

ADILSON MICHELONI

**AVALIAÇÃO COMO INSTRUMENTO GERENCIAL:
A REDE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE
CAMPINAS**

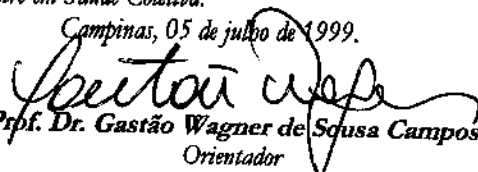
**CAMPINAS
1999**

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

ADILSON MICHELONI

*Este exemplar corresponde à versão final da
Dissertação de Mestrado, apresentada ao Curso de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências
Médicas da UNICAMP, para obtenção do Título de
Mestre em Saúde Coletiva.*

Campinas, 05 de julho de 1999.


Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos
Orientador

**AVALIAÇÃO COMO INSTRUMENTO GERENCIAL:
A REDE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE
CAMPINAS**

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

Orientador: Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa
Campos.

Unicamp

1999

UNIDADE	BC
N.º CHAMADA:	
V.	Ex.
TOMBO BC/	38782
PROC.	229/99
C	☐
D	☒
VALOR	R\$ 11,00
DATA	30/09/99
N.º CPD	

CM-00126235-1

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

M582a

Michelsoni, Adilson

Avaliação como instrumento gerencial: a rede básica de saúde do município de Campinas / Adilson Michelsoni. Campinas, SP : [s.n.], 1999.

Orientador: Gastão Wagner de Sousa Campos

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

1. Modelo de gestão. 2. Gestão da saúde. 3. Qualidade em saúde. 4. Análise das organizações de saúde. I. Gastão Wagner de Sousa Campos. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos

Membros:

1.

2.

3.

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 05/07/99

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Gertrudes e Jeronymo, dedico este trabalho, fruto do incentivo, carinho e emoção permanentes;

À Tânia, minha mulher, companheira e batalhadora incansável;

À Carol, Mari e Nati, minhas filhas, que, na busca cotidiana de seus próprios objetivos, animaram-me para a conclusão deste trabalho;

Aos amigos de todas as horas que se fizeram presentes.

AGRADECIMENTOS

A Gastão Wagner de Sousa Campos, pela crítica estimulante e paciência motivadora;

À Elizabeth de Leone Monteiro Smeke e ao Heleno Rodrigues Corrêa Filho que muito contribuíram na discussão do projeto, durante a qualificação;

Ao Departamento de Medicina Preventiva da Unicamp, que me acolheu para este trabalho acadêmico;

À Pontifícia Universidade Católica de Campinas que me permitiu este momento de capacitação;

Aos colegas e parceiros da Secretaria Municipal de Saúde que me instigaram para uma reflexão sobre o fazer em saúde;

À Eliana Maria Silveira Cyriaco, pela disponibilidade e incentivo durante a revisão deste trabalho.

***“Atrás da fachada visível do sistema,
supomos a rica incerteza da desordem; e
sob a fina massa de um devir em parte
silencioso: um ‘pré-sistemático’ que não é
da ordem do sistema; um ‘pré-discursivo’
que não se apóia em um essencial
mutismo.”***

M. Foucault

SUMÁRIO

RESUMO

APRESENTAÇÃO.....	1
1. O MUNICÍPIO DE CAMPINAS	4
1.1. ALGUMAS CARACTERÍSTICAS	4
1.2. A REDE MUNICIPAL DE SAÚDE.....	6
1.3. INFORMAÇÃO E AVALIAÇÃO NO ÂMBITO DA SECRETARIA DE SAÚDE.....	14
2. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES	
TEÓRICAS NO CAMPO DA SAÚDE	21
2.1. INTRODUÇÃO.....	21
2.2. O CONTEXTO E OS ENFOQUES DA AVALIAÇÃO	23
2.3. AVALIAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	30
2.3.1. ESTRUTURA, PROCESSO E RESULTADO.....	30
2.3.2. PROCESSOS TRAÇADORES	34
2.3.3. EVENTO SENTINELA	36
2.3.4. CAPACIDADE RESOLUTIVA	37
2.3.5. ACESSIBILIDADE	37

2.3.6. SATISFAÇÃO DO USUÁRIO	39
2.3.7. ANÁLISE DE CUSTO-BENEFÍCIO E CUSTO-EFICÁCIA	42
2.3.8. ANÁLISE DE CUSTO-EFETIVIDADE.....	43
2.3.9. GESTÃO DE QUALIDADE.....	44
2.3.10. ACOLHIMENTO, VÍNCULO E AUTONOMIA	47
3. A SECRETARIA DE SAÚDE NO PERÍODO 93-96.....	49
3.1. OBJETIVOS.....	50
3.2. METODOLOGIA	51
3.3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	55
3.3.1. ESTRUTURA FÍSICA E ORGANIZACIONAL	55
3.3.1.1. SAR LESTE	62
3.3.1.2. CENTRO DE SAÚDE COSTA E SILVA	64
3.3.1.3. CENTRO DE SAÚDE TAQUARAL	68
3.3.1.4. CENTRO DE SAÚDE SÃO QUIRINO	71
3.3.1.5. CENTRO DE SAÚDE JARDIM CONCEIÇÃO	74
3.3.1.6. CENTRO DE SAÚDE VILA 31 DE MARÇO	77
3.3.1.7. CENTRO DE SAÚDE DE SOUSAS	79
3.3.1.8. CENTRO DE SAÚDE DE JOAQUIM EGÍDIO	82
3.3.1.9. CENTRO DE SAÚDE CENTRAL	84
3.3.2. O GERENTE LOCAL.....	86
3.3.3. A INFORMAÇÃO	92
3.3.4. A AVALIAÇÃO.....	99
3.3.5. O PROCESSO DECISÓRIO	105
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	112

5. SUMMARY	119
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	121
7. ANEXOS.....	129

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1. QUADRO DE FUNCIONÁRIOS DO C.S. COSTA E SILVA, CAMPINAS, 1995.....	67
QUADRO 2. QUADRO DE FUNCIONÁRIOS DO C.S. TAQUARAL, CAMPINAS, 1995.....	70
QUADRO 3. QUADRO DE FUNCIONÁRIOS DO C.S. SÃO QUIRINO, CAMPINAS, 1995.	73
QUADRO 4. QUADRO DE FUNCIONÁRIOS DO C.S. JARDIM CONCEIÇÃO, CAMPINAS, 1995.	76
QUADRO 5. QUADRO DE FUNCIONÁRIOS DO C.S. 31 DE MARÇO, CAMPINAS, 1995.....	78
QUADRO 6. QUADRO DE FUNCIONÁRIOS DO C.S. SOUSAS, CAMPINAS, 1995.	81
QUADRO 7. QUADRO DE FUNCIONÁRIOS DO C.S. JOAQUIM EGÍDIO, CAMPINAS, 1995.	84
QUADRO 8. QUADRO DE FUNCIONÁRIOS DO C.S. CENTRAL, CAMPINAS, 1995.....	86
QUADRO 9. GERENTES LOCAIS DA SAR LESTE, CAMPINAS, 1996.	87

LISTA DE ABREVIATURAS

AAP: atividade de assessoria e apoio e atividades programáticas
APG: assessoria de planejamento e gestão
AIDS: síndrome da imunodeficiência adquirida
CAPS: centro de apoio psicossocial
CBA: análise custo-benefício
CEA: análise custo-eficácia
CEASA: central de abastecimento sociedade anônima
CEVI: centro de vivência infantil
CO: citologia oncológica
COAS: centro de orientação e apoio sorológico
CRAISA: centro de referência e atenção integral à saúde do adolescente
CRIAD: centro de referência e informação em álcool e drogas
CS: centro de saúde
DIC: distrito industrial de campinas
DID: departamento de informação e desenvolvimento
DPP: departamento de programas e projetos
DS: departamento de saúde
DUF: departamento de urbanização de favelas
DST: doenças sexualmente transmissíveis
ECG: eletrocardiograma
ERSA: escritório regional de saúde
FAA: ficha de atendimento ambulatoria
GERUS: curso gerencial para coordenadores de serviços de saúde
INAMPS: instituto nacional de assistência médica e previdência social
NIP: núcleo de informação e planejamento
OMS: organização mundial de saúde
OPAS: organização panamericana de saúde
PA: pronto atendimento
PAM: posto de assistência médica
PMC: prefeitura municipal de campinas
SAR LESTE: secretaria de ação regional leste
SENAC: serviço nacional do comércio
SETEC: serviço técnico municipal
SINAN: sistema nacional de agravos notificáveis
SMS: secretaria municipal de saúde
SUS: sistema único de saúde
SV: sistema de vigilância

PUC-CAMPINAS: pontifícia universidade católica de campinas

UBS: unidade básica de saúde

UF: unidade física

UNICAMP: universidade de campinas

UTA: unidade técnico-administrativa

RESUMO

A presente dissertação objetivou realizar estudo sobre a avaliação que se faz nos serviços públicos de saúde do município de Campinas.

Para este fim, elegeu-se a região leste do município e o período escolhido foi o quadriênio 93-96.

A partir das entrevistas realizadas nos três níveis gerenciais da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), ou seja, nível central, regional e local, previu-se uma triangulação dos vários informantes, em que se procurou estabelecer os fluxos e as interfaces intra-setorial.

A apresentação e discussão dos resultados foi organizada em cinco blocos temáticos: a) Estrutura e Organização; b) Gerente Local; c) Informação; d) Avaliação e e) Processo Decisório.

No período estudado, a SMS experimentou uma reestruturação administrativa global no município, no interior de uma proposta de desconcentração das atividades, com centralização do planejamento, normalização e controle de sua operacionalização.

Esta reforma administrativa permitiu a criação de pelo menos três novos departamentos na Secretaria de Saúde: Assessoria de Planejamento e Gestão, Departamento de Informação e Desenvolvimento e Departamento de Programas e

Projetos.

Além dos novos departamentos, criaram-se também estruturas intermediárias nas recém-inauguradas Secretarias de Ação Regional - SAR.

Desta forma o que se viu foi um maior distanciamento entre o nível local, responsável pela operacionalização das ações de saúde e o nível central decisório.

O modelo de gestão adotado gerou informações pouco confiáveis, deslegitimou as avaliações, desencorajando o planejamento local ascendente.

APRESENTAÇÃO

O presente estudo surgiu de uma situação profissional vivenciada como técnico em saúde pública da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, atuando na região leste do município - Secretaria de Ação Regional Leste (SAR LESTE) -, no biênio 93-94.

Iniciei minhas atividades naquela administração, enfocando a avaliação das unidades municipais de saúde, como forma de melhorar a qualidade da atenção prestada aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Acreditava que poderia contribuir no processo de trabalho destas unidades sanitárias.

No decorrer desta atividade, certifiquei-me dos limites da minha atuação, centrada em aspectos iminentemente técnicos da avaliação. Este importante instrumento de conhecimento e de supervisão das unidades de saúde pode ser usado tanto para a priorização de problemas gerenciais a serem enfrentados no dia-a-dia, numa abordagem matusiana do planejamento

estratégico situacional¹ (MATUS, 1989), como para identificação de gerentes e equipes de saúde a serem 'reformados'.

Frustrava-se, assim, minha expectativa inicial que apostou na consolidação do SUS em nosso município, através da adoção de um modelo assistencial baseado na autonomia das equipes de saúde, em que uma forma concreta de relacionamento entre trabalhadores e usuários destes serviços pudesse ser contratada, norteadas por diretrizes institucionais.

No entanto, o fórum decisório dos programas, projetos e ações de saúde estava deslocado do nível local, onde se dava a intervenção. O que se vivenciava acabava por reforçar a forma tradicional de se governar o Estado brasileiro, como constatou SOUSA CAMPOS (1994) em *"Inventando a Mudança na Saúde"*:

"... não faz parte da tradição política brasileira nem a abertura do Estado ao controle da sociedade e nem a convivência com formas, ainda que moderadas, de auto-governo. Assim, hoje, estamos sendo reconduzidos ao velho ciclo vicioso de que nada poderia ser diferente, já que formas democráticas de gestão não funcionariam (!), e, portanto, a saída estaria ou em déspotas esclarecidos ou na livre iniciativa..." (SOUSA CAMPOS, 1994, p. 45).

Assim, ao longo do biênio 93-94, o que se via na SAR LESTE era, de um lado, uma equipe de coordenadores de Centros de Saúde em busca de uma certa autonomia gerencial e, de outro, uma equipe dirigente definindo, além das

¹ Matus identifica no decálogo para planificação estratégica situacional quatro instâncias temporais articuladas ou formalizadas, em que opera o ator. A planificação na conjuntura, uma destas instâncias, caracteriza-se como a tentativa sistematizar, no dia-a-dia, o cálculo que precede e preside a ação.

diretrizes institucionais, as atividades a serem implementadas sem o necessário envolvimento dos primeiros.

O envolvimento, numa referência a WINNICOT (1987), está relacionado à capacidade do indivíduo de aceitar e assumir responsabilidades, como afirma o próprio autor:

“O envolvimento implica maior integração e maior crescimento, e relaciona-se de modo positivo com o senso de responsabilidade do indivíduo, especialmente com respeito às relações em que se introduziram pulsões instintuais.” (WINNICOT, 1987, p. 105).

Neste embate, foi se construindo uma certa polaridade que acabou por me influenciar na decisão de olhar este processo de trabalho a partir de uma posição privilegiada: inicialmente, de técnico em saúde e executor de um conjunto de ações nesta área, para uma outra posição analítica e problematizadora, como observador participante de um projeto social em construção.

A apresentação deste trabalho está organizada em capítulos, em que se busca o encadeamento cronológico das etapas de sua construção. No primeiro capítulo são apresentadas as características gerais do município e o histórico da saúde pública em Campinas. No segundo capítulo faz-se uma recuperação teórica da avaliação em serviços de saúde, através da leitura de indicadores qualitativos mais utilizados. No terceiro capítulo são apresentados e discutidos os resultados do material empírico coletado nos três níveis gerenciais da Secretaria Municipal de Saúde. No último capítulo, considerações finais, faz-se a análise dos resultados à luz do referencial teórico utilizado.

1. O MUNICÍPIO DE CAMPINAS

1. 1. ALGUMAS CARACTERÍSTICAS

Campinas, a segunda maior cidade do Estado de São Paulo, ocupa lugar de destaque no cenário nacional como importante pólo de desenvolvimento econômico, tecnológico e cultural. Com uma população de 908.906 habitantes (IBGE, 1996) e distando 100 km da capital estadual, possui um parque industrial diversificado e invejável infra-estrutura viária.

O crescimento econômico acelerado dos anos 70 e 80 exigiu uma maior concentração urbana. A implantação e desenvolvimento de seu parque industrial fez com que o município experimentasse taxas de urbanização expressivas, decorrentes da oferta de emprego.

Além de seu potencial econômico, a cidade concentra uma capacidade técnico-científica e educacional representada por suas universidades PUC-

Campinas e Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e por uma dezena de institutos de pesquisa, envolvidos com tecnologia de ponta.

Estas características de desenvolvimento acentuaram a concentração de segmentos populacionais de rendas média e alta, chegando, em 1991, a apresentar uma renda média *per capita* de US\$ 6,200, bastante superior à média nacional de US\$ 2,570 (SMS, 1993).

Campinas abriga, no entanto, como a maioria dos centros urbanos desenvolvidos, um contingente populacional de baixa renda, morador na periferia da cidade e com enormes carências sociais em áreas como habitação, transporte, saneamento, educação e saúde.

Em 1991, 67.474 pessoas viviam em 156 núcleos de favelas e invasões e estimava-se um déficit habitacional de 35.000 moradias (SMS, 1993).

A deficiência no saneamento básico deve-se, principalmente, a uma menor distribuição da rede de esgoto sanitário, quando comparada ao acesso à rede de água tratada. No município, em 1991, menos de 2% da população não tinha acesso à rede de água, enquanto que 13,7% não eram atendidos por um sistema de esgoto canalizado (SMS, 1993).

Na área da saúde, o município sempre se caracterizou como um importante centro médico-hospitalar, onde convivem um forte e moderno setor privado, ao lado de um setor público pioneiro na municipalização da saúde. Paradoxalmente, enquanto o primeiro exclui parcela considerável da população, o segundo não consegue absorver todas as demandas por saúde de seus munícipes.

1.2. A REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

Uma lei municipal de 02/01/1956 criou a Secretaria da Cultura e Higiene do município de Campinas (Anexo 7). Ao longo de uma década, esta secretaria recebeu distintas denominações: Secretaria de Saúde e Higiene (Anexo 8) e (Anexo 10), de Educação e Saúde (Anexo 9) e, finalmente, Secretaria de Saúde e Bem-Estar Social (Anexo 11).

Como Secretaria de Saúde e Bem-Estar Social estava constituída pelos Departamentos de Saúde e do Bem-Estar Social e por um Conselho Municipal do Bem-Estar Social. O Departamento de Saúde compreendia quatro serviços: médico, médico-dentário, veterinário e de fiscalização sanitária e alimentação pública; um pronto-socorro e um setor de administração.

Através do decreto municipal nº 3.160 (Anexo 13) que aprovou o regimento interno desta secretaria, era definido como de competência do Departamento de Saúde o atendimento das urgências no município, a assistência médica aos alunos matriculados em estabelecimentos de ensino e a inspeção de saúde dos servidores da Prefeitura Municipal de Campinas.

Mesmo com o desmembramento da Secretaria de Saúde e Bem-Estar Social, através da lei municipal nº 3.707 de 13/11/68 (Anexo 12) que criou a Secretaria de Saúde, esta pasta permaneceu com sua estrutura praticamente inalterada, sendo acrescido ao seu organograma apenas o serviço veterinário.

Em 1974, a lei municipal nº 4.426 (Anexo 14) criou o Hospital Municipal Dr. Mário Gatti que incorporou o serviço de pronto-socorro já existente.

No início de 1977, a rede pública de saúde do município de Campinas estava constituída por um Centro de Saúde do Estado e três Postos de Atendimento Médico do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) todos localizados na região central da cidade. Sete centros de saúde de pequeno porte, situados em áreas intermediárias do município, dois outros nos distritos de Sousas e Barão Geraldo, todos eles serviços estaduais e seis postos de saúde ou ambulatorios médicos municipais, completavam a rede pública de saúde em Campinas. Dos serviços próprios do município, três deles localizavam-se muito próximos de serviços estaduais; em outros, a presença do médico era eventual, chegando, no máximo, a três vezes por semana (SMS, 1977).

Além de uma faixa de assistência médica liberal e (ou) de empresas médicas, dedicadas, principalmente, às demandas dos grupos de alta renda, o setor privado, através de convênios e contratos celebrados com o Inamps, também respondia pela assistência médica e ambulatorial da população previdenciária no município de Campinas, característica esta presente na organização da atenção à saúde no Brasil, no período pós-64, SOUZA BRAGA & DE PAULA (1981).

Os autores acima registraram ainda, neste período, uma segunda característica da assistência à saúde no Brasil, também presente no município de Campinas.

“Outra divisão certamente se faz entre medicina previdenciária e a medicina oficial não-previdenciária, que inclui basicamente a assistência médica

prestada pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, cujo padrão de atendimento tende a ser menos tecnificado e mais 'simplificado'. "(SOUZA BRAGA & DE PAULA, 1981, p. 122).

O relatório anual daquele ano da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) já identificava alguns problemas quanto à disponibilidade dos recursos públicos de saúde, frente às necessidades da população.

"Estávamos, portanto, diante de toda uma periferia de Campinas carente ou desprotegida em termos de saúde. Os recursos não eram usados racionalmente o que implicava em duplicação de recursos do Estado e do município concentrados na mesma área e grande capacidade ociosa." (SMS, 1977).

A parcela da demanda por assistência ambulatorial e hospitalar excluída do mercado de trabalho formal e, por conseguinte, da assistência médica previdenciária, acrescida da lentidão na solução dos problemas de saúde da população, fez com que surgissem movimentos reivindicatórios de saúde que, ao questionarem o poder público, buscavam soluções para suas demandas por saúde.

Neste período estavam sendo difundidas as idéias da Medicina Comunitária e da Atenção Primária apoiadas pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS)(1979). A Medicina Comunitária propunha técnicas de medicina simplificada, utilização de mão de obra local (agentes de saúde) e a participação da comunidade. A Atenção Primária priorizava a saúde materno-infantil, o saneamento do meio, o controle de doenças transmissíveis, a educação sanitária, a assistência médica a problemas

simples e a vigilância epidemiológica (GARCIA, 1991), (NEMES, 1990) e (SOUZA BRAGA & DE PAULA, 1981).

O sistema público municipal passou a ter, a partir de 1977, maior presença na prestação de serviços de saúde à população, com a implantação de uma rede básica de saúde, inspirada no modelo da Medicina Comunitária e da Atenção Primária (SMS, 1977).

A expansão da rede municipal de 'postos de saúde' deu-se, inicialmente, com a inauguração do Serviço Médico Comunitário do Jardim Conceição e do Centro Médico Social de Nova Aparecida, ambos inaugurados a 1º de maio de 1977. Neste mesmo ano, foram ativados o Posto de Saúde da Vila Rica que vinha funcionando por iniciativa da comunidade local e de um grupo de serviços da cidade, o Posto Médico do Santa Mônica e o Posto Médico da Vila Ipê (SMS, 1977).

No início de 1978, o município de Campinas possuía quatorze 'postos de saúde', sendo que a região leste da cidade, área de abrangência da SAR LESTE, contava, além dos serviços de saúde do Jardim Conceição e de Sousas, com os do Costa e Silva e Joaquim Egídio. A perspectiva era de ampliação desta rede de serviços, que aconteceu ao se criar, nesta região, o Posto Médico do São Quirino (SMS, 1978).

