SOCEP/SSE/HOPE (mimeo)

equidade VERAS²³ *apud* SILVA e FORMIGLI (1994p.87) e da tecnologia NOVAES²⁴ *apud* SILVA e FORMIGLI (1994p.87) com a utilização do processo de avaliação como estratégia para garantia da qualidade dos serviços LESSA e POUSADA²⁵ *apud* PITTA²⁶ *apud* SILVA e FORMIGLI (1994p.87) além das revisões sobre o tema SYLVER²⁷ *apud* SILVA e FORMIGLI (1994p.87).

Para SILVA e FORMIGLI (1994) a incorporação da avaliação como prática sistemática nos diversos níveis dos serviços de saúde pode propiciar aos gestores informações requeridas para a definição de estratégias de intervenção. Há grande quantidade de informações rotineiras registradas por serviços de saúde que não são utilizadas para análise da situação de saúde, definição de prioridades e reorientação dessas práticas. Muitas dessas informações obtidas regularmente, se analisadas, poderão se constituir em matéria prima para um processo desejável de avaliação continuada dos serviços, também chamada de monitoramento ou, num estágio mais avançado de organização dos serviços de saúde, como uma "sala de situações" para o planejamento segundo MATUS²⁸ *apud* SILVA e FORMIGLI (1994 p.88)

O enfrentamento desses desafios implica a decisão política de aceitar e incorporar como problema a ser solucionado, os possíveis resultados negativos de um processo avaliativo para SILVA e FORMIGLI (1994). Segundo MALIK e SCHIESARI (1998) "Uma premissa para trabalhar com avaliação é ter certeza de que o processo não é nem pode ser objetivo nem neutro, porque avaliadores são pessoas, bem como os definidores e selecionadores de fontes de critérios. O processo de avaliação deve permitir dizer se o que ocorreu foi adequado ou não.

²³ VERAS, C.M.T. *Avaliação da atenção médico hospitalar no Rio de Janeiro*. DIVULGAÇÃO EM SAÚDE PARA DEBATE, 3: 65-70, 1991

²⁴ NOVAES, M.D.H. *São Paulo, consumo e demanda de tecnologia*. DIVULGAÇÃO EM SAÚDE PARA DEBATE, 3: 42-44, 1991

²⁵ LESSA, I. e POUSADA, J.M.D.C. *Qualidade da assistência médica ao diabético*. ARQUIVOS BRASILEIROS DE MEDICINA, 62:459-463, 1988

²⁶ PITTA, A .M.F. *Avaliação como processo da qualidade dos serviços públicos de saúde*. REVISTA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, 26: 44-61, 1992

²⁷ SYLVER, L. Aspectos metodológicos em avaliação dos serviços de saúde. In. Planejamento criativo. Novos desafios em Políticas de Saúde. (E.Gallo,F.J.Riviera & M.H.Machado, orgs.)pp. 195-210, Rio de janeiro; RELUME- DUMARÁ, 1992

²⁸ MATUS, C. Política, Planificacion y Gobierno. Washington: OPS/ILPES. 1987

Também deve apontar como chegar a essa conclusão ou o que define o fracasso ou o êxito. Em função disso é possível e necessário aprimorar e de que maneira fazê-lo. Na mesma lógica, existe a chamada meta-avaliação, ou a avaliação da avaliação, que encoraja a investigar o que de fato foi analisado, e o que foi deixado de lado, para chegar as conclusões divulgadas.

Segundo ainda as autoras, expor-se a avaliação é correr o risco de (e estar disposto a) ser considerado menos perfeito do que se gostaria. Ao mesmo tempo é aumentar a probabilidade de ter, ao final, resultados melhores do que se teria sem ela. Com isto, o que se convencionou chamar de qualidade pode ser mais útil num ambiente mais propício "a do que a reprodução acrítica de técnicas e avaliação, pois ele induz mais à reflexão de instrumentos prontos com antecedência".

Outros autores como SILVER²⁷ apud MALIK e SCHIESARI (1998,p.8) afirma que: "O fundamental não é o vocabulário de avaliação, nem as diversas metodologias, mas o compromisso do sistema de saúde em buscar, de forma permanente, aperfeiçoar sua contribuição à sociedade tanto no plano clínico como na perspectiva mais ampla da saúde pública. Tal busca precisa estar calcada não somente na luta política para a devida priorização da saúde e na análise das necessidades da população, como na análise da atuação cotidiana do sistema hoje existente frente a essas necessidades".

2.2.5-A Informação em Saúde: a gestão de processos produtivos e gerenciais

Pensar sobre o cenário de um serviço de saúde como um lugar de produção (em um duplo sentido) tanto de relações quanto de bens/produtos e pensar na informação como uma ferramenta de análise dos sentidos das ações e do seu *modus operandi* tanto na perspectiva interrogadora das lógicas dos processos de trabalho, quanto no modo de governar o processo e sua organização remete a construção de novas metodologias de análises dos processos de informações em saúde que possibilitem expor o jogo gerencial público e privado que impera no cenário dos serviços de saúde MEHRY (1997) ressalta ainda a potencialidade do "fluxograma analisador" como ferramenta analisadora, a partir do qual possibilita a penetração das distintas lógicas institucionais que atuam em um serviço sob foco analítico.

O desenvolvimento e a construção de ferramentas analisadoras representam novas possibilidades no campo da informação em saúde que permitam interrogar o modo como o trabalho vivo opera com esta “tecnologia leve das relações” e como produz estes “produtos da intersecção” que consideramos como “bens-relações” fundamentais em saúde; e que também permitem analisar o modo como o processo de gestão do trabalho, se realiza, apropriando-se do espaço institucional da gestão organizacional, inclusive expondo a dinâmica da relação de apropriação pública ou privada desse processo, segundo MERHY (1997).

Não se pode negar na atualidade, a função estratégica da Informação em Saúde ao processo decisório e ao controle social. Ao primeiro, pela sua potencialidade em transformar e aperfeiçoar processos de trabalho para a elevação do padrão de qualidade da atenção à saúde e, ao segundo por ampliar a capacidade argumentativa dos movimentos sociais nos processos de interlocução com os gestores governamentais.

Assim, para o Sistema Único de Saúde, iniciativas que fomentem e ampliem a capacidade de utilização, acesso e tratamento das informações em saúde são prioritárias para o desenvolvimento e consolidação do mesmo. Segundo MOTA, E. et all (1997), há três dimensões nesta questão: a dimensão técnica-operacional, a sócio-político-econômica e a epistemológica. A primeira se refere à premência na ampliação e consolidação dos mecanismos de acesso à informação em saúde, a segunda, diz respeito à competência técnica de produção e gestão de sistemas/bases/banco de informações e, por último a capacidade de tratamento da informação voltada para sua utilização no processo gerencial.

Ampliar a capacidade dos profissionais de informações em saúde garantindo maior apropriação das novas tecnologias informacionais e estabelecer competências sobre o significado sócio-político-econômico da informação, do contexto da sua produção e da metodologia de tratamento adotada são medidas urgentes neste contexto.

De serviços de saúde, marcados pelo paradoxo da superinformação e subinformação, abundância e escassez, produção e gestão profissionalizada da informação com qualidade e amadorismo e tecnicismo imperando nas práticas informacionais, o grande fator de mudança é o desenvolvimento de informação que contemple a produção, organização, análise, síntese, disseminação e uso da informação relevante segundo a

perspectiva do policy maker e não da instância produtora da informação segundo MOTA, E. et all (1997),. Ampliar a capacidade de governança no setor saúde implica no desenvolvimento teórico-metodológico e tecnológico da informação em saúde numa relação mais profícua entre Informação, Conhecimento, Decisão e Ação/intervenção buscando cessar a fragmentação e a organização parcelar destes processos. Potencializar a abordagem da Ciência da Informação com a concepção da palavra Informar a ação, ou seja, processo que organiza a ação.

Ter como referencial que o acesso a Informação em Saúde é um direito de todos sendo que sua produção e disseminação são deveres dos gestores governamentais nos seus diversos níveis. Reconhecer que informar é um ato político e que nem os meios e nem o conteúdo da informação originam-se de um vazio histórico, desprovido de intencionalidades. Conseqüentemente, desencadear a negociação entre seus diversos atores na busca da construção de uma política de informações em saúde está no status de dívida constitucional com a sociedade, reivindicação presente na legislação sanitária e nas Conferências de saúde.

Além do aprimoramento de uma gestão comprometida com a qualidade dos serviços de saúde e da transparência do Estado com a sociedade, buscando subsidiar gestores, conselhos de saúde e sociedade; princípios éticos devem orientar a política de informações em saúde, respeito à privacidade e ao sigilo, princípios norteadores intransponíveis. Por outro lado, o sigilo institucional não deve sobremaneira servir como artifício para justificar bloqueios de informações de caráter público e sujeito ao controle social.

2.2.6-Uma proposta para avaliar o público

O Programa de Qualidade no Serviço Público, PSQP desde 1991, vem desenvolvendo ações junto às organizações públicas buscando sensibilizá-las e capacitá-las a considerar o cidadão como parte interessada e essencial ao sucesso da gestão pública. Sua atuação inclui ações direcionadas às organizações buscando elevar o padrão dos serviços prestados ao cidadão; como aos cidadãos, buscando torná-los participantes das atividades públicas, desempenhando o papel de avaliadores dos serviços e das ações do Estado. A

busca pela transformação gerencial da Administração Pública Brasileira no PQSP está alicerçada na filosofia, métodos e ferramentas da Qualidade, porém considerando as especificidades da natureza da atividade pública.

Para o Programa, a Qualidade implica em estabelecer um sistema eficaz de liderança, que garanta a coesão e uniformidade às atividades da organização, a definição clara dos clientes – que são os diversos usuários dos serviços públicos - e dos resultados por ele esperados, o gerenciamento de informações por meio da geração de indicadores de desempenho; as ações de planejamento e acompanhamento das ações, a preocupação constante com o fazer certo o que é certo da primeira vez, envolvendo, estimulando e desenvolvendo todos os servidores dentro do compromisso de satisfazer o usuário do serviço público.

Enfatiza ainda que adotar a Qualidade como instrumento de modernização da administração pública brasileira leva em conta a sua simultaneamente a sua dimensão formal e sua dimensão política. Na formal, a competência para produzir e aplicar métodos, técnicas e ferramentas. Na política, a competência para projetar e realizar organizações públicas que atendam às necessidades do cidadão. Nesse contexto, o Programa pressupõe que a gestão pela Qualidade instrumentalizará o alcance da dimensão política da Administração Pública na sua expressão mais ampla: *a cidadania*.

Partindo desse pressuposto o PQSP adota como eixo *estruturante* o cidadão enquanto destinatário dos serviços públicos e da ação do Estado. Os princípios básicos para o desenvolvimento das atividades da Qualidade na Administração Pública considerados foram: a satisfação do cliente, o envolvimento de todos, a gestão participativa, a gerencia de processos, a valorização das pessoas, a constância de propósitos, a melhoria continua e a gestão pró-ativa.

Para a satisfação do cliente, principal fundamento adotado na gestão pública pela qualidade, o Programa prega o foco continuo na satisfação do usuário dos serviços públicos preconizando que a observância desse princípio significa servir ao cidadão e não à burocracia. Nesse enfoque, o cidadão passa a exercer o papel de orientador e controlador da qualidade da organização. Identificar seus usuários, tipo, grupos, suas necessidades e expectativas e seus níveis de satisfação são pré-requisitos para a conformidade desse

princípio. Integração, harmonia e funcionamento estruturado e interdependente dos elementos que constituem a organização liderados pela alta administração em prol da qualidade da gestão pública só é possível se todos os seus agentes – de servidores a dirigentes – estiverem envolvidos e comprometidos com a obtenção dos resultados institucionais e com a implantação de ações contínuas de melhoria. A gestão participativa é o estilo de gestão recomendado pelo Programa, baseado na crença que uma atitude gerencial de liderança buscando obter o máximo de cooperação das pessoas que integram a organização fará genuína a gestão participativa, onde as pessoas tomem posse dos desafios e dos processos de trabalho dos quais participam. Compartilhamento de informações, respeito mútuo, confiança para delegar estimulam a capacidade de tomar decisões favorecendo melhorias no clima organizacional e a realização das pessoas.

Para o Programa, a gerência de processos atua partindo do princípio de que uma organização pública é um macroprocesso que agrega valor ao cidadão ao cumprir a sua missão. Integrado por processos menores interligados reúne as ações necessárias à execução das diversas funções decorrentes da missão organizacional. O processo, definido como um conjunto de ações, correlacionadas e integradas que transformam insumos recebidos em produtos/serviços que agregam valor aos seus usuários tem no seu gerenciamento o principal fator crítico para o desempenho institucional e para o gerenciamento de resultados.

Pensar em processos remete obrigatoriamente para as pessoas que os desenvolvem e os executam. Valorizar as pessoas é dar-lhes a oportunidade de desenvolvimento humano e profissional, o preparo e a autonomia para executar com responsabilidade suas tarefas e obter o reconhecimento pelo trabalho bem feito. É nas pessoas que está a melhoria do desempenho organizacional, a mudança de atitudes e a imagem institucional. Estabelecer um futuro organizacional desejado e agir nessa direção é a essência desse princípio. A constância de propósitos é manter-se nesse rumo. Para isso dois fatores são fundamentais: compartilhar essa visão de futuro com todos os servidores e utilizar dessa visão como fator de coerência no processo decisório organizacional.

Solucionar problemas, reduzir desperdícios, eliminar defeitos por si só não conduzem ao alto desempenho institucional. É preciso ir além para o princípio da melhoria

continua. Processo contínuo e inesgotável, engloba melhorias incrementais e inovações. Internalizar este princípio incorporando-o a cultura organizacional na busca permanente de novos desafios. É o chamado estilo de gerenciamento empreendedor. Prevenir é o conceito que fundamenta o princípio da gestão pró-ativa no Programa. Resposta rápida às demandas dos usuários e da sociedade e prevenção aos problemas, compromisso com o fazer certo, desconforto com o erro, combate ao desperdício, adotar medidas preventivas são algumas atitudes que evidenciam a pró-atividade. Organizações que não esperam acontecer para reagir, buscando a ação em direção a visão de futuro que elaborou para si mesmo são organizações pró-ativas.

O Sistema de Avaliação da Gestão Pública consiste num conjunto integrado de ações que se inicia com a adesão formal da organização ao PQSP e se desenvolve por meio de ações de auto-avaliação, validação externa dos resultados da auto-avaliação, planejamento para a melhoria da gestão, execução das metas de melhoria estabelecidas, verificação e correção das diferenças entre metas e resultados. O ciclo é reiniciado a cada nova avaliação. Tem por base o Modelo de Excelência de Gestão Pública preconizado pelo Programa, apresentado no Instrumento de Avaliação da Gestão Pública. Os avaliadores da gestão pública são formados pelos servidores públicos indicados pelas organizações para realizarem a auto-avaliação de sua organização. Para o Programa a origem do Modelo de Excelência em Gestão Pública veio da compreensão que o maior desafio do setor público brasileiro era gerencial, direcionando assim a busca para um novo modelo de gestão pública com foco nos resultados e orientado para o cidadão. Em 1997, o Programa optou pelos Critérios de Excelência que representavam o “estado da arte”, modelo esse que buscava ao mesmo tempo orientar as transformações gerenciais e permitir avaliações comparativas entre organizações públicas brasileiras, estrangeiras, empresas e demais organizações do setor privado.

O Modelo de Excelência em Gestão Pública é composto por sete critérios que juntos compõem um sistema de gestão para as organizações do setor público brasileiro. No critério Liderança o Modelo busca identificar como está estruturado o sistema de liderança da organização e a atuação da equipe pessoal da Alta Administração. No critério Estratégias e Planos está o exame da formulação e a operacionalização de estratégias a partir da visão de futuro da organização. No critério Clientes é examinado o conhecimento mútuo e o

relacionamento com o cliente, foco este central da busca de resultados da organização. O critério Informação busca examinar a identificação, o gerenciamento e a utilização das informações alinhadas com as diretrizes estratégicas da organização. O critério Pessoas examina os sistemas de trabalho, a educação, capacitação e o desenvolvimento de pessoas além da qualidade de vida de seus servidores. No critério Processos busca identificar os principais aspectos do funcionamento interno da organização, a implementação e operacionalização dos processos finalísticos, apoio e os relativos aos fornecedores. O critério Resultados busca identificar a evolução do desempenho da organização relativo à satisfação de seus usuários, à melhoria dos seus serviços e dos processos organizacionais; ao desempenho relativo às pessoas, aos fornecedores e ao cumprimento de metas.

Os três primeiros Critérios formam um bloco denominado de **planejamento**. Através de uma Liderança forte da alta administração focalizando as necessidades dos clientes, os serviços/produtos e processos da organização são planejados para atender esse conjunto de necessidades de acordo com os recursos disponíveis. O segundo bloco de Critérios é composto pela gestão de pessoas e processos e representa a **execução** do planejamento. O terceiro bloco é o bloco de Resultados e constituem o bloco de **controle**, pois através dele se dá o acompanhamento da satisfação dos clientes, a gestão das pessoas, dos fornecedores e das parcerias institucionais bem como do desempenho dos serviços/produtos e dos processos organizacionais. O último bloco, Informação, representa a inteligência da organização, pois é à base de sustentação das ações planejadas e executadas em cada um dos blocos anteriores. É o bloco da tomada de decisão e **ação** em função das análises críticas realizadas e perpassa horizontalmente todos os demais.

2.2.7-O eterno construir

A constituição cidadã, consubstanciou no setor saúde o resgate da cidadania, através da criação do Sistema Único de Saúde, mas o exercício desse direito na sua plenitude só se efetivará com a indissolúvel participação da sociedade. Na seção Saúde,(Art.198) estabeleceu que “as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada constituído um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes: da universalidade, descentralização, com direção única em cada esfera de

governo; e integralidade das ações, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade. A Lei nº 8080/90 (Art.15), estabeleceu as atribuições da União, Estados, Distrito Federal e Municípios e previu a definição dos mecanismos de controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde. A Lei nº 8142/90 incluiu a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, legitimando-a através das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde como instâncias colegiadas de gestão, sendo os Conselhos de Saúde os de caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, com paridade entre os usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos representados, com a atribuição de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

A participação da comunidade é um valioso instrumento para a evolução e o aperfeiçoamento do sistema, sendo essa interação com o governo uma das diretrizes mais importantes do sistema, cabendo ao gestor municipal instrumentalizar a participação da comunidade na identificação de necessidades e demandas. A idéia central da participação da comunidade no controle social é a de colocar o cidadão e o usuário no centro do processo de avaliação do sistema e impedir que o Estado seja árbitro do interesse coletivo, segundo CARVALHO e SANTOS (2001)

Durante a última década, com a implantação do SUS, desencadeou-se no Brasil um intenso processo de descentralização do conjunto de responsabilidades e recursos para operacionalização da aplicação efetiva da saúde, promovendo-se assim, uma integração de ações entre as três esferas de governo, transferindo para o Estado e principalmente aos municípios a função real e irreversível de gestores de saúde. Porém, isto não exime os Poderes Federal e Estadual, da co-responsabilidade tripartite (art. 23,II/CF) e nem o papel dos indivíduos, da família e da comunidade na promoção, proteção e recuperação da saúde.

A descentralização é um principio de organização e execução de atividades e, no caso do SUS tornou-se a espinha dorsal do sistema não podendo se perder de vista que a municipalização não é só a transferência legal e material para os municípios, mas a diretriz

para se manterem próximos do fato e do público e a capacidade de oferecer soluções aos problemas, o poder de decidir e os meios para efetivar a decisão. Se analisa-la sob outra ótica, é uma decorrência do conceito de federalismo como modelo de organização política do Estado e uma exigência prática desse mesmo federalismo para a efetivação da democracia e da justiça social, afirmam CARVALHO e SANTOS (2001)

A garantia do direito à saúde exige ainda aporte de recursos financeiros suficientes e estáveis. A Emenda Constitucional nº 29/ 2000 vinculou parte da receita de impostos arrecadada, diretamente, da União, Estados e Municípios no financiamento das ações e serviços públicos de saúde, que se dá com a aplicação mínima de recursos no setor até 2004, com base em percentuais das receitas estabelecendo para o Estado o mínimo de 12% e 15% para os municípios. A prestação de contas à sociedade e as instâncias legitimadas democraticamente encontra-se prevista na L.F nº 8689/93 (Art.12) que estabeleceu que o gestor do Sistema Único de Saúde em cada esfera de governo apresentará, trimestralmente, ao Conselho de Saúde e, em audiência pública na Câmara de Vereadores e nas Assembléias Legislativas respectivas, para análise e ampla divulgação, relatório detalhado, contendo, dentre outros, dados sobre o montante e a fonte de recursos aplicados, as auditorias concluídas ou iniciadas no período, bem como sobre a oferta e a produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada.”

Catorze anos após a promulgação da Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde acha-se num contínuo processo, gradativo e complexo, de desconstrução/construção, do modelo anterior ao atual onde mesclam-se a dependência da hegemonia neoliberal com predomínio de interesses mercantis, corporativistas e político-excludentes e avanços expressivos obtidos nos diversos campos das práticas de saúde e, com experiências de gestão democráticas em modelos de atenção éticos e centrados no usuário.

Esse processo de construir /consolidar simultâneo do SUS acena para um permanente construção e reflexão de práticas de saúde num cenário repleto de desafios aos gestores, Conselheiros de Saúde, usuários e trabalhadores da saúde. A formulação de estratégias para o enfrentamento desses desafios pode ser “construtora” rompendo o velho modelo ou, “enganosa”, reproduzindo-o e reforçando-os com novos visuais ou roupagens.

Atores permanentes deste cenário dinâmico e cotidiano ora “constroem” ora “consolidam” ou ora construir/consolidar simultâneo o direito à saúde através de suas práticas.

Nesta perspectiva, cada um desses atores ocupa espaço privilegiado no enfrentamento desses desafios. A dos gestores, segundo CAMPOS, (1992) é a de colocar os serviços públicos realmente em prol do bem estar coletivo, utilizando em cada circunstancia, os recursos disponíveis da maneira mais produtiva possível.

Estratégica, a gestão hoje, é um dos elementos centrais para a recuperação dos sistemas de saúde pública e, da sua transformação em um instrumento de defesa da vida, afirma CAMPOS (1992). Expressa num conjunto de ações de governo que busca manter a articulação funcional do todo, onde diversos atores institucionais encenam, cada um num território privado de ação e num processo público, cada um com suas intenções e perspectivas interagindo e intervindo no todo articulado, a gestão seria o palco deste cenário. Prover este cenário, de novos estilos de gestão que privilegiem a distribuição de poder de forma democrática com modelos organizacionais descentralizados e valorizadores da autonomia e da liberdade de iniciativa das equipes de saúde perpassando pela complexidade e diversidade da vida são pré-requisitos de uma gestão comprometida com a defesa do interesse público e comprometida com o direito à saúde como corolário do direito à vida.

Em que pese, a evolução das teorias administrativas e organizacionais contemporâneas das sociedades modernas na sua contribuição para a elevação da eficácia e eficiência organizacional, há de se reconhecer a incipiente cultura na organização de processos de trabalho focadas nas especificidades da produção de ações/serviços de saúde e do interesse público, e a insuficiência do conjunto de conhecimentos acumulados sobre planejamento e gestão destes, muito aquém das necessidades deste cenário, perpassados pelo amplo espectro das múltiplas dimensões do processo saúde – doença. Por outro lado, “à saúde enquanto direito” consubstanciada nos princípios de universalidade, integralidade, equidade e nas diretrizes de descentralização, hierarquização e comando único obrigou aos municípios brasileiros, com as suas diversidades regionais e variados portes a prover seus aparatos institucionais de estruturas especializadas destinadas a formulações de políticas, controle e execução na área de saúde multiplicando assim, os atores desses cenários, nas

suas mais diversas expressões sócio-políticas, práticas sanitárias e concepções do processo de saúde-doença.

2.2.8-As dimensões de alguns pilares

A vida humana é percebida como sagrada ou tendo uma dignidade intrínseca, dado que seres humanos são basicamente pessoas portadoras de valor, vista dentro da corrente filosófica chamada de humanismo. O termo sacralidade da vida tem sido utilizado na interpretação de: toda pessoa independente do estado de saúde, tem valor, que não deve ser usado como meio e sim tratada com dignidade. Na perspectiva teológica, a dignidade recebe sua sacralização por ser criada por Deus. Introduzido neste século, novos termos como qualidade de vida e a bioética tem trazido reflexões conflitivas a vida humana e seu componente valorativo. A bioética é a combinação de conhecimentos biológicos e dos valores humanos. Já o termo qualidade de vida é novo e não procede da Teologia, nem da Filosofia, Ética ou Medicina e sim, deriva da teoria empresarial da qualidade de materiais nos programas de qualidade em processos industriais segundo GUILLEN (1988).

A vida orgânica é um valor “vital” mas historicamente as sociedades colocam-na em uma categoria inferior a outros valores como os “éticos e religiosos” de forma paradoxal e conflitiva. A qualidade de vida está profundamente condicionada ao meio cultural e depende estritamente do conjunto de valores dos indivíduos e dos grupos sociais, estruturando-se em dois níveis: *o público e o privado*. O *privado* onde cada indivíduo define individual e socialmente seu próprio sistema de valores, seus conceitos de vida e qualidade e, portanto sua felicidade, *a ética de máximos* que em bioética expressa-se em *autonomia e beneficência*. O *público*, é o conjunto de valores da sociedade que devem ser respeitados por todos e, expressam-se nos princípios de não *maleficência e de justiça*. Nessa perspectiva a qualidade de vida não é incompatível com a sacralidade humana e sim complementar, inserindo ainda um terceiro nível: *o da excepcionalidade*, que permite justificar exceções às normas de acordo com os critérios de qualidade à vista das circunstâncias e conseqüências concorrentes sobre a qualidade de vida aponta GUILLEN (1988).

A Constituição Federal de 1988, consagrou no seu artigo nº 196 a Saúde como direito do cidadão, instituindo assim a defesa do direito a saúde como corolário do direito à vida, estruturada em uma relação jurídica específica entre cada ser humano e o Estado, em que aquele é o credor e este o devedor de forma que não se consubstancie em vagas promessas e boas intenções constitucionais e sim garantia de ações governamentais eficazes e efetivas com caráter universal, integral e igualitário e, precípuamente implicada na construção da cidadania.

Neste sentido, a Carta Constitucional, ao consagrar o direito à saúde, avançou consideravelmente nas garantias de direitos sociais inalienáveis, ao conferir uma série de princípios e reconhecer direitos fundamentais do homem, não poderia deixar de lado o direito à saúde, sob pena de tornar inócuo esses direitos. Assim sendo, o artigo 196 é uma consequência do disposto no artigo 1º - a dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos da República; no artigo 3º - o bem de todos os cidadãos como um dos objetivos fundamentais da República; no artigo 5º, *caput* – inviolabilidade do direito à vida, pelo simples fato de ter nascido com vida, no momento do nascimento adquire o direito subjetivo à sua saúde, direito que lhe acompanha até a morte. E, como é direito exigível do Estado, no que concerne a sua proteção, trata-se de direito subjetivo público, estruturando-se uma relação jurídica específica entre cada ser humano e o Estado, em que aquele é o credor e este, o devedor. O direito à saúde não pode se consubstanciar em vagas promessas e boas intenções constitucionais, garantido por ações governamentais implantadas e implementadas oportunamente, mas não obrigatoriamente.

Para CAMPOS (2002) ainda, adotar o conceito de emancipação social como uma diretriz balisadora da função do SUS seria determinante para ampliar o objeto de trabalho dos serviços de saúde. Reconhecer as diferenças e as repercussões socioeconômicas e a subjetividade de cada usuário na evolução dos problemas individuais ou coletivos de saúde, exigiria modificações nas formas de atenção médico-sanitária promovendo discriminações positivas e atenção diferenciada. Não só por valores éticos ou morais, mas também porque seu desconhecimento diminui a eficácia técnica das ações de saúde, transformando boa parte da atenção em um ritual com pequena repercussão sobre o processo de cura e sobre a manutenção de ambientes saudáveis, ou seja, admitir que cada cidadão deveria dispor de meios subjetivos e materiais – boa parcela do qual não

diretamente dependente do sistema de saúde – suficientes para sua produção e para construir autonomamente sua felicidade, realização pessoal e social.

Nesse sentido, para este mesmo autor, o desenho da proposta do modelo de atenção baseado na *defesa da vida* parte do reconhecimento da legitimidade social e técnica desse conteúdo que emerge nos serviços de saúde expresso na demanda por atenção médica, que não ignora as distorções da consciência sanitária dominante originária do processo histórico hegemônico da constituição da atenção à saúde, da mercantilização da medicina e da medicalização da sociedade.

Afirma ainda CAMPOS (2002) que, freqüentemente a procura por atenção e a pressão da demanda são as únicas formas da maioria da população expressar sua vontade, de votar, de escolher algum tipo de atenção que mesmo com a participação na gestão democrática a expressão do desejo, da vontade e da participação das pessoas não se esgota totalmente por esse canal. Nesse sentido, a busca incessante pela ampliação da capacidade de resolução dos serviços de saúde implicaria em percorrer dois caminhos: um, é o desenvolver técnicas e novas combinações tecnológicas para a resolução da maioria dos problemas de saúde absorvendo e trabalhando as aspirações de saúde dos grupos e das pessoas alterando a racionalidade orientadora das intervenções, que agora visariam apoiar as pessoas e comunidades por meio de ações pertinentes ao campo da saúde de acordo com a complexidade e diversidade da vida e, outro, que é a instituição de um novo estilo de gestão dos serviços com descentralização equalizada do poder, privilegiando e valorizando a autonomia e a liberdade de iniciativa das equipes de saúde.



3-OBJETIVOS

3.1- GERAL

- Avaliar a gestão de um sistema municipal de saúde sob a perspectiva de parâmetros e informações em saúde com ênfase na gestão.

3.2-ESPECÍFICOS

- Demonstrar a influência qualitativa e quantitativa dos parâmetros e informações de saúde no processo de formulação, execução e avaliação das políticas sanitárias.
- Identificar os pontos fortes e oportunidades de melhoria da gestão do sistema municipal de saúde sob a perspectiva de parâmetros e informações de saúde na busca da compreensão do processo de gestão.
- Testar um instrumento de avaliação de gestão num sistema municipal de saúde observando os parâmetros da qualidade do Programa de Qualidade do Serviço Público e as especificidades das organizações de saúde do Sistema Único de Saúde.



4-MÉTODOS

A metodologia utilizada foi qualitativa tomando por base os referenciais teóricos discutidos na Introdução. Para a obtenção dos dados e construção de seus instrumentos foram utilizados os seguintes métodos e fontes:

a) informações fornecidas pela equipe gestora

Coleta de dados ou relatos de práticas e/ou situações obtidas junto à equipe gestora através de entrevistas coletivas semi-estruturadas.

b) utilização de documentos oficiais escritos

Coleta de dados de registros documentais de produção da organização tais como projetos técnicos, planos de ação, relatórios, artigos, leis etc; apontados pela equipe gestora como evidências objetivas dos dados, práticas e/ou situações relatadas nas entrevistas .

4.1-DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados (Anexo 1) foi confeccionado tendo como estrutura os seguintes dados.

- a) Dados gerais do município: formulário para preenchimento de características do município e da organização;
- b) Bloco de análise: quatro blocos de análises contendo enunciado dos parâmetros, seus requisitos e, espaço destinado às anotações dos dados, práticas e/ou situações relatadas e os registros documentais coletados frente a apresentação dos parâmetros.

4.2-DOS BLOCOS DE ANÁLISES

O instrumento foi estruturado em quatro (04) blocos de análises: Planejamento, Execução, Controle e Ação. Os blocos de análises e seus parâmetros foram aqueles preconizados pelo Programa Nacional da Qualidade do Serviço Público.

Cada bloco de análise é composto por um ou mais parâmetros formados por requisitos tal qual o instrumento de avaliação do PQSP. Na adaptação realizada foram mantidos os sete critérios da qualidade do PQSP aqui denominados como parâmetros e, os requisitos foram adequados as especificidades das organizações do Sistema Único de Saúde tendo sido mantida a estrutura do instrumento de avaliação do Programa Nacional de Qualidade do Serviço Público.

O bloco **Planejamento** é composto pelos parâmetros: Liderança, Estratégias e Planos e, Usuários. O bloco **Execução** é composto pelos parâmetros: Pessoas e Processos. O bloco **Controle** é composto pelo parâmetro Resultados. O bloco **Ação** é composto pelo parâmetro Informação em Saúde.

4.2.1-Da seleção dos blocos de análises

Na seleção dos blocos de análises foram considerados as diretrizes dos sete parâmetros da qualidade do Programa Nacional de Qualidade do Serviço Público, adequando-os às especificidades dos modos de produção e gestão das organizações de saúde do Sistema Único de Saúde, com ênfase na gestão, que juntos compõem um sistema de gestão para as organizações do setor público: Liderança, Estratégias e Planos, Usuários, Informação em Saúde, Pessoas, Processos e Resultados.

4.2.2-Do conteúdo dos blocos de análises

Na construção do conteúdo dos blocos de análises foram considerados os requisitos dos parâmetros de qualidade do Programa de Qualidade do Serviço Público adequando-os às especificidades dos modos de produção e gestão das organizações de saúde do Sistema Único de Saúde, com ênfase na gestão, eliminando-se os itens e alíneas de cada parâmetro do instrumento original do PQSP tendo em vista que os mesmos contemplavam procedimentos relativos a gerência dos serviços, não sendo estes objeto deste estudo.

O bloco de análise denominado **Planejamento** buscou evidenciar o papel da liderança da equipe gestora na construção da democratização institucional e na focalização das necessidades dos usuários, dos agentes produtores de saúde e da organização no

planejamento das ações/serviços para atender a esse conjunto de necessidades, responsabilidades e compromissos com a gestão dos modelos de atenção, pessoas, organização e seu controle social levando-se em conta os recursos disponíveis.

O bloco de análise denominado **Execução** buscou evidenciar como a equipe gestora promove a construção de espaços coletivos para que os agentes produtores de saúde definam, executem, aperfeiçoem e elevem a qualidade dos processos produtivos e gerenciais apropriando-se dos desafios institucionais e organizacionais dos processos de trabalho dos quais participam; criando oportunidades de aprendizado, desenvolvimento das potencialidades e reconhecimento, estabelecendo novos padrões de compromissos e responsabilidades com a sua clientela.

O bloco de análise denominado **Controle**, composto pelos resultados da organização buscou evidenciar como a equipe gestora promove o diálogo e a reflexão entre os resultados alcançados e suas práticas em três aspectos: a relativa a produção de ações/serviços, a sobrevivência da organização e a desalienação de sujeitos.

O bloco de análise denominado **Ação** representa o bloco da tomada de decisão e ação em função das análises críticas realizadas. Buscou identificar como a equipe gestora evidencia a função estratégica da Informação em Saúde no processo decisório transformando seus processos gerenciais e produtivos, elevando sua qualidade e, ao controle social, ampliando a capacidade argumentativa dos movimentos sociais e usuários nos seus processos de interlocução com os trabalhadores e gestores governamentais. A Informações em Saúde representa “ a inteligência da organização” e a base de sustentação das ações planejadas em cada um dos blocos anteriores.

4.2.3-Dos parâmetros de cada bloco de análise

Na construção do conteúdo de cada bloco de análise foram considerados os requisitos dos parâmetros de qualidade do Programa de Qualidade do Serviço Público e, adequando-os às especificidades dos modos de produção e gestão das organizações de saúde do Sistema Único de Saúde sempre na perspectiva da gestão.

a) Bloco de análise: Planejamento

PARÂMETRO: *Liderança, Estratégias e Planos e Usuários*

O parâmetro **Liderança** busca:

- a) evidenciar como a equipe gestora estrutura o sistema de liderança da organização, ou seja, sua composição e funcionamento; e sua atuação, a partir das macro-orientações de Governo, na definição e disseminação entre os servidores dos valores, políticas e orientações estratégicas, levando em consideração as necessidades de todas as partes interessadas, orientando-os na busca do desenvolvimento institucional e individual.
- b) Evidenciar como a equipe gestora promove o papel da liderança na construção da democracia institucional e na busca da organicidade funcional das partes com todo o conjunto de ações institucionais e na multiplicidade de responsabilidades e compromissos com a gestão.
- c) evidenciar como a equipe gestora no cumprimento de suas responsabilidades institucionais promove a articulação com as bases sociais para a transformação de seus direitos e necessidades em demandas e projetos de interesse público, na participação e deliberação das políticas locais de saúde e no desenvolvimento de mecanismos para ampliação da sua capacidade argumentativa junto aos governantes.

O parâmetro **Estratégias e Planos** busca:

- a) evidenciar como a equipe gestora, a partir de sua visão de futuro, coordena a formulação de estratégias e as desdobram em planos de ação de curto e longo prazos promovendo a construção democrática e coletiva da missão organizacional, o compromisso social e conjunto, dos agentes produtores de saúde, usuários e da organização, desencadeando estratégias de elaboração conjunta de diretrizes, objetivos, objeto, métodos de trabalho e avaliação da ação coletiva.

- b) evidenciar como a equipe gestora coordena e utiliza as informações sobre os usuários e sobre o seu próprio desempenho para estabelecer as estratégias, de forma a assegurar a adequação e a implementação das mesmas, visando ao atendimento de sua missão e a satisfação das partes interessadas.

O parâmetro **Usuários** busca:

- a).evidenciar como a equipe gestora no cumprimento das suas responsabilidades institucionais, identifica e escuta os usuários e suas respectivas necessidades, promovendo a desconcentração de poder e da burocracia subordinando-os as instâncias vivas da organização - trabalhadores e usuários - nas dimensões: legal, político-social, subjetiva, pedagógica e gerencial.
- b) evidenciar como a equipe gestora conduz as responsabilidades organizacionais perante a sociedade e as comunidades diretamente afetadas pelas suas atividades e serviços, assim como estimula a cidadania;

b) Bloco de análise denominado Execução

PARÂMETRO: *Pessoas e Processos*

O bloco de análise denominado **Execução** busca evidenciar como a equipe gestora promove a construção de espaços coletivos para que os agentes produtores de saúde definam, executem, aperfeiçoem e elevem a qualidade dos processos produtivos e gerenciais apropriando-se dos desafios institucionais e organizacionais dos processos de trabalho dos quais participam criando oportunidades de aprendizado, desenvolvimento das potencialidades e reconhecimento estabelecendo novos padrões de compromissos e responsabilidades com a sua clientela.

O parâmetro **Pessoas** busca:

- a) evidenciar como a equipe gestora prepara e estimula os agentes produtores de saúde no desenvolvimento e utilização de suas potencialidades em consonância com as estratégias da organização na construção de espaços

coletivos para que possam reproduzir-se como sujeitos de sua própria existência garantindo sua sobrevivência e a produção de ações/serviços de saúde tendo como usufruto o reconhecimento, tanto por parte do trabalhador como do usuário e da sociedade do resultado de seu trabalho estabelecendo novos padrões de compromissos e responsabilidades com a sua clientela.

- b) evidenciar ainda como a equipe gestora desencadeia esforços para criar e manter um ambiente que conduza à excelência no desempenho, a educação, o desenvolvimento profissional e o crescimento individual e institucional.

O parâmetro **Processos** busca:

- a) evidenciar como a equipe gestora promove a construção de espaços coletivos para que os agentes produtores de saúde definam, aperfeiçoem e elevem a qualidade dos processos produtivos e gerenciais apropriando-se dos desafios institucionais e organizacionais dos processos de trabalho, de apoio e finalísticos, com foco nas necessidades dos usuários, dos agentes produtores de saúde e da organização em busca das metas institucionais.

c) Bloco de análise denominado Controle

PARÂMETRO: *Resultados*

O parâmetro **Resultados** busca:

- a) evidenciar como a equipe gestora promove o diálogo e a reflexão entre seus resultados e práticas na produção de ações/serviços buscando a melhoria de seus serviços e processos organizacionais na otimização do desempenho e metas institucionais.
- b) evidenciar como a equipe gestora promove o diálogo e a reflexão entre seus resultados e práticas à aplicação dos recursos orçamentários/ financeiros da organização com racionalidade e combate ao desperdício elevando a relação custo/benefício

c) evidenciar como a equipe gestora promove o diálogo e a reflexão entre seus resultados e práticas e a desalienação de sujeitos usuários e produtores de ações de saúde buscando a construção democrática do atendimento aos interesses individuais e coletivos

d) Bloco de análise denominado Ação

PARÂMETRO: *Informação em Saúde*

O parâmetro **Informação em Saúde** busca:

- a) evidenciar como a equipe gestora promove o uso da Informação em Saúde no processo decisório definindo, transformando e aperfeiçoando seus processos produtivos e gerenciais.
- b) evidenciar como a equipe gestora promove o uso da Informação em Saúde no controle social ampliando a capacidade argumentativa dos movimentos sociais e usuários nos seus processos de interlocução com os trabalhadores e gestores governamentais e na transformação das suas demandas e necessidades em projetos de interesse público.
- c) evidenciar como a equipe gestora promove o uso da Informação em Saúde enquanto ferramenta analisadora subsidiando a conformação de novos processos de trabalho e gestão convergentes à sua missão, diretrizes estratégicas, responsabilidades e compromissos institucionais
- d) evidenciar como a equipe gestora promove e desencadeia esforços para a capacitação e a produção de conhecimento em Informação em Saúde visando a apropriação da inteligência informacional em saúde com vistas a consolidar uma cultura institucional em Informação em Saúde desde a produção, uso e disseminação.

4.3-DA SELEÇÃO DO MUNICÍPIO

Os instrumentos desenvolvidos foram aplicados no município de Paulínia – DIR XII Campinas. Para a seleção do município foram estabelecidos os seguintes critérios:

- Pertencer ao Departamento Regional de Campinas dada a facilidade de acesso geográfico e boa receptividade do município a projetos acadêmicos em função de inúmeros convênios já desenvolvidos com a Universidade de Campinas.
- Possuir equipe técnica capacitada para a gerência e aporte financeiro suficiente eliminando assim eventuais vizes importantes que pudessem ser atribuídos a deficiências de recursos e/ou capacitação técnica.
- Possuir população entre 50 a 100 mil habitantes, caracterizando-se como município de médio porte e estar habilitado em gestão plena do sistema.

4.4-DA APLICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS

Para a aplicação dos instrumentos, os primeiros contatos foram realizados através do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas com a Secretaria Municipal de Saúde de Paulínia.

A primeira entrevista preparatória foi realizada no dia 11 de agosto de 2000 com duração aproximada de 2 horas com o Secretário Municipal de Saúde para a exposição dos objetivos e metodologia do estudo.

Foi apresentado o arcabouço do estudo e, especificamente a etapa que envolvia a aplicação do instrumento no município. Após a concordância e manifestação favorável do Secretário Municipal de Saúde, foi agendado para 14 de agosto daquele ano a apresentação do estudo e seus objetivos à equipe gestora. A equipe gestora mostrou-se receptiva à aplicação do instrumento. Foi acordado consensualmente que a aplicação das entrevistas não deveriam ultrapassar o período de três horas e, as mesmas seriam realizadas

sempre às segundas-feiras no período da manhã, ocasião esta que a equipe gestora reunia-se sistematicamente.

Propôs-se então o agendamento de quatro reuniões consecutivas, com duração mínima em 02 (duas) e máximo de (04) quatro reuniões com a presença de maioria simples dos membros da equipe gestora e o Secretário Municipal de Saúde. O cronograma foi cumprido e as entrevistas coletivas ocorreram em 3 encontros.

Os dias e os parâmetros aplicados foram :

- 21.08.2000: Usuário e Liderança
- 28.08.2000: Pessoas e Processos
- 11.09.2000: Informação, Estratégias e Planos e, Resultados

A técnica de aplicação da entrevista consistiu na:

- a) apresentação do propósito do estudo,
- b) metodologia da entrevista: apresentação dos parâmetros que compõem cada bloco de análise e solicitação do fornecimento de no mínimo um (01) registro documental dos dados, praticas e/ou situações relatadas como evidência objetiva do cumprimento dos requisitos do parâmetro. Para o registro dos dados, relatos e /ou situação e registros documentais, foi acordado como parâmetro o consenso da equipe gestora.

4.5-DA ANÁLISE DO ATENDIMENTO AOS REQUISITOS DOS PARÂMETROS

Na análise do conteúdo dos parâmetros foram considerados os dados, situações ou relatos de práticas obtidos na entrevista da equipe gestora, conjuntamente com a análise documental dos registros documentais apresentados como evidência objetiva dos dados, situações ou práticas relatadas, ou seja buscando nos registros documentais dados, situações e/ou práticas convergentes com os relatados pela equipe gestora.

Para a validação do atendimento aos requisitos dos parâmetros foram considerados como válidos as práticas/relatos da equipe gestora convergentes com evidencias consistentes contidas nos registros documentais.

As práticas, quando relatadas pela equipe gestora e não evidenciadas nos registros documentais foram consideradas como incipientes. Já a ausência de relatos/práticas conjuntamente com a ausência de evidências nos registros documentais. Tanto as práticas/relatos consideradas incipientes ou inexistentes foram apontadas pela autora como oportunidades de melhorias.

4.6-DA CLASSIFICAÇÃO DOS PARÂMETROS

Os resultados obtidos das análises dos dados, práticas e/ou situações evidenciados foram classificados comparando seu atendimento aos requisitos de cada parâmetro e, posteriormente classificados em:

- **atende** : para o atendimento dos requisitos do parâmetro na íntegra
- **atende parcialmente** : para o atendimento de metade dos requisitos do parâmetro ou sua maioria simples
- **atende de forma incipiente:** para o atendimento de menos da metade dos requisitos do parâmetro
- **não atende** : para o não atendimento a nenhum dos requisitos do parâmetro

Os resultados foram apresentados por parâmetros organizados em blocos de análise. Aos requisitos atendidos foram classificados como pontos fortes e, aos requisitos não atendidos ou parcialmente atendidos foram classificados como oportunidades de melhorias.



5-RESULTADOS

Os resultados obtidos deste estudo encontram-se dispostos em:

- Da Equipe Gestora
- Dos Relatos/práticas e Registros Documentais

5-1-DA EQUIPE GESTORA

5.1.1-Perfil Profissional da Equipe Gestora

A Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Paulínia tem como equipe gestora o Secretário Municipal de Saúde e cinco assessores cuja qualificação profissional encontra-se descrita abaixo:

Secretário Municipal de Saúde: Médico (Unicamp) com Especialização: Pediatria (Unicamp), Saúde Pública (Unicamp), Planejamento em Saúde (Unicamp), Planejamento Estratégico (Unicamp) , Gerenciamento de Serviços de Saúde (PUCC)

Assessoria

- Psicólogo (USF) com Especialização: Educação em Saúde (Unicamp), Gestores em Saúde Pública (Unicamp)
- Médico (Unicamp) com Especialização em Saúde Pública (USP), Capacitação de Auditores do Sistema Nacional de Auditoria (SES/SP)
- Médico (Fac. Regional de São Jose do Rio Preto) com Especialização de Infectologia (Unicamp), Gestão Hospitalar (Unicamp)
- Médico (Unesp) com Especialização em Saúde Pública (USP), Medicina do Trabalho (Unicamp)
- Assistente Social (PUCC) com Especialização de Planejamento e Gestão (Unicamp)

5.1.2-O Estudo e a Equipe Gestora

A equipe demonstrou boa receptividade às entrevistas e aos parâmetros apresentados. No decorrer das entrevistas demonstrou coesão de objetivos e bom relacionamento interpessoal. A participação do Secretário Municipal de Saúde fortaleceu a participação da equipe nas entrevistas. Observou-se ainda que os parâmetros apresentados por diversas vezes estimularam a reflexão da equipe, tendo sido explicitadas inclusive, sobre algumas práticas correntes e institucionalizadas.

Oportunidades de melhoria do processo de trabalho foram identificadas pela equipe no decorrer das entrevistas e o reconhecimento de pouca governabilidade da equipe sob alguns parâmetros. A equipe manifestou interesse em conhecer os resultados do estudo e suas conclusões.

5.2-DOS RELATOS/PRÁTICAS E REGISTROS DOCUMENTAIS

Os resultados obtidos na análise dos dados do Sistema Municipal de Saúde de Paulínia encontram-se elencados por parâmetro nos seus respectivos blocos de análises: **Planejamento, Execução, Controle e Ação.**

5.2.1-Bloco de Análise:Planejamento

I - PARÂMETRO LIDERANÇA

Dos Registros Documentais apresentados como evidências objetivas dos dados, situações e/ou práticas relatadas.

Memórias do Colegiado Gestor (Doc.1), Relatório de Dados Gerenciais e Operacionais da SMS (Doc. 2), Dados sobre Comissões de Ética (Doc. 3), Plano Municipal de Saúde (Doc. 4), Lei Municipal nº 2040/1996 (Doc.7), Atas do Conselho Municipal de Saúde (Doc. 8), Relatórios da II e III Conferência Municipal de Paulina (Doc. 9) e Lei Municipal nº 1408 /91 (Doc.12).

Dos dados ou relatos de práticas obtidos através de entrevista e dos Registros Documentais

Os dados e os relatos de práticas obtidas junto à equipe gestora para o Critério Liderança foram agrupados em Sistema de Liderança, Princípios, Compromissos e Responsabilidades, e Controle Social.

a) Em relação ao Sistema de Liderança

A equipe gestora relata que:

- A atual estruturação do sistema de liderança é participativa e democrática. No âmbito gerencial é formada pelo Colegiado Gestor que compõe o Grupo de Apoio à Gestão coordenado pelo Secretário Municipal de Saúde e pelos Diretores de Departamento (Vigilância à Saúde, Rede ambulatorial, Hospital Municipal, Departamento Administrativo e Avaliação e Controle) e Gerentes de Unidades.
- O Controle Social é realizado pelo Conselho Municipal de Saúde composto de 50% usuários, e 50% governo, prestadores e trabalhadores. São realizadas semanalmente reuniões do Colegiado Gestor com o objetivo de planejar, acompanhar e avaliar as políticas de saúde implantadas. Nas Unidades Básicas de Saúde, ambulatórios especializados e Hospital Municipal coordenados pelo gerente e assessores técnicos. O controle social é realizado pelo Conselho Gestor Local com representantes dos usuários, governo e trabalhadores.