Como modelo assistencial adotado no município de Campinas, desejava-se que a Atenção Primária, por meio da rede de unidades de saúde, fosse a única (o grifo é meu) porta de entrada do sistema e que os critérios de acesso aos demais níveis hierárquicos se dessem pela complexidade dos

problemas de saúde (SMS, 1977). Desta maneira, procurava-se viabilizar as propostas em execução e garantir a consolidação do modelo adotado.

“ O programa municipal de saúde, fundamentando-se em um modelo de Atenção Primária, propõe-se assim a constituir mais do que simples assistência médica curativa e sintomáticas às populações...” (SMS, 1978, p.1).

Com a expansão da rede de serviços de saúde, buscava-se, neste momento histórico, a estruturação dos programas de saúde, a garantia de retaguarda laboratorial, a criação de mecanismos de referência e contra-referência, capazes, entre outras medidas, de garantir a consolidação da Atenção Primária no município.

“ ...criar condições para o sucesso e irreversibilidade de programas de Atenção Primária.” (SMS, 1978, p.1).

Somente em 1981, após a instalação, de fato, de trinta e três unidades básicas de saúde e de um Programa de Atenção Primária à Saúde, tendo como metas a extensão da cobertura e a participação da comunidade, criou-se, através do decreto municipal nº 6.610, de 19/08/81, o Serviço da Comunidade responsável por estas unidades e subordinado ao Departamento de Saúde desta secretaria (Anexo 15).

“Considerando a necessidade de regularizar a situação jurídica dos referidos postos de saúde... (e) regularizar também a situação dos servidores lotados nos referidos postos.” (Anexo 15).

No artigo segundo, deste mesmo decreto, foram definidos os objetivos do serviço de saúde da comunidade, a coordenação e a execução dos serviços

de saúde comunitários, desenvolvidos através da rede municipal de 'postos médicos'.

Com a criação dos serviços de controle de zoonoses, em 1982 (Anexo 16), de saúde mental (Anexo 17) e de enfermagem (Anexo 18), ambos em 1983, o Departamento de Saúde ficou constituído por nove serviços: médico-escolar, dentário-escolar, veterinário, fiscalização sanitária e alimentação pública, saúde da comunidade, médico (dos servidores municipais), controle de zoonoses, saúde mental e enfermagem.

Em setembro de 1985, o decreto municipal nº 8.599 estabeleceu a nova estrutura administrativa para a secretaria, ficando o Departamento de Saúde constituído por três divisões de saúde. Os serviços médico-comunitário, de enfermagem, saúde mental e médico do servidor passaram a constituir a divisão de saúde comunitária. A divisão de saúde bucal ficou com os serviços odontológico-escolar e comunitário. E, finalmente, o serviço veterinário e controle de zoonose e o de fiscalização de alimentação pública constituíram a divisão de saneamento (Anexo 19).

Além destes serviços, integravam ainda o Departamento de Saúde uma assessoria de estudos e programas e uma comissão de programação, supervisão e avaliação.

Chegava-se ao final do ano de 1987, com a rede de saúde constituída por 30 centros de saúde municipais, quatro centros de saúde-escola da PUC-Campinas, criados no início dos anos 80 em consonância com o projeto pedagógico da universidade e cinco unidades da Secretaria Estadual de Saúde

(SMS, 1987).

A partir de janeiro de 1989, a SMS adotou, dentro de uma nova concepção política de governo municipal, uma proposta de reforma administrativa dos mecanismos de gestão e da própria organização do processo de trabalho nesta secretaria.

Privilegiava-se, para a rede instalada de centros de saúde, um modelo assistencial que a transformaria na principal porta de entrada do sistema local de saúde, capaz de absorver a demanda espontânea, sem se render à lógica dos prontos-atendimentos públicos e privados (SOUSA CAMPOS, 1991).

Deste período destacam-se a criação de diretorias regionais de saúde, compostas por equipes multidisciplinares, como uma das estratégias de descentralização do sistema de saúde; o fortalecimento do papel do coordenador das unidades locais, com acesso à função através de concurso e submetido a avaliações periódicas e, a democratização da gestão, do planejamento e da avaliação destes serviços, através de colegiados de governo e de coordenadores, de uma assembléia de representantes de trabalhadores de saúde e dos conselhos de saúde.

A criação de mecanismos que facilitassem as relações horizontais entre os diferentes serviços, dispensando trâmites burocráticos entre os níveis central, regional e local, permitiriam a viabilização das reformas previstas.

“Assim, cada Centro de Saúde poderia ou deveria negociar diretamente com o serviço de Vigilância Sanitária, ou de Educação em Saúde, ou de Manutenção, o apoio e os esquemas de integração necessários ao

desenvolvimento de seus objetivos.” (SOUSA CAMPOS, 1991, p. 150).

No entanto, a incompleta municipalização da saúde, a insuficiência de recursos financeiros e a dependência de transformações conjunturais e estruturais na política nacional de saúde, somadas às dificuldades de articulação com outras entidades e atores dentro do próprio município, acabaram por inviabilizar o processo em curso no âmbito da Secretaria de Saúde e mesmo no plano da rede de centros de saúde (SOUSA CAMPOS, 1991).

Com a posse da administração municipal para o período 93/96 e a partir da implantação de uma reestruturação administrativa naquela gestão, a Secretaria Municipal de Saúde ficou constituída por quatro unidades departamentais: Assessoria de Planejamento e Gestão (APG), Departamento de Programas e Projetos (DPP), Departamento de Informação e Desenvolvimento (DID) e Departamento de Saúde (DS). A estrutura complementar de cada unidade departamental estava constituída pelas unidades técnico-administrativas (UTA) e unidades físicas (UF), (Anexo 20).

A criação, no município de Campinas, de quatro Secretarias de Ação Regional ocorreu no bojo de uma proposta de desconcentração da execução e operação das atividades e serviços, com características de atendimento local, com centralização do planejamento global, normalização, acompanhamento e controle de sua operacionalização (PMC, 1996).

Cada secretaria regional, por sua vez, estava composta pelas Diretorias Administrativa, Social e de Obras. Neste nível hierárquico, a saúde aparece como uma coordenadoria dentro da Diretoria Social de cada SAR.

O decreto municipal nº 11.988 de outubro de 1995 (Anexo 20) que estabeleceu a nova estrutura administrativa da SMS, definiu as UTAs e UFs de cada unidade departamental, bem como as respectivas funções gratificadas para exercício de atividades de assessoria e de apoio às atividades programáticas.

1.3. INFORMAÇÃO E AVALIAÇÃO NO ÂMBITO DA SECRETARIA DE SAÚDE

O decreto municipal nº 3.160 de maio de 1968 (Anexo 13), ao aprovar o regimento interno da Secretaria de Saúde e Bem-Estar Social, deixou indicado, nas disposições preliminares, uma preocupação com a avaliação dos resultados e com o controle do processo de trabalho:

“...exame periódico e sistemático das etapas em execução... revisão fina dos trabalhos prontos...exame de relatórios, realização de inspeções no órgão e reuniões com subordinados.” (Anexo 13).

Este decreto também deixou evidente uma característica de centralização no fluxo e no uso da informação gerada, ao se reportar às atribuições dos trabalhadores desta secretaria:

“... a preparação de relatórios periódicos das atividades do órgão, de relatórios verbais aos superiores e, nos estritos limites de suas atribuições, o esclarecimento aos subordinados e ao público, através de informes convenientes e autorizados...” (Anexo 13).

O relatório anual da SMS, do ano de 1977, dentre as prioridades

eleitas para a Atenção Primária, em consonância com as propostas da OMS e da OPAS para as Américas, propunha a manutenção de registros (o grifo é meu) pelos serviços de saúde, assim como a atenção materno-infantil, o controle de doenças transmissíveis, a vigilância epidemiológica e a assistência médica (SMS, 1977).

No ano seguinte, a adoção de um sistema de avaliação foi identificada como uma das condições para o sucesso e irreversibilidade do programa da atenção primária, juntamente com: a) definição clara de objetivos; b) programação das atividades voltadas para as necessidades da população; c) definição de cobertura populacional para cada unidade de saúde; d) estruturação dos recursos humanos nos serviços de forma piramidal; e) compromisso interinstitucional (SMS, 1978).

“Elaborar um sistema de avaliação que permita, a qualquer momento, indicar os desvios na programação e nos objetivos, no sentido de comprovar o acerto ou não da proposta inicial.” (SMS, 1978, p.2).

Uma necessidade também presente naquele momento, frente à escassez de dados de produção da rede pública municipal, apontava para a organização de um sistema de informação, oriundo das unidades de saúde que pudesse, ao mesmo tempo, demonstrar o desempenho do serviço e garantir verbas para o setor primário emergente, reorientando assim os recursos destinados ao complexo médico-hospitalar.

Havia uma preocupação com o estabelecimento de um fluxo de informação das atividades executadas no, e a partir do nível local, bem como com

a obtenção periódica de indicadores, predominantemente quantitativos, para análise posterior pelas equipes locais, juntamente com as organizações comunitárias, permitindo uma avaliação da rede de atenção primária.

Dentro de um enfoque qualitativo, indicadores como duração da consulta médica e de enfermagem, número mínimo de visitas domiciliares, reuniões com grupos comunitários, reuniões das equipes de saúde e reciclagens periódicas eram apontados como necessários para assegurar 'padrões mínimos de qualidade' nos serviços implantados.

Mesmo na definição do perfil do auxiliar de saúde (atendente de saúde pública), em comparação com o perfil do atendente tradicional, ficava clara a interface com a estratégia da avaliação desejada, em que era enfocada a preocupação com o resultado do trabalho coletivo, na busca da qualidade dos serviços prestados à população.

A avaliação dos serviços de saúde ocorria através de reuniões periódicas da equipe de saúde local com a comunidade usuária e, em nível institucional, a partir da análise dos indicadores de serviço, em reuniões internas, em reuniões com outras unidades ou mesmo por categoria profissional.

Frente à necessidade de sistematizar e integrar a avaliação dos diversos programas, estruturou-se o Setor de Estatística.

"... que juntamente com o Setor de Administração ficariam encarregados da normatização dos procedimentos de avaliação técnica e administrativa entre os diferentes serviços e o nível terminal." (SMS, 1979, p.149).

Como áreas de atuação e atribuições do Setor de Estatística, o

relatório anual da SMS de 1979 apontava para:

- a) a análise dos indicadores de saúde;
- b) a análise conjunta, com o Setor de Administração, dos dados de produção dos serviços, após coleta e consolidação no nível local;
- c) o treinamento de pessoal para o preenchimento dos boletins de produção;
- d) a elaboração de relatórios mensais, semestrais e anuais, a partir dos dados de produção obtidos;
- e) a coordenação, elaboração, implantação e acompanhamento de projetos;
- f) a participação nas comissões interinstitucionais.

A partir destas atribuições, foi possível identificar algumas características do sistema de informação e avaliação que estava sendo gestado:

- o nível local não participava diretamente da definição dos instrumentos de coleta e nem dos métodos utilizados, embora a coleta e a consolidação dos dados de produção ocorressem neste nível de atenção;
- a análise dos dados produzidos era feita inicialmente pelo Setor de Estatística que a encaminhava para discussão no nível local;
- a definição dos indicadores era feita pelo nível central da SMS, também responsável por eventuais modificações nos instrumentos e métodos de coleta.

Para 1980, a SMS propunha a adoção de um sistema de fichas perfuradas como método de coleta de dados de produção para suas unidades de saúde. O manual de informação sobre o registro dos dados coletados destacava a

importância do processo de avaliação.

“ ... o modo de participar neste processo permite compreender melhor as atividades que se avaliam, permitindo enfocar, assim, de modo mais construtivo sua execução e as necessidades de ação futura.” (SMS, 1979, p.159).

No entanto, este sistema de informação adotado pela SMS deu sinais de esgotamento e, a partir de 1989, um sistema de boletins de produção informatizado, bastante elementar, veio substituir o anterior com a preocupação de resolver de imediato a total falta de dados sobre a produção na rede básica de saúde (SMS, 1992).

Erros na coleta de dados, com perda de informações e subfaturamento das ações produzidas, atrasos no fluxo e no processamento dos dados coletados e caracterização inadequada, tanto da clientela como da complexidade e da qualidade dos serviços, justificaram estudos realizados pelo Núcleo de Informação e Planejamento (NIP), que apontaram para a necessidade de se adotar um sistema de informação dentro de um projeto modular (SMS, 1992).

O NIP, criado em 1991, era entendido como linha assessora da administração central com responsabilidade técnica e não hierárquica sobre assuntos de informação, planejamento e informática dentro da SMS (SMS, 1991).

Como propostas de funcionamento para este órgão, destacavam-se:

- a) desenvolvimento e manutenção de banco de dados;
- b) descentralização e facilitação do acesso à informação;
- c) adequação do sistema de informação às novas necessidades;

- d) realização de pesquisas setoriais;
- e) organização e manutenção de documentos a partir das informações geradas.

Dentro desta proposta, elaborou-se o projeto do novo sistema de informação em saúde e, numa versão preliminar, apresentado aos coordenadores de serviço com alguns pontos para discussão: a expectativa dos coordenadores em relação ao sistema de informação, a disponibilidade de envolvimento no projeto e a prioridade que a secretaria deveria dar na sua implantação.

Entretanto, o NIP teve uma existência efêmera e a partir de março de 1993 foi criado o DID que, no organograma da SMS, substituiu o primeiro. Constituído por três coordenadorias, este departamento tinha como objetivos (SMS, 1994):

- a) adequar o sistema de informação relativo à produção da rede de serviços de saúde, de forma a satisfazer as necessidades para faturamento, avaliação e planejamento;
- b) desenvolver um sistema de informação de base epidemiológica e georreferenciada para o município de Campinas.

Na área de epidemiologia, as informações disponíveis nos diferentes setores e serviços da SMS, como no extinto NIP, na vigilância epidemiológica ou no Ambulatório da Saúde do Trabalhador, foram organizadas na coordenadoria de epidemiologia, dentro do DID, evidenciando-se uma tendência de concentração das informações neste departamento recém-criado, justificada por

uma necessidade do modelo de gestão adotado.

“... a constituição de um efetivo Sistema de Informação Epidemiológica que gerasse informação de forma ágil, precisa e com a qualidade necessária para a tomada de decisões..” (SMS, 1995, P. 1).

A seguir são apresentados elementos teóricos obtidos a partir da leitura dos diferentes enfoques da avaliação dos serviços de saúde, com o propósito de subsidiar as discussões posteriores sobre o material empírico coletado.

2. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS NO CAMPO DA SAÚDE

2.1. INTRODUÇÃO

No Brasil, existe pouca tradição institucional de avaliação dos serviços de saúde. Ao longo do tempo, não se acumulou experiência com a avaliação qualitativa dos serviços públicos de saúde utilizados pela maioria da população brasileira. A pequena experiência existente refere-se, em sua quase totalidade, à avaliação quantitativa (CAMPOS, 1988).

Os serviços de saúde, caracterizados pela carência de recursos, organização deficiente e qualidade duvidosa da assistência, indicam a necessidade de enfatizar o processo de avaliação como forma de aprimorar o planejamento, a gerência e a busca de reorientação das políticas de saúde

(CORDEIRO, 1991).

Na avaliação dos serviços de saúde, não basta transpor as metodologias avaliativas destinadas aos fenômenos físicos e biológicos ou aquelas com uma visão puramente economicista e racionalizadora. É preciso apreender o fenômeno social, sabendo que não existe uma verdade única e acabada; que não há neutralidade na análise do social e que o resultado da avaliação é uma 'aproximação' da realidade (MINAYO, 1992).

Dentro desta perspectiva e, numa dimensão não apenas quantitativa mas particularmente qualitativa, a avaliação apresenta-se, no processo de gestão, como fonte fundamental de informação para a gerência dos serviços de saúde.

Na avaliação da qualidade da atenção à saúde, destaca-se, como marco conceitual, os estudos de DONABEDIAN (1992), que definem uma metodologia de investigação com enfoque na estrutura, no processo e no resultado.

Melhorias no sistema de saúde podem significar mais recursos, melhor gerência, sistema de informação mais efetivo e maior qualificação dos profissionais envolvidos. Mas, melhorias nos serviços de saúde podem também significar a introdução de um mecanismo sistemático de avaliação da qualidade da atenção, oferecida aos usuários (VUORI, 1991).

E, mesmo quando novas conquistas em áreas sociais não podem ser contabilizadas com investimentos no setor saúde, como a construção e (ou) ampliação de unidades sanitárias, a aquisição e (ou) locação de equipamentos e a contratação de profissionais de saúde, é necessário, a partir do funcionamento

da estrutura existente, garantir a avaliação dos cuidados prestados por estes serviços.

2.2. O CONTEXTO E OS ENFOQUES DA AVALIAÇÃO

A avaliação compreende uma multiplicidade de atividades com distintos objetivos, procedimentos e expectativas, existindo uma tendência de se fazer da avaliação uma tarefa complexa e até misteriosa. A avaliação envolve desde atividades estruturadas, planificadas e oficiais até aquelas meramente informais. Utiliza-se de estratégias metodológicas das ciências sociais e administrativas; no entanto, sua aplicação tem um caráter intuitivo (VENEY & KALUSNY, 1984). A avaliação tem o propósito de se obter informações úteis à tomada de decisões. A avaliação deve ser realizada procurando-se conhecer, previamente, os fatores que influenciarão na tomada de uma decisão e que tipo de decisão pode-se tomar (VUORI, 1991).

Segundo VENEY & KALUSNY (1984) a avaliação pode ser entendida como:

"... la recopilación y análisis de información mediante estrategias metodológicas a fin de determinar la PERTINENCIA, el PROGRESO, la EFICIENCIA, la EFECTIVIDAD y el IMPACTO de las actividades de un programa."
(VENEY & KALUSNY, 1984, p. 2).

A pertinência refere-se à necessidade de se desenvolver um conjunto

de atividades para atender a uma determinada situação sanitária ou mesmo a uma dada demanda por serviços de saúde de uma comunidade.

O progresso que se determina pode ser avaliado pela análise da execução da ação proposta; considerado como parte do processo de gestão.

A eficiência relaciona os resultados com o custo das ações desenvolvidas. À medida em que se reconhece a limitação dos recursos e o fato de que os programas devem competir para obtenção de financiamento, a avaliação da eficiência ganha ainda mais importância.

A efetividade, por sua vez, relaciona os resultados obtidos com os objetivos pré-estabelecidos. Neste caso, coloca-se em evidência o produto de um programa, os resultados imediatos das atividades propostas e se houve obtenção do produto esperado.

Já o impacto é medido a longo prazo e consiste na constatação de que os produtos obtidos surtiram o efeito desejado.

A avaliação apresenta-se ao pesquisador, coordenador de programas e diretor de serviço sob diferentes enfoques, que se relacionam com a gestão e o planejamento dos serviços de saúde.

VENEY & KALUSNY (1984) identificam dois enfoques da avaliação que se relacionam com o processo de gestão. Num primeiro, a avaliação pode ser linear ou não linear. Numa outra abordagem, os autores classificam a avaliação em formativa ou somativa.

Na avaliação linear ocorre uma seqüência de acontecimentos que compreende o planejamento, a execução e por último a avaliação. Sob este

enfoque, a avaliação fica um tanto limitada, uma vez que esta é apenas uma etapa do processo e só se realiza caso o programa tenha sido planejado e executado.

Sob o aspecto não linear, a avaliação é considerada como parte importante do processo de gestão. O planejamento, a execução e o controle ocorrem em todas as etapas do ciclo da gestão e são considerados como atividades conexas, em que a avaliação pode ocorrer desde a planificação e a formulação. Neste caso, aborda-se a questão da pertinência e as decisões que são tomadas neste momento de planificação e formulação são, entre outras, se se deve ou não levar a cabo um determinado programa e se tal decisão, uma vez tomada, irá resolver um problema em particular. Neste enfoque, a avaliação vai ocorrer tanto durante como ao final do processo de execução, através dos resultados obtidos.

A avaliação formativa está relacionada à análise de uma operação em curso, com a finalidade de se adequar as atividades programáticas ao problema de saúde que lhe deu origem, melhorando, inclusive, sua gestão. Por outro lado, a avaliação somativa compreende as atividades vinculadas a efeitos de longo prazo; ou seja, se o programa tem surtido efeito que possa ser captado por algum indicador.

Durante o processo de gestão, deve-se levar em conta que não se deseja apenas uma avaliação somativa ao término de um programa, mas que se deve fazer observações, emitir juízo de valor sobre a qualidade do que está se fazendo. Para se avaliar um programa, não basta dispor de uma avaliação

somativa depois de sua conclusão, é necessário que a informação esteja disponível ao longo de sua execução.

Como a avaliação fornece informações necessárias para a tomada de decisão, ela faz parte do processo de gestão. Para que as informações obtidas na avaliação possam ser úteis na tomada de decisão, é preciso levar em conta o contexto político em que ela ocorre.

VENEY & KALUSNY (1984) fazem uma distinção sobre o alcance da avaliação, quando diante de um programa cuja definição deu-se por critérios fundamentalmente técnicos ou políticos. Embora o objetivo da avaliação seja o de facilitar decisões relativas às atividades propostas, para os autores, num marco basicamente técnico, certos aspectos são políticos e não estão sujeitos a avaliação. Por outras vezes, a decisão de se executar uma determinada ação em saúde é tomada, baseando-se principalmente em razões políticas e não técnicas. Nesta situação, a avaliação, do ponto de vista dos autores, é pouco útil, embora mesmo num marco político, certos assuntos conservem sua natureza fundamentalmente técnica, constituindo-se em objeto de avaliação.

Ao se adotar um programa ou ao se tomar uma decisão em saúde, os aspectos técnicos e políticos estão simultaneamente presentes, influenciando e sendo influenciados pelos fatores que sustentarão a decisão. Mesmo que o marco político seja o mais relevante, a avaliação pode e deve ser realizada, embora isto não garanta que uma decisão diferente possa ser tomada.