Os registros documentais evidenciam que:

- Do conteúdo dos registros documentais denominados “Memórias do Colegiado Gestor de Paulínia” (Doc.1) num período de 6 meses foi encontrado o registro de 09 reuniões realizadas, respectivamente, nos dias 09.02, 16.02, 09.03, 17.03, 05.04, 19.04, 17.05, 07.06 todas do ano de 2000. Desses registros 6 (66,7%) representam reuniões quinzenais referentes aos

meses de 02, 03 e 04 de 2000. Os demais 3 (33,3%) referem-se ao registro de uma reunião dos meses de 05,06 e 07 de 2000.

Da representatividade nas reuniões: A representatividade dos membros neste fórum, excluindo-se a reunião do dia 09.03.2000* que não contém registro dos participantes, foi distribuída conforme quadro abaixo:

Quadro I-Distribuição da representatividade de membros nas reuniões do Colegiado Gestor da Secretaria Municipal de Paulínia, no período de fevereiro a julho de 1999

Representação	Nº reuniões com representatividade registrada*	%
Secretário de Saúde	06	75
Diretoria de Depto	08	100
Hospital Municipal	08	100
Unidades/Ambulatórios	08	100
Assessores Externos	03	37,5%

Fonte: Memórias do Colegiado Gestor de Paulínia

Dos temas centrais e foco de gestão: Dos nove (9) registros obtidos nas Memórias do Colegiado Gestor de Paulínia os temas centrais das reuniões foram em número de 18, assim distribuídas, conforme o foco da gestão: 07 (39%) de Planejamento e formulação de políticas, 08 (44%) de Acompanhamento e operacionalização de políticas; 02 (11%) de Avaliação de políticas e 01 (6%) sobre Controle social, conforme temas dispostos e classificados no Quadro II:

Quadro II-Distribuição dos temas centrais das reuniões do Colegiado Gestor da Secretaria Municipal de Paulínia, no período de fevereiro a julho de 1999.

Data	Tema	Foco da gestão
17.03	Esclarecimentos e informação sobre óbitos no HMP	Acompanhamento e operacionalização de políticas
05.04	Programa Saúde em Casa	Acompanhamento e operacionalização de políticas
05.04	Passe gratuitos a deficientes	Acompanhamento e operacionalização de políticas
05.04	Boletim epidemiológico	Acompanhamento e operacionalização de políticas
19.04	Crítérios para o remanejamento de funcionários	Acompanhamento e operacionalização de políticas
17.05	Atenção odontológica a adulto	Acompanhamento e operacionalização de políticas
05.07	Implantação do Ambulatório de Homeopatia	Acompanhamento e operacionalização de políticas
05.07	Implantação do ambulatório de Acupuntura	Acompanhamento e operacionalização de políticas
16.02	Avaliação da adscrição da clientela com as gerencias	Avaliação de políticas
17.05	Dinâmica das reuniões do Colegiado Gestor	Avaliação de políticas
17.05	Renovação do CMS	Controle social
09.02	Apresentação do planejamento estratégico do HMP	Planejamento e formulação de políticas
09.02	Diagnóstico da situação atual do CETREIM	Planejamento e formulação de políticas
09.03	Ação Comunitária	Planejamento e formulação de políticas
19.04	Discussão sobre a viabilidade da implant.amb.DST/AIDS	Planejamento e formulação de políticas
07.06	Projeto de Trabalho com Adolescentes	Planejamento e formulação de políticas
07.06	Projeto sobre o lixo	Planejamento e formulação de políticas
16.02	Estratégias gerenciais	Planejamento e formulação de políticas

Fonte: Memórias do Colegiado Gestor de Paulínia

b) Em relação aos princípios, diretrizes e responsabilidades

A equipe gestora relata que:

- os princípios, diretrizes e responsabilidades da Secretaria Municipal de Saúde são claramente definidos e sistematicamente divulgados. Apontam ainda que utilizam estratégias diferenciadas para divulgação e disseminação junto aos profissionais de saúde, gerentes do colegiado gestor, usuários do Sistema Único de Saúde, conselheiros municipais de saúde e a sociedade em geral. Aos profissionais de saúde: realiza-se através de seminários por área de atuação ou por categorias profissionais e atinge a todos os profissionais/servidores. Aos gerentes do colegiado gestor realiza-se através de reuniões semanais realizadas para planejamento, acompanhamento e avaliação. Aos usuários do sistema são realizadas reuniões nas Unidades Básicas de Saúde com utilização de documentos para discussão. Aos conselheiros municipais de saúde realiza-se através das reuniões e divulgação de documentos impressos. Para a sociedade como um todo a divulgação se realiza através da mídia impressa e falada com a utilização de artigos, entrevistas, faixas, cartazes, folder, etc. Não há **frequência** definida para tais ações e na sua maioria são desencadeadas frente a uma demanda específica.
- busca fomentar e estimular valores como acolhimento, mudança do modelo assistencial, humanização do atendimento, participação social na produção de ações de saúde, porém não apresenta estratégias definidas para tais ações atuando pontualmente e/ou inserindo tais ações por projetos. Estimula o funcionamento regular das Comissões Éticas agindo com transparência e rigor na busca da responsabilidade profissional e na preservação dos direitos do paciente.
- não há o desenvolvimento de políticas intersetoriais não diretamente relacionadas com suas competências legais, mas que contribuam para o bem estar e a saúde da comunidade, porém são desenvolvidas parcerias intersetoriais entre as demais Secretarias Municipais em projetos pontuais de

interesse comum. Citam como experiências exitosas de trabalho conjunto uma campanha de conscientização sobre Lixo com a Secretaria Municipal de Educação.

Os registros documentais evidenciam que:

Da disseminação dos princípios aos trabalhadores: Do conteúdo dos registros documentais denominados Relatório de Dados Gerenciais e Operacionais da SMS de Paulínia (doc.02); foram encontrados registros de documentos contendo as Diretrizes Gerais e Operacionais da Secretaria Municipal de Saúde de Paulínia, organograma funcional e rol das atribuições dos: Gerente de Unidade de Saúde, Colegiado Gestor de Unidade de Saúde e Colegiado Gestor da Secretaria Municipal de Saúde onde é possível destacar:

Estas diretrizes são definições gerais que, de acordo com a realidade de cada serviço, deverão ser implementadas em um processo democrático de negociação. Todas elas, somadas, pretendem garantir os princípios gerais do SUS, consagrados na Constituição Federal: Universalidade, Acessibilidade e Integralidade das ações e Hierarquização do sistema, tendo o cidadão portador de direitos, entre eles o da atenção à saúde, como figura na qual estará centrado o nosso objetivo.

1- Gestão Pública com controle social:

1.1 – Os usuários e trabalhadores da saúde participarão da gestão da Secretaria Municipal de Saúde e das Unidades de Saúde através de Conselhos Deliberativos (Conselho Municipal de Saúde e Conselhos Locais, em cada unidade de saúde)...

Postura de liderança: Do conteúdo dos registros documentais denominados Memórias do Colegiado Gestor de Paulínia em 17/03/00 (Doc.1); convocada pelo Secretário Municipal de Saúde para esclarecer e relatar as providências tomadas quanto à ocorrência de 06 óbitos no Hospital Municipal de Paulínia e suas investigações foi possível evidenciar o registro das orientações do Secretário Municipal de Saúde ao Colegiado Gestor para o fato em debate destacando-se:

...Dr. Roberto pede cautela, para que não façamos pré-julgamentos apenas com o noticiário e afirma: “Nosso modelo assistencial é em “Defesa da Vida” portanto vamos apurar com maior transparência os fatos e será verificado se houve omissão ou negligência. Para as investigações estaremos formando uma comissão constituídas por pessoas do CRM, COREN e CMS...

Formação de Líderes: Do conteúdo dos registros documentais denominados “Projeto de Capacitação Gerencial do Hospital Municipal de Paulínia” – (Doc. 14) do 1º semestre de 1999 contendo objetivos, finalidades, cronograma e programação do projeto destaca-se:.

...Objetivos:..

...implantar um modelo de assistência orientado para a integralidade e a resolutividade da atenção comprometido com o acolhimento e humanização do atendimento;

...implantar a gestão participativa com ênfase na organização dos processos de trabalho, buscando a satisfação das necessidades dos usuários internos e externos de cada unidade...

Comissões de Ética: Do conteúdo dos registros documentais denominados “Dados sobre as Comissões de Ética Médica e de Enfermagem” (Doc. 3) apresentados não foram possíveis evidenciar dados consistentes sobre a atuação desses fóruns locais dos conselhos profissionais respectivos, evidenciando apenas os dados do quadro III:

Quadro III-Síntese dos principais dados registrados sobre os Conselhos de Ética Médica e de Enfermagem da Secretaria Municipal de Paulínia

Comissões	Médica	Enfermagem
Data da criação	1995*	22.04.99*
Regimento	sim	sim*
Ata de Reuniões	fragmentos de registros	não apresentada
Atas	fragmentos de registros	não apresentada
Eleição do Conselho Diretivo	não apresentada	não apresentada
Reunião de posse	12.11.98	não apresentada

Fonte: Dados sobre as Comissões de Ética de Enfermagem e Médica

c) Em relação ao controle social

a equipe gestora relata que:

- o fórum legítimo da participação dos cidadãos tem sido as Conferências de Saúde (I e II) onde as expectativas do cidadão são referendadas e incorporadas ao Plano Municipal de Saúde.
- que a sociedade realiza o controle sobre as diretrizes e resultados institucionais através do pleno funcionamento do Conselho Municipal de Saúde e da atuação e fiscalização da Câmara de Vereadores composto por representantes eleitos pela sociedade.

Os registros documentais evidenciam que:

- a) Da participação dos segmentos no Conselho Municipal de Saúde: Do conteúdo dos registros documentais denominados “Atas do Conselho Municipal de Saúde de Paulínia” (Doc.8) demonstram que no período de janeiro a julho ocorreram 06 reuniões, sendo 05 ordinárias e 01 extraordinária (02.03.99), do Conselho Municipal de Saúde com a representação da totalidade dos segmentos representados, com exceção do Governo Estadual, que não se fez representar nas reuniões de janeiro e junho respectivamente. Foram registrados ainda a presença de observadores nos meses de: janeiro (01), fevereiro (02), março(03), abril(02), maio(0) e junho (02) respectivamente. Nos meses de fevereiro, abril e maio foram registradas as presenças de convidados 03, 03 e 02 convidados respectivamente.

Quadro IV-Distribuição do nº de representantes por segmento nas reuniões do CMS de Paulínia no período de Janeiro a junho de 1999.

Segmento	27.01	23.02	02.03	30.03	27.04	01.06.
Governo municipal	7	6	2	2	2	5
Governo estadual	0	2	2	2	2	0
Serv. saúde ocupacionais	2	2	2	2	2	2
Universidades	2	2	2	2	1	2
Usuários	5	18	7	7	7	6
Serviços de saúde	2	2	2	1	1	2
Total	18	32	17	16	15	17

Fonte: atas do CMS de Paulínia

Dos temas centrais: Nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Paulínia dos temas centrais submetidos ao plenário 18 deles estavam pautados (72%) e 07 deles não estavam na pauta do dia (28%) tendo sido originados no debate do dia ou trazidos espontaneamente pelo Conselheiro. Dos temas não pautados, 4 (67%) foram demandados por representantes de usuários.

Em relação à origem da demanda dos temas centrais submetidos ao plenário 19 (76%) foram originários da Secretaria Municipal de Saúde, 2 (8%) apesar de encaminhados pela Secretaria Municipal de Saúde referia-se ao funcionamento do próprio Conselho Municipal de Saúde e, 04 (16%) deles foram originários dos representantes de usuários. O quadro abaixo demonstra os temas centrais, por inserção na pauta e demanda nesse período:

Quadro V-Distribuição dos temas centrais, origem da demanda e inserção na pauta, das reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Paulínia no período de janeiro a junho de 1999

Dia	Tema central	Demanda	Pauta	
			sim	Não
26.01	Lixo e destino final	Usuário		X
26.01	Apresentação do modelo tecno-assistencial	SMS	x	
26.01	Seminário do meio ambiente	Usuário		X
26.01	Fundação de Saúde	SMS		X
23.02	I Fórum dos Conselheiros Municipais de Saúde	SMS	X	
23.02	Campanha de Doação de Sangue	Usuário		X
23.02	Fundação de Saúde	SMS		
02.03	Reforma administrativa da Prefeitura Municipal	SMS	X	
02.03	Fundação de Saúde	SMS	X	
30.03	Indicação dos repres.usuários para Comissão Fundação	SMS	X	
30.03	Apresentação do Plano Municipal de Saúde	SMS	X	
30.03	Apresentação dos balancetes financeiros(10.11.12)	SMS	X	
30.03	Solic.isenção de dívida ISS do Hosp.Sagrado C. Jesus	SMS	X	
30.03	Decreto de alteração do CMS	SMS	X	
30.03	Aquisição do aparelho de mamografia	Usuário		X
27.04	Aprovação dos balancetes	SMS	X	
27.04	Eleição da comissão executiva do CMS	CMS	X	
27.04	Indicação de um conselho editorial p SMS	SMS	X	
27.04	Contrato da reforma de canil	SMS	X	
01.06	eleição do presidente do CMS	CMS	X	
01.06	apres. pré-projeto de criação da Fundação de Saúde	SMS	X	
01.06	Carta aberta do CMS apoiando a criação da Fundação	SMS		X
01.06	Redução de consultas no HC UNICAMP	SMS	X	
01.06	II Semana da Enfermagem	SMS	X	
01.06	III Conferência Municipal de saúde	SMS	X	

Fonte: atas do CMS de Paulínia

Conferências Municipais de Saúde: Do conteúdo dos registros documentais denominados “Relatórios da II e III Conferências Municipais de Saúde” (Doc.9) nos quais constam os dados principais que foram submetidos à sociedade para debate e aprovação. O quadro abaixo faz uma síntese dos principais tópicos das Conferências.

Quadro VI-Síntese dos principais dados constantes nos relatórios da II e III Conferencia Municipal de Saúde de Paulínia de 1997 e 1999.

	II Conferencia Municipal de Saúde	III Conferencia Municipal de saúde
Período	04 a 06 de dezembro de 1997	03 a 06 de dezembro de 1999
Tema	Municipalização e Cidadania: Construindo os Rumos da Saúde em Paulínia	Saúde Pública: Participação em Defesa da Vida
Marco	CF 1988, Leis Orgânicas Federal e Municipal de 1990	Preceitos constitucionais
Objetivo	Subsídios para a elaboração do PMS	
Modelo de atenção à saúde	Em defesa da vida	Em defesa da vida
Princípios	Reorganização do processo de trabalho e responsabilização profissional mediante adscrição da clientela	Modelo Assistencial, Modelo de Gestão, Financiamento, Recursos Humanos e Controle Social
Diretrizes	Vigilância à Saúde, Acesso, Acolhimento, Vínculo, Resolutividade, Controle Social e Equidade	Acesso, Vínculo, Resolutividade, Vigilância à Saúde e Controle Social
Propostas	Rede ambulatorial, Hospital Municipal de Paulínia, Conselho Municipal de Paulínia, Modelo de Gestão e Financiamento	Sistema de Saúde, Rede Básica e Atenção Primária em Saúde, Hospital Municipal de Paulínia, Atendimento pré-hospitalar, Vigilância à Saúde, Informação em Saúde, Programas Especiais
Organização	quatro seminários preparatórios	Quatro pré-Conferências regionais
Moções de Apoio	PEC n° 169 que vincula % receitas governamentais à saúde, à pessoa do SMS pelo trabalho desenvolvido e a PEC ° 169
moções de repúdio	Instalação de Termoelétrica, Instalação da Degussa, Baixo investimento financeiro em saúde do Governo Estadual e Federal, Ausência de Estação de Tratamento de Esgoto pela SABESP em Paulínia
Moções de solicitação	À Prefeitura Municipal manifestando a preocupação com a vacância do cargo de Secretário Municipal de Saúde	Reavaliação do direito de licença ao funcionário acompanhante de familiar doente, promoção de debate com autoridades e lideranças políticas sobre as deliberações da Conferencia, às autoridades da esfera estadual para elevar a 10% do orçamento o % de aplicação em Saúde

Fonte: Relatórios Finais da II e III Conferências Municipais de Saúde de Paulínia

II-PARÂMETRO ESTRATÉGIAS E PLANOS

Registros Documentais apresentados como evidências objetivas dos dados, situações e/ou práticas relatadas.

Plano Municipal de Saúde para o biênio 1999-2000 (Doc.4)

Dos dados ou relatos de práticas obtidos através de entrevista pela equipe gestora e dos Registros Documentais

Os dados e relatos de práticas obtidas junto à equipe gestora para o Parâmetro: Estratégias e Planos foram agrupadas em Formulação de Estratégias e Operacionalização de estratégias.

a) Em relação à Formulação de estratégias

A equipe gestora relata que:

- o processo de planejamento estratégico da organização contempla a formulação de estratégias visando assegurar o cumprimento da missão institucional, realizado a partir da análise de cenários orientados para o futuro e, que além da missão institucional o planejamento contempla os princípios e diretrizes do SUS e ratificados pelas Conferências Municipais de Saúde.
- há o engajamento dos servidores na definição e execução dos planos de ação, sendo a definição e a execução dos planos de ação por unidades, que são realizadas nas UBS e coordenadas pelos seus gerentes com a assessoria técnica de cada área.

Os registros documentais evidenciam que:

Do conteúdo dos registros documentais denominados Plano Municipal de Saúde (Doc. 4) foram encontrados registros sobre as diversas etapas do processo de formulação de estratégias que agrupados demonstram que:

Do atores: No texto de apresentação, assinado pelo Secretário Municipal de Saúde são ratificados os princípios e diretrizes do SUS, a legitimidade das deliberações das Conferências Municipais de Saúde já realizadas e o encaminhamento do Plano Municipal

de Saúde ao Conselho Municipal de Saúde para aprovação das diretrizes e estratégias propostas.

Das diretrizes subsidiárias à formulação: Do conteúdo dos registros documentais denominados “Plano Municipal de Saúde de Paulínia- biênio 1999 a 2000” (Doc.4), os principais princípios, linhas de atuação e processo de formulação encontram-se dispostos no quadro abaixo:

Quadro VII-Dados principais referentes à formulação de estratégias e planos referentes ao Plano Municipal de Saúde de Paulínia para o biênio 1999 a 2000.

Nível	Tópico	Dados específicos
Princípios da gestão	Consensual e democrática. Construção de novas relações do gestor com o conjunto de trabalhadores reconhecendo a heterogeneidade das pessoas	Combate ao desperdício e alocação racional conforme prioridades definidas pelas instancias colegiadas
	1- Uso racional de recursos públicos Recuperação do uso da tecnologia leve. Gestão colegiada ou co-gestão	Combate ao desperdício e alocação racional conforme prioridades definidas pelas instancias colegiadas
Linhas de atuação	2- Recuperação do Uso da Tecnologia leve	Buscar a construção de uma relação cuidadora onde os agentes sejam capazes de produzir ações de saúde e colocar seu conhecimento em defesa da vida
	3-Gestão colegiada ou co-gestão	Participação de governo, trabalhadores e usuários
Processo de formulação	Construção coletiva com apoio da Informação	Reuniões com grupos dirigentes, com gerentes e funcionários de UBS, visitas as UBS coleta de dados da Unid. Avaliação e Controle e das UBS
Analises de cenários e propostas centrais formuladas	Mudança do modelo de atenção e democratização da gestão do sistema	Resolver a crise de eficácia atuando na prevenção, fortalecer a rede básica, adscrever a clientela e aumentar o vinculo e a responsabilização. Recuperar a credibilidade do sistema e democratizar a gestão com participação de usuários, trabalhadores e governo buscando a formação de sujeitos.

Fonte: PMS Paulínia

Da caracterização: Do conteúdo dos registros documentais denominados “Plano Municipal de Saúde de Paulínia- biênio 1999 a 2000” (Doc.4), os principais dados referentes à caracterização do município e do sistema de saúde subsidiários ao processo de formulação encontram-se dispostos no quadro abaixo:

Quadro VIII-Principais dados referentes à caracterização do município e do sistema de saúde, registrados no Plano Municipal de Saúde de Paulínia para o biênio 1999 a 2000

Nível	Tópico	Dados específicos
Município	População, localização, estrutura de saneamento, economia, condições socioeconômicas, estrutura educacional	Dados gerais, Indicadores e identificação de problemas ambientais originários da atividade econômica
	Descrição da estrutura física-funcional, capacidade operacional (número de funcionários, leitos, produção e produtividade)	Indicadores quantitativos, dados numéricos, identificação de unidades, categorias profissionais e especialidades
Sistema Municipal de Saúde	Dados epidemiológicos	Coeficientes e indicadores de saúde, principais doenças de notificação compulsória, principais causas de mortalidade e principais causas de internação em 1998
	Financiamento do sistema: gastos, percentual do orçamento, proposta orçamentária e recursos oriundos de repasses do SUS	Dados gerais quantitativos, % gastos e previstos do orçamento, gastos per capita, orçamento por item (material de consumo, RH, equipamentos e obras), repasses SUS e valor médio da AIH.

Fonte: PMS Paulínia

Da análise dos problemas: Do conteúdo dos registros documentais denominados “Plano Municipal de Saúde de Paulínia- biênio 1999 a 2000” (Doc.4), os principais dados referentes à análise dos problemas e justificativas apresentadas são referentes ao ambiente e ao sistema de saúde conforme se verifica no quadro IX:

Quadro IX-Principais dados referentes a análise dos problemas do município e sistema de saúde registrados no Plano Municipal de Saúde de Paulínia para o biênio 1999 a 2000

Nível	Tópico	Justificativa
Ambiente	Aumento de morbidade	Poluição ambiental resultante de atividade econômica e ausência de tratamento de esgoto doméstico
	1- Capacidade operacional do atendimento médico	Análise dos dados concluindo que não há excesso nem ociosidade de trabalho por parte dos profissionais médicos
Sistema de Saúde	2- Alta concentração de consultas médicas por hab/ano. 3- Alta concentração de consultas no PS Municipal em algumas faixas etárias	Análise dos dados concluindo que há baixa resolutividade do sistema devido a: modelo assistencial centrado em consultas médicas, atividades de prevenção e educação insuficientes. Ausência de avaliação de impacto, ausência de responsabilização individual e coletiva, ausência de integração entre os serviços, ausência de clareza da missão dos serviços. Assistência hospitalar não organizada no atendimento a necessidades de usuários, processos de trabalho organizados pelos interesses corporativistas, baixa produção em relação à capacidade instalada, ausência de controle de custos

Fonte: PMS Paulínia

Das propostas formuladas: Do conteúdo dos registros documentais denominados “Plano Municipal de Saúde de Paulínia- biênio 1999 a 2000” (Doc.4), os principais projetos e estratégias formuladas encontram-se dispostos no quadro X:

**Quadro X-Principais projetos e estratégias formuladas no Plano Municipal de Saúde da
Secretaria Municipal de Saúde de Paulínia para o biênio 1999 a 2000**

Projetos	Estratégias
1- Redefinir o modelo assistencial do Sistema Municipal de Saúde	<p>1.1 – Mudar a orientação da rede básica da atenção centrada à doença para a resolução de problemas de saúde individuais e coletivos.</p> <p>1.2 – Garantir nas UBS o atendimento a grupos específicos ou de riscos.</p> <p>1.3 – Buscar a integração dos serviços e programas potencializando as ações de saúde e evitando duplicidade de ações, aumentando a eficácia e o impacto da ação.</p> <p>1.4 - Organizar o sistema de saúde integrando e hierarquizando os serviços buscando a integralidade das ações</p> <p>1.5 - Reordenar a demanda instituindo a rede básica como porta de entrada do sistema.</p>
2- Instituir o sistema de gestão com participação de trabalhadores e usuários buscando a eficácia e a eficiência dos serviços	<p>2.1 – Implantar processos de planejamento nas Unidades, com discussão de custos, eficácia e eficiência</p> <p>2.2- Desenhar um plano bi-anual com pactuação com cada serviço, definindo metas e programas e respectivos custos.</p> <p>2.3- Respeitar as instancias deliberativas previstas nas L.O e C.F como fóruns de decisão para a política municipal de saúde</p> <p>2.4- Implantar sistemas de negociação permanente com os trabalhadores</p> <p>2.5 – Fazer a reforma administrativa da SMS, buscando mais autonomia e agilidade para a administração dos serviços</p> <p>2.6- Implantar os conselhos de gestão deliberativos nos serviços de saúde e na SMS.</p>
3- Racionalização do sistema de saúde, buscando o uso eficaz dos recursos públicos	<p>3.1- Redução de custos atuais em RH e rotinas</p> <p>3.2 – Montar centro de custos na rede hospitalar e ambulatorial</p> <p>3.3- Implantar no Hospital Municipal o sistema de dose unitária para distribuição de medicamentos</p> <p>3.4 – Implantar padronização de materiais respeitando as normas técnicas buscando melhorar a relação custo benefício</p> <p>3.5- Discutir normas e rotinas mais adequadas a uma eficiente gestão de recursos materiais</p> <p>3.6- Implantar sistemas para controle de estoque</p> <p>3.7- Buscar novas formas de financiamento</p> <p>3.8- Melhorar o acesso,o acolhimento e a resolutividade dos serviços reduzindo a concentração de consultas, o uso de medicamentos, exames desnecessários e a necessidade de internações.</p>

Fonte: PMS de Paulínia

b) Em relação à Operacionalização de estratégias

A equipe gestora relata que:

- o acompanhamento da implementação dos planos de ação é permanentemente acompanhado pelos gerentes das UBS e assessores técnicos de cada área, com a introdução de ações corretivas quando necessário e, posteriormente acompanhado pelo Conselho Gestor da SMS.

Os registros documentais evidenciam que:

Dos problemas apontados, operação e metas propostas: Do conteúdo dos registros documentais denominados “Plano Municipal de Saúde de Paulínia- biênio 1999 a 2000” (Doc.4), foram apresentados pelos autores, 18 problemas descritos em 1)Baixa capacidade operacional da SMS e ausência de autonomia da SMS, 2)Estrutura organizacional não responde as necessidades da SMS, 3) Centralização das decisões na figura do Secretário Municipal, 4) O Secretário Municipal de Saúde não é o ordenador de despesas da SMS, 5) Pequena vinculação entre usuários e trabalhadores na saúde, 6), Atenção à saúde nas UBS centrada em procedimentos e nas necessidades de saúde, 7) Pouca responsabilização dos profissionais de saúde em resolver problemas dos usuários, 8) Excesso de consultas no Pronto Socorro, 9) Medicalização da sociedade produzindo um excessivo consumo de atos médicos e procedimentos, 10)Ausência de uma política de saúde mental, 11) Possibilidade de uma epidemia de dengue no município, 12) Cães vadios na cidade: risco de acidentes graves e de transmissão de raiva, 13) Ociosidade no Hospital Municipal com baixa taxa de internação como consequência de capacidade maior dos que as necessidades do município, 14) Excesso de pessoal para as atribuições do Hospital, 15) Consumo exagerado de medicamentos e materiais de enfermagem, 16) Baixo vínculo entre o paciente internado e a equipe cuidadora, 17)Altas taxas de cesáreas e 18)Recursos provenientes do Governo Federal e Estadual desproporcional à produção do hospital.

Para todos foram os problemas foram apresentados operações e metas com definição de cronograma para sua operacionalização. Os dados do Quadro XI sintetizam as operações, metas e cronogramas da operacionalização dessas estratégias.

III-PARÂMETRO USUÁRIOS

Dos Registros Documentais apresentados como evidências objetivas dos dados, situações e/ou práticas relatadas.

- Artigos de jornais contendo respostas a usuários e informações de utilidade pública (Doc.10), Folder Educativo: Campanha do Diabetes (Doc.11)

Dos dados ou relatos de práticas obtidos através de entrevista e dos Registros Documentais

Os dados os relatos de práticas obtidas junto à equipe gestora para o parâmetro Usuários foram agrupadas em: Conhecimento mútuo, Relacionamento com o Usuário

a) Em relação ao conhecimento mútuo

A equipe gestora relata que:

- tem como prática sistemática na organização conhecer seus usuários, por tipos e grupos buscando identificar suas necessidades e expectativas quanto aos serviços oferecidos e, divulgar aos usuários os serviços e ações desenvolvidas pela organização. Além dos serviços de escuta de usuários e canais de comunicação que funcionam regularmente a organização desenvolve escutas de usuários pontuais e direcionadas para avaliação dos serviços prestados e/ou projetos específicos através de pesquisas de opinião citando algumas pesquisas realizadas com os usuários do Pronto Socorro Municipal e Unidades Básicas de Saúde.

Os registros documentais evidenciam que:

Do conteúdo dos registros documentais denominados “Artigos de jornais contendo respostas a usuários e informações de utilidade pública” (Doc.10) e “Folder Educativo: Campanha do Diabetes” (Doc.11) foram encontrados registros de 05 artigos de jornais locais, 01 texto de resposta encaminhado a um jornal local e 01 texto educativo tipo folder.

Da divulgação e/ou orientação de ações/serviços: “Dos artigos de jornais e textos caracterizados intitulados: SEROD realiza campanha de prevenção bucal, VISA esclarece sobre prevenção de carrapatos, Vacinação anti-rábica começa hoje (Doc.10) e Folder Educativo: Campanha de Diabetes (Doc.11), seus conteúdos são dirigidos à comunidade local para a participação em campanhas respectivas e orientação sobre as doenças e/ou problemas ambientais objetos das respectivas campanhas. Os registros documentais, suas características e cunho encontram-se dispostos no quadro seguinte:

Quadro XII-Documentos, características e cunho de documentos dirigidos aos Usuários pela Secretaria Municipal de Saúde de Paulínia

Título do documento	Tipo	Formato
A essência e as aparências na saúde	Resposta ao usuário	Publicação em jornal local (Jornal O Cromo, ed. 46 de 20.08.00)
Ainda a Fundação de Saúde	Resposta ao usuário	Texto encaminhado a um jornal local
SEROD realiza campanha de prevenção bucal	Divulgação de caráter educativo e utilidade pública	Publicação em formato jornal*
Vigilância Sanitária esclarece sobre febre transmitida por carrapatos	Divulgação de caráter Educativo e de utilidade publica	Publicação em formato jornal*
Vacinação anti-rábica começa hoje	Divulgação de caráter Educativo e de utilidade publica	Publicação em formato jornal*
Campanha do Diabetes	Divulgação de caráter Educativo e de utilidade publica	Formato folder

Fonte: SMS Paulínia

* sem registro de fonte e data

Das pesquisas de satisfação de usuários: equipe gestora relatou na entrevista de campo a realização de pesquisas de opinião sobre satisfação dos usuários das ações/serviços de saúde (abril/1999, agosto/2000 e março de 2001) e pesquisas realizadas nas UBS e PS municipais (Baixo número de reclamações), porém não apresentou registros

documentais como evidências objetivas de sua realização que permitissem sua verificação e análise.

b) Em relação ao relacionamento com o usuário

a equipe gestora relata que:

- mantém canais de comunicação com seus usuários e com a população em geral. Citam e identificam serviços estruturados com a finalidade de alcançar este objetivo como o Disque Cidadão: - 156 – vinculado à Câmara de Vereadores e o Disque reclamações – SMS – vinculado diretamente a SMS. A equipe gestores aponta ainda que tais mecanismos de escuta do usuário não é bem aceito pelos profissionais de saúde que vêm com resistências tais ações.
- ter como regra avaliar sistematicamente toda reclamação que pode ou não resultar numa ação corretiva originárias desses serviços e/ou por outros canais ou veículo . O retorno ao usuário sobre sua queixa é regra sistemática e obrigatória podendo ser através de contato verbal ou por correspondência e com a maior agilidade possível, identificando os fatores que geram insatisfação.
- no processo, a SMS desenvolve o macrocontrole e a gerência das UBS desenvolve o microcontrole sendo que as ações são desencadeadas conforme a demanda podendo ocorrer de maneira formal ou informal.

Os registros documentais evidenciam que:

- a equipe gestora relatou na entrevista de campo a existência de estruturas de canais de comunicação com seus usuários e com a população em geral como o Disque Cidadão: - 156 – vinculado à Câmara de Vereadores e o Disque reclamações – SMS – vinculado diretamente a SMS e que tais dados subsidiam avaliações internas da insatisfação dos usuários e suas principais queixas, porém, não foram apresentados registros documentais dessas

estruturas e de seus dados como evidências objetivas dessa prática não permitindo assim sua verificação e análise.

Da resposta aos usuários : Dos artigos de jornais e textos caracterizados como respostas a usuários foram detectadas práticas pontuais que encontram se expressos e evidenciados nos registros documentais intitulados: A essência e a aparências na Saúde – Resposta a Sra V.M.P.S (artigo de jornal). e Ainda a Fundação de Saúde – Resposta a C (texto) os registros contém resposta institucional específica contendo argumentação do Secretário Municipal de Saúde em relação aos fatos reclamados, justificativas para a sua ocorrência e a defesa das estratégias e planos atuais da Secretaria Municipal de Saúde para a recuperação do sistema, além de contextualização dos problemas de saúde de âmbito nacional.

5.2.2-Bloco de Análise:Execução

I-PARÂMETRO PESSOAS

Dos Registros Documentais apresentados como evidências objetivas dos dados, situações e/ou práticas relatadas.

- Projeto de Capacitação Gerencial do Hospital Municipal de Paulínia (Doc. 14) e Projeto de Educação Continuada do Hospital Municipal de Paulínia (Doc.13)

Dos dados ou relatos de práticas obtidos através de entrevista e dos Registros Documentais

Os dados e os relatos de práticas obtidas junto à equipe gestora para o Parâmetro Pessoas foram agrupadas em: Sistemas de Trabalho, Educação, Capacitação e Desenvolvimento

a) Em relação aos Sistemas de Trabalho

A equipe gestora relata que:

- a seleção dos profissionais é feita mediante concurso público e o perfil do profissional é avaliado na fase de entrevistas, porém não tem peso preponderante no resultado final e, não há mecanismos seletivos que

permitam a composição da força de trabalho da organização convergentes com a missão e as estratégias estabelecidas para a organização.

- a estrutura organizacional não é motivadora não favorecendo a organização de trabalho flexível, o estímulo à participação dos servidores à estrutura pública, a criatividade, motivação e responsabilização do servidor. A autonomia técnica faz parte das especificidades das profissões produtoras de ações de saúde, porém o baixo vínculo profissional-usuário não favorece bons índices de responsabilização.
- A política salarial é definida para todos os servidores municipais e não prevê e nem há incentivo para o desempenho individual, o que compromete o desempenho e conseqüentemente a qualidade das ações desenvolvidas.
- a organização identifica parcialmente e pontualmente os fatores que afetam a satisfação e motivação, mas afirmam que muitos deles estão fora de sua governabilidade e, portanto dependem de outros atores e/ou políticas específicas para viabilizar estratégias de solução. Afirmam ainda, que tais fatores não são captados de forma sistemática dificultando assim atuação sobre os mesmos.

Os registros documentais evidenciam que

- A equipe gestora relatou na entrevista de campo que os processos seletivos são realizados mediante concurso público sem a participação da equipe gestora, que a estrutura organizacional não é motivadora não favorecendo a organização de trabalho flexível. A política salarial é definida para todos os servidores municipais e não prevê e nem há incentivo para o desempenho individual, o que compromete o desempenho individual e conseqüentemente a qualidade das ações desenvolvidas, porém, não apresentou evidências objetivas de sua situação que permitissem sua verificação e análise.
- A equipe gestora relatou na entrevista de campo que identifica parcialmente e pontualmente os fatores que afetam a satisfação e motivação muitos dos quais estão fora de sua governabilidade, porém, não apresentou evidências objetivas dessa situação que permitissem sua verificação e análise.

b) Em relação à educação, capacitação e desenvolvimento

a equipe gestora relata que:

- os planos de educação, treinamento e desenvolvimento dos servidores tem enfocado duas linhas prioritárias: a primeira de caráter interno que busca através de debates e grupos de discussão avançar na mudança do modelo assistencial e a segunda na capacitação para a função que se dá através da participação em congressos e que aborda basicamente os profissionais de nível universitário, havendo incentivo financeiro para o custeio de tais capacitações. Há ainda as capacitações de programas e projetos específicos que são efetuadas pela Secretaria de Estado da Saúde e Ministério da Saúde.
- foi desenvolvido projeto para implantação do NUESA – Núcleo de Educação em Saúde - que teria como atribuição coordenar e implantar a política de educação continuada na organização, porém não foi obtido êxito, tendo como entrave diversos fatores tais como: disputa de poder pelas assessorias técnicas, momento inadequado, sensibilização inadequada para a necessidade, política de recursos humanos centralizada e ausência de definições da SMS sobre a política de recursos humanos a ser implantada na organização, o que corroborou para que cada área detecte as necessidades técnicas e viabilize sua capacitação.

Os registros documentais evidenciam que:

Do conteúdo dos documentos denominados Projeto de Educação Continuada do HMP (Doc. 13) e Projeto de Capacitação Gerencial do HMP (Doc.14) foram encontrados registros sobre as diversas etapas do processo de educação continuada que sintetizados demonstram :

Quadro XIII-Síntese dos principais tópicos e conteúdos do Projeto de Educação Continuada e Projeto de Capacitação Gerencial do HMP da SMS de Paulínia

Tópicos	Projeto de Educ. Continuada	Projeto de Capacitação Gerencial
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Melhorar o relacionamento interpessoal, melhorar o nível de satisfação do funcionário, proporcionar o desenvolvimento de tecnologias próprias de enfermagem, treinar e integrar os novos funcionários, contribuir para melhorar a qualidade dos serviços de apoio, manter atualizados os manuais de técnicas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Criar espaço para a reflexão crítica sobre a situação dos hospitais na atual Política Nacional de Saúde. Capacitar a equipe gerencial do HMP para o desenvolvimento do planejamento estratégico, plano funcion. de cada unidade de produção, implantar um novo modelo de assistência (resolutividade, acolhimento e humanização). Implantar gestão participativa com ênfase na organização de processos, satisfação das necessidades dos usuários e racionalização e otimização da capacidade instalada, coordenação da elaboração de protocolos de atendimento, integração do hospital com as Unidades de Saúde, apropriação das ferramentas e instrumentos de gestão de avaliação permanente de qualidade de serviços
Característica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Educação em serviço continua com a participação da equipe do HMP e convidados 	Sem registro
Mecanismo de avaliação	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dos participantes: provas específicas e avaliação de desempenho ▪ Dos responsáveis: aspectos pedagógicos e tecnologia educativa 	Sem registro
Programação	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relação Interpessoal ▪ Papel profissional na instituição ▪ Programas p/ recém-admitidos ▪ Programa sistemático de revisão e atualiz. de manuais técnicos ▪ Programas de desenvolvimento e atualização ▪ Ética profissional ▪ Racionalização de materiais de consumo e permanentes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diretrizes e propostas de funcionamento da rede assistencial de Paulínia e a inserção do HMP ▪ Gestão de materiais ▪ Situação atual do HMP e as propostas de mudança ▪ A assistência hosp. no Brasil e seu financiamento ▪ Modelos de gestão ▪ Modelo Assistencial ▪ Missão de cada unidade do HMP ▪ O processo de trabalho em saúde e no hospital ▪ Ferramentas da gestão : Informação em Saúde ▪ Plano de Funcionamento de cada unidade

Fonte: SMS Paulínia

II-PARÂMETRO PROCESSOS

Dos Registros Documentais apresentados como evidências objetivas dos dados, situações e/ou práticas relatadas.

Projeto de Internação Domiciliar do Programa de Saúde em Casa do HMP da Secretaria Municipal de Saúde (Doc.18) e Projeto “Por uma Política de Saúde Mental” (Doc 16)

Dos dados ou relatos de práticas obtidos através de entrevista e dos Registros Documentais

Os dados os relatos de práticas obtidas junto à equipe gestora para o Parâmetro Processos foram agrupadas em Gestão de processos

a) Em relação à gestão de processos

a equipe gestora relata que:

- para a definição ou melhoria dos processos de trabalho são levadas em conta as necessidades dos trabalhadores, usuários, organização e os recursos disponíveis. Todos os serviços possuem seus macrofluxos e/ou rotinas de funcionamento que são escritos e desenvolvidos pela equipe que os realiza coordenadas pelo seu gerente.
- não houve reavaliação dos processos de trabalhos existentes desde 1997, não havendo monitoramento direcionado para tais ações. Reconhecem que a utilização de parâmetros/informações no gerenciamento de processos dá subsídio a melhoria e inovações do processo, pois muda a qualidade da participação do profissional, mas reconhecem que esta ferramenta não tem sido utilizada de forma sistematizada e direcionada.
- que para alguns processos de trabalho que o principal entrave é a ausência de informatização da SMS, e sua implantação favoreceria a dinâmica, resolutividade e controle além de propiciar informações com maior

segurança e fidelidade o que subsidiaria a melhoria nos processos de trabalho e conseqüentemente, sua gestão.

- os protocolos técnicos utilizados são somente aqueles destinados a programas específicos e normatizados pela Secretaria de Estado da Saúde e/ou Ministério da Saúde .

Os registros documentais evidenciam que

Os dados obtidos através da análise documental das evidências objetivas denominadas “Projeto de Internação Domiciliar do Programa de Saúde em Casa do HMP da Secretaria Municipal de Saúde” (Doc.18) e Projeto “Por uma Política de Saúde Mental” (Doc.16) mediante seus registros foram caracterizados o primeiro, como um processo já em desenvolvimento com práticas consolidadas e o segundo, um redirecionamento do processo/serviço em implantação. Os dados referentes a ambos os projetos encontram-se dispostos abaixo:

De um processo de trabalho: Do conteúdo dos documentos denominados Projeto de Internação Domiciliar do Programa de Saúde em Casa do HMP da Secretaria Municipal de Saúde (Doc.18) foram encontrados registros sobre a organização e etapas do processo de trabalho do projeto que sintetizados demonstram seus principais tópicos:

**Quadro XIV-Síntese dos principais tópicos do Projeto de Internação Domiciliar do HMP
da Secretaria Municipal de Saúde de Paulínia**

Tópicos	Descrição
População alvo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacientes com idade superior a 65 anos oriundos da enfermaria de Clínica Médica do HMP e portadores das patologias previstas na norma ministerial para internação domiciliar
Critérios de inclusão	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ser oriundo do HMP, portador de patologia prevista, ser aprovado no protocolo de ingresso e possuir cuidador responsável
Protocolo técnico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação medica, de enfermagem, social e sanitária das condições da habitação para inclusão no programa
Medicamentos, exames e atendimento de urgência	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fornecidos e executados pelo HMP
Responsáveis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Equipe do Programa de Saúde em Casa em conjunto com o Pronto Socorro, Equipe da Enfermaria de Clínica Médica e Setor de Transportes do HMP numa atuação integrada
Fluxo de Informações e Rotinas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Impressos de normatização de fluxos e critérios na execução do Programa denominados: Normatização do PS, Normatização do Setor de Transportes, Normatização do Programa de Saúde em Casa
Orientações e Esclarecimentos aos usuários e familiares	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Impressos com conteúdos diversos de orientação e esclarecimentos denominados: Relativo de orientações sobre horários do programa, nome dos profissionais responsáveis, telefone de emergência. Relativo de esclarecimentos e orientações aos familiares e cuidadores sobre o funcionamento do Projeto. Impresso de Termo de Compromisso que será assinado pelo cuidador responsável. ▪ Impresso de orientações e cuidados básicos com o paciente internado domiciliarmente

Fonte: Projeto de Internação Domiciliar da SMS Paulínia

Do redirecionamento de um processo de trabalho/serviço: Do conteúdo dos documentos denominados Projeto “Por uma Política de Saúde Mental” (Doc.16) foram encontrados registros sobre o redirecionamento dos processos de trabalhos/serviços de Saúde Mental que sintetizados demonstram seus principais tópicos:

5.2.3-Bloco de Análise: Controle

I-PARÂMETRO RESULTADOS

Dos Registros Documentais apresentados como evidências objetivas dos dados, situações e/ou práticas relatadas.

“Plano Municipal de Saúde de Paulínia– biênio 1999 a 2000” - (Doc 4), “Atas do Conselho Municipal de Saúde no período de 02 a 06 de 1999” (Doc.8), Relatórios da II e III Conferências Municipais de Saúde (Doc.9), Plano de Ação da Direção do Hospital Municipal de Paulínia (Doc. 6) e Plano de Ação do Hospital Municipal de Paulínia (Doc.5) “ Projeto de Internação Domiciliar do Programa de Saúde em Casa do HMP da Secretaria Municipal de Saúde (Doc.18) e Projeto “Por uma Política de Saúde Mental” (Doc 16)

Dos dados ou relatos de práticas obtidos através de entrevista e dos Registros Documentais

- Os dados e os relatos de práticas obtidas junto à equipe gestora para o Parâmetro Resultados foram agrupadas em: resultados relativos a usuários, recursos, ações/serviços e processos

a) Em relação aos resultados relativos a usuários

a equipe gestora relata que:

- Os resultados da organização indicam uma tendência crescente no nível de satisfação dos usuários em relação aos serviços produzidos, relatando uma pesquisa de opinião que apontou em 41% de ótimo/bom em abril de 99. Em agosto de 99 o percentual foi de 51% de ótimo/bom e em março de 2000 de 62% .
- Os resultados referentes à participação do usuário indicam que há uma melhoria na qualificação da participação do usuário tanto individual como coletivamente, resultantes da realização das Conferências Municipais de Saúde, dos Conselhos Gestores de Unidades, do Conselho Municipal de Saúde e das diversas comissões organizadas com a participação de usuários.

Os registros documentais evidenciam que:

- Os dados obtidos através da análise dos registros documentais referentes a resultados relativos aos usuários quanto à *satisfação* não foram evidenciados por não terem sido encontrado registros documentais evidentes dos dados e práticas relatadas não sendo assim possível sua verificação e análise.
- Nos documentos denominados “Atas do Conselho Municipal de Saúde no período de 02 a 06 de 1999” (Doc.8) foram evidenciados registros referentes à participação de 100% de representantes de usuários nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde, das demandas não pautadas nas reuniões dos Conselho 67% foram originárias de representantes de usuários (Quadro IV), da eleição de representante de usuários para o cargo de presidente do Conselho Municipal de Saúde (ata do dia 01.06.99) e da participação de representantes de usuários nas: Comissão da Fundação de Saúde e Indicação de um Conselho Editorial para a SMS (pauta de 30.03 e 27.04 de 1999).
- Numa análise global dos Registros Documentais apresentados como evidências objetivas dos dados, situações e/ou práticas relatadas não foram evidenciadas informações e/ou indicadores qualitativos de melhoria da participação dos usuários, porém encontra-se evidenciado a participação do usuário de forma explícita e sistematizada nos registros documentais denominados “Atas do Conselho Municipal de Saúde no período de 02. a 06 de 1999” (Doc.8) e Relatórios da II e III Conferências Municipais de Saúde (Doc.9) e da convergência que das deliberações e decisões exercidos nestes fóruns das políticas de saúde.

b) Em relação aos resultados relativos a recursos

a equipe gestora relata que:

- há melhorias na relação custo/benefício da aplicação de recursos financeiros em função da modernização de equipamentos e melhoria na estrutura física, porém há pouca racionalidade na utilização dos recursos financeiros

originados culturalmente em razão do município historicamente ser portador de boa condição financeira, faltando um “olhar” sobre eficiência/eficácia.

- o Secretário Municipal de Saúde não é o ordenador de despesas do Fundo Municipal de Saúde impossibilitando assim uma política organizacional para o planejamento, acompanhamento e avaliação dos recursos orçamentários/ financeiros pela equipe gestora, apesar do aparente controle do uso de recursos que possui na aplicação de tais recursos.
- a questão do financiamento do sistema passa pela revisão da Programação Pactuada Integrada – PPI que não vem se mostrando efetiva. Os recursos originários do SUS são incipientes e o município sofre invasão de demanda originária de dois municípios em torno de 25% a 30% de sua produção, porém políticas voltadas à redução desse demanda pode culminar com ociosidade de determinados serviços elevando seu custo operacional.
- a proposta de criação da Fundação Municipal de Saúde vem de encontro com a reivindicação de autonomia e gestão financeira da equipe gestora na busca do desenvolvimento de uma política de aplicação, utilização, controle e avaliação desses recursos de acordo com a legislação em vigor e sob a fiscalização do Conselho Municipal de Saúde
- há resultados que demonstram melhorias no nível de profissionalização dos agentes produtores de saúde apesar da ausência de política de educação continuada efetiva, que tem sido mais acentuada nos profissionais de nível médio (categoria de enfermagem) em função de projetos federais de capacitação específica.
- há uma tênue melhoria das condições de trabalho da organização que afetam o bem estar dos servidores, tendo sido mais acentuada na estrutura física e tecnológica, porém percebe-se que a implantação de processos de trabalho centrados em equipes multidisciplinares tem contribuído na elevação do desempenho e na satisfação dos seus membros.
- há necessidade premente do aperfeiçoamento e/ou desenvolvimento da política de cargos, carreiras e salários focados nas especificidades da

organização, porém sua viabilização é dependente de negociação política, administrativa-jurídica. A equipe gestora ratificada pelas deliberações das Conferências Municipais de Saúde, defende o estabelecimento de política salarial que implementa a avaliação e gratificação por desempenho das equipes. A melhor perspectiva, de viabilização dessas reivindicações é através da criação da Fundação de Saúde.

- há resultados que demonstram melhorias globais na organização dos processos de trabalho, contribuindo para o melhor desempenho, satisfação e motivação dos agentes produtores de saúde e melhoria das relações interpessoais com a clientela, fruto das políticas de gestão democráticas implantadas na organização, porém a equipe gestora relata que a busca pela mudança do modelo assistencial das ações de saúde tem sido um trabalho lento e árduo. Citam projetos como o de adscrição de clientela e o de Internação Domiciliar como resultados e potencialidades para melhorias contínuas.