VENEY & KALUSNY (1984) destacam alguns aspectos relevantes num contexto político:

- programas com objetivos discordantes da realidade: a formulação de um programa dá-se num contexto político e seu sucesso ou fracasso ocorre mais por razões políticas do que técnicas. Devido à influência política na sua formulação, muitas vezes seus objetivos são vagos e imprecisos, dando a impressão de abarcar uma infinidade de problemas;
- objetivos implícitos e explícitos: muitas vezes um programa apresenta metas ocultas, raramente reconhecidas em público e que se relacionam a aspectos da própria sobrevivência do programa ou mesmo da instituição. Algumas vezes, as metas implícitas acabam por se constituir em um problema para a avaliação, na medida que surgem os "verdaderos creyentes" que não só se comprometem em alcançar uma meta como levar em frente um processo específico para atingir tal objetivo;
- avaliação imposta de fora: provavelmente neste caso a avaliação, como fonte geradora de informações, deixou de influir nas decisões adotadas naquele serviço de saúde;
- a avaliação como processo político: alguns programas são avaliados e outros não; a avaliação com frequência realiza-se, quando o programa começa a experimentar dificuldades de índole política.

COHEN & FRANCO (1993) ao refletirem sobre as relações entre a decisão política e o apoio técnico que ela requer, identificam diferentes atores sociais envolvidos na avaliação e se apressam em distinguir o âmbito que é próprio do político, daquele que corresponde ao técnico. Na tentativa de explicitar

as diferenças entre as atividades desenvolvidas pelo técnico, daquelas próprias dos políticos, estes autores identificam quatro dimensões da 'racionalidade' que buscam organizar e definir a ação específica de cada um. As dimensões técnica e política tem expressões definidas. A primeira enfatiza a maximização da eficiência e eficácia na consecução dos fins politicamente estabelecidos. Já a dimensão política, embasada por uma racionalidade de decisão, expressa-se concretamente na alocação dos recursos para o cumprimento dos objetivos propostos.

Existem âmbitos que são próprios dos políticos e outros que correspondem aos técnicos. Os políticos, responsáveis por tomar as decisões e fixar os grandes objetivos da política, devem também manter eficazes os canais para essas decisões, em que a tarefa da negociação apresenta-se como característica indispensável. Os técnicos são orientados pela racionalidade de fins, encontram-se ligados ao pensamento científico e sua tarefa presidida pela racionalidade técnica (COHEN & FRANCO, 1993).

No entanto, em determinadas situações, as pressões provenientes de grupos que se organizam para defender seus interesses acabam influenciando as decisões políticas, em que os aspectos técnicos da avaliação não são os mais relevantes. Neste caso, há a existência de uma racionalidade que se fundamenta para responder às demandas e não às necessidades grupais. Mas, em algumas outras ocasiões, os aspectos técnicos podem dar impulso a políticas destinadas à satisfação de grupos que não estão dotados de capacidade de pressão (COHEN & FRANCO, 1993)

Como não é fácil definir os limites entre os atores envolvidos, embora

se reconheça a natureza técnica e política de uma decisão gerencial para enfrentar a ambigüidade existente, já que algumas vezes falta o substrato técnico e em outras uma tendência de supervalorizar o papel dos técnicos, é adequado pressupor uma necessidade de definição dos papéis dos atores envolvidos no processo da política social. Podem também ser estabelecidas alianças naturais entre políticos e técnicos, cabendo aos últimos, na fase ex-ante, apresentar alternativas disponíveis para que se tome uma decisão com maior número possível de informação.

“ O político tem que adotar uma política no momento politicamente correto. Existe um custo de oportunidade se o faz antes ou depois do momento preciso.” (COHEN & FRANCO, 1993, p. 69).

Na prática, a avaliação deve basear-se na colaboração entre o pessoal executor da ação, o coordenador do serviço e até especialistas em métodos de investigação e avaliação. Para que ocorra uma colaboração de fato, os diretores e (ou) coordenadores de serviços de saúde devem reconhecer que não sabem se aquela decisão será eficaz ou pertinente para enfrentar os problemas identificados. Em vez de apontar para uma solução em particular, cabe a eles propor soluções opcionais e avaliá-las em conjunto com os demais atores, a partir de seu efeito no problema a ser enfrentado. Para tanto, os diretores de serviços de saúde devem receber capacitação a fim de dominar os princípios da investigação e da avaliação (VENEY & KALUSNY, 1984).

2.3. AVALIAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Os estudos de propostas de avaliação de serviços de saúde, a partir do levantamento bibliográfico realizado, permitem o agrupamento temático a seguir:

- Estrutura, Processo e Resultado;
- Processos Traçadores;
- Evento Sentinela;
- Capacidade Resolutiva;
- Acessibilidade;
- Satisfação do Usuário;
- Análise de Custo-Benefício e Custo-Eficácia;
- Análise de Custo-Efetividade;
- Gestão de Qualidade;
- Acolhimento, Vínculo e Autonomia.

2.3.1. ESTRUTURA, PROCESSO E RESULTADO

Estudos que enfocam estrutura, processo e resultado na avaliação da qualidade da atenção em saúde têm como referência comum os trabalhos realizados por DONABEDIAN (1992). Estes elementos têm sido utilizados isoladamente ou em combinação, como nos estudos de traçadores, "tracers", em que combinam-se processo e resultado.

A avaliação da estrutura dos serviços está centrada nas características

dos recursos utilizados no cuidado à saúde, levando-se em consideração os seguintes componentes (CAMPOS, 1988) e (RUIZ CHÁVEZ, 1981):

- organização administrativa do serviço voltado para a atenção à saúde;
- características das instalações físicas em conformidade com as normas sanitárias vigentes;
- recursos humanos empregados: perfil profissional, preparação e experiência.

Segundo RUIZ CHÁVEZ (1981), uma estrutura inadequada ou uma deficiência nos insumos pode implicar numa má qualidade dos cuidados em saúde. No entanto, uma estrutura adequada não garante, necessariamente, uma boa atenção ou um desempenho satisfatório dos programas, senão apontam a disponibilidade de recursos.

A avaliação pode ser enfocada, também, pelo resultado da atenção médica em termos de recuperação, restauração das funções e sobrevivência.

Com base na análise de indicadores tradicionais de saúde, busca-se relacionar o estado de saúde individual ou coletivo como resultado da interação ou da falta de interação com os serviços de saúde. Maus resultados não implicam em processos inadequados, uma vez que fatores diversos e até complexos podem influir nos primeiros.

Se por um lado, os resultados apresentam como vantagem o fato de que a recuperação da saúde, a restauração das funções e mesmo a sobrevivência possuem estabilidade e validade em diferentes culturas, por outro lado seu uso na avaliação da qualidade apresenta restrições relativas, como por exemplo, o grau de aplicação da tecnologia disponível.

Outra forma de se focar a avaliação é pela análise do processo de prestação da atenção, na qual o que interessa não é o poder da tecnologia de alcançar determinados resultados, mas o grau de utilização da tecnologia disponível (DONABEDIAN, 1992).

Nesta análise, observa-se um trilhar mais técnico da avaliação, mesmo quando esta se dá no processo da atenção à saúde, em que a própria interação profissional de saúde-usuário não é enfatizada e aspectos da subjetividade desta interação deixam de ser relevados.

A avaliação do processo do cuidado em saúde volta-se, fundamentalmente, para uma análise comparativa das atividades dos serviços de saúde, entre os procedimentos utilizados e aqueles estabelecidos e definidos como normas pelos próprios profissionais de saúde.

Segundo DONABEDIAN (1992), as fontes de informação para os estudos de processo podem ser, principalmente, as histórias clínicas e a observação direta da prática. Embora estas apresentem várias limitações, como a insuficiência de registro, a dificuldade em se estabelecer a veracidade das informações anotadas, até o quanto completo está o registro da história clínica, elas têm-se constituído em objeto de estudo da atenção médica.

Quando se avalia a qualidade da atenção sobre o conteúdo da história clínica, pode-se estar avaliando não a atenção prestada, mas a história clínica registrada. Este viés pode ser evitado, buscando-se fontes alternativas de informação. A avaliação da qualidade da atenção prestada não pode se basear apenas na análise por um método de coleta de informações. É preciso buscar

métodos diferenciados que complementem as informações obtidas a partir das histórias clínicas.

Embora reconheçam que as histórias clínicas não reflitam, necessariamente, a qualidade da assistência prestada por um profissional ou instituição, HUNTLEY *et al.* (1992) apresentam um método alternativo para se avaliar aspectos da atenção médica ambulatorial, valendo-se do estudo sistematizado das histórias clínicas.

Neste método, e a partir de sessões semanais de histórias clínicas, os profissionais envolvidos na atenção à saúde revisam as histórias dos pacientes atendidos no ambulatório. Como mudança mais significativa, os autores identificam uma redução na incidência de enfermidades não investigadas, inclusive aquelas inicialmente classificadas como psicobiológicas.

A história clínica pode ser um método de avaliação da qualidade da atenção, desde que não seja vista isoladamente, mas complementada com observação direta, entrevista com o profissional ou mesmo com a identificação da satisfação do usuário. Pode ser um método inicial para obtenção de informações acerca da qualidade da atenção prestada, em busca da construção de um processo mais sistematizado para se avaliar os serviços de saúde.

A observação direta, como fonte de coleta de informações sobre a qualidade da atenção, apresenta como limitação as mudanças que se produzem no profissional submetido à observação, se bem que, quando isto ocorre é provável que resulte numa maior qualidade da atenção (STARFIELD, 1992). A falta de tradição em se avaliar a atenção prestada e, particularmente, pelo método

da observação direta junto ao profissional médico, acaba por desencorajar o próprio observador/supervisor do serviço de saúde na utilização deste método.

O método de observação direta deve ser utilizado em casos novos, para impedir que o conhecimento prévio do profissional de saúde avaliado, a respeito de seu paciente, possa resultar numa avaliação inadequada.

Outra dificuldade na avaliação do cuidado em saúde reside na definição do número de casos apropriados para seguimento ambulatorial. Neste sentido, numa abordagem qualitativa, esta definição não deve ocorrer *a priori*, uma vez que somente com a coleta dos dados, sua sistematização e análise concorrente, é que será possível julgar o momento mais adequado para se suspender a coleta, quando passa a ocorrer uma repetição das informações obtidas (MINAYO, 1992).

2.3.2. PROCESSOS TRAÇADORES

Os estudos de traçadores, "tracers", podem ser entendidos como uma combinação de estudos de processo e de resultado.

Em meados de 1969, o Instituto de Medicina da Academia Nacional de Ciências dos EUA desenvolveu um estudo para avaliar os serviços recebidos por diferentes setores da população. Para este estudo, alguns problemas específicos de saúde foram selecionados e identificados como 'traçadores'. O conceito de traçador foi obtido a partir das ciências clássicas, em que se utilizam os traçadores radiativos no estudo de órgãos do corpo humano (KESSNER, KALK,

SINGER, 1992).

O estudo pelo método dos processos traçadores, como um indicador de qualidade, busca avaliar a atenção rotineira frente a problemas comuns de saúde.

Identificação dos elementos eficazes e eficientes na prática médica e das áreas que necessitam ser melhoradas, assim como poder oferecer ao pessoal médico programas de educação continuada, são objetivos da avaliação pelo método dos estudos traçadores.

A seleção dos problemas de saúde, objeto de avaliação pelo método em estudo, está baseada nos seguintes critérios:

- transtornos específicos com efeito funcional definido;
- enfermidades bem definidas e de fácil diagnóstico;
- taxa de incidência suficientemente alta;
- a evolução natural da enfermidade deve variar com a utilização e eficácia do tratamento;
- concordância no tratamento, inclusive a existência de pautas mínimas;
- os efeitos de fatores não específicos da saúde devem ser conhecidos.

KESSNER *et al.* (1992) selecionaram, para fins de estudo, um conjunto de seis traçadores: infecção do ouvido médio e perda da audição, transtornos da visão, anemia por carência de ferro, hipertensão, infecção do trato urinário e câncer do colo uterino. Neste estudo, o autor aponta para a necessidade de se ter critérios para o tratamento das afecções identificadas como traçadoras, que se apliquem de forma ampla sobre as populações e não venham a se constituir numa

fórmula para o tratamento de pacientes individuais.

2.3.3. EVENTO SENTINELA

A condição conhecida como evento sentinela foi introduzida por RUTSTEIN *et al.* (1992) a partir da apresentação de um método, com enfoque clínico, para medir a qualidade da atenção médica nos casos de doença, incapacidade e morte prematura evitáveis.

As doenças, invalidez ou mortes prematuras que contam com tecnologia médica suficiente para evitá-las, vão permitir eleger um conjunto de eventos sentinela. Este método estabelece índices quantitativos negativos de saúde; sua presença é um sinal de alarme, que indica a necessidade de melhorar a qualidade da atenção.

O evento sentinela pode ser um único caso, ou ser definido como um coeficiente que não deve ser ultrapassado. Ao definir um conjunto de eventos sentinela, muda-se de uma ótica centrada na demanda para outra centrada na população.

A produção de conhecimento a partir da investigação destes eventos e de eventos similares ajuda no estabelecimento de suas determinações e na detecção de problemas em nível da estrutura dos serviços, no processo de trabalho ou mesmo na falta de utilização dos serviços por parte da população.

2.3.4. CAPACIDADE RESOLUTIVA

A partir da definição dos aspectos quantitativos e qualitativos da demanda por cuidados, SIMEANT (1983), como constata CAMPOS(1988), propõe um modelo de avaliação da capacidade resolutive dos serviços de saúde. Neste estudo, estão envolvidos os profissionais, os estabelecimentos e os níveis de atenção de um sistema de saúde.

Ao discutir a relação entre demanda por cuidados de saúde e ações oferecidas, a capacidade resolutive, segundo SALA (1990), pode ser medida pela população que teve efetivamente acesso ao serviço e que aí teve seu problema resolvido.

A capacidade de absorver a demanda (número de atenção solicitada) e de resolver os casos atendidos, constituem, respectivamente, os componentes quantitativo e qualitativo do conceito de capacidade resolutive utilizado por SIMEANT (1983).

2.3.5. ACESSIBILIDADE

A acessibilidade como indicador da qualidade dos serviços de saúde tem sido utilizada indistintamente e até como sinônimo de termos como disponibilidade de recursos, acesso e aceitabilidade dos serviços.

ADAY & ANDERSEN (1992), ao analisarem o conceito de acesso em atenção à saúde, consideram tanto as características da população como do próprio sistema prestador de assistência, em que aspectos sócio-organizativos e

geográficos e fatores subjetivos inerentes aos usuários são identificados em torno do conceito como elementos facilitadores ou mesmo dificultadores do acesso aos serviços de saúde.

Numa revisão do entendimento do termo acessibilidade, FRENK (1992) aponta para uma tendência de se justapor características da população e dos recursos da atenção à saúde.

Para este autor, o conceito de acessibilidade reflete a complementariedade da equação população-recursos. Nesta concepção, a acessibilidade seria o 'grau de ajuste' entre as características da população usuária do serviço e os recursos da atenção em saúde.

Numa outra forma de abordagem do tema, FRENK (1992) enfatiza o alcance do conceito de acessibilidade. Num domínio restrito, identifica uma certa necessidade e um desejo do usuário de cuidados, sendo que, neste enfoque, são relevados os fatores que dificultam ou facilitam esta busca por atenção à saúde.

Entre os princípios do SUS, é possível identificar os fatores que se relacionam com a universalização da atenção com o domínio restrito de FRENK (1992).

FRENK (1992) relata que o contato inicial com o sistema de saúde e o seguimento ao longo de um mesmo episódio de busca da atenção à saúde dizem respeito ao domínio intermediário do alcance do conceito de acessibilidade. Entendo que este conceito, ainda numa análise comparativa às diretrizes do SUS, enfoca o princípio da equidade.

E por fim, num domínio ampliado, FRENK (1992) identifica que as

causas do desejo de atenção à saúde são também consideradas como relevantes na análise do alcance da acessibilidade. Nesta abordagem, fenômenos como crenças relativas à saúde, confiança no sistema de atenção e a capacidade de suportar a dor entre outros, acabam por determinar este desejo.

Embora reconheça que todos os outros processos inerentes ao desejo da atenção à saúde sejam passíveis de análise em estudos sobre necessidades de saúde, o autor acima referido, propõe que se trabalhe com o domínio restrito de acessibilidade, limitando-se ao processo de busca e oferta dos serviços. Neste sentido, a acessibilidade é vista como uma relação funcional entre o conjunto de obstáculos à busca e obtenção da atenção desejada — resistência — e a capacidade dos usuários de superarem estes obstáculos — poder de utilização FRENK (1992).

Dentro desta concepção, FRENK (1992) define acessibilidade:

"Accesibilidad` es el grado de ajuste entre las características de los recursos de atención a la salud y las de la población, en el proceso de búsqueda y obtención de la atención" (FRENK, 1992, p. 933).

2.3.6. SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

A maioria dos prestadores deixa de obter informações, junto aos usuários, sobre os serviços de saúde, no momento em que presta a assistência. Outras vezes, estas informações são coletadas numa 'base periódica', o que acaba por limitar a capacidade destes estabelecimentos na identificação das dificuldades encontradas pelos usuários, não resolvendo os problemas de ordem

mais geral no momento da prestação do cuidado (SOMMERS, 1983).

A obtenção de informações junto aos usuários, no momento em que se presta a atenção, acerca da satisfação destes com os serviços, permite avaliar características próprias do processo de cuidado à saúde. Dentre os aspectos a serem relevados e que podem contribuir para este tipo de investigação, destacam-se (HULKA & ZYZANSKI, 1992) e (PEREZ & IBARRA, 1985):

- a oportunidade de se formular perguntas durante a prestação do cuidado;
- as explicações fornecidas pelos profissionais de saúde sobre os problemas encontrados;
- o atendimento das necessidades do usuário;
- a utilidade da intervenção médica, uma vez concluído o cuidado.

Quando identificadas as ações menos satisfatórias ou mais desfavoráveis, do ponto de vista dos usuários, deve-se aprofundar o entendimento do problema a fim de imprimir uma ação efetiva capaz de impedir seu agravamento ou mesmo uma cronificação do problema inicialmente pouco significativo.

O acúmulo, análise e interpretação destas informações vão permitir, ao longo do tempo, localizar deficiências no sistema prestador, além de oferecer elementos para, numa análise comparativa, identificar as mudanças ocorridas nos serviços de saúde.

A satisfação do paciente não pode ser um indicador direto ou indireto da qualidade do cuidado à saúde, somente um indicador aproximado (CAMPOS, 1988).

O conhecimento de diferentes fatores que afetam a percepção do indivíduo, tais como: experiências de contatos anteriores com os serviços de saúde, contexto sócio-cultural e capacidade de entendimento para as questões formuladas, apresentam-se como dificuldades inerentes ao processo avaliativo. No entanto, estas dificuldades metodológicas encontradas na avaliação da qualidade do cuidado em saúde, valendo-se da satisfação do usuário, não devem se constituir em elementos inibidores desta ação.

Para CLEARY & MCNEIL (1988), a satisfação do usuário consiste numa avaliação cognitiva e numa reação emocional frente à estrutura, ao processo e aos resultados dos serviços de saúde. Características sócio-demográficas dos usuários, atitudes e expectativas relacionadas ao cuidado em saúde, estado de saúde física e psíquica, bem como a estrutura, processo e resultado do serviço de saúde, influenciam na percepção do usuário quanto à atenção recebida.

A relação entre satisfação dos usuários e características sócio-demográficas tem apresentado resultados às vezes contraditórios, assim como as expectativas dos pacientes. Estas diferenças são mediadas por valores sócio-culturais e influenciadas por contatos anteriores com serviços de saúde (CLEARY & MCNEIL, 1988).

Quando se avalia satisfação do usuário, relevam-se elementos relativos à estrutura dos serviços de saúde, aspectos referentes à organização, à forma de financiamento, bem como o acesso e a continuidade do cuidado.

Por outro lado, podemos perceber que na avaliação da satisfação do

usuário através do processo da atenção, tem-se encontrado algum grau de dificuldade quando se busca aspectos técnicos do cuidado, enquanto que os aspectos interpessoais na relação profissional de saúde-usuário podem ser mais facilmente apreendidos, uma vez que se encontram socialmente definidos, através de normas e valores vigentes na sociedade.

Ainda que a satisfação manifestada pelos usuários sobre os serviços de saúde venha a ser incluída por alguns autores (DONABEDIAN, 1992) e (RUIZ CHÁVEZ, 1981) como avaliação dos resultados ou mesmo do processo de cuidado em saúde, CAMPOS (1988) vê como uma simplificação da avaliação, uma vez que a percepção individual do cuidado envolve elementos singulares como experiências anteriores com os serviços de saúde, bem como seu estado de saúde atual.

2.3.7. ANÁLISE DE CUSTO-BENEFÍCIO E CUSTO-EFICÁCIA

Neste enfoque ocorre, fundamentalmente, uma preocupação com a avaliação dos serviços de saúde numa perspectiva racionalizadora da utilização dos recursos que se tornam escassos e cada vez mais caros, resguardando assim prestadores destes serviços contra inevitáveis prejuízos. Essa preocupação com os custos crescentes dos serviços de saúde, tanto no setor público quanto no privado, retoma as análises de custo-benefício e custo-eficácia, que embora existentes há várias décadas, a sua aplicação à análise dos cuidados em saúde é recente (CAMPOS, 1988).

Ambas as técnicas analíticas formais — Análise de Custo-Benefício (CBA) e Análise de Custo-Eficácia (CEA) — para a comparação das conseqüências do uso dos recursos disponíveis buscam, na verdade, a otimização destes recursos.

2.3.8. ANÁLISE DE CUSTO-EFETIVIDADE

Todo projeto social implica em custos. Entretanto, na maioria dos projetos sociais, os impactos não podem sempre ser valorizados em unidades monetárias como na análise de custo-benefício; por isso a análise de custo-efetividade constitui-se na técnica mais adequada para análise destes projetos.

A CBA baseia-se em uma regra muito simples: compara os benefícios e os custos de um projeto. Se os custos superam os benefícios, o projeto deve ser, a princípio, rejeitado. A particularidade da análise de custo-efetividade reside em comparar os custos com a potencialidade de um projeto social alcançar, mais eficaz e eficientemente, os objetivos não expressáveis em moeda. É preciso comparar custos, produtos e impacto, pois a medida da eficácia é o impacto (COHEN & FRANCO, 1993).

ROSSI, FREEMAN, WRIGHT* (1979) definem a análise de custo-efetividade enfatizando que constitui uma técnica analítica, em que os custos são usualmente traduzidos em unidades monetárias, mas os benefícios referidos

* ROSSI, P.H.; FREEMAN, H.E.; WRIGHT, S.R. (1979) *apud* COHEN, E. & FRANCO, R.. **Avaliação de projetos sociais**. Rio de Janeiro: Vozes, 1993.

como 'vidas salvas' ou qualquer outro objetivo relevante.

A análise de custo-efetividade permite uma avaliação ex-ante ao admitir que o projeto, objeto da avaliação, contribui para alcançar fins socialmente desejáveis.

2.3.9. GESTÃO DE QUALIDADE

Em meados da década de 80, especialistas em qualidade industrial e representantes de organizações de serviços de saúde dos Estados Unidos realizaram um estudo, com a finalidade de se avaliar a aplicação da gestão de qualidade na área de cuidados à saúde.

As análises feitas, até então, guardavam uma relação direta com empresas, produtos e serviços que, numa primeira mirada, não diziam respeito ao setor saúde, particularmente às instituições públicas. Embora o setor saúde apresente especificidade que o diferencia das indústrias e de muitos serviços, a questão que se coloca é de como aplicar o método da gestão de qualidade em um setor que não tem como objetivo explícito o lucro (NOGUEIRA, 1994).

A gestão de qualidade possui a capacidade de provocar uma segunda revolução nas relações entre a medicina e a sociedade, comparável àquela promovida pelo Relatório Flexner na educação médica americana (NOGUEIRA, 1994).

A imposição de um novo padrão de qualidade na área de saúde, no início deste século, através do Relatório Flexner, não se limitou apenas a aspectos educacionais, mas acabou por influenciar na própria organização dos

serviços. A partir desta experiência inicial bem sucedida, impôs-se ao mundo ocidental, particularmente, aos países da América Latina, onde se inclui o Brasil.

Neste contexto, a qualidade da formação em Medicina vinculou-se intimamente à capacidade de conhecer e utilizar, de forma correta, os conceitos e princípios das disciplinas biológicas e da clínica médica. Sua utilização, pela corporação médica, acabou indo além dos aspectos educacionais, em que o cientificismo médico transformou-se num instrumento de ação ideológica e passou a ser reconhecido como de interesse público (NOVAIS, 1990).

A partir da leitura de NOVAIS (1990) e diante da atual organização da prática médica no Brasil, qualquer proposta de modificação na formação médica que se volte para os problemas relevantes de saúde da comunidade ou para práticas de saúde concentradas fora do âmbito hospitalar, ainda é marginal, frente à hegemonia flexneriana.

No entanto, a 'revolução' da gestão de qualidade, segundo NOGUEIRA (1994) consegue, na América do Norte, contrapor-se ao flexnerianismo hegemônico: primeiro, porque lá o controle externo à corporação médica assume dimensões crescentes; segundo, porque os altos custos econômicos e sociais de uma medicina altamente tecnicista acaba por se apresentar com enormes barreiras para uma grande parcela da população; e terceiro, porque a gestão de qualidade não acarreta elevação de custos, mas favorece o aumento da produtividade do sistema.

Diante das novas condições sociais e de mudanças na estrutura de poder na área da saúde, deixando de se radicar exclusivamente na corporação

médica, há a possibilidade de adoção, para a sociedade americana, de um novo paradigma de qualidade (NOGUEIRA, 1994).

Desta forma, segundo o referido autor, a adoção da gestão de qualidade nos serviços de saúde para os países ricos e pobres vai implicar em modelos assistenciais de menor custo, com maior grau de eqüidade e cobertura.

A atuação de DONABEDIAN (1992) no campo de garantia da qualidade em saúde, tem se revelado através do monitoramento do desempenho clínico. Nesta abordagem, em que a avaliação ocorre por meio de auditorias com altos custos de manutenção e atuação *post-factum*, o pressuposto é a identificação e a denúncia do erro (NOGUEIRA, 1994).

Por outro lado, na gestão de qualidade, a busca de uma forma mais coletiva e democrática de garantir a qualidade em saúde implica, segundo NOGUEIRA (1994) em:

- compromisso com a visão do usuário compatível com prioridades sociais;
- envolvimento na condução e análise do processo de toda equipe de saúde, inclusive de pessoal administrativo e de apoio;
- processo coletivo de estabelecimento de objetivos da qualidade e de identificação de problemas;
- envolvimento psicoafetivo das pessoas com seu trabalho.

" Todos que se ocupam com essa linha gerencial estão seguros de algo: não há como mudar a essência ou a qualidade final desses serviços sem o envolvimento e a cooperação dos médicos e sem recolocar de outra maneira as funções e tarefas que estão habituados a exercer." (NOGUEIRA, 1994, p.97)

2.3.10. ACOLHIMENTO, VÍNCULO E AUTONOMIA

O acolhimento nos serviços de saúde tem sido entendido tanto pela abertura dos serviços públicos para a demanda, como pela missão de responsabilizar-se pelos problemas de saúde de uma região (SOUSA CAMPOS, 1994).

Neste sentido, o acolhimento é apresentado como uma relação humanizada entre profissionais de saúde e usuários destes serviços (MERHY, 1994).

SOUSA CAMPOS (1992) propõe:

" O Coeficiente de Acolhida deveria ser avaliado - ainda que de forma descritiva - em uma perspectiva dupla: segundo as possibilidades de acesso de novos e velhos pacientes ao atendimento, e ainda de acordo com a plasticidade do modelo de atenção." (SOUSA CAMPOS, 1992, p. 18).

A idéia do vínculo, um conceito originário da prática clínica privada, deve refletir sobre a responsabilidade e o compromisso que as equipes de saúde têm com cada usuário em particular e com a população em geral, frente aos problemas de saúde que apresentam (MERHY, 1994) e (SOUSA CAMPOS, 1994).

O objetivo de todo processo terapêutico deve ser o de aumentar a capacidade de autonomia do paciente para que ele possa melhor entender seu próprio corpo, sua doença e suas relações com o meio social no qual se insere (SOUSA CAMPOS, 1992).

Desta forma, o trabalho terapêutico nas ações de saúde

individuais ou coletivas, proporcionadas pelos profissionais e pelas equipes de saúde, deve contribuir para a construção de sujeitos, ampliando a sua capacidade de autonomia (SOUSA CAMPOS, 1994).

No capítulo seguinte são apresentados e discutidos os resultados do material coletado nos três níveis gerenciais da SMS de Campinas.

3. A SECRETARIA DE SAÚDE NO PERÍODO 93-96

A cada dia observamos, na rede pública de saúde do município de Campinas, a incorporação de novos profissionais na gerência de serviços de atenção primária. À frente das equipes de saúde e atuando numa relação conflituosa entre usuários de serviços carentes de recursos e profissionais de saúde insatisfeitos na sua própria prática, passam a aplicar conhecimentos nem sempre apreendidos, na gerência e planejamento local.

Por outro lado, mesmo nas unidades de saúde com gerentes locais previamente capacitados e com experiência acumulada ao longo de uma prática gerencial, a realidade não parece diferente, uma vez que não se trata apenas de uma conjuntura regional, mas de um agrupamento de fatores que emergem a partir de uma dada situação estrutural.

Para a análise do atual estágio de incorporação da avaliação, na dinâmica de funcionamento dos serviços de saúde, optou-se por uma

investigação que aprofundasse e sistematizasse o conhecimento até então empiricamente produzido e adquirido.

Além das análises conceituais e teóricas desenvolvidas, julgou-se necessário a realização de um estudo mais prático, que permitisse uma visão sobre o atual estado da avaliação nestes serviços de saúde.

3.1. OBJETIVOS

Este trabalho teve por objetivos:

- a) realizar estudo sobre a avaliação nos serviços de saúde de Campinas;
- b) identificar os instrumentos utilizados na avaliação das ações de saúde na rede básica;
- c) relacionar as informações obtidas no processo de avaliação com o planejamento local e a tomada de decisão;
- d) analisar a disponibilidade das informações obtidas nos diferentes níveis hierárquicos da Secretaria Municipal de Saúde.

O detalhamento e a abrangência deste estudo são apresentados a seguir.

3.2. METODOLOGIA

A definição da metodologia utilizada, partiu dos pressupostos teóricos e de uma pesquisa documental das propostas de avaliação dos serviços de saúde na atenção primária, no município de Campinas, registrados em capítulos anteriores. Acrescentou-se o conhecimento adquirido ao longo da minha experiência profissional em serviços públicos de saúde e em instituição universitária de ensino.

O período eleito para o presente trabalho compreendeu o quadriênio 93-96, coincidindo com a reestruturação administrativa do município de Campinas, da própria Secretaria Municipal de Saúde e a criação das Secretarias de Ação Regional. O setor saúde, dentro desta proposta de reforma administrativa, ficou dividido em cinco regiões: norte, sul, leste, oeste-Amoreiras e oeste-Dunlop.

Para fins deste estudo, na busca de compatibilizar os escassos recursos disponíveis com as incontáveis limitações operacionais, elegeu-se uma dada região administrativa, a partir da qual foram estabelecidos os fluxos e as interfaces intra-setorial.

Numa análise comparativa às demais regiões do município, a região leste foi eleita como objeto de investigação, porque apresentava como características:

- a) região consolidada no município de Campinas, com projeto urbanístico definido;

- b) população estável, com crescimento vegetativo esperado e predominante sobre o fluxo migratório;
- c) região representativa das condições sócio-econômicas da população assistida na rede básica de saúde do município de Campinas;
- d) equipamentos sociais existentes há mais de uma década;
- e) equipes de saúde das unidades básicas quantitativamente adequadas;
- f) unidades de saúde estrategicamente localizadas na região;
- g) diversidade de categorias de profissionais de saúde.
- h) conhecimento acumulado e vivência concreta do processo de trabalho ao longo do biênio 93-94 na região;
- i) disponibilidade dos gerentes locais em contribuir neste trabalho acadêmico.

Buscando o conhecimento do uso da informação nos processos avaliativo e decisório em nível local da organização das ações de saúde, recorreu-se inicialmente ao estabelecimento do fluxo e da disponibilidade das informações nos diferentes níveis hierárquicos da SMS, ao mesmo tempo em que se fazia o confronto dos instrumentos, métodos e critérios da avaliação dos serviços de saúde pelos atores envolvidos.

Para cumprir esta proposta, a opção considerada mais adequada foi a realização de entrevistas com os profissionais (gerente local, coordenador regional e diretor de departamento) que, direta ou indiretamente, estavam tendo participação em eventos relacionados ao objeto de estudo.

Para a coleta dos dados foram realizadas entrevistas nos três níveis hierárquicos da SMS, utilizando-se os **Anexos 1 e 2**, construídos a partir de um

roteiro básico aberto, organizados em blocos temáticos que orientaram a apresentação e discussão dos resultados:

- 1) estrutura física e organizacional;
- 2) gerente local;
- 3) informação: instrumentos, disponibilidade e fluxo;
- 4) avaliação;
- 5) processo decisório.

As entrevistas foram do tipo semi-estruturada na classificação de Honningmann, segundo MINAYO (1992).

“Através da comunicação verbal - que é inseparável de outras formas de comunicação - as pessoas ‘refletem e refratam’ conflitos e contradições próprios dos sistema de dominação, onde a resistência está dialeticamente relacionada com submissão.” (MINAYO, 1992, p.110).

A transcrição das fitas cassete utilizadas durante as entrevistas e o relatório de observações do entrevistador foram incorporados às fontes de estudo.

Num primeiro momento, buscou-se conhecer o organograma da Secretaria Municipal de Saúde daquele período, bem como as atribuições dos respectivos departamentos e suas inter-relações com o nível loco-regional.

No nível central, foram entrevistados, nos meses de junho e julho de 1995, quatro diretores de departamentos (Departamento de Informação e Desenvolvimento, Departamento de Programas e Projetos, Assessoria de Planejamento e Gestão e Departamento de Saúde) e dois coordenadores do Departamento de Informação e Desenvolvimento (de epidemiologia e de apoio à

rede). A entrevista com o coordenador de administração da Assessoria de Planejamento e Gestão ocorreu no segundo semestre de 1996. As entrevistas foram norteadas pelo Anexo 1.

Os diretores de departamento foram identificados nas citações como: *D.D.1*, *D.D.2*, *D.D.3* e *D.D.4*. Os coordenadores neste nível hierárquico foram identificados nas citações como: *C.C.1*, *C.C.2* e *C.C.3*.

As entrevistas com o nível local foram iniciadas nos meses de janeiro e fevereiro de 1996, utilizando-se o Anexo 2. Havia uma previsão inicial de se entrevistar além dos sete coordenadores em atividade nos centros de saúde da SAR LESTE, outros quatro ex-coordenadores de unidades de saúde desta região, que estiveram no cargo, no período em estudo.

À medida que as entrevistas com o nível local ocorriam, constatava-se que muitas informações solicitadas para a caracterização da unidade local não estavam, naquele momento, disponíveis e (ou) sistematizadas. Os gerentes locais, como atividade proposta pelo curso de capacitação para gerentes locais (GERUS) estariam coletando estes dados ao longo do 1º semestre de 1996. As entrevistas foram então interrompidas e retomadas nos meses de setembro, outubro e novembro deste mesmo ano, quando estes coordenadores já haviam concluído o primeiro módulo do curso de capacitação gerencial.

Realizou-se um total de dez entrevistas com coordenadores e ex-coordenadores das unidades de saúde. Foi incluída a unidade centro recém-criada, que passou a integrar esta região de saúde e não foi possível localizar dois ex-coordenadores de centros de saúde desta SAR. Nestas entrevistas, os

coordenadores de unidades locais foram identificados nas citações como: *C.L.1* , *C.L.2* , *C.L.3* , *C.L.4* , *C.L.5* , *C.L.6* , *C.L.7* , *C.L.8* , *C.L.9* e *C.L.10* .

Em nível regional, as entrevistas ocorreram nos meses de novembro e dezembro de 1996. Foram entrevistados os dois últimos coordenadores regionais. Utilizou-se o Anexo 1 para estas entrevistas. Estes coordenadores foram identificados nas citações como: *C.R.1* e *C.R.2* .

3.3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Sem ter a pretensão de abordar este tema de forma a esgotá-lo ou mesmo de analisá-lo por todos os ângulos possíveis, é importante salientar que este estudo não permite conclusões definitivas, seja pelas limitações operacionais, pelo recorte metodológico adotado, como pela complexidade e diversidade do tema objeto de análise.

Com base nas categorias de análise utilizadas, buscou-se identificar e discutir pontos que necessitarão de um maior e mais detalhado aprofundamento para os diferentes aspectos abordados.

3.3.1. ESTRUTURA FÍSICA E ORGANIZACIONAL

A Secretaria Municipal de Saúde, constituída por quatro unidades departamentais (Assessoria de Planejamento e Gestão, Departamento de

Programas e Projetos, Departamento de Informação e Desenvolvimento e Departamento de Saúde), teve, a partir do decreto nº 11.988 de 09/10/95, reconhecida sua nova estrutura administrativa com as respectivas UTAs e UFs (Anexo 20).

No artigo segundo deste mesmo decreto é definido o gabinete da secretaria e como UTA a área de expediente. São alocadas no gabinete três funções gratificadas para exercício das atividades de assessoria e apoio e atividades programáticas (AAP).

A Assessoria de Planejamento e Gestão não fazia parte inicialmente da proposta de reestruturação da SMS. Esta unidade departamental surgiu a partir de uma reforma administrativa global na PMC, que envolvia as demais secretarias de governo. No entanto, já ficava evidente a cisão existente quanto ao planejamento das intervenções na saúde.

“ ...a função de planejamento em nível de rede básica estava no DID, permanecendo no gabinete da secretaria a questão do planejamento como um todo. ” (D.D.3).

A Assessoria de Planejamento e Gestão ficou organizada inicialmente com cinco coordenadorias:

- I. desenvolvimento e apoio às áreas meio - UTA;
- II. recursos humanos - UTA - com as áreas de administração de pessoal e treinamento em saúde;
- III. controle e abastecimento - UF;
- IV. administração - UTA;

V. serviços gerais - UF- com áreas de transporte, apoio operacional e manutenção.

A coordenadoria de avaliação e controle foi criada pelo decreto nº 12.338 de 11/09/96 (Anexo 22) quando o município adotou a Gestão Semi-Plena². Nesta unidade departamental foram alocadas sete funções gratificadas para exercício de AAP.

O Departamento de Programas e Projetos, criado a partir de 1994, ficou constituído pelas coordenadorias de programas, de projetos e pelo centro de documentação. Embora a área de programas já existisse como coordenadoria do DID, ao ganhar *status* de departamento, o DPP incorporou esta coordenadoria.

A coordenadoria de programas, composta pelas áreas da criança, adolescente, mulher, adulto, DST/AIDS, mental, bucal, trabalhador, doenças transmissíveis, produtos serviços e processo de trabalho e do meio ambiente, passou a contar com dez funções gratificadas, uma para cada apoio técnico.

Na coordenadoria de projetos há a vinculação do profissional à medida que um novo projeto é iniciado, ocorrendo seu desligamento após a implantação do mesmo. Fitoterapia e saúde ocular são exemplos de projetos desta coordenadoria.

No DID, com as coordenadorias de epidemiologia, apoio gerencial à

² A Gestão Semi-Plena foi a modalidade, criada com a Norma Operacional Básica - 93 (NOB-93), que ofereceu maior autonomia aos municípios na gestão do SUS. Editada pelo Ministério da Saúde, regulamentava o repasse dos recursos do Fundo Nacional para o Fundo Municipal de Saúde,

rede e de informática, foram alocadas três funções gratificadas para as respectivas coordenadorias.

“A coordenadoria de epidemiologia tem como finalidade desenvolver um sistema de informação georreferenciada e estudos epidemiológicos, tornando acessível as informações nos diferentes níveis hierárquicos da secretaria, através de boletins informativos e relatórios periódicos.” (C.C.1).

À coordenadoria de apoio gerencial à rede coube adequar, dentro de um mesmo sistema de informação, as necessidades relativas ao faturamento, avaliação e planejamento.

A coordenadoria de informática teve a tarefa de subsidiar a implantação dos sistemas e subsistemas de informação, oferecendo apoio técnico necessário para sua consolidação dentro do DID.

O Departamento de Saúde, definido como uma área fim dentro do organograma da SMS, teve como papel prioritário a operacionalização das ações de saúde em nível de rede básica. Este departamento estava constituído por sete coordenadorias com suas respectivas UTAs e UFs (Anexo 20).

I. Coordenadoria de Vigilância e Saúde Ambiental - UTA:

- a) centro de zoonose - UF ;
- b) área de programa, produto, serviço e processo de trabalho - UTA;
- c) área de programa de doenças transmissíveis - UTA;
- d) área de programa de saúde ambiental - UTA.

II. Coordenadoria de Atenção Secundária e Terciária - UTA:

- a) laboratório de análises clínicas - UF;
- b) área de serviço auxiliar de diagnose e terapia - UTA;

- c) área de especialidades - UTA;
- d) central de marcação de consultas - UF;
- e) área de atendimento pré-hospitalar - UF;
- f) unidade de pronto-atendimento e centro de saúde central - UF;
- g) policlínica 01 - UF;
- h) policlínica 02 - UF;
- i) policlínica 03 - UF;
- j) centro de referência de saúde do trabalhador - UF;
- k) ambulatório DST - UF;
- l) centro de reabilitação física - UF;
- m) central de vagas de internação - UF;
- n) centro de orientação apoio sorológico - UF.

III. Coordenadoria Regional SAR Norte - UTA:

- a) área de vigilância e controle do meio ambiente - UTA;
- b) centro de saúde Parque Santa Bárbara - UF;
- c) centro de saúde Jardim Eulina - UF;
- d) centro de saúde Barão Geraldo - UF;
- e) centro de saúde Boa Vista - UF;
- f) centro de saúde Jardim São Marcos - UF;
- g) centro de saúde Jardim Santa Mônica - UF;
- h) centro de saúde Jardim Aurélia - UF;
- i) centro de saúde Padre Anchieta - UF;
- pronto-atendimento Padre Anchieta - UF.

IV. Coordenadoria Regional SAR Sul - UTA:

- a) área de vigilância e controle do meio ambiente - UTA;
- b) centro de saúde Jardim Santa Odila - UF;
- c) centro de saúde Parque da Figueira - UF;
- d) centro de saúde Jardim Esmeraldina - UF;

- e) centro de saúde Vila Ipê - UF;
- f) centro de saúde Vila Rica - UF;
- g) centro de saúde Jardim São Vicente - UF;
- h) centro de saúde Jardim Paranapanema - UF;
- i) centro de saúde Vila Orosimbo Maia - UF;
- j) centro de saúde Jardim São José - UF;
- l) pronto-atendimento Jardim São José - UF.

V. Coordenadoria Regional SAR Leste - UTA:

- a) área de vigilância e controle do meio ambiente - UTA;
- b) centro de saúde Jardim Conceição - UF;
- c) centro de saúde Sousas - UF;
- d) centro de saúde Taquaral - UF;
- e) centro de saúde 31 de Março - UF;
- f) centro de saúde Parque São Quirino - UF;
- g) centro de saúde Joaquim Egídio - UF;
- h) centro de saúde Vila Costa e Silva.