Os registros documentais evidenciam:

- Os dados obtidos através da análise dos registros documentais apresentados como evidências objetivas dos dados, situações e/ou práticas relatadas através da análise documental nos documentos denominados “Plano Municipal de Saúde de Paulínia– biênio 1999 a 2000” - (Doc 4) evidenciam alguns dados financeiros gerais que se encontram demonstrados no Quadro VIII inseridos no tópico Caracterização, sem correlação com ações específicas. Das três principais propostas no Plano, uma delas é a racionalização do recursos financeiros na busca de um uso mais eficaz evidenciado no Quadro X.
- Nos documentos intitulados Relatórios da II e III Conferências Municipais de Saúde (Doc.9) há defesa e moções de apoio à Proposta de Emenda Constitucional - PEC nº 169, que vincula maior e permanente percentual orçamentário de recursos para o setor saúde nas três esferas de governo.

- No campo das propostas, para o aumento de recursos, recomenda-se a criação de centros de custos por unidades e racionalização dos gastos. Busca de autonomia financeira através da criação da Fundação de Saúde, implantação de mecanismos de controle e execução do orçamento, subordinação do FMS ao Secretário Municipal de Saúde e, estratégias de captação de recursos financeiros alternativos como ressarcimento ao SUS, seguros de acidentes de trânsito - DPVAT e, ainda modernização do sistema de gestão financeira para acompanhamento financeiro.
- Em relação à força de trabalho os registros documentais evidenciam a realização de projetos de capacitação para funções técnicas e gerenciais nos registros documentais intitulados Projeto de Capacitação Gerencial do Hospital Municipal de Paulínia (Doc. 14) e Projeto de Educação Continuada do Hospital Municipal de Paulínia (Doc.13). Não foram evidenciados dados sobre satisfação e motivação dos agentes produtores de saúde e nem políticas direcionadas à qualidade de vida e ao ambiente organizacional
- Nos registros documentais denominados “Relatórios da II e III Conferências Municipais de Saúde” (Doc.9) são evidenciadas propostas para o aperfeiçoamento da atual política de recursos humanos da organização numa política mais efetiva e, focada nas especificidades da organização de saúde contendo propostas de implantação de organograma horizontalizado, valorização dos recursos humanos através da implementação de sistemas de gratificação de desempenho por equipe, sistemas de avaliação individual e coletivo, implantação de uma política de educação continuada efetiva que promova a educação e desenvolvimento profissional através do crescimento individual e institucional.

c) Em relação aos resultados relativos a ações/serviços e processos organizacionais

a equipe gestora relata que:

- o impacto da organização sobre os problemas de saúde pública que afetam seus usuários esbarram na ausência de uma política regional para a

assistência básica e para a média complexidade, o que leva a população de municípios vizinhos com organização assistencial incipiente procurarem outros municípios para o atendimento de suas necessidades de saúde. Apontam ainda que a PPI - Programação Pactuada Integrada – não vem sendo efetiva, apesar dos esforços da SES, porém a falta de recursos inviabiliza a ação. Apontam ainda que há estrangulamentos no atendimento nos serviços de referência terciária dificultando o encaminhamento de pacientes a estas referências

- há tendência crescente de cumprimento integral das metas e planos estabelecidos no processo de planejamento porém afirmam que há necessidade do desenvolvimento de metodologia de avaliação sistemática, pois a mesma vem ocorrendo de acordo com a conjuntura, ou seja, pontual. Buscam avaliações por projetos, para que o processo de avaliação sistemática não se torne “uma camisa de força”, justificando que, o cotidiano apresenta “muito trabalho com o imponderável” e que deve ser reservado uma parte do tempo da gerência para o “não planejado”. Oficialmente, a equipe produz um relatório de gestão anual por força da exigência da NOB – 96 - Norma Operacional Básica – Ministério da Saúde, e afirmam que o relatório de gestão pouco contribuiu para a avaliação da gestão da organização
- que a avaliação das prioridades, metas e replanejamento são estabelecidas a partir do Plano Municipal de Saúde e acompanhadas na sua implementação pela equipe gerencial promovendo ações corretivas quando necessário.
- há acompanhamento e avaliação do desempenho global da organização, mas sem uma metodologia definida. Em reuniões semanais a equipe gerencial acompanha, avalia e desencadeia ações corretivas do desempenho da organização sem uma regularidade definida, porém a ausência de um sistema de informação institucional apresenta-se como fator limitante.
- que há resultados positivos em relação à implantação do modelo de gestão baseados na co-gestão, enquanto modelo democrático institucional, da participação de agentes produtores de saúde na definição, execução e

avaliação dos processos de trabalho favorecendo a motivação e a satisfação destes.

Os registros documentais evidenciam que:

Os dados obtidos através da análise dos registros documentais nos documentos intitulados “Projeto de Internação Domiciliar do Programa de Saúde em Casa do HMP da Secretaria Municipal de Saúde (Doc.18) e Projeto “Por uma Política de Saúde Mental” (Doc.16) evidenciam resultados de melhorias na organização dos processos de trabalho centrados em equipes multidisciplinares, com a participação de seus atores desde a definição, execução e destes processos.

Os dados obtidos através da análise dos registros documentais nos documentos denominados Plano de Ação da Direção do Hospital Municipal de Paulínia (Doc. 6) e Plano de Ação do Hospital Municipal de Paulínia (Doc.5) demonstram na síntese abaixo os pontos centrais

Resultados e planejamento da ação assistencial: Do conteúdo dos documentos denominados Plano de Ação do Hospital Municipal de Paulínia (Doc. 5) foram encontrados registros sobre resultados e o planejamento conforme síntese dos principais tópicos no quadro abaixo:

Quadro XVI-Síntese dos principais tópicos do Plano de Ação do Hospital Municipal da SMS de Paulínia

Tópicos	Características
Missão	Atendimento de urgência/emergência de qualidade. Restabelecimento das condições e saúde do usuário adequado e oportuno. Garantir a retaguarda da assistência médica. Buscar a integração com outros serviços locais e regionais.
Conjuntura externa	Ameaças: Crise econômica, crise financeira do setor, interferência política, dificuldade da rede básica realizar pronto-atendimento/acolhimento, medicalização da pop. Oportunidades: reconhecimento da população quanto à qualidade do serviço, bom relacionamento com a rede básica e hospitais regionais e participação ativa no Colegiado Gestor
Conjuntura interna	Fraquezas: equipe heterogênea, pequena autonomia administrativa, dificuldade de integração com outros setores da prefeitura. Forças: maioria da equipe qualificada, infra-estrutura adequada e satisfação da equipe no PS
Principais problemas identificados	Gestão/gerenciamento, estrutura do serviço, recursos humanos e processo de trabalho. Definição de operações, responsáveis e cronograma de execução
Indicadores de Monitoramento e Avaliação de Resultados	Indicadores de processo, epidemiológicos, produção e administrativos (alguns com definição da fonte de coleta)
Relatório contendo resultados de abril, maio e junho de 2000	Infecção hospitalar, infecção hospitalar por topografia/unidade, índice de vigilância por componente em UTI, Taxa média e global de permanência, Índice médio e global de gravidade
Dados estatísticos básicos das clínicas do mês de agosto de 2000	Nº de leitos disponíveis, nº de internações, altas, transferências, óbitos, taxa de ocupação, taxa de permanência, taxa de mortalidade, pacientes recebidos de outras unidades, pacientes que deram entrada na unidade.

Fonte: Plano de Ação do Hospital Municipal de Paulínia

b) Dos resultados e planejamento da ação gerencial: Do conteúdo dos documentos denominados Plano de Ação da Direção do Hospital Municipal de Paulínia (Doc. 6) foram encontrados registros sobre resultados e planejamento da direção. A síntese dos principais pontos estão dispostos no quadro XVII:

Quadro XVII-Síntese dos principais tópicos do Plano de Ação da Direção do Hospital Municipal da SMS de Paulínia

Linha	Definição da atuação	características
Inserção do HM no Sistema	Relação com rede municipal de Saúde	Projeto do Pronto Socorro. Projeto do Amb. Ortopedia.Projeto de Fisioterapia Ambulatorial. Elaboração de protocolos conjuntos
	Relação com a DIR	SIPAC Ortopedia. UTI adulto. Avaliação do Projeto de Urgência/Emergência
	Relação com o Ministério da Saúde	Criar canais de acesso.REFORCUS.UTI pediátrica TUNEP.SIPAC.Outros projetos
	Relação com outros municípios	Revisão de projeto de cirurgias eletivas/ambulatoriais
	Relação com outros convênios	Identificação e quantificação da demanda, propostas de negociação
	Relação com instituições Formadoras	Avaliação de estágios
Modelo Assistencial	Projeto de Humanização	Sem registro
	Acompanhamento do Plano das Unidades*	Unidades assistenciais e Unidades de Apoio (todas)
	Recursos Humanos	Dimensionamento do quadro, Avaliação comparativa. Desvio de função. Cobertura . Absenteísmo. Avaliação de desempenho. Mecanismos de controle.
	Financiamento	Montagem de sistema de apuração de custos. Possibilidade de novos aportes
	Gestão	Informação. Papel dos gerentes das áreas. Papel dos gerentes e das referencias técnicas. Sistema de petição/prestação de contas, Reuniões do colegiado gestor

Fonte: Projeto de ação da direção do HM Paulínia

Nos documentos denominados Plano de Ação da Direção do Hospital Municipal de Paulínia (Doc.6) foram encontrados registros de resultados que desencadearam o planejamento das ações gerenciais da organização em duas linhas: Inserção do HM no Sistema com foco de atuação no relacionamento com outras instituições e/ou unidades como: relacionamento com a rede assistencial, DIR, Ministério Público, outros municípios, convênios e outras instituições parceiras e Modelo assistencial com foco de atuação em Projeto de Humanização, Recursos Humanos, Financiamento e Gestão evidenciando ainda registros de definição de responsáveis e cronograma de execução para cada linha de atuação definida, ou seja, gestão do plano.

5.2.4-Bloco de Análise - Ação

I- PARÂMETRO: INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Dos Registros Documentais apresentados como evidências objetivas dos dados, situações e/ou práticas relatadas.

- Projeto de Adscrição da Clientela (Doc.15), “Plano Municipal de Saúde de Paulínia– biênio 1999 a 2000” - (Doc.4), Relatórios da II e III Conferências Municipais de Saúde (Doc.9).

Dos dados ou relatos de práticas obtidos através de entrevista e dos Registros Documentais

Os dados os relatos de práticas obtidas junto à equipe gestora para o Parâmetro Informação foram agrupadas em: Gestão das informações e Análise crítica global

a) Em relação à Gestão de informações

A equipe gestora relata que:

- a seleção, coleta, registro e disseminação de informações relevantes para o processo decisório se resumem às oriundas e destinadas aos grandes Sistemas de Informação de abrangência nacional tais como SIA, SIH, SIAB, SIVISA, SIM, SINASC e API que tem por objetivo o processamento do

faturamento ambulatorial, hospitalar, Programa de Saúde da Família e informações de natalidade, mortalidade e imunização. Esses sistemas são estruturados em aplicativos desenvolvidos pelo DATASUS e Ministério da Saúde e emitem relatórios padronizados, mas não privilegiam o gestor municipal como usuário principal das informações. Os dados destes sistemas permitem a sua utilização através do tabulador de dados TABWIN e do EPIINFO, mas ainda assim apresentam limites na exploração de suas potencialidades pela infra-estrutura tecnológica inadequada.

- encontra-se em fase de desenvolvimento a implantação de uma política de informação institucional com os objetivos de apoiar as ações desenvolvidas e introdução de melhorias no desempenho institucional encontrando-se em fase de aquisição de equipamentos.
- a organização e disponibilização das informações produzidas pelos grandes sistemas são parcialmente organizadas em softwares de banco de dados como Excel e Access e disponibilizadas pontualmente, conforme demanda e/ou solicitação da equipe gestora. Não há rotinas implantadas de seleção e disseminação de informações sistematizadas com foco no apoio à decisão.
- Não há tratamento sistemático dessas informações relevantes da organização com vistas a garantir a sua preservação, a sua consistência e a sua integridade. As informações obtidas são armazenadas em cópias de segurança apenas para preservar a série histórica.
- que o conhecimento do desempenho de outras organizações para fins de comparação com outros processos organizacionais, objetivando melhorar o desempenho institucional, definição das informações comparativas e respectivos critérios para selecionar fontes e coletas de informações, principais tipos de informações comparativas e seu uso para melhoria dos processos e do desempenho da organização e estabelecimento de metas desafiadoras tem sido pontual e com vistas a atender demanda de projetos específicos que a instituição tenha interesse na implantação.

Os registros documentais evidenciam que:

- Os dados obtidos através da análise dos registros documentais denominados “Plano Municipal de Saúde de Paulínia– biênio 1999 a 2000” - (Doc. 4), Relatórios da II e III Conferências Municipais de Saúde (Doc.9), evidenciaram a articulação da equipe gestora para a implantação de um Sistema de Informações em Saúde da implantação de tecnologia computacional como ao acesso, a produção e o uso da informações em saúde no apoio a decisão.

b) Em relação a Análise Crítica do desempenho global

A equipe gestora relata que:

- são utilizados os dados e informações obtidas pelos grandes sistemas, porém não de forma sistematizada e trabalhada para subsidiar o processo decisório. Há grande produção de dados e poucas informações sistematizadas e trabalhadas. Ressaltam ainda que a reflexão sobre informação é recente, e que seu desencadeamento se deu com a municipalização dos serviços de saúde, principalmente após a gestão plena do sistema.
- Relatam ainda a influência dos grandes sistemas de informação do SUS e sua contribuição de forma importante para o conhecimento da realidade local e para o planejamento das ações municipais. Reconhecem que a utilização de indicadores/informações em saúde na gestão ainda é incipiente.
- que realiza a análise crítica de sua capacidade de resposta e do desempenho institucional global com base nos seus principais indicadores de desempenho, tomando decisões para melhorar o seu desempenho em relação às suas metas e aos planos de ação, porém esse processo é realizado sem uma metodologia específica, não a realizando de forma sistemática e com informações pré-definidas.

Os registros documentais evidenciam que:

Os dados obtidos através da análise documental das evidências objetivas apresentadas para o Critério Informação foram avaliadas globalmente em função da equipe gestora apresentá-lo como subsídios do uso de informações em saúde. A síntese dos principais tópicos estão descritas no quadro abaixo:

Quadro XVIII-Síntese dos principais tópicos do Projeto de Adscrição de Clientela da Secretaria Municipal de Saúde de Paulínia

Tópico	Características
Missão das mini-equipes	Responsabilizar-se por buscar solução para os problemas de saúde de uma dada pop. a ela adscrita
Divisão de trabalho	Composição das categorias da mini-equipe
Atribuições	Atribuições de responsabilidades da equipe e de cada profissional
Problemas priorizados pela SMS e respectivas estratégias	Excesso de lixo em vários bairros no município.Baixo índice de tuberculose e baixo índice de alta por cura (62%) em 1998.Cobertura em saúde bucal baixa para adultos (aprox. 40% da pop. Adulta).A discriminação de risco não é um hábito para todas as mini-equipes.Hipertensão e Diabetes não estão adequada/e controlada.Violência crescente no município
Matriz de identificação de projetos e parcerias	Definição de parceiros e responsabilidades da SMS
Principais dúvidas da adscrição de clientela	Orientações direcionadas a uso interno para disseminação do projeto junto a funcionários das Unidades e Serviços
Matriz de avaliação da Adscrição nas Unidades de Saúde	Contém dados organizados comparativamente da UBS Centro, UBS Monte Alegre, UBS João Aranha, UBS Jardim Planalto e Pronto Socorro

Fonte: Projeto de Adscrição de Clientela da SMS de Paulínia

Nos registros documentais denominados “Projeto de Adscrição da Clientela (Doc.15)”, foram evidenciados dentro dos principais tópicos apresentados indicadores e informações de saúde que subsidiam a identificação de problemas, a definição de estratégias e propostas de ação do projeto de intervenção. Porém, destaca-se que nos registros documentais não foram evidenciados ações sistematizadas de monitoramento e avaliação baseado em indicadores e/ou informações de saúde.



6-DISCUSSÃO

A discussão deste estudo decorrente dos resultados obtidos na análise dos dados do Sistema Municipal de Saúde de Paulínia encontra-se encadeada por parâmetro nos seus respectivos blocos de análises e pelo conjunto destes buscando demonstrar os resultados do específico para o geral e conseqüentemente embasar as suas conclusões.

6.1-O BLOCO DE ANÁLISE PLANEJAMENTO

A análise dos dados referentes ao Sistema de Liderança demonstram que a forma de estruturação organizacional atual é democrática e participativa consubstanciando as práticas institucionais num fórum denominado Colegiado Gestor, cujas atribuições encontram-se definidas no “Relatório de Dados Gerenciais e Operacionais da SMS de Paulínia” (Doc.2).

O Colegiado Gestor reúne-se sistematicamente conforme demonstrado através dos registros de nove (09) reuniões no período de fevereiro a junho de 1999, com registro de presença de 100% dos segmentos representantes na maioria das suas reuniões conforme dados apresentados no Quadro I.

Os temas registrados nos documentos das reuniões do Colegiado Gestor tiveram como foco de gestão o planejamento em 07 delas (39%), acompanhamento e operacionalização em 08 (44%), avaliação em 02 (11%)e, controle social em 01 (6%) conforme demonstrado no Quadro II. Suas decisões, deliberações e encaminhamentos constam dos registros documentais denominados “Memórias do Colegiado Gestor” (Doc. 1).

Em relação aos princípios, compromissos e responsabilidades da organização encontram-se explicitados em registros documentais tendo sido sua prática evidenciada na transcrição de trechos do “Relatório de Dados Gerenciais e Operacionais da SMS de Paulínia” (Doc.2) destinados aos trabalhadores e gerentes. Estende ainda, tal prática à formação de novos líderes tendo sido evidenciada na transcrição de trechos do “Projeto de Capacitação Gerencial do HM de Paulínia” (Doc. 14) . A extensão dessa prática à sociedade pôde ser explicitada nas Conferências Municipais de Saúde cujos registros estão demonstrados no Quadro VI, originários dos “Relatórios da II e III Conferências Municipais de Saúde” (Doc.9) cujos princípios, diretrizes, marcos legais e modelo de

atenção foram evidenciadas em ambas as Conferências. O balizamento das ações e decisões da equipe gestora na promoção dos valores éticos e responsabilidades legais, na transparência e defesa do interesse coletivo e, na defesa da vida teve sua prática evidenciada na transcrição de trechos expressos nas “Memórias do Colegiado Gestor” (Doc. 1).

Não foram possíveis evidenciar dados e práticas dos fóruns corporativos do exercício profissional, dado a insipiência dos dados contidos nos registros documentais denominados “Dados das Comissões de Ética Médica e de Enfermagem” (Doc.3) e apresentados no Quadro III.

Os dados evidenciam ainda, que o controle social é exercido pelo Conselho Municipal de Saúde com representação paritária de usuários em relação ao governo, trabalhadores e prestadores, cujas atribuições encontram-se definidas na Lei Municipal nº 2040 /1996 que dispõe sobre o Conselho Municipal de Paulínia (Doc.7). O Conselho de Saúde reúne-se sistematicamente, tendo apresentado registros de 06 reuniões no período de janeiro a junho de 1999 com a participação de todos os segmentos representantes em 04 (66,6%) das 06 reuniões realizadas, conforme demonstrado no Quadro IV. Dos 25 temas dessas reuniões 18 deles (72 %) estavam pautados. Dos 07 (28%) não pautados, 04 (67%) foram originados por demandas originárias de representantes dos segmentos de usuários, conforme dados dispostos no Quadro V .

Entre os temas centrais, destacaram-se temas referentes a análise e aprovação de políticas, os que tratam do papel fiscalizador e os que tratam do exercício social. Os temas que tratam da análise e aprovação da formulação das políticas de saúde da organização foram expressos em Apresentação do modelo tecno-assistencial (pauta do dia 26.01.00) e Apresentação do Plano Municipal de Saúde (pauta do dia 30.03.00). Os temas que tratam do papel fiscalizador do Conselho Municipal de Saúde foram expressos em Apresentação dos balancetes financeiros e Aprovação dos balancetes (pauta de 30.03 e 27.04 de 2000) respectivamente.

Os temas que tratam do exercício do controle social e sua qualificação foram expressos em I Fórum dos Conselheiros Municipais de Saúde, Indicação de representantes de usuários na Comissão da Fundação de Saúde, Eleição da Comissão Executiva, Indicação

de um Conselho Editorial para a SMS, Eleição do presidente do CMS e III Conferência Municipal de Saúde (pauta de 23.02, 30.03, 27.04, 01.06 de 2000).

As Conferências Municipais de Saúde foram convocadas por duas vezes num período de 04 anos, com objetivos, diretrizes e princípios convergentes com os propostos nos princípios e diretrizes organizacionais. O método utilizado para a sua organização foi democrático tendo por base a realização de seminários preparatórios e pré-Conferências regionais. Três moções: uma de apoio, outra de repúdio e a terceira de solicitação evidenciaram ainda a participação e a deliberação das políticas de saúde nessa comunidade que, se encontram demonstradas no Quadro VI e expressas nos registros documentais dos “Relatórios da II e III Conferência Municipal de Paulínia” (Doc. 9).

A estrutura de liderança

Na análise dos dados obtidos evidenciou-se a estruturação de poder da Secretaria Municipal de Saúde de Paulínia num sistema de co-gestão, democrático e participativo com práticas consistentes de equalização de poder entre governo, trabalhadores e sociedade civil.

Para CAMPOS (2000) “estabelecer a co-gestão das organizações públicas incluindo a sociedade civil e as equipes de trabalho na gestão de organizações produtoras de bens ou serviços, considerando que diante de cada núcleo de poder há contrapoderes com os quais há que se relacionar em esquemas de luta e negociação, objetivando a construção de compromissos e contratos é democratizar o poder organizacional e comprometer os agentes públicos de saúde com a missão e os projetos institucionais.”

O Controle Social

Os dados analisados evidenciaram o exercício sistemático do controle social através dos fóruns denominados Conferências Municipais de Saúde de Paulínia construídas de forma ascendente através de seminários e pré-conferências e com a regularidade prevista em legislação específica e, destacando-se ainda, a coerência de suas deliberações, moções e

solicitações com o modelo de atenção, princípios, compromissos e diretrizes das políticas de saúde implantadas.

No caminho da vivência democrática, as conferências de saúde, caracterizam-se como o momento e o espaço colegiado para ouvir a sociedade pronunciar-se sobre os problemas de saúde que mais a afligem e apontar propostas de solução de acordo com a sua visão de mundo. Possuem caráter de ausculta da sociedade e, onde são criadas condições para que as grandes questões de saúde dessa comunidade sejam discutidas por esta mesma sociedade. A partir dos subsídios fornecidos por estas deliberações, que os gestores de saúde desenvolvem as políticas de saúde que serão submetidas à aprovação do CMS.

A participação popular na organização do SUS (Art. 198, III, artigo 194, VII da CF e artigo 77) é a expressão viva da participação popular no exercício do poder político, na perspectiva do conceito de Estado Democrático. No caso da saúde o texto constitucional enunciou como uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde a participação da comunidade. Por meio dessa participação, o poder emana do povo, que o exerce, por meio de seus representantes, no preceito do Estado Democrático, sem prejuízo das demais instâncias políticas previstas neste mesmo Estado. Já a Lei 8142/90 dispôs sobre os Conselhos de Saúde, órgãos colegiados deliberativos com atuação na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômico-financeiros. É por meio dessa participação e controle que a sociedade pode exercer o seu poder político, opinando, rejeitando, esclarecendo, denunciando ou oferecendo subsídios aos gestores sobre as demandas sociais.

É neste “assumir enquanto instância deliberativa” que a comunidade usufrui de duas possibilidades desse agir participativo: a de formulação e a de controle. A de formulação, quando da proposição fornecendo subsídios aos gestores do sistema propondo ou reivindicando medidas de interesse da coletividade; atuando na tomada de decisão com a formulação de políticas de saúde, ou seja atuando no ato político e, a de controle; *a posteriori* controlando os atos praticados pelos gestores, afirmam CARVALHO e SANTOS (2001).

Princípios, Compromissos e Responsabilidades

Os dados analisados evidenciaram práticas consistentes de liderança da equipe gestora da Secretaria Municipal de Paulínia no fortalecimento da “visão de futuro” da organização. Ao eleger a mudança do modelo de atenção “Defesa da Vida como modelo de atenção, “como o futuro almejado, desejado” de um futuro melhor para a gestão com princípios, diretrizes, estratégias e planos de ação consistentes para o alcance destes objetivos a equipe buscou articular-se política e tecnicamente com os fóruns colegiados (conselhos e conferência) submetendo-os à suas aprovações. Evidenciou-se ainda que nesse processo, alimentou-se dos subsídios dos trabalhadores e das Conferências Municipais de Saúde de Paulínia para a formulação de seus planos num processo de construção coletiva entre governo, trabalhadores e usuários. Apresenta ainda como oportunidade de melhoria o aperfeiçoamento dos mecanismos fiscalizatórios dos conselhos corporativos das categorias em exercício.