VI. Coordenadoria Regional SAR Oeste / eixo Amoreiras - UTA:

- a) área de vigilância e controle do meio ambiente - UTA;
- b) área de clínica odontológica modular transportável - UTA;
- c) CAPS Aeroporto - UF;
- d) centro de saúde Jardim Santa Lúcia - UF;
- e) centro de saúde DIC I - UF;
- f) centro de saúde DIC III - UF;
- g) centro de saúde Campos Elíseos - UF;
- h) centro de saúde Aeroporto - UF;
- i) centro de saúde Jardim Capivari - UF;
- j) pronto-atendimento Parque Universitário - UF;
- k) centro de saúde Vista Alegre - UF.

VII. Coordenadoria Regional SAR Oeste / eixo Dunlop - UTA:

- a) CAPS Integração - UF;
- b) centro de saúde Parque Floresta - UF;
- c) centro de saúde Parque Valença - UF;
- d) centro de saúde Dr. Pedro de Aquino Neto - UF;
- e) centro de saúde Perseu Leite de Barros - UF;
- f) centro de saúde Integração - UF;
- g) centro de saúde Jardim Florence - UF

O decreto nº 12.171 de 14/03/96 (Anexo 21) criou o Centro de Saúde Central, desvinculando-o da unidade de pronto-atendimento.

O decreto nº 12.338 de 11/09/96 (Anexo 22) desvinculou os prontos-atendimentos dos centros de saúde da Vila Padre Anchieta, São José e Parque Universitário, transformando-os em UFs independentes. Este mesmo decreto criou novos serviços ou transformou os já existentes em unidades físicas - UF. Na coordenadoria de atenção secundária e terciária ficaram alocados: Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes; Centro de Doenças Reumáticas; Centro de Lactação; Serviço de Atendimento Médico de Urgência e Serviço de Atendimento Domiciliar para AIDS. Na coordenadoria regional SAR Norte, o Ambulatório do CEASA. Nas coordenadorias regionais SAR Sul e SAR Oeste/eixo Dunlop o Serviço de Atendimento Domiciliar. Na coordenadoria regional SAR Leste o Centro de Referência à Saúde do Adolescente e o Centro de Vivência Infantil. Finalmente, na coordenadoria regional SAR Oeste/eixo Amoreiras o Centro de Saúde Jardim Itatinga.

O Departamento de Saúde, tendo como substrato a estrutura física e

organizacional descritas, assim se definia:

“Cabe ao Departamento de Saúde a responsabilidade de implantar o modelo assistencial adotado pela SMS.” (D.D.4).

Deste modelo assistencial assumido pela SMS para o período 93-96, destacavam-se:

- A rede básica não se constituía na ‘porta de entrada’ exclusiva para as ações de saúde de atenção primária;
- O centro de saúde deveria ser o espaço prioritário para as ações programáticas;
- O pronto-atendimento (PA), como uma unidade desvinculada do centro de saúde, deveria se constituir num espaço para atendimento das queixas agudas dos usuários do SUS, desafogando desta maneira os prontos-socorros do município.

Para implantar este modelo assistencial, o Departamento de Saúde preconizou:

“ A inversão de um modelo predominantemente curativo, para outro, centrado nas ações programáticas” (DD4).

3.3.1.1. SAR LESTE

A região leste do município de Campinas, a maior em extensão territorial quando comparada às outras quatro regiões administrativas,

compreendia 377,38 km² de área e 117,10 km de perímetro. Abrangia as áreas de cobertura de oito centros de saúde: Parque Taquaral, Jardim Conceição, Vila Costa e Silva, Parque São Quirino, Vila 31 de Março, distrito de Sousas, distrito de Joaquim Egídio e Centro.

A população da região, a partir dos dados preliminares do IBGE - contagem populacional 1996 - era de 220.406 habitantes, distribuída por faixa etária e sexo conforme **Quadro 1 (Anexo 3)**.

A região apresentava características bastante diversas, com áreas de urbanização intensa, contrastando com uma extensa zona rural e bolsões de miséria, onde predominavam os núcleos de favela.

A população favelada estimada para 1996 , segundo o Departamento de Urbanização de Favelas - DUF - , era de 17.051 habitantes nesta região, distribuída em vinte e quatro núcleos.

Os distritos de Sousas e Joaquim Egídio eram considerados como área de preservação ambiental, com matas nativas, mananciais, o rio Jaguari e o rio Atibaia, sendo este último o responsável por 80% do abastecimento de água potável para a cidade de Campinas.

Na região leste do município, além dos oito centros de saúde municipais estavam presentes: 12 hospitais gerais privados, 2 hospitais psiquiátricos, 1 pronto atendimento municipal, serviços próprios de referência como as policlínicas II e III, o Centro de Referência e Informação em Álcool e Drogas (CRIAD), o Centro de Vivência Infantil (CEVI), o Ambulatório de DST/AIDS (AMDA), o Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS) e o Centro de

Referência e Atenção Integral à Saúde do Adolescente (CRAISA) e outros equipamentos privados de saúde.

A coordenadoria regional de saúde da SAR Leste, criada com a reforma administrativa de 1993, estava composta por um coordenador, quatro supervisores regionais das áreas de enfermagem, bucal, médica e mental, pela UTA de vigilância e controle de meio ambiente e pessoal administrativo. Os oito centros de saúde desta região estavam subordinados à respectiva coordenação regional.

3.3.1.2. CENTRO DE SAÚDE COSTA E SILVA

Pelo menos nos últimos seis anos a população usuária deste serviço de saúde, o conselho local de saúde e a própria coordenação desta unidade, em diferentes momentos, mobilizaram-se para reivindicar, junto ao poder público municipal, a construção de um prédio próprio e planejado para abrigar o atual serviço de saúde.

O centro de saúde da Vila Costa e Silva, instalado em prédio próprio e inaugurado em janeiro de 1997, ocupou até dezembro de 1996 uma casa da Cooperativa Habitacional (Cohab), sua própria sede, que foi adaptada para funcionar como serviço de saúde. Esta unidade de saúde, inaugurada em 1978, foi passando por reformas e ampliações, ao mesmo tempo em que se dava a contratação de novos profissionais de saúde.

Além da Vila Costa e Silva, este serviço de saúde também assistia a

população moradora na Vila Miguel Vicente Cury, Jardim Santa Genebra, Parque Taquaral, Alto Taquaral, parte do bairro Vila Nova, Jardim Nossa Senhora Auxiliadora e Fazenda Santa Elisa. As duas primeiras foram vilas planejadas, construídas no início dos anos setenta.

O conjunto de bairros que compunha sua área de abrangência tinha como limites geográficos: Rodovia Dom Pedro I, Estrada dos Amarais, Fazenda Santa Elisa, Av. Brasil, Av. Imperatriz Leopoldina, Av. Heitor Penteado e Av. Almeida Garret.

A área de cobertura, predominantemente residencial, contava com saneamento básico, energia elétrica e coleta de lixo domiciliar, uma grande indústria alimentícia, barracões industriais e comércio local. A região era cortada por dois córregos, sendo ambos fonte de transmissão de esquistossomose.

A população da área de cobertura deste centro de saúde para 1996 era de 26.436 habitantes e sua estratificação por faixa etária e sexo encontra-se no **Quadro 2 (Anexo 3)**.

A nova unidade de saúde contava com 769 metros quadrados de área construída. Até 1996, o Centro de Saúde da Vila Costa e Silva tinha uma área de 250 metros quadrados, assim distribuídos: 6 consultórios médicos (2 pediátricos, 2 de adulto, 1 ginecológico e 1 em saúde mental), 1 sala odontológica com 2 equipos, 1 sala de procedimentos de enfermagem (curativo, inalação e esterilização) e 1 sala de imunização que também era utilizada para aplicação de medicação injetável e verificação de pressão arterial. Ainda faziam parte da área física a recepção, 1 sala de espera para os usuários, 1 sala de dispensação de

medicamentos e orientação dos pacientes para os exames laboratoriais, 1 sanitário público, 1 sanitário para funcionários, minicopa e almoxarifado que também era utilizado pela coordenação e supervisão de enfermagem.

O centro de saúde funcionava das 7 h 30 às 21 horas, de 2ª a 6ª feira, em três turnos de atendimento, oferecendo consultas médicas, atendimento de enfermagem, atendimento odontológico e em saúde mental. Desenvolvia ainda atividades com grupos de hipertensos, diabéticos, gestantes, saúde bucal, carteira de saúde, citologia oncótica e BCG. Na área de saúde mental, desenvolvia atividades com grupos de pacientes por patologia (neuróticos e psicóticos), de crianças, casais e grupos de apoio para familiares de alcoolistas, drogaditos e aidéticos.

Como atividades extra muros, desenvolvia ações educativas com grupos de alunos, em duas escolas da região, enfocando temas relacionados com a sexualidade, drogadição e DST/AIDS.

Além da alopatia, predominante na unidade de saúde, eram realizados atendimentos médicos e de enfermagem em fitoterapia e homeopatia. Realizava ainda ECG e se comportava como referência para os exames solicitados pelo C.S. de Barão Geraldo (SAR NORTE).

Todas as atividades descritas anteriormente eram desenvolvidas por uma equipe local composta por 42 profissionais, distribuídos segundo quadro 1.

Quadro 1. Quadro de funcionários do C.S. Costa e Silva, Campinas, 1995.

Funcionários	Nº	Horas Semanais
coordenador médico	01	40
médico clínico	01	30
médico clínico	03	20
médico pediatra	01	40
médico pediatra	02	20
médico ginecologista	02	20
médico clínico	02	08
médico psiquiatra	01	20
psicólogo	01	40
dentista	05	20
enfermeira	02	40
enfermeira	01	10
técnico de enfermagem	01	40
auxiliar de enfermagem	06	40
auxiliar de enfermagem	03	30
auxiliar de saúde	01	40
auxiliar de consultório dentário	04	40
auxiliar administrativo	01	40
zelador	02	40
guarda	02	40

A coordenação da unidade foi exercida por um médico sanitarista concursado, em dedicação exclusiva, com experiência gerencial anterior adquirida dentro da própria SMS em nível de rede básica, de ambulatório de especialidades e de coordenação regional. Este profissional desenvolveu função gerencial desde 1989, estando na coordenação do C.S. Costa e Silva a partir de março de 1992. Realizou dois cursos para formação gerencial oferecidos pela SMS, em convênio com as universidades do município, formação em psicodrama e cursou o GERUS em 1995.

3.3.1.3. CENTRO DE SAÚDE TAQUARAL

O centro de saúde do Taquaral foi criado em meados da década de 50 pela comunidade da região, com a liderança do pároco da recém-construída paróquia de Nossa Senhora de Fátima. Edificado em terreno da igreja, contou com a participação direta da comunidade na doação de material e com a própria mão-de-obra.

Este serviço de saúde funcionou como centro de puericultura, ligado gerencialmente ao Centro de Saúde I da Secretaria de Estado da Saúde por mais de trinta anos, quando após uma ampliação de sua área física transformou-se no Centro de Saúde do Taquaral, com gerência própria, ao mesmo tempo que era desativado o Centro de Saúde do Cambuí.

O Centro de Saúde do Taquaral foi municipalizado em 1987 e permaneceu funcionando no mesmo prédio cedido pela igreja até 1993, quando se estabeleceu um contrato de locação entre a SMS e a Igreja, findando-se assim 39 anos de cessão de comodato.

Ao longo de seu funcionamento, este centro de saúde sofreu adaptações em sua área física que visavam ampliar a oferta de ações aos seus usuários. Até 1996, ocupou uma área construída de 132 m² assim distribuídos: 5 consultórios médicos, 1 sala de odontologia, 1 sala de enfermagem, 1 sala de imunização e esterilização, 1 sala para dispensação de medicamentos e almoxarifado, 1 arquivo/recepção, 1 sala de espera, 1 sala de coordenação/administração, 1 sala de reunião, 1 depósito de material de limpeza, 1 minicopa, 2 salas para procedimentos de enfermagem e 2 sanitários. A partir de

1996 passou a funcionar em três turnos de trabalho entre 7 e 21 horas exceto aos sábados e domingos.

Possuía uma extensa área de cobertura, onde conviviam uma região urbana densamente povoada com tendência de verticalização e uma vasta zona rural com vinte e nove núcleos ou bairros rurais, que fazia limite com o município de Jaguariúna. Seu limite geográfico urbano era estabelecido pelas avenidas Brasil, Imperatriz Leopoldina, Heitor Penteado e Almeida Garret, seguindo ao norte em direção à rodovia D. Pedro I. Em direção ao sul e a partir da rodovia D. Pedro I, as avenidas Júlio Prestes, José de Souza Campos e Orosimbo Maia acabavam por delimitar a área de abrangência do centro de saúde do Taquaral.

A região urbana possuía um comércio varejista diversificado, com estabelecimentos de diferentes complexidades e duas das maiores áreas públicas de lazer da cidade, a Lagoa do Taquaral e o Lago do Café.

Contrastando com a região urbana, os núcleos e bairros rurais careciam de uma melhor infra-estrutura, particularmente relacionada ao saneamento básico. A falta de pavimentação das vias de acesso, a escassez de transporte coletivo e a distância entre estes locais e o centro de saúde dificultavam o seguimento regular da população rural na unidade sanitária.

A população da área de cobertura do centro de saúde do Taquaral era de 38.170 habitantes e sua estratificação por faixa etária e sexo encontra-se no **Quadro 3 (Anexo 3)**.

O centro de saúde adotou normas e procedimentos assistenciais com ações individuais nos programas de saúde da mulher, da criança, dos

desnutridos, das doenças crônico-degenerativas, do trabalhador, da saúde bucal e de doenças contagiosas como tuberculose e hanseníase.

Este serviço realizou ações educativas em pequenos grupos de usuários na saúde bucal, área da mulher e saúde do trabalhador.

A equipe local estava constituída de 28 profissionais de saúde, distribuídos conforme quadro 2.

Quadro 2. Quadro de funcionários do C.S. Taquaral, Campinas, 1995.

Funcionários	Nº	Horas Semanais
coordenador médico	01	40
médico clínico	03	20
médico pediatra	03	20
médico ginecologista	01	20
dentista	02	30
enfermeira	01	40
assistente social	01	40
auxiliar de enfermagem	05	40
visitadora sanitária	02	40
auxiliar de saúde	02	40
auxiliar de consultório dentário	01	40
auxiliar administrativo	01	40
zelador	02	40
guarda	03	40

A coordenação da unidade era exercida por um médica sanitaria concursada, em dedicação exclusiva, com experiência gerencial anterior adquirida como diretora técnica de saúde pela Secretaria de Estado da Saúde, no município de Valinhos, como chefe da equipe médico-odontológica, no centro de saúde do Taquaral e posteriormente como diretora técnica estadual neste mesmo

serviço, a partir de 1988. Com a municipalização desta unidade sanitária, foi mantida no cargo de coordenadora pela SMS. Realizou o curso para formação gerencial oferecido pela SMS, em convênio com as universidades do município e cursou o GERUS em 1995.

3.3.1.4. CENTRO DE SAÚDE SÃO QUIRINO

O Centro de Saúde São Quirino localizava-se no Parque São Quirino, em prédio próprio, inaugurado em 1988 e construído com a finalidade de abrigar um serviço de saúde. No início, desenvolveu suas atividades numa casa alugada, próxima ao atual prédio, com auxiliares de saúde recrutadas no próprio bairro e atendimento médico em período parcial. Teve sua área física ampliada para atender à crescente demanda local.

O centro de saúde ocupava, em 1996, 600 metros quadrados de área construída, dispondo de: 9 consultórios médicos (3 pediátricos, 3 de adulto, 2 ginecológicos e 1 em saúde mental), 1 sala odontológica com 1 equipo, 1 consultório de enfermagem, 2 salas de procedimentos de enfermagem, 1 sala de inalação, 1 sala de esterilização, 1 expurgo, 1 sala de dispensação (farmácia) e 1 sala de imunização. Ainda faziam parte da área física a recepção, 4 salas de espera para os usuários, 1 sala de coordenação, 1 almoxarifado, 1 sala de reunião, 1 arquivo, 1 cozinha e 12 sanitários.

Como limites para sua área de cobertura destacavam-se: Rodovia Dom Pedro I, avenida Carlos Grimaldi, antigo trilho da Fepasa, ruas Arlindo Carpino e

Vital Brasil, avenida Júlio Prestes, ruas Francisco Pereira Coutinho, Jasmim, Hermantino Coelho e Aldo Vanucci.

Na sua área de abrangência contavam os seguintes bairros: Parque Anhumas, Cafezinho, Parque Dom Bosco, Jardim Nilópolis, Vila Nogueira, Novo Taquaral, Fazenda Santa Terezinha, Jardim Santana (I e II) e Parque São Quirino.

Sua área de cobertura caracterizava-se por diferenças extremas, dela fazendo parte condomínios residenciais de alto padrão e bolsões de miséria constituídos por seis núcleos de favelas, distribuídos ao longo do córrego Anhumas. Nenhum núcleo de favela estava totalmente urbanizado e as famílias alojadas nas áreas de risco serão transferidas para permitir o saneamento da área e futura canalização do córrego Anhumas.

A parte urbanizada da área de cobertura do CS estava constituída por residências, em sua maioria de alvenaria, com ruas asfaltadas, com iluminação pública, abastecidas com rede de água e luz e atendidas por um sistema de transporte coletivo satisfatório.

A população da área de cobertura deste centro de saúde para 1996 era de 26.430 habitantes e sua estratificação por faixa etária e sexo encontra-se no **Quadro 4 (Anexo 3).**

O centro de saúde funcionava das 7 às 21 horas, de 2ª a 6ª feira, em três turnos de atendimento, oferecendo consultas médicas, atendimento de enfermagem, atendimento odontológico e em saúde mental. Realizava ainda atividades com grupos de hipertensos, diabéticos, gestantes, saúde bucal,

carteira de saúde, citologia oncológica e BCG.

Todas as atividades descritas anteriormente eram desenvolvidas por uma equipe local, constituída por 40 profissionais de saúde, assim distribuídos, quadro 3.

Quadro 3. Quadro de funcionários do C.S. São Quirino, Campinas, 1995.

Funcionários	Nº	Horas Semanais
coordenador enfermeiro	01	40
médico clínico	03	20
médico pediatra	03	20
médico ginecologista	02	20
médico psiquiatra	01	20
dentista	03	20
enfermeiro	02	40
auxiliar de enfermagem	14	40
auxiliar de saúde	04	30
auxiliar administrativo	01	40
zebedor	03	40
guarda	03	40

Esta unidade de saúde recebia, para estágio, internos e residentes da Unicamp, estagiários do curso de graduação em enfermagem da Puc-Campinas, estagiários do curso de auxiliar de enfermagem da Unicamp e do Senac.

A coordenação da unidade era exercida por uma enfermeira concursada, com dedicação exclusiva, que desenvolvia função gerencial na unidade desde 1994. Esta profissional cursou o GERUS em 1995.

3.3.1.5. CENTRO DE SAÚDE JARDIM CONCEIÇÃO

O centro de saúde do Jardim Conceição foi construído com recursos do governo federal e inaugurado no ano de 1977. Como serviço médico comunitário, denominação recebida na época de sua inauguração, teve um trabalho intenso voltado para a comunidade local, com o desenvolvimento de projetos alternativos como o de suplementação alimentar em parceria com o governo estadual. Ao longo de sua existência, o prédio passou por reformas, sendo que a última ocorreu em 1995.

Uma característica importante desta região era o contraste das condições de moradia; ao lado de condomínios e bairros bem estruturados encontravam-se favelas com habitações precárias, em áreas de risco de desmoronamento.

A área de abrangência deste serviço compreendia vinte e cinco bairros, todos urbanizados e mais sete núcleos de favelas cadastrados no DUF, nos quais o acesso a serviços como água, esgoto, luz e coleta pública de lixo estava condicionado a fatores como situação do lote (público ou privado), localização em área de risco e a dificuldade de realização da coleta pública.

O limite de sua área de cobertura fazia-se por meio de interfaces com áreas de abrangência de outros centros de saúde da própria região: São Quirino e 31 de Março ao norte, região central ao sul, Sousas a leste e Taquaral a oeste.

A região concentrava dois grandes comércios varejistas e um número expressivo de pequenos e médios estabelecimentos comerciais.

A população da área de cobertura deste centro de saúde, para 1996,

era de 29.935 habitantes e sua estratificação por faixa etária e sexo encontra-se no **Quadro 5 (Anexo 3)**.

O centro de saúde ocupava um prédio com 548 m² de área construída que mostrava-se insuficiente para a demanda local. Atendia em três turnos, de 2^a a 6^a feira, das 7 às 21 horas. Possuía 2 consultórios de ginecologia e obstetrícia, 2 consultórios de clínica médica, igual número para a pediatria e a saúde mental e um consultório para a enfermagem. A odontologia ocupava uma sala com espaço para dois equipos, mas somente um deles instalado. Outras dependências do centro de saúde eram: sala de espera, sala de inalação, sala de esterilização com autoclave, sala de reunião, copa, depósito, expurgo e cinco sanitários (funcionários e usuários). As demais dependências eram utilizadas para mais de uma atividade: imunização e vigilância epidemiológica; coleta de exames, observação, sala para reidratação e eletrocardiograma; farmácia e almoxarifado; arquivo médico, recepção, arquivo administrativo e gerência; medicação injetável, controle de sinais vitais, curativos e pequenas cirurgias.

Esta unidade de saúde oferecia consultas médicas nas áreas de clínica médica, pediatria, ginecologia-obstetrícia, psiquiatria e homeopatia. Realizavam-se procedimentos médicos como pequenas cirurgias e colposcopia. Atendimento odontológico e de enfermagem, psicoterapia, imunização e procedimentos de enfermagem completavam o conjunto de ações individuais oferecidas pelo serviço. Grupos terapêuticos em saúde mental, grupos educativos nas áreas de adulto, mulher e criança e grupos para carteira de saúde eram também realizados pela equipe de saúde.

A equipe do centro de saúde estava constituída por 36 profissionais de saúde, quadro 4.

Quadro 4. Quadro de funcionários do C.S. Jardim Conceição, Campinas, 1995.

Funcionários	Nº	Horas Semanais
coordenador enfermeira	01	40
médico clínico	04	20
médico pediatra	03	20
médico pediatra	01	15
médico ginecologista	02	20
médico psiquiatra	01	20
dentista	02	20
enfermeira	03	30
psicóloga	01	40
assistente social	01	40
auxiliar de enfermagem	11	40
auxiliar de saúde	01	40
auxiliar de consultório dentário	01	40
auxiliar administrativo	01	40
zelador	02	40
guarda	01	40

A coordenação local era exercida por uma enfermeira com habilitação em saúde pública, especialização em enfermagem do trabalho e com experiência anterior em área técnica, como enfermeira do trabalho. Assumiu a coordenação local deste centro de saúde em outubro de 1993, depois de ter exercido, nos primeiros dez meses daquele ano, a função de enfermeira nesta unidade sanitária.

3.3.1.6. CENTRO DE SAÚDE VILA 31 DE MARÇO

O centro de saúde da Vila 31 de Março localizava-se numa vila popular construída na década de 70, em prédio cedido pela Cúria Metropolitana e adaptado para funcionar como serviço de saúde. No início de suas atividades, em 1979, ocupava o mesmo prédio que o escritório da Cohab, com uma equipe mínima constituída por uma auxiliar de saúde, voluntários recrutados na comunidade local e por um médico e um dentista que prestavam assistência à comunidade em alguns períodos da semana. Com a mudança do escritório da Cohab, houve um aumento de períodos de atendimento médico e a contratação de mais auxiliares de saúde.

Dada a proximidade do C.S. Jardim Conceição e a reduzida área de cobertura do C.S. 31 de Março, em diferentes administrações municipais houve tentativas de se desativar este serviço com a transferência dos profissionais de saúde para o C.S. Jardim Conceição. Isto não ocorreu até o momento em razão do envolvimento da comunidade local na defesa deste equipamento social.

Com a reforma do prédio, no ano de 1996, a unidade local funcionou precariamente no interior da igreja do núcleo residencial, uma vez que os moradores não aceitaram que os profissionais de saúde da unidade fossem alocados, mesmo que temporariamente, no C.S. Jd. Conceição. A população reivindicava a construção de um prédio próprio com uma área física mais adequada e com um maior número de ações de saúde oferecidas aos moradores.

A área de cobertura do C.S. 31 de Março era o próprio bairro, sendo seus limites geográficos definidos pelas áreas de abrangência dos centros de

saúde do Jardim Conceição e São Quirino.

A população da área de cobertura deste centro de saúde, para 1996, era de 4.515 habitantes e sua estratificação por faixa etária e sexo encontra-se no **Quadro 6 (Anexo 3).**

O centro de saúde possuía apenas 50 metros quadrados de área construída, dispondo de: 1 sala de espera, 1 sala de recepção e arquivo, 1 sala de enfermagem, 1 sala de vacina, 1 sala de odontologia, 1 consultório pediátrico, 1 consultório de adulto e ginecológico, 1 sala de almoxarifado e 1 minicopa.

O centro de saúde funcionava das 7 h 30 às 17 horas, de 2ª a 6ª feira, em dois turnos de atendimento, oferecendo consultas médicas, atendimento de enfermagem e odontológico. Desenvolvia, ainda, atividades com grupos de hipertensos, carteira de saúde e estava em implantação o grupo de diabetes.

Todas as atividades descritas eram realizadas por uma equipe local, constituída de 15 profissionais, quadro 5.

Quadro 5. Quadro de funcionários do C.S. 31 de Março, Campinas, 1995.

Funcionários	Nº	Horas Semanais
Coordenador enfermeiro	01	40
médico clínico	01	20
médico pediatra	01	20
médico ginecologista	01	20
dentista	02	20
auxiliar de enfermagem	04	40
auxiliar de saúde	01	40
auxiliar de consultório dentário	01	40
auxiliar administrativo cedido à SAR LESTE;	01	40
zelador	01	40
guarda	01	40

A coordenação da unidade era exercida por uma enfermeira com habilitação em saúde pública, concursada, com dedicação exclusiva. Esta profissional desenvolvia função gerencial na unidade desde janeiro de 1994 e cursou o GERUS em 1995. A experiência profissional anterior foi adquirida em nível hospitalar, atuando em áreas técnicas.

3.3.1.7. CENTRO DE SAÚDE DE SOUSAS

No ano de 1955, foi inaugurado um posto médico municipal no distrito de Sousas, para atendimento diário de enfermagem e consultas médicas em dois períodos semanais. Este serviço funcionava em uma casa alugada, com um único funcionário de enfermagem que morava no próprio prédio.

Em 1960, esta unidade de saúde foi assumida pela Secretaria Estadual de Saúde e foram incorporados progressivamente novos profissionais, passando a ter dois médicos, um enfermeiro, auxiliares de saúde e pessoal administrativo.

Na década de 70, este centro de saúde ocupava um novo prédio que, pela sua localização, estava sujeito às enchentes do rio Atibaia. Em uma delas foram perdidos todos os arquivos da unidade e um pouco de sua história, a qual tem sido recuperada pela tradição oral.

No início dos anos oitenta, já assumido pelo município, teve ampliado seu quadro de funcionários, de nível elementar, recebeu uma ambulância para os atendimentos de emergência e para o transporte de pacientes crônicos. Em agosto de 1986, mudou-se para o prédio atual, construído em regime de mutirão

pela população local com a ajuda de um clube de serviços do município. Somente dez anos mais tarde teve ampliada sua área física, incorporando 150 m² aos 250 m² existentes.

O centro de saúde assistia a população urbana e rural do distrito de Sousas e da Vila Brandina, importante núcleo de favela localizado no perímetro urbano do município de Campinas, em razão da facilidade do acesso a este serviço por meio de transporte coletivo que ligava a cidade de Campinas ao distrito de Sousas.

A área do distrito de Sousas, considerada de preservação ambiental, é cortada pelo rio Atibaia, um importante recurso hídrico no abastecimento do município, apesar de estar sendo poluído, principalmente por esgoto domiciliar ao longo de seu curso; pelo rio Jaguari e ribeirões das Cabras e dos Pires. Nos meses chuvosos de dezembro, janeiro e fevereiro, a população ribeirinha do rio Atibaia e dos ribeirões das Cabras e dos Pires ficava sujeita às enchentes.

A população da área de cobertura deste centro de saúde, para 1996, era de 18.681 habitantes e sua estratificação por faixa etária e sexo encontra-se no **Quadro 7 (Anexo 3)**.

O centro de saúde funcionava de 2^a a 6^a feira, em três turnos de trabalho, das 7 às 21 horas, dispondo de: 1 sala de espera, 1 recepção/arquivo, 1 farmácia, 1 sala de vacina, 1 sala de enfermagem, 1 sala para inalação, 1 sala de odontologia, 2 consultórios de pediatria, 2 consultórios de clínica, 1 consultório de ginecologia, 1 consultório de saúde mental, 1 sala para eletrocardiograma, 1 sala de coordenação, 1 sala de administração, 1 almoxarifado, 1 sala de

expurgo/esterilização, 1 sala de reunião e atividades com grupos, sanitários para a equipe e usuários e 1 copa/cozinha.

Oferecia atividades individuais e em grupos; consultas médicas em especialidade básicas e em psiquiatria, atendimento de enfermagem, odontológico e em psicologia clínica. Desenvolvia atividades com grupos de hipertensos, diabéticos, idosos (dança harmônica) e para emissão de carteira de saúde. Realizava visita domiciliar, particularmente para recém nascidos de risco. Ainda como atividades extramuros, promovia ações educativas na escola da área de cobertura, voltadas para os adolescentes. Recebe estagiários do curso de enfermagem da Unicamp.

Todas as atividades descritas eram realizadas por equipe de saúde, constituída por 39 profissionais, distribuídos conforme quadro 6.

Quadro 6. Quadro de funcionários do C.S. Sousas, Campinas, 1995.

Funcionários	Nº	Horas Semanais
coordenador médico	01	40
médico clínico	03	20
médico pediatra	04	20
médico ginecologista	02	20
médico psiquiatra	01	20
dentista	03	20
enfermeira	03	40
psicóloga	01	30
auxiliar de enfermagem	11	40
auxiliar de consultório dentário;	02	40
auxiliar de saúde	03	40
auxiliar administrativo	01	40
zelador	03	40
guarda	01	40

A coordenação da unidade era exercida por um médico sanitarista concursado, com formação em psicodrama, em dedicação exclusiva, com experiência gerencial anterior adquirida dentro da própria SMS, em nível de rede básica e de ambulatório de especialidades. Desenvolvia função gerencial no C.S. de Sousas desde 1993. Realizou curso para formação gerencial, oferecido pela SMS, em convênio com universidade do município e cursou o GERUS.

3.3.1.8. CENTRO DE SAÚDE DE JOAQUIM EGÍDIO

Com a elevação do povoado de Joaquim Egídio à condição de distrito e a nomeação de um subprefeito, em meados da década de 50, ocorria na década seguinte, a criação de um 'posto médico' neste distrito. Inicialmente, houve a contratação de um único morador da região com alguma experiência em saúde que se responsabilizava pela manutenção do serviço em funcionamento. A presença do médico neste posto não excedia a duas vezes por semana.

Na década de 70, no bojo da expansão da cobertura à população, preconizada pela Medicina Comunitária, a SMS contratou pessoas da própria comunidade como auxiliares de saúde e um médico, para uma jornada de 20 horas semanais.

O posto médico de Joaquim Egídio, localizado no mesmo prédio da subprefeitura e da agência postal, teve sua permanência em funcionamento questionada no início dos anos oitenta, quando passou, temporariamente, a funcionar como uma extensão do C.S. de Sousas.

Em 1989, já consolidado como centro de saúde, passou a ocupar sozinho o imóvel que dividia com a agência postal e com a subprefeitura e teve seu quadro de funcionários ampliado, consolidando-se como uma unidade de saúde indispensável à população de Joaquim Egídio.

A população da área de cobertura deste centro de saúde, para 1996, era de 2.660 habitantes e sua estratificação por faixa etária e sexo encontra-se no **Quadro 8 (Anexo 3).**

O centro de saúde, localizado na área urbana do distrito de Joaquim Egídio, funcionava num imóvel alugado, com aproximadamente 120 m² de construção assim distribuídos: 1 sala de espera, 1 recepção/arquivo/administração, 1 sala de vacina, 1 sala de enfermagem/esterilização/dispensação, 2 consultórios médicos, 1 sala de coordenação, almoxarifado, 1 sala de odontologia, 1 minicopa e sanitários.

Funcionava de 2^a a 6^a feira, das 7 às 18 horas e atendia, além da população residente no pequeno núcleo urbano do distrito, aquela dispersa nas inúmeras fazendas de sua extensa área rural, dividida em quatro principais eixos: Santa Maria, Guariroba, Cabras e Riqueza. Desenvolvia atividades de enfermagem e odontológica, consultas médicas nas três áreas básicas e atendimento domiciliar, principalmente aos moradores da área rural.

Sua equipe de saúde estava constituída por 16 profissionais, quadro 7.

Quadro 7. Quadro de funcionários do C.S. Joaquim Egídio, Campinas, 1995.

Funcionários	Nº	Horas Semanais
coordenador médico	01	40
médico clínico	02	20
médico pediatra	01	20
médico ginecologista	01	20
dentista	01	20
enfermeiro	01	40
auxiliar de enfermagem	07	40
auxiliar de consultório dentário	01	40
auxiliar administrativo	01	40

A coordenação local era exercida por um médico sanitarista concursado, em dedicação exclusiva, com experiência gerencial anterior adquirida dentro da própria SMS em nível de rede básica. Este profissional desenvolvia função gerencial no C.S. de Joaquim Egídio desde junho de 1995. Realizou curso para formação gerencial oferecido pela SMS, em convênio com universidade do município e cursou o GERUS.

3.3.1.9. CENTRO DE SAÚDE CENTRAL

O Centro de Saúde Central surgiu no ano de 1996, desvinculando-se do PA central, após reforma e adaptação do primeiro andar do prédio, onde funcionou o posto de assistência médica do antigo Inamps.

Atendia moradores da área central da cidade de Campinas, de outras regiões do município, mas que trabalham próximo a este serviço de saúde e aqueles que procuravam a unidade central pelo acesso facilitado, graças à

convergência do sistema de transporte coletivo.

A principal demanda deste serviço estava na área de pediatria, uma vez que esta era sua missão como PAM do Inamps. Este perfil da clientela vinha, gradativamente, modificando-se, com a demanda de adultos e idosos.

A população da área de cobertura deste centro de saúde, para 1996, era de 73.579 habitantes e sua estratificação por faixa etária e sexo encontra-se no **Quadro 9 (Anexo 3)**.

O centro de saúde, apesar de reformado, apresentava inúmeras inadequações em seu espaço físico, sendo a falta de elevador para acesso dos pacientes um dos principais problemas de infra-estrutura. Sua área física estava constituída de: 1 recepção/arquivo, 1 sala de espera, 1 sala de vacina, 1 sala para curativo, 1 sala para coleta de material, expurgo, esterilização, 1 sala de enfermagem, 1 farmácia/dispensação (no térreo), 10 consultórios médicos, sala de coordenação/administração, copa e sanitários para a equipe e público.

Este serviço funcionava de 2ª a 6ª feira, no horário das 7 às 19 horas, em dois turnos. Centrado num modelo essencialmente curativo, baseado no pronto atendimento, oferecia consultas médicas nas áreas básicas, atendimentos em odontologia e psicologia, além de ações individuais de enfermagem.

A equipe de saúde estava constituída por 62 profissionais, distribuídos conforme quadro 8.

Quadro 8. Quadro de funcionários do C.S. Central, Campinas, 1995.

Funcionários	Nº	Horas Semanais
coordenador enfermeiro	01	40
médico clínico	05	20
médico pediatra	06	20
médico ginecologista	02	20
médico psiquiatra	01	20
psicólogo	02	40
dentista	06	30
enfermeiro	03	40
auxiliar de enfermagem	20	40
auxiliar de saúde	02	40
auxiliar de consultório dentário	04	40
técnico em odontologia	01	40
assistente administrativo	05	30
guarda	03	40
almoxarife	01	40

A coordenação local era exercida por uma enfermeira municipalizada, concursada pelo Inamps e com habilitação em saúde pública. Adquiriu experiência profissional atuando como enfermeira da Policlínica II.

3.3.2. O GERENTE LOCAL

As oito unidades de saúde da SAR LESTE, incluindo o Centro de Saúde Central inaugurado em 1996, apresentaram, no período estudado (93-96), um total de doze coordenadores locais, pois em quatro destes centros de saúde houve a substituição dos gerentes. Estes coordenadores, quanto à formação profissional, eram um dentista, cinco médicos e seis enfermeiros.

Foram entrevistados todos os médicos e cinco enfermeiros. Os coordenadores que não foram entrevistados (um dentista e um enfermeiro), não

puderam ser localizados, após deixarem o cargo de suas respectivas unidades de saúde.

A graduação destes gerentes locais ocorreu nos anos oitenta para nove dos entrevistados e apenas um na década anterior. Todos eles possuíam formação em saúde pública, através de habilitação durante o curso de graduação ou curso de especialização, realizado após a graduação, ou ainda por meio de residência médica. Todos os coordenadores concluíram o GERUS.

A experiência gerencial, incluindo o período de 93-96, para seis dos gerentes locais foi igual ou superior a quatro anos, chegando, no máximo, a quatorze anos. Cinco novos gerentes foram nomeados no período estudado, quatro deles sem nenhuma experiência gerencial anterior. **Quadro 9.**

Quadro 9. Gerentes locais da SAR LESTE, Campinas, 1996.

GRADUAÇÃO		FORMAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA	GERÊNCIA E/OU SUPERVISÃO ATÉ 1996	
Curso	Ano		Nível	Tempo (anos)
Medicina	1983	Especialização	Local/Reg.	07
Medicina	1972	Residência Médica	Local	14
Enfermagem	1989	Especialização	Local	04
Enfermagem	1989	Especialização	Local	02
Medicina	1984	Residência Médica	Local/Reg.	08
Enfermagem	1983	Habilitação/Especialização	Local	03
Enfermagem	1982	Habilitação	Local	02
Medicina	1980	Especialização	Local/Reg.	11
Medicina	1987	Especialização	Local/Reg.	07
Enfermagem	1983	Habilitação	Local	< 01

Os gerentes nomeados para o cargo, no período anterior a 1993, foram

selecionados através de concurso interno da Secretaria Municipal de Saúde. Os gerentes nomeados entre 1993 e 1996 foram convidados para a função, mesmo não tendo participado do processo seletivo realizado em 1993.

O próprio coordenador local reconhecia sua inexperiência para a função, identificando a necessidade de capacitação gerencial.

" Depois que eu comecei a fazer o GERUS, eu entendo a importância da coleta de dados." (C.L.7).

" Como eu não tenho essa experiência de lidar com estes dados, eu também fui falha em passar isso para a equipe local." (C.L.7).

Para a Assessoria de Planejamento e Gestão, a realização de oficinas de trabalho ao longo de 1993, envolvendo os gerentes locais e o coordenador regional de saúde, com o apoio do Departamento de Informação e Desenvolvimento, permitiu a construção de planos regionais e a expectativa do nível central era de que os coordenadores dos centros de saúde, ao elaborarem os planos locais para os seus respectivos serviços, acabassem se capacitando para a função.

"No entanto, esta estratégia acabou não sensibilizando a maioria dos gerentes locais. Exceto aqueles que já realizavam o planejamento de suas unidades de saúde, os demais não levaram para o interior dos centros de saúde esta metodologia." (D.D.3).

Foram identificados, pela Assessoria de Planejamento e Gestão, dois fatores principais, responsáveis por esta situação. Primeiro, uma limitação de formação dos coordenadores locais. Embora a maioria destes gerentes locais

tivesse curso de Saúde Pública e (ou) formação em planejamento, faltava-lhes a prática para sua implementação. Segundo, uma sobrecarga de trabalho, alegada pelos próprios coordenadores dos centros de saúde, que, em parte, era entendida pela APG como falta de uma melhor organização do processo de trabalho, no interior da unidade de saúde.

Para os gerentes locais havia discordância quanto ao diagnóstico e principalmente quanto às causas apontadas pela Assessoria de Planejamento e Gestão. Na verdade, faltava perfil gerencial para aqueles coordenadores, recentemente admitidos para o cargo e, quanto à sobrecarga de trabalho, alegada pelos coordenadores, esta relacionava-se ao modelo de gestão.

“ Os projetos eram verticalizados, pensados no nível central para serem executados na unidade local.(...)Havia muita demanda miúda para o nível local que obrigava o coordenador a ficar correndo atrás.” (C.L.5).

No primeiro biênio daquela administração municipal foi desencadeado um processo de capacitação gerencial em qualidade, nas diferentes secretarias integrantes daquele governo. A SMS iniciava este processo com a capacitação do secretário, diretores de departamentos e coordenadores regionais e um compromisso de levar este treinamento até o nível local, o que acabou não ocorrendo.

“A partir da capacitação gerencial em qualidade, a Assessoria de Planejamento e Gestão tinha como expectativa que as coordenadorias regionais de saúde fossem multiplicadoras deste processo entre os gerentes locais e as equipes de supervisão regional.” (D.D.3).

Reconhecendo a ineficiência das estratégias até então adotadas e,

como opção para capacitação gerencial, a SMS propôs a realização de um curso para gerentes locais de saúde, em convênio com instituições de ensino. Este curso, o GERUS, foi oferecido a todos os gerentes locais de unidades municipais e ocorreu ao longo de 1995.

Para o Departamento de Saúde, uma falsa impressão de dicotomia entre o planejamento e a execução das ações em nível de rede básica estava muito mais ligada a uma postura passiva do gerente local que não se apropriava do seu 'espaço gerencial' e, portanto, não desempenhava o esperado para a função. A meta era o planejamento ascendente; no entanto, segundo o próprio Departamento de Saúde, os gerentes locais não estavam habilitados, por algumas das razões abaixo mencionadas, para o desempenho das funções gerenciais na unidade básica:

1. o número de coordenadores 'novos' sem experiência gerencial e sem capacitação para gerência;
2. a falta de um perfil gerencial;
3. uma capacitação inadequada para a função, com uma visão conceitual mais voltada para o planejamento;
4. a dificuldade em lidar com a concretude das questões administrativas;
5. a organização do espaço de trabalho dentro dos centros de saúde, que acabava por priorizar o público interno (funcionários) em detrimento do público externo (usuários dos SUS).

Frente à situação acima descrita e identificada pelo Departamento de Saúde, ficava mais uma vez enfatizada a necessidade da realização de um curso

de capacitação para gerentes locais. Embora com justificativas até discordantes, quando comparadas àquelas apresentadas pela Assessoria de Planejamento e Gestão, o DS reafirmava, no entanto, a inadequação do trabalho gerencial na rede de saúde.

“O processo de trabalho na rede básica é inadequado e acaba consumindo boa parte do tempo do gerente local em ações administrativas mais elementares, no ‘apaga incêndio’ diário, o que impede um salto qualitativo no próprio processo de trabalho nas unidades de saúde.” (D.D.4).

No modelo de gestão adotado pela SMS, não foi possível a participação efetiva dos gerentes locais nos demais níveis de gerenciamento do sistema municipal de saúde, por alguns dos motivos abaixo explicitados por estes gerentes:

- a) os gerentes locais respondiam pela implementação de projetos gestados no DPP, sem uma participação efetiva destes gerentes, na sua elaboração;
- b) as demandas relativas à estrutura das unidades locais de saúde que interferiam diretamente no processo de trabalho e dependiam de outros níveis gerenciais da SMS, constituíam-se em verdadeiros empecilhos para organização destes serviços;
- c) o isolamento do gerente local na sua região, a partir da criação da SAR, dificultou a troca de experiência entre os gerentes das distintas regiões;
- d) a falta de um processo seletivo para o acesso à gerência local permitiu que profissionais recém-ingressos no setor público assumissem uma função gerencial.