A gestão demonstra possuir “visão de futuro”. A visão de futuro é a crença de que algo melhor pode e deve acontecer, transmite conhecimento de uma alternativa melhor ao presente, comunicá-la e vê-la aceita pelo conjunto de agentes produtores de saúde. O grande compromisso do líder é com o futuro, tratar com o novo, com o ainda não alcançado. Para MOTA (1993) “a visão concede aos liderados uma melhor imagem de si próprios, do seu papel, status, poder e futuro dentro e fora da organização ajudando no trabalho de conquistar o futuro a si e a organização. E a essência da liderança não está em obter poder, mas em colocar poder nos outros para traduzir suas intenções em realidade e sustenta-las ao longo do tempo traduzindo-as num futuro melhor para si próprias e para a organização em que trabalham” .O balizamento das ações e decisões da equipe gestora na promoção dos valores éticos e responsabilidades legais, na transparência e defesa do interesse coletivo e, na defesa da vida teve sua prática evidenciada nos principais fóruns colegiados e na formulação de políticas públicas observadas nas práticas de disseminação desses valores.

A análise dos dados do parâmetro Estratégias e Planos evidenciam que, os atores centrais da formulação de estratégias do Plano Municipal de Saúde são: A Secretaria Municipal de Saúde, os segmentos da sociedade organizada consubstanciados em

prestadores, governo, usuários e trabalhadores através dos fóruns legitimados no Conselho Municipal de Saúde e à sociedade através das Conferências Municipais de Saúde.

O processo de construção das formulações de estratégias é democrático e consoante com os princípios de co-gestão cumprindo as normas estabelecidas pelas recomendações e legislações pertinentes ao controle social no SUS com a realização de seminários e pré-conferências micro-regionais para subsidiar as Conferências Municipais de Saúde, a realização de conferências municipais de saúde, a publicação de suas deliberações, o respeito às suas diretrizes e princípios na construção da formulação de estratégias e, por último à análise e aprovação dessas formulações pelo Conselho Municipal de Saúde.

Entre os principais temas que refletem o conteúdo de sua formulação estão os princípios da gestão adotados, as linhas de atuação, o processo de construção da formulação, a análise de cenários e as propostas centrais formuladas dos registros documentais do “Plano Municipal de Saúde de Paulínia – biênio 1999 a 2000” (Doc. 4), que se encontram dispostos no Quadro VII.

Na caracterização do contexto e do sistema de saúde foram apresentados dados gerais do município com especial destaque para os problemas de saúde originários do ambiente como consequência de atividades econômicas agressoras. Do Sistema Municipal de Saúde a caracterização resumiu-se a dados e indicadores epidemiológicos gerais pontuais e caracterização da capacidade instalada da rede assistencial acompanhadas de indicadores de produção e dados financeiros pontuais, conforme demonstrado no Quadro VIII.

Na análise dos dados para a formulação das propostas o ambiente e o sistema de saúde ocuparam posição central na análise com suas respectivas justificativas apontando aumento de morbidade para o primeiro, resultante de atividades econômicas agressoras ao meio ambiente e, para o segundo a capacidade operacional do atendimento médico, a alta concentração de consultas médicas habitante/ano e a alta concentração de consultas médicas no PS, cujos dados dos registros documentais encontram-se dispostos no Quadro IX.

Do desdobramento das principais propostas formuladas três grandes projetos são destacados, que conjuntamente com as estratégias propostas centram a formulação de estratégias. São eles: o primeiro, redefinir o modelo assistencial do Sistema Municipal de Saúde, seguido da instituição do sistema de gestão com participação de trabalhadores e usuários buscando a eficácia e a eficiência dos serviços e, por último a racionalização do sistema de saúde, buscando o uso eficaz dos recursos públicos, conforme demonstrado no Quadro X.

A análise dos dados evidenciam que nos registros documentais denominados “Plano Municipal de Saúde de Paulínia- biênio 1999 a 2000” (Doc.4), 18 problemas foram identificados, com apresentação de propostas como operações, metas e execução. Destaca-se que não foram encontrados registros sobre a identificação de responsáveis pela sua execução e/ou gestão. Os dados constantes no Quadro XI sintetizam as operações, metas e cronogramas da operacionalização dessas estratégias.

Formulação e Operacionalização de Estratégias

O Conselho Municipal de Saúde de Paulínia demonstra sua participação na formulação de políticas de saúde através da aprovação do Plano Municipal de Saúde, e no controle social exercita seu papel fiscalizador na aprovação das prestações de contas; na participação em comissões e do exercício do cargo de Presidente do Conselho Municipal de Saúde.

A coordenação do processo de planejamento da equipe gestora incorporou a participação dos trabalhadores e gerentes das Unidades num processo de construção coletiva, em consonância com as diretrizes das Conferência Municipal de Saúde e a aprovação do Conselho Municipal de Saúde. Foram encontrados dados incipientes sobre a gestão do plano de ação com a ausência de definição de cronograma, atribuições de responsabilidades, monitoramento, acompanhamento e avaliação do plano.

Para CECILIO (1997) estabelecer prazos para cumprimento do plano, designar responsáveis pelas operações do plano significa preparar-se para colocar o plano em ação, fazendo parte da elaboração do plano operativo. O sucesso do plano depende de sua implementação ou gestão. Significa centralmente criar um sistema de alta responsabilidade

frente a um coletivo ou a um superior hierárquico estabelecer compromissos e agenda dentro de tarefas específicas. Nesse momento define-se o sistema de responsabilidades e o de prestação de contas. Culturalmente nossas organizações trabalham com sistemas de direção de baixíssima responsabilidades, onde as pessoas trabalham sem declaração de compromissos e nenhuma cobrança efetiva dos compromissos assumidos, além das agendas de gestores e gerentes sobrecarregarem-se de problemas emergenciais. Uma boa gestão de um plano pressupõe o envolvimento de todo o sistema de direção, clara definição de responsabilidades, mecanismos regular de prestação de contas e um sistema de direção altamente comunicativo e, muitas vezes a promoção de rearranjos institucionais.

A análise dos dados do parâmetro Usuários evidenciou que as práticas que tratam do relacionamento da organização com o seu usuário foram explicitadas nos registros documentais denominados Artigos de jornais contendo respostas a usuários e informações de utilidade pública” (Doc. 10), resposta institucional específicas a usuários contendo argumentação do Secretário Municipal de Saúde em relação aos fatos reclamados, justificativas para a sua ocorrência e a defesa das estratégias e planos atuais da Secretaria Municipal de Saúde para a recuperação do sistema, além de contextualização dos problemas de saúde de âmbito nacional, demonstrados no Quadro XII. Não foram encontrados registros referentes às estruturas formais como canais de comunicação com seus usuários e com a população em geral como o Disque Cidadão: - 156 – vinculado à Câmara de Vereadores e o Disque reclamações – SMS – vinculado diretamente a SMS nos registros documentais fornecidos pela equipe gestora não permitindo sua verificação e análise.

A análise dos dados evidenciaram práticas incipientes da Secretaria Municipal de Saúde naquelas que tratam do conhecimento mutuo organização-usuário e as que tratam do relacionamento com o usuário, na sua dimensão individual.

Mecanismos de identificação do perfil social, econômico, epidemiológico, etário, etc como também aquelas que se destinam a aferir os níveis de (in) e satisfação relativos aos serviços/ações desenvolvidos, bem como práticas sistemáticas de comunicação e de escuta do usuários nas suas demandas e expectativas.

Disseminação junto aos usuários dos princípios, compromissos e responsabilidades na sua dimensão individual/coletiva potencializando o vínculo com os serviços de saúde demonstrando que a equipe gestora deverá envidar esforços no seu aperfeiçoamento com o relacionamento entre o usuário. A divulgação dos serviços/ações e resultados ao usuário e a sociedade é de fundamental importância para a formação e melhoria da imagem institucional.

Considerando os resultados dos parâmetros do Bloco de Análise Planejamento concluímos que o Sistema Municipal de Saúde de Paulínia apresentou práticas consistentes com relação ao parâmetro **LIDERANÇA** demonstrando que **ATENDE** aos parâmetros da qualidade adaptados às especificidades dos modos de produção e de gestão do SUS. Com um sistema de liderança forte e estruturado, princípios, compromissos e responsabilidades com a gestão, agentes produtores e sociedade civil, estrutura-se num modelo de co-gestão, democrático e participativo entre governo, trabalhadores e usuários.

No controle social, a participação social foi evidenciada através das Conferências Municipais de Saúde e da atuação do Conselho Municipal de Saúde no cumprimento das suas respectivas atribuições legais.

Apresenta como oportunidades de melhorias o cumprimento da LF nº 8689/93 que trata da prestação de contas em audiência pública na sede do Legislativo local.

O parâmetro **ESTRATÉGIAS E PLANOS ATENDE PARCIALMENTE** e apresenta práticas consistentes na coordenação da construção coletiva da formulação de estratégias considerando a sociedade civil, trabalhadores e governo porém, apresenta oportunidades de melhorias na operacionalização das estratégias com o aperfeiçoamento da gestão do plano de ação.

O parâmetro **USUÁRIOS ATENDE DE FORMA INCIPIENTE** demonstrando práticas reativas e pontuais, apresentando oportunidades de melhorias para as práticas de conhecimento mútuo e relacionamento com o usuário ensejando esforços da gestão para o aperfeiçoamento dessas práticas visando fortalecê-las.

6.2-BLOCO DE ANÁLISE EXECUÇÃO

A análise dos dados não evidenciou a baixa otimização na organização do trabalho, estrutura de cargos, e salários, remuneração, incentivos e metas da organização condizente com o modelo de atenção adotado.

Não foram evidenciados ainda a participação efetiva da equipe gestora na definição das especificidades e requisitos necessários à composição da sua força de trabalho favorecendo a ocorrência de conflitos organizacionais vinculados à motivação e satisfação.

As práticas relativas à educação, capacitação e desenvolvimento forma evidenciados nos registros documentais denominados Projeto de Educação Continuada do HMP (Doc. 13) e Projeto de Capacitação Gerencial do HMP (Doc.14) demonstrando consonância com os princípios, diretrizes e modelo de atenção buscando estabelecer novos padrões de compromissos e responsabilidades com sua clientela e, a promoção da educação e desenvolvimento profissional através do crescimento individual e institucional que foram demonstrados no Quadro XIII.

Tais práticas foram reconhecidas pela equipe gestora como práticas pontuais e direcionadas especificamente a determinadas categorias, apresentando como justificativa, que foi proposto o desenvolvimento de políticas para educação continuada permanente e direcionada à multiplicidade de categorias profissionais com o objetivo de possibilitar ganhos ao indivíduo, à organização e aos usuários tendo sido inviabilizada, por disputas internas de poder, que foram corroboradas pela ineficiente política de recursos humanos em vigor.

Assim, a análise dos dados evidenciou que a organização não prescinde de um plano de cargos, carreiras e salários compatíveis com as especificidades da organização, propiciando a emergência de conflitos institucionais, porém explicitou movimentos da equipe gestora, dos profissionais e da sociedade civil para promover o reconhecimento dos agentes produtores de saúde consubstanciados nas deliberações da Conferência Municipal de Saúde (I e II). As articulações e/ou estímulos relativos à educação, capacitação e desenvolvimento são profícuas e convergentes com os princípios, diretrizes e modelo de atenção fomentando novos padrões de compromissos e responsabilidades com a clientela.

A Secretaria Municipal de Paulínia apresentou ainda como oportunidades de melhorias o desenvolvimento de estratégias para a busca de resolução dos conflitos internos em prol da consolidação de uma política de educação continuada direcionada à multiplicidade das categorias de seus agentes produtores de saúde, a potencialização de esforços conjuntos entre a gestão, agentes produtores e usuários através dos espaços democráticos já consolidados para viabilizar o aperfeiçoamento da atual política de recursos humanos numa política mais efetiva e focada nas especificidades da organização de saúde tanto no aspecto força de trabalho como para aspectos que envolvem o ambiente organizacional e, a busca da ampliação da atuação nas ações/serviços na perspectiva da intersetorialidade e multidisciplinariedade.

CAMPOS (1997) aponta que a combinação de autonomia profissional com definição de responsabilidades para o trabalhador e, a dose certa dessa combinação possibilitaria elevar a qualidade em saúde, liberdade com responsabilidade. Para este autor há três condições que poderiam balizar tais relações: capacidade de produzir saúde da equipe em questão, viabilidade técnica, financeira e política do projeto e por último a realização profissional e financeira dos trabalhadores de saúde. Os serviços devem se constituir em espaços onde os agentes de saúde possam se reproduzir como sujeitos de sua própria existência, inclusive a financeira. Foi evidenciado ainda que, a Secretaria Municipal propicia incentivos financeiros para a educação, capacitação e o desenvolvimento de seus agentes produtores de acordo com os recursos disponíveis. Para algumas categorias produtivas há projetos específicos de educação continuada e, há projetos específicos destinados a capacitar seus líderes com o foco no modelo assistencial adotado.

A análise dos dados do Parâmetro Processos tomou como subsídio dois projetos técnicos sendo o primeiro composto por um processo de trabalho em funcionamento com práticas consolidadas e um segundo, de redirecionamento de um processo de trabalho/serviço dos documentos.

Para a análise dos dados referentes a processos de trabalho em desenvolvimento com práticas já consolidadas, foram analisados nos registros documentais denominados Projeto de Internação Domiciliar do Programa de Saúde em Casa do HMP da Secretaria

Municipal de Saúde (Doc.18) que explicitaram aspectos positivos como: atuação integrada entre as equipes/unidades organizacionais e atuação conjunta entre unidades organizacionais na definição de critérios, rotinas, procedimentos e fluxos técnico/operacionais.

No projeto como um todo, foram evidenciados critérios de inclusão, rotinas de atendimento, fluxo de informações inter-unidades, atuação integrada em etapas específicas do projeto e mecanismos de orientações e esclarecimentos aos usuários participantes do projeto.

A análise dos dados das práticas relativas ao redirecionamento de um processo de trabalho/serviço dos documentos denominados Projeto “Por uma Política de Saúde Mental” (Doc.16) evidenciaram o encadeamento de etapas que, culminaram com a proposta de redirecionamento do processo de trabalho/serviços. Os registros evidenciam o redirecionamento como consequência da reflexão conjunta das equipes de serviços municipais atuantes na área, sobre a baixa eficácia das ações/serviços existentes, da identificação dos problemas existentes e da análise de cenários.

A proposta de redirecionamento evidencia a consonância com os princípios e diretrizes da política nacional de Saúde Mental, as deliberações da Conferência Micro-Regional e propõe diretrizes municipais consoantes com as macro-diretrizes organizacionais. A proposta prevê co-gestão do novo serviço, define atribuições e redimensionamento físico-operacional para as novas ações/serviços e remete para apreciação do Conselho Gestor para avaliação final.

Assim, a Secretaria Municipal de Paulínia evidenciou que seus processos de trabalho organizacionais propiciam a construção de espaços coletivos para que agentes produtores definam, executem, aperfeiçoem e elevem a qualidade de seus processos produtivos e gerenciais de maneira integrada e multidisciplinar apropriando-se de desafios institucionais e organizacionais dos processos de trabalho com foco nas necessidades dos usuários, da organização e de seus agentes produtores. Seus modelos organizacionais são baseados em equipes multidisciplinares com atribuições específicas da inserção profissional focadas no objetivo e, gerais, nas atribuições coletivas.

A adscrição de clientela define responsabilidades da equipe junto a um determinado conjunto de usuários por território e/ou por risco promovendo assim o vínculo e a responsabilização dessa equipe pelo cuidado integral à saúde do usuário fortalecendo a concepção holística do modelo, a defesa da vida, foco centrado no usuário e estabelecimento de novos padrões de compromissos e responsabilidades com a clientela.

Tais modelos de processos produtivos possibilitam as equipes o desenho da intervenção/projeto terapêutico desde a sua formulação, acompanhamento e a avaliação e/ou intervenção assistencial propiciando um diálogo reflexivo profícuo entre as práticas e os resultados e, ainda a reflexão sobre o organizar, sobre o desenhar do processo de trabalho.

Para CAMPOS (2000):

.....a principal forma de comprometer os trabalhadores com a produção de valores de uso (ou seja, de necessidades sociais relativas a outros sujeitos) estaria não em controlá-los aproximando-os da condição de objeto, mas em estender-lhes poder, de maneira que a tarefa de produzir Valores de Uso se transformasse em Obra deles próprios. Não significa renunciar ao objetivo primário das organizações; ao contrário, implica tê-lo todo o tempo presente como sendo um assunto, (um norte e um limite) pertinente a todos os membros de um Coletivo voltado à produção.

Assim, no Bloco de Análise denominado Execução, composto pelos parâmetros **Pessoas e Processos**, o Sistema Municipal de Saúde demonstrou sistemas de trabalhos estruturados em equipes multidisciplinares Evidenciou ainda o modelo de atenção implantado denominado Defesa da Vida, assentado no Vínculo e Responsabilização dos trabalhadores de saúde organizados em equipes multidisciplinares e adscrição de clientela promovendo maior autonomia profissional e o estabelecimento de novos padrões de compromissos com a população adscrita e, ampliando assim as perspectivas de realização profissional com métodos democráticos de organização dos processos produtivos e gerenciais.

O Sistema Municipal de Paulínia apresentou práticas consistentes demonstrando que **atende** aos parâmetros da qualidade adaptados às especificidades dos modos de produção e de gestão do SUS para o **parâmetro Processos**.

Para o **parâmetro Pessoas** demonstrou que **atende parcialmente** o parâmetro da qualidade adaptados às especificidades dos modos de produção e de gestão do SUS por evidenciar práticas e/ou estímulos relativos à educação, capacitação e desenvolvimento de sua força de trabalho. Apresenta oportunidades de melhorias ao buscar otimizar os sistemas de trabalho da organização compatibilizando-os com a estrutura organizacional, metas da organização e busca de resolução dos conflitos internos para a consolidação de uma política de educação continuada, potencialização de esforços conjuntos para o aperfeiçoamento da atual política de recursos humanos mais efetiva e focada nas especificidades da organização de saúde.

6.3-BLOCO DE ANÁLISE CONTROLE

Para a análise dos dados relativa aos Usuários não permitiu evidenciar sua evolução nem mensurar informações e/ou indicadores qualitativos do cumprimento de suas metas. Os registros documentais explicitam, porém, que as práticas promovidas pela organização se consubstanciaram na participação efetiva dos usuários nos fóruns Conselho Municipal de Saúde e Conferências de Saúde.

A análise dos dados relativa a Recursos não permitiu evidenciar sua evolução nem mensurar informações e/ou indicadores qualitativos do cumprimento de suas metas. Os registros documentais explicitaram, porém pró-atividade da equipe gestora na busca de articulação e mobilização entre agentes produtores de saúde, organização e usuários no desenvolvimento de estratégias para solução dos pontos críticos relativos a recursos da organização.

Nos documentos denominados Planos de Ação do Hospital Municipal de Paulínia (Doc. 5) foram encontrados registros de resultados da organização que subsidiaram o planejamento de ações corretivas. Além da missão, análises de cenários (interno e externo) o plano continha descrição dos problemas identificados, dados estatísticos e indicadores quantitativos. Evidenciou-se ainda, proposta de monitoramento e avaliação das

ações com definição de responsáveis, forma e fonte de coleta de dados para subsidiar o monitoramento e avaliação da intervenção.

A análise dos dados relativa aos resultados das Ações, Processo e Serviços não permitiu evidenciar sua evolução nem mensurar informações e/ou indicadores qualitativos do cumprimento de suas metas, porém permitem evidenciar que os processos são definidos, implementados, executados e avaliados com a participação dos agentes produtores destes e consonantes com os princípios, compromissos e responsabilidades da organização. Evidenciou-se ainda que a mudança do modelo de atenção, “a visão de futuro” da organização perpassa centralmente a organização dos processos de trabalho .

No seu conjunto, a análise dos dados não evidencia com clareza os resultados alcançados e a evolução do cumprimento das suas metas institucionais. Porém, foram observadas práticas da organização consubstanciadas em participação efetiva do usuário no controle social, postura pró-ativa da equipe gestora na busca de articulação conjunta entre usuários, agentes produtores de saúde e organização para estratégias de melhorias nos seus recursos financeiros, força de trabalho e, postura pró-ativa da organização, com desenvolvimento de práticas convergentes com a mudança do modelo assistencial promovendo melhorias na satisfação, comprometimento e eficácia nos processos de trabalho conjugados à melhorias dos relacionamentos interpessoais com a clientela.

Assim, o Bloco de Análise denominado Controle, composto do parâmetro **Resultados** o Sistema Municipal de Saúde demonstrou que **atende de forma incipiente** aos parâmetros da qualidade adaptados às especificidades dos modos de produção e de gestão do SUS evidenciando apenas ações pontuais para este parâmetro não apresentando ações promotoras consistentes para o monitoramento e a avaliação de seus resultados numa perspectiva analítica reflexiva entre práticas e resultados incorporando-as ao monitoramento e a avaliação de resultados nas práticas cotidianas.

Apresenta ainda como oportunidades de melhorias o desenvolvimento de metodologias e a incorporação de práticas sistemáticas de monitoramento e avaliação de seus Resultados para aperfeiçoar e/ou redirecionar o rumo da ação/intervenção.

6.4-BLOCO DE ANÁLISE: AÇÃO

A análise dos resultados dos dados e práticas relativas a Informação em Saúde não apontam para sua utilização sistemática na sua potencialidade como subsídio estratégico à gestão. Os registros documentais evidenciaram as práticas encontram-se ainda na busca de articulação administrativa e financeira para a implantação do Sistema Municipal de Informações.

Em relação à gestão das Informações em Saúde, não foram evidenciadas práticas nos registros documentais que explicitem mecanismos, estruturas ou estratégias para sua realização tanto no apoio à gestão como nos processos produtivos e ao controle social.

Cabe aqui, porém ressaltar que a não evidência não é sinônimo aqui da sua não utilização, tendo em vista que, qualquer mudança de curso ou ação de uma intervenção ocorre frente a uma informação no sentido do conhecimento de uma situação, dado ou informação. O que se procurou demonstrar é a percepção explícita da Informação em Saúde pela equipe gestora da relação entre Informação, Conhecimento, Decisão e Ação/intervenção buscando potencializar a abordagem do “informar a ação”, ou seja, Informação em Saúde como processo organizador da ação no processo produtivo e gerencial.

Não foram ainda observados os esforços desencadeados para a capacitação e a produção de conhecimento em informação em saúde visando a apropriação da inteligência informacional em saúde com vistas a consolidar uma cultura institucional em informação em saúde desde a produção, uso e disseminação. A análise dos dados demonstrou práticas ainda incipientes do uso de indicadores e/ou informações de saúde de forma sistemáticas na formulação, monitoramento e avaliação dos processos de produção da ação/serviços de saúde, porém com tendência de ampliação inferida pela postura pró-ativa da equipe gestora na busca de articulação administrativa e financeira para a implantação do Sistema Municipal de Informações, com foco especial na estruturação de tecnologia de informática, conforme demonstrado no parâmetro Informação em Saúde.

No Bloco denominado Ação, composto do parâmetro Informação em Saúde o Sistema Municipal de Saúde apresentou práticas incipientes demonstrando que **atende de forma incipiente** aos parâmetros da qualidade adaptados às especificidades dos modos de

produção e de gestão do SUS, não evidenciando políticas promotoras do uso da Informação em Saúde na perspectiva de ferramenta analisadora dos seus processos produtivos e gerenciais. Apresenta como oportunidades de melhorias a promoção de capacitação informacional e tecnológica visando o estabelecimento de cultura institucional para o uso da informação desde a produção, uso e disseminação na perspectiva da gestão como apoio à decisão, na técnica como ferramenta analisadora no aperfeiçoamento dos processos de trabalhos produtivos e gerenciais e à sociedade, e na social na ampliação da capacidade argumentativa dos usuários na participação democrática.

Equivocadamente, ao falarmos sobre informação em saúde remetemo-nos quase que instantaneamente para a tecnologia de informática que, sem negar e ressaltar a importância fundamental das tecnologias computacionais, apenas busca escapar da armadilha contemporânea que induz a crença que, a correta montagem de sistemas de informações e seu aparato tecnológico seria o antídoto gerencial para o enfrentamento de grande parte dos problemas de saúde, subsidiando os gestores com informações oportunas e fidedignas no apoio à decisão como num passe de mágica.

Associada ainda, ao reducionismo dessa visão, fortalece-se argumentos que a carência de informação e, logo, o seu suprimento traria ao processo decisório a solução definitiva para os processos organizacionais, bem como, a visão das necessidades de saúde e dos modos necessários de produzir saúde, permitindo assim o planejamento e a programação dos recursos necessários à sua efetivação com a máxima eficiência e eficácia. Sem negar tais potencialidades, o que se propõe evitar é fomentar a crença de que através da seleção de um pool de indicadores e coeficientes bem estruturados como a clínica, a epidemiologia, a demografia, etc esgote-se a gama deste mundo das significações que caracterizam os processos de trabalhos em saúde, e que utopicamente represente a totalidade do que verdadeiramente ocorre no dia a dia dos serviços de saúde, afirma MEHRY (1997).