Finalmente, a ligação do Departamento de Saúde com a rede básica dava-se por meio dos coordenadores regionais de saúde, os quais se reuniam com os gerentes locais, nas respectivas SAR, com periodicidade semanal. Estas reuniões regionais que, segundo o DS, deveriam ter um caráter deliberativo e decisório, acabavam muitas vezes constituindo-se em reuniões informativas.

“Isto em parte é entendido pelo departamento de saúde como uma não apropriação pelos gerentes locais de seu ‘espaço de trabalho’, desconhecendo e não participando da discussão do orçamento da SMS e dos custos das ações de saúde, por exemplo, ou do próprio modelo assistencial adotado.” (D.D.4).

3.3.3. A INFORMAÇÃO

A partir de 1993, o Departamento de Informação e Desenvolvimento (DID) substituiu o Núcleo de Informação e Planejamento (NIP) até então existente. O DID ganhou *status* de departamento e passou a centralizar as informações que estavam disponíveis em diferentes setores e serviços da SMS.

“A coordenadoria de epidemiologia não tem um papel operacional definido, uma vez que não desempenha uma ação específica de vigilância ou na atenção à saúde.” (C.C.1).

Ancorada na concepção da teoria de sistemas, a área de epidemiologia estava constituída pelos subsistemas de mortalidade, de nascidos vivos, de agravos notificáveis, demográficos e de câncer de base populacional (**Anexo 4**), todos herança do extinto NIP.

Procedimentos assistenciais, incluindo diagnóstico, terapêutico e profilático, executados por médico, enfermeiro, odontólogo ou outro profissional de saúde no atendimento à demanda, constituíam outro conjunto de informações disponíveis. Valendo-se dos dados relativos à produção dos centros de saúde, o DID emitia relatórios por unidade de saúde, dentro das categorias universitário, médio, odontológico e imunização.

A coleta de dados relativas aos procedimentos assistenciais era universal; os dados eram aqueles que constavam da Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA): faixa etária, tipo de atendimento (urgência/não urgência), área de atenção (criança/mulher/adulto) e tipo de consulta (eventual/programática). Utilizava-se de planilhas para a sua coleta, que correspondiam às mesmas categorias da emissão dos relatórios. A alternativa por uma coleta amostral não era objetivo da coordenadoria de apoio gerencial à rede, embora reconhecesse os avanços metodológicos de técnicas amostrais.

Na implantação de uma nova planilha de coleta de dados de produção ambulatorial, a partir de setembro de 1993, a coordenadoria de apoio gerencial à rede não teve a preocupação de envolver os níveis local e regional neste processo de mudança. Estas equipes não receberam o treinamento necessário para o preenchimento do novo instrumento de coleta de dados. Os técnicos do DID foram 'sufocados' pelo volume de dados provenientes da rede básica e pelas incorreções nas planilhas de coleta. A empresa de informática contratada não conseguiu cumprir os prazos definidos *a priori*.

Ao longo de todo o segundo semestre de 1993, as informações

relativas aos procedimentos assistenciais dos centros de saúde não estavam disponíveis para o gerente local. Em 1994, embora presentes nas unidades de saúde através de relatórios mensais emitidos pelo DID, não se constituíam num instrumento útil para avaliação da unidade local, uma vez que estes relatórios eram pouco didáticos e os erros eram freqüentes e ocorriam em todos os níveis do sistema de informação instalado: coleta e preparo dos dados, digitação e no próprio programa ("software") utilizado.

" O CS deixa de receber informações importantes para a avaliação e o planejamento local, uma vez que forneceu estas informações ao DID e não as recebeu de volta." (C.L.₉).

O nível local, frente à falta de confiabilidade das informações geradas pelo DID, passou a realizar uma coleta paralela de dados de produção. Este registro, ironicamente denominado pelos coordenadores locais de 'DID paralelo', foi utilizado para questionamento junto ao próprio DID sobre a qualidade dos relatórios emitidos. Tal prática, adotada pelos gerentes das unidades básicas da SAR LESTE, acabou sendo incentivada pela coordenação regional, em diferentes momentos, e por mais de um coordenador regional.

O registro paralelo dos dados coletados nos centros de saúde, mediante as planilhas de nível universitário, nível médio e de imunização, antes de ser encaminhado ao DID, era explicado pela coordenação local como necessário para suprir as demandas por informações que não estavam disponíveis para o gerente local.

"Também para checar os condensados enviados à unidade local, uma vez

que no biênio 93/94 houve muita discrepância entre o número de consultas, procedimentos e demais ações produzidas pela unidade e aquele informado pelo DID.” (C.L.₂).

O DID propunha-se oferecer dados relativos à produção global e por área de adulto, de mulher, de criança, mental e bucal. No entanto, só estava sendo possível conhecer a produtividade, por profissional de saúde, por intermédio do registro em paralelo que a unidade executava, uma vez que estes dados transmitidos ao DID pelas planilhas de produção profissional e de atividades desenvolvidas não retornavam ao C.S.

“No preenchimento da planilha de produção universitária são fornecidas informações relativas à área programática (diabetes, hipertensão, primeira consulta de pré-natal e puerpério) que não retornam ao CS.” (C.L.₆).

O DID ainda oferecia ao CS informações que permitiam o cálculo da cobertura vacinal, cobertura e concentração por faixa etária e o número de nascidos vivos. Para o cálculo da cobertura vacinal, o centro de saúde utilizava como base populacional o número de crianças menores de 1 ano, estimado para o ano em curso, a partir dos dados preliminares do censo de 1991 ou mesmo do número de nascidos vivos para o referido ano, objetivando maior confiabilidade dos resultados.

Para o DID, somente a partir de 1995, com a modificação do instrumento de coleta de dados de produção e a participação loco-regional como ator deste processo de mudança, ocorreu uma melhora na qualidade das informações geradas.

“ ... após um processo de sensibilização e reciclagem, envolvendo os

coordenadores de C.S. e demais profissionais da equipe local de saúde que utilizam estas informações.” (C.C.₂).

Também em nível regional, a informação disponível na SMS, no período 93-94, relacionada aos procedimentos ambulatoriais era de qualidade duvidosa; não se confiava nos dados coletados nem nos relatórios emitidos pelo DID.

Para a coordenação regional, as informações procedentes da coordenadoria de epidemiologia não eram adequadamente trabalhadas por falta de uma equipe estável neste nível gerencial e pelo número expressivo de procedimentos administrativos que consumiam boa parte do tempo dos supervisores regionais.

Segundo o Departamento de Programas e Projetos (DPP), a forma como estava organizado o sistema de informação da SMS acabava por comprometer o próprio processo de avaliação dos serviços de saúde; ocorria um descompromisso da equipe de saúde e até do gerente local no uso dos dados coletados. O próprio DPP deixava de utilizar as informações geradas pela coleta de dados junto à rede básica - os procedimentos assistenciais - e sistematizados pelo DID.

“ A inexistência de informação confiável a cerca da produção da rede básica de saúde não permite uma avaliação criteriosa destes serviços.” (D.D.₂).

Coletavam-se dados que não retornavam à unidade local, como a produção de pré-natal e puerpério, doenças de notificação compulsória e outros relativos à saúde mental. Havia dados que não eram coletados, embora fossem

considerados importantes para o gerenciamento local, como o número de casos crônicos (hipertensos e diabéticos) existentes nas unidades de saúde. Outros dados coletados, não retornavam à unidade e o gerente desconhecia sua utilidade, como aqueles obtidos com a planilha semanal (por profissional de saúde), com a planilha de medicamentos e com a própria planilha de produção de nível médio (produção de inalação por idade, por exemplo).

“ Para que servem estes dados? Para ‘controlar o serviço’ ou os profissionais?

“ (C.L.₂).

A planilha de medicamentos foi preenchida durante 3 anos. Os dados coletados não retornaram ao centro de saúde. O nível central propunha uma mudança nesta planilha; os gerentes locais desconheciam a utilidade deste instrumento e também a da nova planilha.

Os gerentes locais identificavam um número exagerado de instrumentos de registro do trabalho, no cotidiano das unidades de saúde, que se prestariam para a coleta de dados relacionados aos procedimentos assistenciais e à morbidade ambulatorial. Segundo relato dos coordenadores dos centros de saúde que participaram do GERUS, em torno de cento e dezesseis diferentes instrumentos de registro do trabalho em saúde eram utilizados na rede municipal de Campinas. Alguns exemplos: prontuário médico, planilhas de nível médio, universitário e de imunização, cartão índice, cartão do Sinan, comunicação de acidente de trabalho, cartão de pré-natal, carteira da criança, fichas de notificação de doenças e outros.

Por outro lado, a unidade local não recebia informação sobre o custo

dos procedimentos assistenciais e nem a fatura mensal destes serviços.

O gerente local também não dispunha de 'ferramentas' para análise dos dados de produção em odontologia.

Frente a estas constatações é possível interrogar:

- estão sendo coletados dados além do necessário?
- o DID tem capacidade para processar todos os dados produzidos e transformá-los em informações?
- a informação disponível consegue subsidiar o processo decisório?

Diferentes interpretações foram apresentadas para o problema da informação, conforme a situação do ator no processo decisório.

No nível central, ao mesmo tempo em que se identificava uma dificuldade técnica no processo de coleta de dados pelas unidades básicas e cuja solução estaria na completa informatização da rede municipal de saúde, considerava-se também o despreparo político do gerente local, das equipes de saúde e da própria coordenação regional, enquanto atores deste cenário.

Os níveis local e regional apontavam para a democratização do processo de trabalho dentro da SMS, com a descentralização das decisões e o planejamento ascendente, capaz de envolver a equipe local na análise e discussão das informações disponíveis, buscando soluções para o enfrentamento dos problemas identificados.

A expectativa do gerente local era de que a democratização do sistema de informação, em todas as etapas do processo, desde a coleta dos dados ao uso

da informação, e a participação efetiva, em nível local, na construção deste instrumento, de acordo com suas necessidades, motivasse a equipe de saúde, contribuindo para a melhoria na qualidade do dado produzido e na própria informação.

“A equipe tem que entender o porquê se coleta o dado e o papel do coordenador é contextualizar isto.” (C.L.5).

Como alternativa para mudança no sistema de informação, a adoção de um novo instrumento de coleta poderia ser por meio de um projeto piloto para algumas unidades selecionadas, com posterior avaliação para implantação definitiva, constituindo-se numa opção técnica e politicamente adequada.

3.3.4. A AVALIAÇÃO

A falta de um instrumento gerencial, como o prontuário da unidade básica de saúde, anteriormente utilizado na gestão local, que subsidiava os gerentes na coordenação de suas unidades, estimulou uma tentativa de se recuperar este instrumento de planejamento e avaliação. Os coordenadores desta região, com experiência adquirida na própria rede básica ou em outro nível de gerência, reafirmaram, no início de 1993, a importância da utilização deste instrumento, mesmo para aquelas unidades onde o gerente acabava de assumir esta função e não dispunha de outros instrumentos gerenciais.

A possibilidade de se contratar metas e de se enfrentar problemas de saúde de alcance coletivo, em busca de indicadores de saúde mais favoráveis à

população adscrita, reforçava ainda mais a necessidade de instrumentos gerenciais à disposição do coordenador local.

Entretanto, ao se descartar definitivamente o prontuário gerencial³, ele não só deixaria de se constituir neste instrumento dinâmico de intervenção no processo de trabalho das unidades locais, como também dificultaria o estabelecimento de um contrato, mesmo que incipiente, entre as equipes de saúde e o gerente local.

Houve, inicialmente, uma certa mobilização dos coordenadores locais desta SAR, na construção de um instrumento de avaliação que respondesse, de imediato, a esta demanda gerencial.

No entanto, o DID e a própria Assessoria de Planejamento e Gestão da SMS estavam empenhados, segundo a coordenação regional, na elaboração deste instrumento que se constituiria inclusive numa planilha que premiaria as equipes locais, de acordo com sua produtividade na oferta de ações de saúde.

A substituição do prontuário gerencial por uma planilha de avaliação para as unidades básicas não foi imediata. Este hiato persistiu até o terceiro quadrimestre de 1993, quando este instrumento foi apresentado numa primeira versão.

Esta planilha de avaliação (**Anexo 5**) para as atividades oferecidas e desenvolvidas pelas unidades de saúde e de uso a supervisão regional estava

³ O prontuário gerencial foi um instrumento dinâmico de planejamento para o nível local, adotado na administração 89-92 que permitiu ao gerente planejar sua unidade de saúde, envolvendo tanto a equipe local como os demais níveis hierárquicos da SMS. A meta era o planejamento ascendente.

organizada em itens a serem avaliados:

- a) organização da unidade de saúde;
- b) atividades programáticas;
- c) ações de vigilância;
- d) atendimento por profissional de nível universitário;
- e) atendimento por profissional de nível médio e elementar;
- f) atividades administrativo-gerenciais.

A metodologia utilizada na avaliação compreendia a observação da organização e funcionamento do centro de saúde, a entrevista com o coordenador local e outros profissionais da equipe e o registro feito pelos profissionais em arquivos médicos e administrativos.

A expectativa inicial do Departamento de Saúde era de que este instrumento passasse a fazer parte da rotina das unidades básicas e que o gerente local pudesse atuar mais efetivamente no planejamento e na avaliação de sua unidade de saúde. A sua utilização, no entanto, não correspondeu a estas expectativas. O processo de elaboração desta planilha excluiu atores importantes como o nível loco-regional. Sua implantação reforçou esta exclusão. A pontuação recebida pelas unidades de saúde em função do cumprimento de metas e da execução de atividades que não foram inicialmente pactuadas entre o nível local e o regional, atuou no sentido inverso da expectativa deste departamento.

A avaliação, para os gerentes locais mediante esta planilha, estava intrinsecamente relacionada ao momento em que a equipe de supervisão regional

comparecia ao centro de saúde e pontuava, de forma segmentada e transversal, as ações desenvolvidas neste nível de atenção. Este processo de supervisão, realizado pela equipe regional, não correspondia nem às expectativas do gerente local nem às da equipe de saúde.

“As avaliações realizadas pelo nível regional não levaram em consideração o processo de trabalho no centro de saúde, não conseguiram diferenciar profissionais que sabidamente são diferentes no acolhimento ao usuário e na própria capacidade técnica do avaliado.” (C.L.₈).

O que poderia se constituir num processo participativo e democrático de avaliação local, que culminasse com a formalização de um contrato de trabalho e o estabelecimento de metas, a partir das diretrizes municipais para o setor saúde, transformou-se num momento ímpar de descompromisso biunívoco.

A avaliação prestou-se, no entendimento dos coordenadores destes centros de saúde, para estabelecer padrões de comparação entre as distintas unidades locais desta região, sem levar em consideração especificidades próprias que o instrumento utilizado não permitia discriminar.

A falta de adequação da estrutura física de algumas unidades de saúde impediu a realização de determinados programas e influenciou negativamente a avaliação e pontuação destes serviços.

“ O Centro de Saúde não tem Saúde Mental e perde ponto... falta estrutura para coleta de C.O.(citologia oncológica) e perde ponto.” (C.L.₂).

E arrematou:

“ ... quem tem que perder ponto são eles (referindo-se aos demais níveis

hierárquicos da SMS)." (C.L.₂).

Até o ano de 1996, três foram os momentos em que as unidades locais foram avaliadas. Ao longo deste processo de avaliação, alguns indicadores quantitativos passaram a ser utilizados pelos supervisores regionais, com base em relatórios emitidos pelo DID. O DID gerava relatórios mensais que eram encaminhados às regionais e às unidades básicas. Estes relatórios, produzidos a partir do preenchimento das planilhas de produção, nas respectivas unidades de saúde, ofereciam informações relativas a:

- a) consultas médicas por área (adulto, mulher e criança);
- b) procedimentos de enfermagem;
- c) atendimentos em odontologia;
- d) vacinas;
- e) citologia oncológica;
- f) primeiras consultas médicas;
- g) atendimentos individuais, em grupos e visita domiciliar.

Os instrumentos utilizados pelos centros de saúde na coleta destes dados eram as planilhas de produção de nível universitário (área médica), nível universitário (área odontológica), nível médio e vacinas (**Anexo 6**).

O DID ainda distribuía às unidades de saúde relatórios relativos a:

- a) informações demográficas;
- b) morbidade notificada pelas UBS;
- c) nascidos vivos;

d) óbitos por área de cobertura.

Todas as unidades de saúde da região leste trabalhavam com indicadores tradicionais na avaliação dos serviços, com enfoque predominantemente quantitativo. Tais indicadores, obtidos dos relatórios emitidos pelo DID, foram utilizados na avaliação pelo coordenador e equipe técnica local e, mais recentemente pelos demais profissionais destes centros de saúde, em reuniões gerais e (ou) setoriais, principalmente em função do acúmulo e experiência gerencial no manejo das demandas loco-regionais e da importância atribuída por estes gerentes ao processo de avaliação e planejamento local.

Embora alguns dos indicadores qualitativos apresentados ao gerente local, coordenador regional e diretor de departamento, fossem reconhecidos como necessários para a avaliação dos serviços de saúde, sua utilização no entanto não fazia parte da rotina destes profissionais.

No processo de avaliação, a opção por instrumentos essencialmente quantitativos que eram capazes de 'medir' a produção da unidade de saúde, mas não conseguiam acrescentar qualidade nesta avaliação, passou a ser questionada pelos gerentes locais, principalmente após a realização do GERUS.

"O 'Doutor' atendeu um número de consultas. Este número é muito ou pouco a partir do quê? Hoje vejo a necessidade de se trabalhar com a qualidade."
(C.L.3).

Por outro lado, em função da não confiabilidade dos dados coletados no nível local e processados no DID, as unidades desta região, como já foi

mencionado anteriormente, criaram o 'DID paralelo' e vinham trabalhando com estas informações. No entanto, a supervisão regional, utilizando os dados fornecidos pelo DID, acabou gerando descontentamento nas equipes locais, uma vez que os dados de produção e produtividade médica, cobertura e concentração nas áreas programáticas eram discordantes.

Adequar a demanda local à oferta de informações, servindo-se dos relatórios emitidos pelo DID, prescindia de uma maior aproximação entre os diferentes níveis na hierarquia da SMS e caberia ao regional, situado na SAR, o papel de fio condutor.

" Perguntar ao CS que informações ele necessita para avaliar as ações de saúde oferecidas." (C.L.s).

Mais do que adequar a demanda local à oferta de informações, era preciso estimular a autonomia das equipes locais de saúde em busca de indicadores de qualidade, capazes de avaliar as ações oferecidas, neste nível de atenção.

3.3.5. O PROCESSO DECISÓRIO

No gerenciamento local, a avaliação tem, entre outras finalidades, a de racionalizar o processo de tomada de decisão. Identificando problemas, selecionando alternativas de solução, às vezes até prevendo suas consequências e otimizando o uso dos recursos disponíveis, a avaliação contribui para aumentar a racionalização no processo decisório.

Em Campinas, com a criação das secretarias de ação regional, uma decisão do Poder Executivo, através de decreto municipal, ao mesmo tempo em que se propunha a descentralização da administração, implantava-se um modelo de gestão para o município, com centralização do planejamento global e da tomada de decisão, excluindo-se atores importantes que tinham a responsabilidade de imprimir as mudanças propostas, ou seja, a descentralização administrativa.

A descentralização da gestão, uma necessidade do setor saúde e possivelmente de outras áreas como a educação, assistência social, cultura, esporte e lazer, caracterizou-se para a saúde, particularmente, por uma desconcentração das atividades com centralização do planejamento setorial, dificultando inclusive a viabilização da intersetorialidade.

Na Secretaria Municipal de Saúde, o distanciamento entre o nível central e os demais níveis hierárquicos, e, principalmente, da rede básica onde ocorriam as ações de saúde, mais a dificuldade de comunicação entre estes atores, justificavam o sentimento de exclusão manifestado pelos gerentes loco-regionais, no processo decisório.

“... os principais atores (coordenadores locais) estão fora...” (C.R.4).

Para o nível regional acrescia-se às dificuldades apresentadas, a própria heterogeneidade na capacitação dos gerentes locais, a inexperiência de alguns destes e as demandas que o Departamento de Saúde e os demais setores da SAR acabavam por gerar a este nível gerencial, interferindo em todo processo

de trabalho dos supervisores regionais junto às unidades de saúde e, particularmente, no apoio ao coordenador local. O número insuficiente de supervisores regionais também foi apontado como uma dificuldade no processo de trabalho junto ao nível local.

“ O nível regional deveria estar mais presente, principalmente para aqueles gerentes que tinham maior dificuldade.” (C.R.₂).

Paralelamente, a baixa autonomia gerencial foi identificada pela coordenação regional como um fator dificultador da democratização da gestão e da construção coletiva da autonomia das equipes locais de saúde.

“ o gerente local tinha muito pouco autonomia...ele ficava esperando que dessem autonomia a ele.” (C.R.₁).

Dentre as dificuldades encontradas pelos gerentes do nível central da SMS, como o desrespeito hierárquico dentro da organização e a existência de estruturas verticalizadas com informalidade no processo de trabalho, destaca-se o distanciamento deste nível gerencial dos demais níveis hierárquicos que só pôde ser sentido durante a realização do GERUS, quando os diretores de departamentos tiveram a oportunidade de apresentar para os coordenadores locais as atividades desenvolvidas por suas respectivas unidades. Neste sentido, o GERUS trouxe como contribuição para o nível local uma maior aproximação dos demais níveis gerenciais da SMS, favorecendo uma melhor relação intra-setorial. O GERUS acabou se constituindo num espaço singular, numa possibilidade de adoção de uma gestão democrática. Foi através dele que se restabeleceu o fórum municipal com os gerentes das unidades locais e se deu a interlocução, mesmo

que incipiente, dos distintos atores envolvidos na gestão municipal da saúde.