Operar nesta lógica é reduzir ao máximo o modo de produzir saúde somente a processos bem estruturados e, um modo fechado de operar, que teria somente resultados bem definidos e passíveis na sua totalidade de serem apreendidos por um sistema de informação, deixando de lado a expressão vital e estratégica da informação como uma poderosa ferramenta que possa contribuir para os processos de intervenção institucional,

possibilitando que “falhas” e “ruídos” sejam escutados como emergência de possibilidades de novas intencionalidades no campo de ação, aponta MEHRY (1997).

Como montar indicadores, como coletá-los, como processá-los e como devolvê-los aos dirigentes é apenas um das muitas possibilidades da Informação em Saúde. Ir além da informação, como uma ferramenta que é exclusivamente possuidora de uma lógica instrumental sistêmica, reconhecendo a Informação em Saúde com potência para se tornar analisadora dos jogos instituintes e instituídos que atravessam permanentemente as instituições de saúde são possibilidades interrogadoras do modo de operar os processos de saúde que deve ser percebidos pelos gestores que militam na busca de processos mais públicos e compromissados com o usuário final das ações de saúde.

Ou seja, a informação não pode ser um simples medidor de funcionalidade cumprida ou não, mas tem de ser uma ferramenta que permita analisar permanentemente os jogos aparentes funcional e não funcional, do público e do privado, balizando de que ponto ético-político pode-se julgar os sentidos a serem adquiridos pelo serviço e a que interesses explicitamente vai se centrar aponta MEHRY (1997).

6.5-BLOCOS DE ANÁLISE

A análise dos dados do Sistema Municipal de Saúde de Paulínia evidenciou os seguintes resultados em relação aos parâmetros da qualidade do Programa Nacional da Qualidade adequados as especificidades e modos de produção do SUS conforme demonstrados no Quadro XIX.

Quadro XIX-Síntese dos blocos de análise e classificação dos parâmetros do Sistema Municipal de Saúde de Paulínia

BLOCO DE ANÁLISE	PARÂMETRO	STATUS
PLANEJAMENTO	• Liderança	Atende
	• Estratégias e Planos	Atende parcialmente
	• Usuários	Atende de forma incipiente
EXECUÇÃO	• Processos	Atende
	• Pessoas	Atende parcialmente
CONTROLE	• Resultados	Atende de forma incipiente
AÇÃO	• Informação em Saúde	Atende de forma incipiente

Os dados acima demonstram que há melhor desempenho nos Blocos de **Planejamento** e **Execução** e pior desempenho Blocos de Análises **Controle** e **Ação**.

É por meio da Liderança forte que a equipe gestora focaliza as necessidades de seus usuários e planeja seus processos/ação produtivos para melhor atender suas necessidades levando em conta os recursos disponíveis.

A **execução** do **planejamento** se dá mediante os recursos disponíveis e através da análise dos resultados do bloco **controle**. A “inteligência“ da organização encontra-se no bloco de tomada de decisão, o bloco **ação**, que dá sustentação aos demais blocos, orientando-os em função das análises críticas realizadas.

A figura seguinte apresenta o inter-relacionamento existente entre os blocos (setas maiores) e entre os parâmetros internos aos blocos (setas menores), apontando o seu enfoque sistêmico.

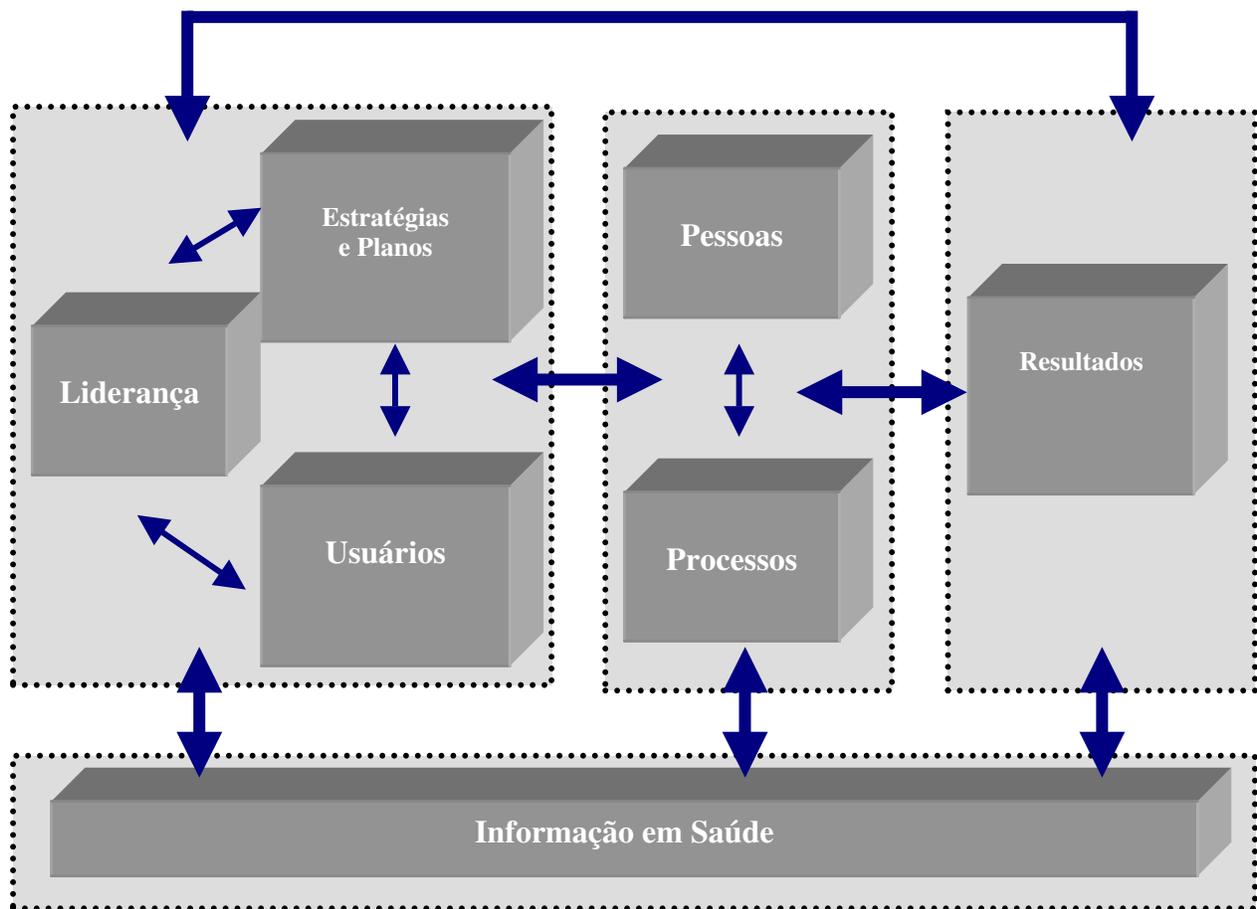


Figura 1-Representação Gráfica dos Parâmetros do Programa Nacional de Qualidade do Serviço Público* adaptado as especificidades e modos de produção do SUS

Fonte: Programa Nacional de Qualidade do Serviço Público* adaptado as especificidades e modos de produção do SUS

Na perspectiva sistêmica os resultados obtidos pela equipe gestora da Secretaria Municipal de Saúde de Paulínia demonstra boa capacidade de liderança, caracterizada por postura pró-ativa e enfaticamente democrática.

Apresenta ainda boa elaboração de estratégias e planos e boa execução através de bons processos organizacionais. Porém, apresenta oportunidades de melhoria na gestão da sua força de trabalho e operacionalização de estratégias. Ou seja, o bloco Planejamento é o que apresentou melhor desempenho, mesmo com o atendimento de forma incipiente do

parâmetro Usuários, seguido do Bloco Execução. O bloco Controle e Ação apresentaram desempenho incipiente.

Ou seja, o sistema apresenta boa liderança, bom planejamento e bons processos organizacionais porém não é suficiente para evidenciar resultados. Há que se aperfeiçoar a escuta e conhecimento mutuo do usuário, solucionar os conflitos da sua força de trabalho e desencadear ações motivadoras e, sobretudo, monitorar resultados. Perpassando os pontos fortes do sistema Municipal de Paulínia bem como as oportunidades de melhorias está a Informação em Saúde como ferramenta estratégica para a gestão. Na perspectiva sistêmica, a insipiência das práticas demonstradas, aponta para um “debruçar” maior sobre o Bloco Controle e Ação.

Assim, para o monitoramento das ações/intervenções pressupõe –se a geração de informações em saúde para subsidiar a ação, originária da força de trabalho, do usuário e do profissional de saúde, mediante a análise das informações de saúde originárias dos processos produtivos e das demandas de seus usuários de forma sistematizada e crítica na perspectiva da Informação em Saúde como ferramenta analisadora do instituído para o agir instituinte.

6.6-DO CUMPRIMENTO OBJETIVOS

A pesquisa avaliativa consiste na utilização de métodos científicos para formular um julgamento ex-post sobre uma intervenção, para avaliar sua pertinência e seus efeitos e para compreender as relações entre seus componentes e os efeitos produzidos, com o fim de ajudar na tomada de decisão, segundo CONTANDRIPOULOS ET AL. (1997). Para tais autores, sua principal característica é a de ser o eixo entre a pesquisa sobre os estados de saúde e a pesquisa sobre as intervenções em saúde.

Ainda para estes, a pesquisa avaliativa pode ser classificada como uma pesquisa sintética pois objetiva uma análise sistêmica das variáveis de interesse podendo ser trabalhada sobre uma unidade de análise ou sobre um pequeno número delas. O estudo único com um só nível de análise (holístico) estuda em profundidade uma situação ou fenômeno, sem definir diferentes níveis de explicação para os processos observados.

Este modelo, segundo CONTANDRIPOULOS ET AL. (1997) . conduz a descrever e a explicar, de maneira global a dinâmica de uma organização ou o funcionamento de um programa, sem delimitar os conteúdos específicos que estrutura, o objeto do estudo. Nesse caso, o estudo apresentado teve por objetivo enfocar a organização com ênfase na gestão sem se deter-se sobre atividades específicas de gerência, mesmo que o estudo permitisse tal enfoque.

Para os mesmos autores, o estudo de caso único, porém apoiado sobre um ou vários níveis de análise, oferece um alto potencial de validade interna, mas limita sua validade externa. A validade interna baseia-se na capacidade de um estudo testar, de maneira simultânea, um conjunto de relações, compondo um modelo teórico pela qualidade, complexidade e exclusividade da articulação teórica sobre a qual baseia-se o estudo e; pela adequação entre o modo de análise escolhido e o modelo teórico a ser testado.

O emparelhamento de um modelo foi o modo de análise escolhido, que consistiu em comparar uma configuração teórica (predita) com a configuração empírica (observada) ou seja, o quanto a configuração empírica observada correspondia ao modelo. Se os resultados obtidos correspondem a complexidade do modelo, as conclusões da pesquisa deverão apresentar boa validade interna, afirma CONTANDRIPOULOS ET AL. (1997) .

O instrumento proposto para avaliação de gestão num sistema municipal de saúde com ênfase na gestão demonstrou ser um instrumento capaz de avaliar o sistema municipal de saúde possibilitando a identificação de pontos fortes e oportunidades de melhorias nos resultados obtidos tomando como referencial o instrumento de avaliação do PNQSP

Quanto a sua potencialidade de validação externa, demandaria sua aplicação em outros contextos quanto aos princípios de **similitude** (capacidade de generalizar resultados a um universo empírico similar), princípio da **robustez** (potencial de replicabilidade em contextos diversificados e, o princípio da **explicação** (compreensão dos resultados de produção e de inibição dos efeitos).

A influencia qualitativa e quantitativa dos parâmetros e informações de saúde no processo de formulação, execução e avaliação das políticas de saúde foi realizada através da análise do emparelhamento do modelo e da classificação dos seus resultados.

A maior ou menor frequência destes parâmetros e informações de saúde em qualitativos ou quantitativos é dependente da frequência de seu uso, da cultura organizacional na utilização dessas ferramentas no apoio à decisão e, a do processo de avaliação subsidiada por estes, ainda não ser uma prática consolidada no âmbito das organizações de saúde do SUS não sendo adequado atribuir sua insuficiência ou suficiência ao instrumento.

DA POTENCIALIDADE DO INSTRUMENTO

Para LAKATOS & MARCONI (1991) a entrevista visa principalmente obter respostas validas e pertinentes apontando como requisitos importantes neste instrumento: *validade, relevância, especificidade e clareza, profundidade e extensão.*

Para estes mesmos autores a *validade* é dada com a comparação a uma fonte externa, a *relevância* pela importância em relação aos objetivos da pesquisa, a *especificidade e clareza* são obtidas através da referencia a dados e documentos com objetividade. A *profundidade* está relacionada com os aspectos subjetivos dos entrevistados, sua intimidade e intensidade com o tema e, a *extensão* é obtida através da amplitude da resposta.

Nestes aspectos a entrevista, roteiro e conteúdo, demonstrou factibilidade na aplicação pois a **validade** dos relatos/práticas foi assegurada através da análise das evidências objetivas demonstradas nos registros documentais, a **relevância** pois seus resultados foram orientadores da análise das evidencias objetivas, a *especificidade* e a *clareza* foi assegurado pela focalização dos parâmetros e informações de saúde do instrumento e pela escolha dos entrevistados-alvos. A *profundidade*, teve como garantia a qualificação profissional dos entrevistados e o seu provimento nos cargos gestores da organização e, a *extensão* pelo vasto e rico conteúdo das evidencias objetivas coletadas.

A composição das estratégias entrevista/analise documental, o roteiro utilizado bem como a composição dos blocos e parâmetros de análise e seus pré-requisitos da entrevista foram observados segundo três aspectos apontados por LAKATOS & MARCONI (1991) como fundamentais num instrumento de pesquisa: **fidedignidade**: qualquer pessoa que o aplique obterá sempre os mesmos resultados, **validade**: os dados recolhidos são necessários ao estudo e **operatividade**: vocabulário acessível e significado claro.

O roteiro utilizado demonstrou potencialidade em atender o aspecto *fidedignidade* pois os relatos/práticas descritos foram validados consensualmente pelo grupo entrevistado além de referenciarem-se evidências objetivas constantes nos registros documentais.

Quanto a *validade*, os dados colhidos demonstraram ser necessários ao estudo para a compreensão do contexto das intervenções da equipe gestora contidas nos relatos/registros documentais. A composição de entrevista/analise documental mostrou-se eficiente na análise dos dados coletados permitindo individualizar o contexto na sua especificidade para a análise e conclusões.

Quanto a *operatividade* o instrumento demonstrou boa compreensão dos entrevistados que foram evidenciados pela elevada convergência das informações obtidas segundo os relatos/práticas e os registros documentais.

6.7- LIMITES E PERSPECTIVAS DO ESTUDO

O instrumento, enquanto instrumento de avaliação, durante sua aplicação possibilitou à equipe gestora à reflexão e avaliação conjunta de suas práticas tanto na perspectiva de cada parâmetro como no conjunto dos 07 (sete) parâmetros que desenham-se como eixos estruturais da função gestora propiciando uma visão sistêmica da mesma.

Porém esta potencialidade, para ser amplamente explorada no seu aspecto formativo exige cuidados na qualificação/capacitação do avaliador, tanto na aplicação da técnica como na do conhecimento da especificidade da gestão de um sistema municipal de saúde, fator este fundamental para a boa condução da entrevista.

Os parâmetros encadeados para entrevista na seqüência: Liderança, Estratégias e Planos, Usuários, Pessoas, Processos e Resultados parece ser o encadeamento mais produtivo para a compreensão do foco da avaliação do instrumento e evitar repetição e/ou antecipação de relatos/ práticas que serão objetos dos parâmetros seguintes. Nessa seqüência o parâmetro Liderança colabora para que a equipe reflita sobre sua missão, modelo assistencial e modelos organizacionais de gestão. No parâmetro Estratégias e Planos traz a tona a importância da formulação das políticas de saúde e a aplicação de suas técnicas. Os parâmetros Usuários e Pessoas tratam especificamente dos outros dois atores do tripé: gestor, profissional e usuários e, suas relações. Por fim, Processos e Resultados traz à baila o modo de fazer cotidiano e resultados obtidos possibilitando a equipe aguçar seu olhar sobre tais eixos e sua interdependência.

A indicação das evidências objetivas dos relatos/práticas pela equipe se deu no encerramento da coleta de relatos/práticas de cada parâmetro pela equipe gestora, devendo a mesma apresentar aquela que julgasse mais pertinente e adequada. Sua necessidade, era sempre ressaltada já no início da entrevista.

A indicação espontânea apresenta vantagens e desvantagens. A principal vantagem é a demonstração da compreensão da equipe no parâmetro em questão havendo neutralidade do pesquisador/ avaliador na evidencia escolhida. A desvantagem porém, é que a equipe pode não se lembrar de todos os registros documentais que evidenciarão seus relatos/práticas naquele momento, havendo assim possibilidades de não apresentação de evidências objetivas pertinentes pelo simples esquecimento momentâneo ou pela não compreensão, o que sem dúvida refletiria nos seus resultados.

Algumas estratégias poderiam contribuir para minimizar as ocorrências relativas ao esquecimento momentâneo. A primeira seria indicar os registros documentais básicos referentes a estrutura organizacional como documentos previamente definidos juntamente com a equipe, deixando os específicos para a indicação espontânea no momento da entrevista. Outra possibilidade, é o próprio parâmetro apontar exemplos de documentos que potencialmente poderiam evidenciar tais práticas como por exemplo, estrutura organizacional da organização, leis municipais específicas que regem o SUS, plano de saúde, etc.

Outra questão digna de nota, refere-se ao baixo habito cultural das equipes de saúde de registrar, documentar projetos, fluxogramas e rotinas de processos de trabalhos, projetos técnicos específicos, reuniões, etc o que pode evidentemente propiciar baixa convergência dos relatos/praticas com os registros documentais analisados e comprometendo os resultados finais.

A qualidade de um instrumento de medida é dada pela sua **fidelidade** (confiabilidade) e pela sua **validade**. A **confiabilidade** é a capacidade do instrumento medir fielmente um fenômeno e a **validade** é a capacidade de medir com precisão o fenômeno a ser estudado.

A utilização do instrumento de avaliação do Programa Nacional de Qualidade do Serviço Público (PNQSP) teve por objetivo conferir validade ao instrumento tendo em vista sua ampla aplicação nas organizações públicas brasileiras. A adaptação aos modos de produção e gestão das organizações do Sistema Único de Saúde fez se necessária dada a especificidade e a legislação da área de Saúde Pública no Brasil. O foco de análise (ênfase na gestão) foi opção do pesquisador tendo em vista as razões apresentadas nas justificativas deste estudo.

Dada a adaptação e a especificidade e ainda, a ausência de instrumentos focados nesses aspectos das organizações de Saúde Pública do Sistema Único de Saúde o instrumento aplicado apontou para alguns fatores limitantes à sua validade tais como:

- a) O parâmetro Liderança aponta para a necessidade de inclusão de requisitos ou mecanismos que propiciem a captação da visão dos liderados em relação aos seus líderes e seus modelos de liderança visando dar maior validade a este parâmetro.
- b) Os parâmetros Pessoas e Usuários aponta para a necessidade de inclusão de requisitos ou mecanismos que propiciem a captação da visão destes atores visando dar maior validade a estes parâmetros
- c) Os parâmetros Processos, Resultados e Informação em Saúde aponta para a necessidade de inclusão de requisitos ou mecanismos que propiciem a captação de dados mais objetivos sobre estes parâmetros que são influenciados pela baixa cultura, desconhecimento e especificidade de registros de dados e/ou informações destes.

O aperfeiçoamento do instrumento bem como sua aferição e aplicação em outros contextos poderão enriquecer e contribuir para que o processo de avaliação eleve seu potencial formativo junto às equipes gestoras dos Sistemas Municipais de Saúde.



7-CONCLUSÕES

A explicitação do papel da liderança na construção da democracia institucional e o agir cotidiano democrático, evidenciam a potencialidade da equalização do poder em estruturas mais flexíveis e, do movimento acolhedor dessa socialização do poder sob o ângulo da política pública, em especial as da saúde, dada a sacralidade do seu bem maior, a vida.

A dimensão dessa construção se observa ao pensar a construção do SUS e, simultaneamente, o exercício da democracia. No bojo dessa construção encontra-se a desalienação de sujeitos subsidiada por desenhos organizacionais de processos produtivos e gerenciais como potenciais produtores de sujeitos construtores. Esses sujeitos construtores ao interseccionar com sujeitos consumidores e vice-versa nos modos de ofertar e demandar ações de saúde geram mutuamente novos padrões de compromissos para o fazer – receber ações de saúde.

Os líderes gestores, ao tomar para si, ao imbuir-se do papel de liderança na construção da democracia institucional as incorpora em duas dimensões. O democratizar legal-formal e o democratizar-real que na sua dimensão plena só ocorrerá com a assunção de ambas.

A democracia legal-formal é dada pelas leis e regulamentos, ou seja pelo seu arcabouço jurídico. O democratizar legal-formal ocorre quando o Estado concede ou reconhece o direito através de suas leis e regulamentos. A criação do SUS, a participação social, o estabelecimento de colegiados enquadram-se no democratizar formal-legal. O Estado reconhece o direito à saúde, o direito a participar da decisão, o direito de distribuir o poder de decisão igualmente com seus trabalhadores.

Nesse sentido, democratizar o poder significa estender o direito mas, ter o direito **não** significa ter capacidade de decidir. Portanto, estender o direito somente não significa democratizar-real, considerando que democratizar –real significa estender o direito e a capacidade de decidir.

Assim, o cidadão no exercício pleno da democracia tem que ter o direito e ter também a capacidade de decidir. E ter capacidade tem a ver com qualificação para a decisão, mesmo que isso seja feito em dois tempos. Criar arcabouço jurídico e num segundo tempo criar condições operacionais para o exercício desse pleno desse direito. A

possibilidade de participar de fato, na democracia institucional implica em mudanças desde o organograma como na interações do cotidiano, da estrutura organizacional ao comportamento das pessoas. Participar de um órgão colegiado de decisão significa ter poderes idênticos entre si, sugerir rumos, partilhar decisões e responsabilidades com poderes idênticos, igualdade de poder.

E o exercício do poder idêntico entra na dimensão do democratizar-real, porque o democratizar-real é fruto de um complexo processo político, pedagógico, cultural e ideológico para que o poder idêntico realmente ocorra entre situações e ou pessoas distintas nas suas mais diferentes inserções.

Assim, a gestão democrática estende aos trabalhadores de saúde e à sociedade civil o “direito de participar da decisão” através de órgãos colegiados onde seus membros têm poderes idênticos. Porém o “direito de participar da decisão” necessariamente significa capacidade do direito de participar da decisão.

Poderes idênticos é sim dependente de uma delegação legal-formal de poder deliberativo para estas instâncias, mas é também dependente de um complexo processo político, pedagógico, cultural e ideológico não qual sejam trabalhadas as profundas diferenças de capacidade de decisão existentes, tanto numa estrutura organizacional como na sociedade civil onde predomina hoje a cultura de expertises com repercussões em todas as dimensões da vida humana.

Nesse sentido, a Informação em Saúde apresenta-se como uma ferramenta estratégica para ampliar a *governança* do setor saúde. *Governança* no sentido de capacitar para a decisão calcado na “máxima” que informação é poder, que informar é sim um ato político e que o acesso à informação em saúde é um direito de todos e um dever do Estado e, que nem os meios e nem o conteúdo da informação intervêm em um vazio histórico, ao contrário representam e são sempre portadores de intencionalidades políticas. A democratização das informações em saúde enquanto forma de contribuir para a redução das desigualdades cognitivas em saúde e ampliar a capacidade argumentativa nos processos de interlocução de seus atores sejam eles gestores, trabalhadores e sociedade civil.

Neste sentido, a co-gestão democrática e participativa atua como facilitadora da criação da capacidade de participação pelo simples fato de propiciar a vivência democrática da co-gestão. Porém, esse processo facilitador não exime a equipe gestora da

responsabilidade do seu papel de liderança pró-ativa no conduzir o processo democrático de fato, que é o de desenvolver democraticamente políticas que ampliem a capacidade de decisão no sentido de concretizar de fato “poderes idênticos.

A concepção de democracia na perspectiva do conceito de Estado Democrático onde o poder emana do povo, deixando o Estado de ser, o arbitro infalível do interesse coletivo, do bem comum, e aqui, parafraseando novamente Leo- Tse Tung “líder ruim é aquele que as pessoas desprezam, bom líder é aquele que as pessoas elogiam e, o grande líder é aquele sobre quem as pessoas dizem “nós fizemos sozinhos”.

Ao consubstanciar a participação social como “o povo assumindo enquanto instância deliberativa” tanto no exercício político do poder (direito de formular políticas de saúde), quanto no controle social do poder exercido pelo estado (direito de reivindicar, controlar, fiscalizar) para CARVALHO e SANTOS (2001) a principal dessas manifestações, de caráter verdadeiramente administrativo e de inigualável alcance político *consiste em colocar o cidadão no centro do processo de avaliação das ações e dos serviços de saúde*, deixando o Estado de ser o árbitro infalível do interesse coletivo, do bem comum.

Assim, ao liderar um processo de democracia institucional efetivando –o na sua dimensão plena os líderes gestores exercem duplamente a construção-consolidação: criam condições para o exercício do direito de decidir e condições para ampliar a capacidade de decidir, potencializando assim o exercício da cidadania na gama enorme e variada de arenas políticas que se instituem no dia a dia do cidadão para a defesa de seus direitos e ampliando sua capacidade argumentativa na cobrança de seus devedores.

Para CARVALHO e SANTOS.(2001) essa manifestação se exercida é provocativa da mudança de mentalidade do servidor publico da área de saúde, onde a matéria-prima do trabalho é um bem inestimável e as relações entre o prestador de serviços e o usuário são fortemente influenciadas pelo ânimo de cada um dos agentes. Neste enfoque, aplica-se então um conceito cultural ainda não traduzindo entre nós o *accountability* no serviço público para a efetiva mudança de mentalidade, “sinônimo de responsabilidade objetiva ou obrigação de responder por algo”.

Segundo CAMPOS²⁹ apud CARVALHO e SANTOS (2001, p.296) o exercício da *accountability* é determinado pelas relações entre governo e cidadão. Em outras palavras, o comportamento (responsável ou não responsável) dos servidores públicos é consequência das atitudes e comportamentos de suas próprias clientelas. Assim, só haverá condição para o *accountability* a partir da organização de cidadãos vigilantes e conscientes de seus direitos. Aponta ainda que o caminho para o *accountability* guarda relação, ou seja, é dependente da vivência democrática.

Ou seja, é necessário que o cidadão individualmente passe do papel passivo, o de consumidor de serviços públicos e objeto de políticas públicas para um papel ativo, o de guardião ativo dos seus direitos individuais. Porém, ressaltam, não basta avanços no campo individual, é necessário que haja o desenvolvimento de instituições na sociedade que favoreçam a recuperação da cidadania. Acreditam estes, que a cidadania organizada potencializa não só a identificação de necessidades e canalização das demandas como também a cobrança do melhor desempenho do serviço público.

Hoje, criado está o arcabouço jurídico da cidadania, porém o caminho a percorrer em direção ao *accountability* no serviço público, é longo e árduo, passando centralmente pelo direcionamento que os líderes gestores darão na ampliação da capacidade de decisão de seus usuários para que estes efetivamente ampliem e consolidem as suas organizações e passem a exigir seus direitos, em qualquer instância, perante quem quer que seja, em todas as ocasiões em que ocorrer violação do dever do Estado.

Indubitavelmente é a mobilização da comunidade o mais poderoso instrumento de controle social, que se efetivo, apresentará evidentes repercussões no processo de consolidação do SUS.

²⁹ CAMPOS, A. M. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro – Fev-Abril, 1990



8-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARGYRIS, C. – **A Integração Indivíduo-Organização** . Tradução de Marcio Cotrim. 1ª. ed., São Paulo. ATLAS,1975

BARNARD, C.I. – **As Funções do Executivo**. Traduzido por Flávio Moraes De Toledo Piza . São Paulo. ATLAS, 1971

BRASIL – **Constituição da República Federativa do Brasil de 5 de outubro de 1988, ATLAS, 1988**

BRASIL - **Lei nº 8080, 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.

BRASIL – **Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990** – Dispões sobre a participação da comunidade na Gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, e dá outras providências

BRASIL – **Lei nº 8689 de 27 de julho de 1993** – Estabelece que o gestor do SUS devera a cada três meses, e em audiência publica na Câmara de Vereadores, apresentar relatório sobre o financiamento das ações de saúde, nele demonstrados as fontes de recursos.

BRASIL. – **Subsídios para Organizar Avaliações da Ação Governamental**. Ministério do Planejamento. Brasília, 2001

BRASIL. - **Fundo Municipal de Saúde -Guia de Referências para sua Criação e Organização**. Ministério Da Saúde. Brasília, DF

BRASIL. - **Conselho de Saúde-Guia de Referências para sua Criação e Organização**. Ministério Da Saúde, Brasília, DF

BRASIL, - **Programa da Qualidade no Serviço Público - Instrumento de Avaliação da Gestão Pública**. Ministério Do Planejamento. Brasília-DF , 2001

BRASIL – **Emenda Constitucional nº 29** – Altera os arts. 34,35,1566, 167,198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde de 13 de setembro de 2000

BUENO, F.S – **Dicionário da Língua Portuguesa**, 5º ed. Editora Lisa Ltda. 1991

CAMPOS, G. W. S.– **Reforma da Reforma : Repensando Saúde**. São Paulo. HUCITEC,1992

CAMPOS, G. W. S.– **A Saúde Pública e a Defesa da Vida**.2^a. ed., São Paulo-SP : HUCITEC,1994

CAMPOS, G. W. S.- **Um método para Análise e Co-gestão de coletivos**.1^a. ed., São Paulo: HUCITEC, 2000

CAMPOS, G.W.S – **Subjetividade e administração de pessoal**: Considerações sobre modos de gerenciar em equipes de saúde. In: MERHY,E.E. e ONOCKO, R. (org.) **Praxis En Salud: Un desafio para lo publico**. São Paulo: HUCITEC, 1997.p. 229-266.

CARVALHO,G.I. e SANTOS,L.- **Sistema Único de Saúde: Comentários à Lei Orgânica da Saúde**.3^a.ed.,Campinas-SP. UNICAMP,2001

CECILIO, L.C.O – Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: MERHY, E.E. e ONOCKO, R. (org.) **Praxis En Salud: Un desafio para lo publico**. São Paulo: HUCITEC, 1997.p. 151-167.

COHN, A.e ELIAS, P.E.- **Saúde no Brasil-Políticas e Organizações de Serviços**.3^a.ed.- São Paulo. CORTEZ,1999

CONTANDRIOPOULOS, .A . P.; CHAMPAGNE,F.;POTVIN,L. DENIS,J.L.; BOYLE, P. - **Saber Preparar uma Pesquisa**. 2^a.ed.,São Paulo - Rio de Janeiro. ABRASCO,1997

CONTANDRIOPOULOS, .A . P.; CHAMPAGNE,F; DENIS,J.L.;PINEAULT, R –
Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos - In Hartz, Z.M. (Org.) -**Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas** – 1^o ed.– Rio de Janeiro/ Fiocruz, 1997, p. 29-47

DONABEDIAN, A .- **Criteria and standards for quality assessment and monitoring**. QRB, 12 (3) 99-108, jan/mar.1994

ETZIONI, A. – **Organizações Modernas**, 8^oed.Traduzido por Miriam L. Moreira Leite.8^a. São Paulo. PIONEIRA, 1989

EVANS, R.G. e STODDART,G.I – **Producing health, consuming health care**. Inglaterra, SOCIAL SCIENCE AND MEDICINE.31(12), 1347-63. 1990

GILMORE, C.M. e NOVAES, H.M. – **Manual de Gerência da Qualidade – Série/HSP/UNI – Manuais Operacionais Paltex – Vol.III – OPAS/ OMS/ FUNDAÇÃO W.K.KELLOG**, 1997

GUILLÉN, D.G. – **Ética de la calidad de vida** – Programa Regional de Bioética. OPS/OMS.Nº 2. Abril de 1996

HALL,R.H. – **Organizações Estrutura e Processos**.Traduzido por Wilma Ribeiro.3ª. ed. Rio de Janeiro . PRENTICE/HALL DO BRASIL ,1984 .

KAST, F.E.e ROSENWEIG, J.E. – **Organização e Administração: um enfoque sistêmico** (por) Fremont E. Kast e James E.Rosenzweig; tradução de Oswaldo Chiqueto. São Paulo. PIONEIRA, 1976

LAKATOS, E.M.e MARCONI, M.A.- **Fundamentos de Metodologia Científica** .3ª.ed. São Paulo. ATLAS, 1991

LAURENTI, R.; JORGE, M.H.M; LEBRÃO, M.L.; GOTLIEB, S.L. – **Estatísticas de Saúde**. 2º ed. – São Paulo: EDITORA PEDAGÓGICA UNIVERSITÁRIA , 1987

MALIK, A .M – **Qualidade em serviços de saúde nos setores públicos e privados** – CADERNOS FUNDAP, São Paulo, 19: 7-24, 1996

MALIK, A .M. e SCHIESARI, L.M.C. – **Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde**. Volume 3 – São Paulo: Faculdade de Saúde Publica da Universidade de São Paulo (Série Saúde e Cidadania) FUNDAÇÃO PEIROPOLIS, 1988

MERHY, E.E.; CHKKOUR, M.; STEFANO, E.; STEFANO, M.E.;SANTOS, C.M;RODRIGUES, R.A .;OLIVEIRA, P.C.P. – Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY,E.E. e ONOCKO, R. (org.) **Praxis En Salud: Un desafio para lo publico**. São Paulo: HUCITEC, 1997.p. 113-149.

MORAES, I. H. S. – **Informações em Saúde: Da Prática Fragmentada ao Exercício da Cidadania** .São Paulo-Rio de Janeiro:HUCITEC,1994

MOTTA, F. C. P. – **Teoria Geral da Administração**.2ª. ed., São Paulo. PIONEIRA, 1975

MOTTA, P. R - **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**.3ª. ed., Rio de Janeiro: RECORD,1993

MOTA, E., COELHO, E., MORAES, I.H.S.,PESSOA, I. VASCONCELOS, M.M. ANTONIALLI,S.A.C – **Programa Nacional de Capacitação em Informação e Informática em Saúde**- Rede Nacional de Informações de Saúde.1997

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **Formulacion de Políticas de Salud** – OPS/OMS Washington, D.C.1975

RAGO, L. M. e MOREIRA,E. F.P. – **O que é Taylorismo** .9ª. ed., São Paulo. EDITORA BRAZILIENSE,1996

RIVERA, F.J.U.- **Agir Comunicativo e Planejamento Social (Uma crítica ao Enfoque Estratégico)**.Rio de Janeiro.FIOCRUZ, 1995

ROUQUAYROL, M.Z e ALMEIDA FILHO, N. .- **Epidemiologia e Saúde**. 5º ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999

SÃO PAULO, **Financiamento das Ações e Serviços de Saúde** - Tribunal de Contas do Estado de São Paulo -São Paulo, 2001.

SENGE, P.M. – **A Quinta Disciplina – Arte, Teoria e Prática da Organização da Aprendizagem**. 3º ed. Tradução de Regina Amarante. EDITORA BEST SELLER, 1998

SILVA,L.M.V. E. e FORMIGLI, V.L.A – **Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 10 (1) 80-91, Jan/ Mar, 1994

TANNENBAUM, A. S.- **O Controle nas Organizações** .Rio de Janeiro. VOZES, 1975

TOURAINÉ, A. . – **Producion de la société** (cap.VI: “Les mouvements sociaux”, partes “A” e “B”), Paris, EDITIONS DO SEUIL, 1973. Tradução de Braz José de Araújo e Eduardo Macedo Mussi in – Textos da Disciplina HSP –5765 – Demandas e necessidades em assistência médico-hospitalar da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.



9-ANEXOS

ANEXO 1-FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

A) PERFIL DA ORGANIZAÇÃO

Município:

Órgão:

Tipo de Administração:

B) QUALIFICAÇÃO DA EQUIPE GESTORA

Secretário Municipal de Saúde:

Formação Básica:

Especialização:

ASSESSORIA

Nome:

Cargo:

Formação Básica:

Especialização:

BLOCO DE ANÁLISE: PLANEJAMENTO

O bloco de análise denominado **Planejamento** busca evidenciar o papel da liderança da equipe gestora na construção da democratização institucional e na focalização das necessidades dos usuários, dos agentes produtores de saúde e da organização no planejamento das ações/serviços para atender a esse conjunto de necessidades, responsabilidades e compromissos com a gestão dos modelos de atenção, pessoas, organização e seu controle social levando-se em conta os recursos disponíveis.

PARÂMETROS: LIDERANÇA, ESTRATÉGIAS E PLANOS, E USUÁRIOS.

PARÂMETRO LIDERANÇA

O PARÂMETRO **Liderança** busca:

- a) evidenciar como a equipe gestora estrutura o sistema de liderança da organização, ou seja, sua composição e funcionamento; e sua atuação, a partir das macro-orientações de Governo, na definição e disseminação entre os servidores dos valores, políticas e orientações estratégicas, levando em consideração as necessidades de todas as partes interessadas, orientando-os na busca do desenvolvimento institucional e individual.
- b) evidenciar como a equipe gestora promove o papel da liderança na construção da democracia institucional e na busca da organicidade funcional das partes com todo o conjunto de ações institucionais e na multiplicidade de responsabilidades e compromissos com a gestão.
- c) evidenciar como a equipe gestora no cumprimento de suas responsabilidades institucionais promove a articulação com as bases sociais para a transformação de seus direitos e necessidades em demandas e projetos de interesse público, na participação e deliberação das políticas locais de saúde e no desenvolvimento de mecanismos para ampliação da sua capacidade argumentativa junto aos governantes.

PARÂMETRO LIDERANÇA

DATA:

HORÁRIO DE INÍCIO:

HORÁRIO DO TÉRMINO:

MEMBROS DA EQUIPE PRESENTES:

DADOS, PRÁTICAS E/OU SITUAÇÕES RELATADAS:

**REGISTROS DOCUMENTAIS APRESENTADOS COMO EVIDÊNCIAS
OBJETIVAS:**

PARÂMETRO ESTRATÉGIAS E PLANOS

O PARÂMETRO **Estratégias e Planos** busca:

- a) evidenciar como a equipe gestora, a partir de sua visão de futuro, coordena a formulação de estratégias e as desdobram em planos de ação de curtos e longos prazos promovendo a construção democrática e coletiva da missão organizacional, o compromisso social e conjunto dos agentes produtores de saúde, usuários e da organização, desencadeando estratégias de elaboração conjunta de diretrizes, objetivos, objeto, métodos de trabalho e avaliação da ação coletiva.
- b) evidenciar como a equipe gestora coordena e utiliza os dados, práticas, e/ou situações relatadas sobre os usuários e sobre o seu próprio desempenho para estabelecer as estratégias, de forma a assegurar a adequação e a implementação das mesmas, visando ao atendimento de sua missão e a satisfação das partes interessadas.

PARÂMETRO ESTRATÉGIAS E PLANOS

DATA:

HORÁRIO DE INÍCIO:

HORÁRIO DO TÉRMINO:

MEMBROS DA EQUIPE PRESENTES:

DADOS, PRÁTICAS E/OU SITUAÇÕES RELATADAS:

**REGISTROS DOCUMENTAIS APRESENTADOS COMO EVIDÊNCIAS
OBJETIVAS:**

PARÂMETRO USUÁRIOS

O PARÂMETRO **Usuários** busca:

- a) evidenciar como a equipe gestora no cumprimento das suas responsabilidades institucionais, identifica e escuta os usuários e suas respectivas necessidades, promovendo a desconcentração de poder e da burocracia subordinando-os as instâncias vivas da organização -trabalhadores e usuários - nas dimensões legais, político-social, subjetiva, pedagógica e gerencial.
- b) evidenciar como a equipe gestora conduz as responsabilidades organizacionais perante a sociedade e as comunidades diretamente afetadas pelas suas atividades e serviços, assim como estimula a cidadania.

PARÂMETRO USUÁRIOS

DATA:

HORÁRIO DE INÍCIO:

HORÁRIO DO TÉRMINO:

MEMBROS DA EQUIPE PRESENTES:

DADOS, PRÁTICAS E/OU SITUAÇÕES RELATADAS:

**REGISTROS DOCUMENTAIS APRESENTADOS COMO EVIDÊNCIAS
OBJETIVAS:**

BLOCO DE ANÁLISE: EXECUÇÃO

O bloco de análise denominado **Execução** busca evidenciar como a equipe gestora promove a construção de espaços coletivos para que os agentes produtores de saúde definam, aperfeiçoem e elevem a qualidade dos processos produtivos e gerenciais apropriando-se dos desafios institucionais e organizacionais dos processos de trabalho dos quais participam criando oportunidades de aprendizado, desenvolvimento das potencialidades e reconhecimento estabelecendo novos padrões de compromissos e responsabilidades com a sua clientela.

PARÂMETROS: PESSOAS E PROCESSOS

PARÂMETRO PESSOAS

O PARÂMETRO **Pessoas** busca:

- a) evidenciar como a equipe gestora prepara e estimula os agentes produtores de saúde no desenvolvimento e utilização de suas potencialidades em consonância com as estratégias da organização na construção de espaços coletivos, para possam reproduzir-se como sujeitos de sua própria existência garantindo sua sobrevivência e a produção de ações/serviços de saúde tendo como usufruto o reconhecimento, tanto por parte do trabalhador, do usuário e da sociedade do resultado de seu trabalho estabelecendo novos padrões de compromissos e responsabilidades com a sua clientela.
- b) evidenciar ainda como a equipe gestora desencadeia esforços para criar e manter um ambiente que conduza a excelência no desempenho, a educação, o desenvolvimento profissional e o crescimento individual e institucional.

PARÂMETRO PESSOAS

DATA:

HORÁRIO DE INÍCIO:

HORÁRIO DO TÉRMINO:

MEMBROS DA EQUIPE PRESENTES:

DADOS, PRÁTICAS E/OU SITUAÇÕES RELATADAS:

**REGISTROS DOCUMENTAIS APRESENTADOS COMO EVIDÊNCIAS
OBJETIVAS:**

PARÂMETRO PROCESSOS

O PARÂMETRO **Processos** busca:

- a) evidenciar como a equipe gestora promove a construção de espaços coletivos para que os agentes produtores de saúde definam, executem, aperfeiçoem e elevem a qualidade dos processos produtivos e gerenciais apropriando-se dos desafios institucionais e organizacionais dos processos de trabalho, de apoio e finalísticos, com foco nas necessidades dos usuários, dos agentes produtores de saúde e da organização em busca das metas institucionais.

PARÂMETRO PROCESSOS

DATA:

HORÁRIO DE INÍCIO:

HORÁRIO DO TÉRMINO:

MEMBROS DA EQUIPE PRESENTES:

DADOS, PRÁTICAS E/OU SITUAÇÕES RELATADAS FORNECIDAS PELA EQUIPE GESTORA:

**REGISTROS DOCUMENTAIS APRESENTADOS COMO EVIDÊNCIAS
OBJETIVAS:**

BLOCO DE ANÁLISE: CONTROLE

O bloco de análise denominado **Controle** é composto pelos resultados da organização e busca evidenciar como a equipe gestora promove o diálogo e a reflexão entre os resultados alcançados e suas práticas em três aspectos: a relativa a produção de ações/serviços, à sobrevivência da organização e a desalienação de sujeitos.

PARÂMETRO RESULTADOS

O PARÂMETRO **Resultados** busca:

- a) evidenciar como a equipe gestora promove o diálogo e a reflexão entre seus resultados e práticas na produção de ações/serviços buscando a melhoria de seus serviços e processos organizacionais na otimização do desempenho e metas institucionais.
- b) evidenciar como a equipe gestora promove o diálogo e a reflexão entre seus resultados e práticas à aplicação dos recursos orçamentários/ financeiros da organização com racionalidade e combate ao desperdício elevando a relação custo/benefício
- c) evidenciar como a equipe gestora promove o diálogo e a reflexão entre seus resultados e práticas e a desalienação de sujeitos usuários e produtores de ações de saúde buscando a construção democrática do atendimento aos interesses individuais e coletivos.

PARÂMETRO RESULTADOS

DATA:

HORÁRIO DE INÍCIO:

HORÁRIO DO TÉRMINO:

MEMBROS DA EQUIPE PRESENTES:

DADOS, PRÁTICAS E/OU SITUAÇÕES RELATADAS:

**REGISTROS DOCUMENTAIS APRESENTADOS COMO EVIDÊNCIAS
OBJETIVAS:**

BLOCO DE ANÁLISE: AÇÃO

O bloco de análise denominado **Ação** representa o bloco da tomada de decisão e ação em função das análises críticas realizadas. Busca identificar como a equipe gestora evidencia a função estratégica da Informação em Saúde no processo decisório transformando seus processos gerenciais e produtivos elevando sua qualidade e, ao controle social, ampliando a capacidade argumentativa dos movimentos sociais e usuários nos seus processos de interlocução com os trabalhadores e gestores governamentais. A Informação em Saúde representa “a inteligência da organização” e a base de sustentação das ações planejadas em cada um dos blocos anteriores.

PARÂMETRO: INFORMAÇÃO EM SAÚDE

PARÂMETRO: INFORMAÇÃO EM SAÚDE

O parâmetro **Informação em Saúde** busca:

- a) evidenciar como a equipe gestora promove o uso da Informação em Saúde no processo decisório definindo, transformando e aperfeiçoando seus processos produtivos e gerenciais.
- b) evidenciar como a equipe gestora promove o uso da Informação em Saúde no controle social ampliando a capacidade argumentativa dos movimentos sociais e usuários nos seus processos de interlocução com os trabalhadores e gestores governamentais e na transformação das suas demandas e necessidades em projetos de interesse público.
- c) evidenciar como a equipe gestora promove o uso da Informação em Saúde enquanto ferramenta analisadora subsidiando a conformação de novos processos de trabalho e gestão convergentes à sua missão, diretrizes estratégicas, responsabilidades e compromissos institucionais.
- d) evidenciar como a equipe gestora promove e desencadeia esforços para a capacitação e a produção de conhecimento em Informação em Saúde visando a apropriação da inteligência informacional em saúde com vistas a consolidar uma cultura institucional em Informação em Saúde desde a produção, uso e disseminação.

PARÂMETRO INFORMAÇÃO EM SAÚDE

DATA:

HORÁRIO DE INÍCIO:

HORARIO DO TÉRMINO:

MEMBROS DA EQUIPE PRESENTES:

DADOS, PRÁTICAS E/OU SITUAÇÕES RELATADAS:

**REGISTROS DOCUMENTAIS APRESENTADOS COMO EVIDÊNCIAS
OBJETIVAS:**

ANEXO 2-LISTA DE REGISTROS DOCUMENTAIS

Relação dos registros documentais apresentados como evidências objetivaS dos dados, praticas e/ou situações relatadas nas entrevistas de campo pela equipe gestora da Secretaria Municipal de Paulínia.

- **Documento 01** - Memórias do Colegiado Gestor das reuniões de 09.02.2000, 09.03.2000, 17.03.2000, 05.04.2000, 19.04.2000, 17.05.2000, 07.06.2000 e 05.07.2000.
- **Documento 02** - Relatórios de Dados Gerenciais e Operacionais da Secretaria Municipal de Saúde
- **Documento 03** - Dados sobre a Comissão de Ética Médica, Enfermagem e Regimento interno do corpo médico da rede ambulatorial da Secretaria Municipal de Paulínia.
- **Documento 04** - Plano Municipal de Saúde – Municipalização e Cidadania- Construindo os rumos da Saúde em Paulínia – Plano Municipal de Saúde – 1999 a 2000
- **Documento 05** - Plano de Ação do Hospital Municipal da Secretaria Municipal de Paulínia
- **Documento 06** - Plano de Ação da Direção do Hospital Municipal da Secretaria Municipal de Paulínia
- **Documento 07** - Lei Municipal nº 2040 de 31 de dezembro de 1996 que dispões sobre o Conselho Municipal de Saúde de Paulínia
- **Documento 08** - Atas do Conselho Municipal de Saúde de 26.01, 23.02, 02.03, 30.03, 27.04 e 01.06, todas do ano de 1999.
- **Documento 09** - Relatórios da II e III Conferencias Municipais de Saúde de Paulínia

- **Documento 10** - Artigos de jornais com matérias intituladas: Vacinação anti-rábica começa hoje, Serviço Odontológico de Paulínia faz campanha de prevenção ao câncer bucal, Vigilância Sanitária esclarece sobre febre transmitida por carrapatos, A essência e as aparências na Saúde – Resposta a Sra Vanir M.P.Silva e texto denominado: Ainda a Fundação de Saúde – resposta ao Sr Custodio.
- **Documento 11** - Folder Educativo: Campanha do Diabetes
- **Documento 12** - Lei Municipal nº 1408 de 08 de julho de 1991 que dispõe sobre a criação do Fundo Municipal de Saúde do município de Paulínia
- **Documento 13** - Projeto de Educação Continuada do Hospital Municipal de Paulínia da Secretaria Municipal de Saúde
- **Documento 14** - Projeto de Capacitação Gerencial do Hospital Municipal de Paulínia da Secretaria Municipal de Saúde
- **Documento 15** - Projeto Técnico denominado “Adscrição de Clientela” da Secretaria Municipal de Saúde de Paulínia
- **Documento 16** - Projeto Técnico denominado “Por uma Política de Saúde Mental” da Secretaria Municipal de Saúde de Paulínia
- **Documento 17** - Projeto Técnico denominado Programa de Saúde em Casa – “Interação Domiciliar” do Hospital Municipal – Secretaria Municipal de Saúde de Paulínia.