“No GERUS o ‘departamento de administração’ apresentou para os coordenadores locais a lógica de funcionamento deste ‘departamento’. Eles aprenderam onde estavam as respostas que precisavam...favorecendo no entendimento do papel de cada um no sistema.” (C.C.₃).

Na relação da instância regional com as unidades de saúde, segundo relato dos coordenadores locais, existia uma certa tendência de preservação do nível central pela coordenação regional, atuando esta no sentido de atenuar os conflitos. Os gerentes locais tinham também a percepção de que os supervisores regionais estavam consumidos por demandas da SMS e até justificavam a ausência destes nas unidades básicas.

“... eles (supervisores regionais) tem uma demanda que vem do nível central, que dificulta estarem mais próximos da gente também!” (C.L.₇).

Para aquelas unidades de saúde, onde o coordenador local já acumulava experiência anterior em gerência de serviços de saúde, propostas de estabelecimento de metas com a equipe local e posterior avaliação dos resultados obtidos vinham sendo implementadas. Mas, mesmo nestas unidades de saúde, onde a gerência buscava a democratização do planejamento local, apresentando suas necessidades para melhor atender os usuários, o nível regional, segundo os gerentes locais, não respondia satisfatoriamente às expectativas iniciais.

“ O planejamento apontou para a necessidade de contratação de RH, que acabou não acontecendo.” (C.L.₃).

O planejamento local estava desvinculado dos demais níveis hierárquicos da SMS. Por não participar do planejamento global, não se estabeleciam metas comuns nem responsabilização mútua. A exclusão de atores importantes no planejamento setorial acabava sendo levada para o interior das equipes locais de saúde, onde prevalecia, em situações conflituosas, a posição do gerente local.

“...discutia com a equipe (as possibilidades de intervenção no processo de trabalho), mas no final tinha que prevalecer a minha opinião.” (C.L.₃).

A reprodução deste modelo de gestão na relação entre os diferentes níveis hierárquicos da SMS, imprimia, ao gerente local, um *modus operandi* que, somente ao deixar a gerência, vislumbraria a possibilidade de uma construção coletiva e democrática do processo de trabalho.

“Hoje (fora da gerência local), eu faria diferente.” (C.L.₃).

A dificuldade de relação do gerente local com sua equipe de saúde também ocorria mediada por outros fatores que, indiretamente, se relacionavam e reforçavam o modelo de gestão vigente. A inexperiência de alguns coordenadores locais, que foram convidados para o cargo, ficava explícita até na condução do processo de trabalho cotidiano nas unidades de saúde.

“Eu acho que tenho informação até demais. Eu não estou sabendo trabalhar, por conta da inexperiência mesmo...” (C.L.₇).

No entanto, o relacionamento que se estabeleceu dentro das unidades de saúde e entre as diferentes categorias profissionais, foram mediadas por uma

relação de poder em que prevaleceu o 'poder do doutor'.

"O corporativismo médico também presente nas demais categorias profissionais se expressa no processo de trabalho e estabelece um 'poder paralelo,' que dificulta o gerenciamento da unidade de saúde." (C.L.₁).

As reuniões locais que poderiam ser um fórum privilegiado para estabelecer e contratar metas com os profissionais de saúde, transformavam-se em espaços prioritariamente informativos e pouco deliberativos.

"Em reunião de equipe, quando a gente começa a passar 'dados' é difícil para eles (equipe local).. eles começam a sair... não há interesse!" (C.L.₇).

Para estes gerentes, o projeto cidadania, oferecido pelo Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde (CETS), ao trabalhar as relações entre os profissionais de saúde junto às equipes locais contribuía para a integração destas equipes, sendo apontado como uma necessidade do gerenciamento local.

"Não existe mais o cidadania... no meu planejamento eu defendia o cidadania e o CETS mais atuante." (C.L.₇).

O investimento na capacitação gerencial, necessidade também identificada pelos gerentes locais, com experiência anterior adquirida, constituiu-se com o GERUS, num momento de transição ímpar nesta administração municipal, permitindo que se experimentassem mudanças nas relações internas com os trabalhadores de saúde, em suas respectivas unidades locais. Por outro lado, possibilitou o estabelecimento de metas a serem atingidas no processo de trabalho em saúde, que se expressavam, externamente, em resultados mais favoráveis para os usuários destes serviços.

Envolvimento profissional e compromisso com o serviço foram 'indicadores' que passaram a ser utilizados pela equipe técnica local, constituída pelo coordenador e, em geral, por representantes dos trabalhadores destas unidades de saúde, na avaliação do processo de trabalho.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fundamentado na análise do material empírico apresentado no capítulo anterior, como resultado da pesquisa de campo e à luz do referencial teórico inicialmente utilizado, foi possível identificar alguns caminhos a serem trilhados para o entendimento do processo de avaliação e planejamento das unidades básicas de saúde da SAR LESTE.

Para esta análise, fez-se necessário buscar elementos teóricos com enfoque nas organizações e no modelo de gestão, que contribuíram para a discussão destes resultados.

As organizações, numa abordagem tayloriana, são consideradas como conjuntos estáveis, racionais ou que tendem à racionalidade e têm como objetivo a produção de bens ou, no caso da saúde, de serviços: assistência médica, odontológica e psicológica. Neste enfoque a organização é comparada a uma máquina cujas engrenagens funcionam dentro de uma estrutura de previsão e de

manutenção, cujas 'peças', incluindo o recurso humano, são tratadas como insumos, substituíveis e com baixo custo técnico e social.(Enriquez, 1997)

Nesta abordagem, administram-se as equipes de saúde com normas administrativas e padronizações técnicas, cabendo à gerência controlar e regulamentar todo processo de trabalho, retirando do trabalhador a autonomia, a capacidade de responsabilizar-se e de envolvimento com alguma tarefa. (Sousa Campos, 1997b)

Há que se argumentar que se os gerentes locais não estavam capacitados, mesmo num enfoque taylorista, para administrarem os serviços de saúde, por isso a necessidade identificada pelo nível central da Secretaria Municipal de Saúde de uma capacitação gerencial, deve-se dizer também que o quadro gerencial da SAR LESTE apresentava desde gerentes com capacitação e experiência profissional, até coordenadores sem capacitação e (ou) experiência gerencial prévia.

Para enfrentar este primeiro obstáculo é preciso, além de se pensar na capacitação do quadro gerencial, que o GERUS se propôs a fazer, questionar sobre o processo de seleção e indicação dos coordenadores locais, sobre a falta de concurso interno e de avaliação para estes gerentes e, fundamentalmente, sobre o modelo de gestão adotado naquela administração.

Mesmo propostas de análise das organizações de saúde com enfoque na gestão de qualidade, que, segundo Nogueira (1994) vão resultar em modelos assistenciais menos tecnificados e com maior grau de equidade e cobertura, acabam por enfatizar a racionalização dos custos, a produtividade do sistema e o

controle externo de quem executa a ação, apresentando características de uma espécie de neotaylorismo, sem negar a administração autoritária e burocratizante tradicional (Sousa Campos, 1997a).

A possibilidade de eleição de uma abordagem psicanalítica para análise das organizações traz, para reflexão, elementos que surgem do entendimento da organização como um sistema cultural, simbólico e imaginário, em que estão presentes os desejos individuais e coletivos (Enriquez, 1997). Influenciada pela psicanálise, a análise institucional tem um compromisso com a produção de sujeitos, visando aumentar a capacidade de autogestão de grupos organizados (Sousa Campos, 1997b). Nesta abordagem, a interação entre os diferentes 'outros' acaba por expressar a característica do imaginário e do inconsciente que é tão ou mais interessante e operante do que aquela do visível, objeto habitual da investigação sociológica (Enriquez, 1997).

Como um sistema cultural, a organização apresenta uma estrutura de valores e normas que orientam a conduta, atribuem postos e papéis a cumprir para facilitar a construção de uma obra coletiva. Enfim, acaba por estabelecer a cultura da organização. A produção e a reprodução de uma organização pressupõem um sistema simbólico que tem a função de aglutinar os membros da organização, servindo como um sistema de legitimação e de controle afetivo e intelectual. Para que os sistemas simbólico e cultural se estabeleçam, a organização vai produzir um sistema imaginário (Enriquez, 1997).

Nos centros de saúde que constituíam a SAR LESTE, os gerentes locais, no processo de trabalho dentro de suas unidades de saúde, ao atender às

demandas dos demais níveis hierárquicos da secretaria, respondiam pela implementação de ações, programas e projetos, que não necessariamente diziam respeito ao perfil epidemiológico de sua área de cobertura e cujo planejamento nem sempre ocorria naquele nível de atenção. Desta maneira, acabavam por reproduzir um modelo de gestão que não correspondia às expectativas mais incipientes de construção de atores sociais. Mas, ao não permitir que as pessoas deixem-se levar pela sua imaginação criativa em seu trabalho, mesmo numa leitura psicanalítica das organizações, sem se sentirem reprimidas pelas regras imperativas, a organização desautoriza a possibilidade de se criar uma experiência comum, uma vez que a criatividade e a perspectiva de mudança vem se constituir num verdadeiro desafio às normas de funcionamento (Enriquez, 1997).

Por outro lado, quando o gerente priorizava as demandas relativas à estrutura inadequada de sua unidade de saúde, muitas vezes em detrimento da organização do próprio processo de trabalho destes equipamentos sociais, deixava também de refletir sobre os resultados obtidos por estes serviços.

Em busca de adequação da área física, de capacitação técnica dos recursos humanos, regularidade no abastecimento ou na oferta de retaguarda dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, estes gerentes quando não consumidos pelas demandas relativas à estrutura e dispondo de conhecimento técnico necessário, construíam e analisavam os indicadores quantitativos para estes serviços.

Em geral, o uso de indicadores quantitativos na avaliação dos serviços

de saúde é prática comum na maioria destas unidades e 'medem' cobertura e concentração de consultas e programas específicos. Quantificam procedimentos e atendimentos, chegando ao cálculo de produtividade por categoria profissional.

A utilização de indicadores qualitativos em saúde, recurso de uso pontual, não foi apropriada pela maioria dos gerentes no processo de avaliação em todos os níveis hierárquico da SMS. A avaliação da unidade de saúde feita pelo coordenador local e adjetivada pelo próprio gerente como 'empírica', 'informal' e 'subjetiva', acabava dando um caráter de menor importância para a avaliação, quando realizada num enfoque qualitativo.

Trabalhava-se, prioritariamente, com indicadores quantitativos, capazes de 'medir' um coletivo, mas que deixavam de expressar as diferenças e as necessidades individuais. O conjunto destes indicadores que buscam 'quantificar', 'medir' ou 'mensurar' a saúde ou as ações oferecidas não poderia desestimular estes profissionais de saúde, em função gerencial, a se debruçarem sobre as doenças e os óbitos evitáveis com a tecnologia disponível, mesmo que isolados ou numericamente pouco representativos do coletivo.

A análise sob o olhar dos indicadores quantitativos pode significar um incremento pouco representativo no número de casos novos de uma doença ou no total de diagnósticos realizados. Escapa ao crítico, pouco atento, a possibilidade de utilizar metodologias avaliativas que qualifiquem o cuidado em saúde.

Evento sentinela, estudos traçadores, acolhimento, vínculo e responsabilização não precisam ser 'medidos', mas podem 'medir' a qualidade da

atenção prestada em saúde, representar uma mirada sobre o processo de trabalho. Pouco acrescentando nas estatísticas de morbi-mortalidade destes serviços, permitem um refletir e um repensar na prática cotidiana.

O Sistema de Informação adotado para o município de Campinas, permite identificar uma estrutura híbrida, que herdou do MPAS/Inamps a lógica contábil, quantitativa e centralizadora e, do Ministério da Saúde, uma racionalidade campanhista, criadora dos programas verticalizados (Moraes, 1994).

Do MPAS/Inamps, o Sistema de Informação Municipal apreendeu todos os valores que se expressavam quantitativamente no processo de avaliação. Do Ministério da Saúde, a definição das necessidades das áreas e dos subsistemas de informação ocorreu isoladamente, com características de centralização: a) o nível local constitui-se como o principal fornecedor de dados; b) o processo decisório está fora do nível local; c) o nível decisório é o nível central; d) baixa qualidade e fidedignidade das informações; e) baixo grau de utilização da informação na gestão do sistema (Moraes, 1994).

A perspectiva de construção de um modelo assistencial que seja universal, equânime, integral e descentralizado esbarra em dificuldades vivenciadas na sua implementação e aponta numa direção que, se não se constitui, *a priori*, antagônica ao projeto idealizado, mostra-se racionalizador na dotação dos recursos, excludente em diferentes momentos de sua implementação e centralizador na definição de estratégias de implantação.

Combinar métodos de gestão e de planejamento com estratégias de

análise das organizações, capazes de identificar possibilidades de construção de sujeitos sociais, legitimam esforços na busca de modelos democráticos de gestão.

5. SUMMARY

The actual dissertation purposed to perform a study over the evaluation that is made on the Health Public Services on Campinas city.

To meet this, the east area of Campinas was elected and, the choosen period was the quadriennium 93 - 96.

From the performed interviews on the three management levels of Health County Secretary (SMS), i. e. central, local, and sectional levels, it was previewed a triangulation from the several informers, where was stabilished the flow and the intrasectorial interfaces.

The results presentation and discussion were organized on five tematics blocks:

- a) Structure and Organization,
- b) Local Manager,
- c) Information,

d) Evaluation,

e) Decisory Process.

On the studied period, the SMS tryed a global administration re-structure in the county, in the proposal of the activities decentralization with centralization, standardization and procedures control.

This administrative re-structure permitted to create new Health County Secretary: Management and Planning Counsel, Development and Information Department and, Projects and Programs Department.

Beside these new departments intermediary structures were created on the new Regional Action Secretaries (SAR).

This way happened a great gliding distance between the local level (responsible for health action procedures), and the central decisory level.

The adopted mangement model created information with few reliability, delegitimated the evaluations, discouraging the increasing local planning.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAY, L.A. & ANDERSEN R.. Marco teorico para el estudio del acceso a la atencion medica. In: **Investigaciones sobre servicios de salud: una antologia**, Editors: Kerr L. White, Washington, D.C.: OPS, 1992. (Publicación Científica, 534).

CAMPOS, F.E.. Resolutividade: Uma aproximação à avaliação qualitativa dos serviços de saúde. Rio de Janeiro, 1988. (Tese de doutorado da Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ).

CLEARY, P.D. & MCNEIL, B.J.. Patient satisfaction as an indicator of quality care. **Inquiry**, 25: 25-36, 1988.

COHEN, E. & FRANCO, R.. **Avaliação de projetos sociais**. Rio de Janeiro: Vozes, 1993.

CORDEIRO, H.. Avaliação tecnológica em saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, 3: (1): 5-7, Londrina, 1991.

DONABEDIAN, A.. Evaluacion de la calidad de la atencion medica. In: **Investigaciones sobre servicios de salud**: una antologia, Editors: Kerr L. White, Washington, D.C.: OPS, 1992. (Publicación Científica, 534).

ENRIQUEZ, E.. **A organização em análise**. Rio de janeiro: Vozes, 1997.

FRENK, J.. El concepto y la medicion de accesibilidad. In: **Investigaciones sobre servicios de salud**: una antologia, Editors: Kerr L. White, Washington, D.C.: OPS, 1992. (Publicación Científica, 534).

GARCIA, M.A.A.. Atenção primária à saúde: discussão das especificidades de suas práticas e saberes. Campinas, 1991. Dissertação de Mestrado, DMPS/FCM/Unicamp).

HUNTLEY, RR; STEINHAUSER, R.; WHITE, K.L.; WILLIAMS, D.A.M.; PASTERNAK, B.S.. La Calidad de la atencion medica: tecnicas e investigacion en la clinica de pacientes ambulatorios. In: **Investigaciones**

sobre servicios de salud: una antologia, Editors: Kerr L. White, Washington, D.C.: OPS, 1992. (Publicación Científica, 534).

HULKA, B.S. & ZYZANSKI, S.J.. Validacion de una escala de satisfaccion de los pacientes: teoria, metodos y practica. In: **Investigaciones sobre servicios de salud:** una antologia, Editors: Kerr L. White, Washington, D.C.: OPS, 1992. (Publicación Científica, 534).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Contagem populacional 1996.

KESSNER, D.M.; KALK, C.E.; SINGER, J.. Evaluacion de la calidad de la salud por el metodo de los procesos trazadores. In: **Investigaciones sobre servicios de salud:** una antologia, Editors: Kerr L. White, Washington, D.C.: OPS, 1992. (Publicación Científica, 534).

MATUS, C.. Carlos Matus e o planejamento estratégico-situacional. In: MATUS, C.; TESTA, M.; URIBE RIVERA, F.J.. **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico.** São Paulo: Cortez, 1989.

MERHY, E.E.. Em busca da qualidade do serviço de saúde: os serviço de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e

colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: MERHY, E.E.; SOUSA CAMPOS, G.W. de S.; CECILIO, L.C. de O.. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 1994.

MINAYO, M.C. de S.. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 1992.

MORAES, I.H.S.. **Informação em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania**. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec - ABRASCO, 1994.

NEMES, M.I.B.. Ação programática em saúde: recuperação histórica de uma política de programação. In: **Programação em saúde hoje**. Org. Lilia Blima Schraiber. São Paulo, Ed. Hucitec, 1990.

NOGUEIRA, R. P.. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark Ed, 1994.

NOVAIS, H. de M.. **Ações integradas nos sistemas locais de saúde - SILOS: análise conceitual e apreciação de programas selecionados na América Latina**. São Paulo: Livraria Pioneira e Editora, 1990.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Cuidados primários de saúde. Relatório

internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Brasil, UNICEF, 1979.

PÉREZ, R. & IBARRA, A.M.. La evaluación de la satisfacción de la población con los servicios de salud. Cuba. **Rev. Cub. Admón. Salud**: 255-262, 1985, jul/sep.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS - Construindo novos rumos para a administração pública, Campinas, 1996. (Relatório Técnico)

RUIZ CHÁVEZ, M.R.. Los sistemas de evaluación en el sector salud. Límites para su desarrollo. México. **Sal. Públ. Méx.**, XXIII (2): 199-206, 1981.

RUTSTEIN, D.D.; BERENBERG, W.; CHALMERS, T.C.; CHILD III C.G.; FISHMAN, A.P.; PERRIN, E.P.. Como medir la calidad de la atención médica: un método clínico. In: **Investigaciones sobre servicios de salud: una antología**, Editors: Kerr L. White, Washington, D.C.: OPS, 1992. (Publicación Científica, 534).

SALA, A.. Avaliação de programas de saúde. In: **Programação em saúde hoje**. Org. Lilia Blima Schraiber. São Paulo, Hucitec, 1990.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. A expansão da rede de postos de saúde.

Campinas. (Relatório Técnico), 1987. (mimeo)

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Atividades da coordenadoria de epidemiologia, Campinas. (Relatório Técnico), 1995. (mimeo)

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Atribuições do desenvolvimento e apoio à rede de serviços, Campinas. (Relatório Técnico), 1994. (mimeo)

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Informações sobre Campinas para o projeto "ZISG-CAMPINAS", Campinas. (Relatório Técnico), 1993. (mimeo)

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Planejamento do NIP para 1991: localização do sistema de informação e planejamento, Campinas. (Relatório Técnico), 1991. (mimeo)

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Projeto do novo sistema de informação em saúde para a SMS, Campinas. (Relatório Técnico), 1992. (mimeo)

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Relatório anual da Secretaria Municipal de Saúde, Campinas. (Relatório Técnico), 1977. (mimeo)

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Relatório anual da Secretaria Municipal de Saúde, Campinas. (Relatório Técnico), 1978. (mimeo)

- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Relatório anual da Secretaria Municipal de Saúde, Campinas. (Relatório Técnico), 1979. (mimeo)
- SIMEANT, S.. Estudio de la capacidad resolutive de la demanda en atencion de salud a nivel primario (area rural) 1ª e 2ª parte. **Cuadernos Medico-Sociales** 24 (4): 170-84, 1983.
- SOMMERS, P.A.. Participacion activa de los consumidores en el sistema de prestacion de servicios de salud: una evaluacion de la satisfaccion de los pacientes. **Bol. Of. Sanit. Pananam**, 94 (1): 54-75, 1983.
- SOUSA CAMPOS, G. W. de. O anti-taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso, 1997a. (mimeo)
- SOUSA CAMPOS, G. W. de. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: Merhy, E.E.; Onocko, R.. **Agir em saúde** um desafio para o público: 229-266. São Paulo; Buenos Aires: Editora Hucitec; Lugar Editorial, 1997b.
- SOUSA CAMPOS, G. W. de. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Editora Hucitec, 1991.

SOUSA CAMPOS, G. W. de. Considerações sobre a arte e ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: MERHY, E.E.; CAMPOS, G.W. de S.; CECILIO, L.C. de O.. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 1994.

SOUSA CAMPOS, G. W. de. Modelos de atenção e saúde pública: um modo mutante de fazer saúde. Londrina, **Rev. Saúde em Debate**, (37): 16-19, 1992.

SOUZA BRAGA, J. C. & DE PAULA, S. G.. Saúde e previdência: estudos de política social. São Paulo: Cebes - Hucitec, 1981.

STARFIELD, B.. Medicion de los logros de la atencion primaria. In: **Investigaciones sobre servicios de salud**: una antologia, Editors: Kerr L. White, Washington, D.C.: OPS, 1992. (Publicación Científica, 534).

VENEY, J. E. & KALUSNY, A. D.. **Evaluation an decision-making for health services programs**. Englewood Clifis, NJ: Prentice-Hall, 1984.

VUORI, H.. A qualidade de Saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, 3 (1): 17-25, Londrina, 1991.

WINNICOT, D. W.. **Privação e delinquência**. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

7. ANEXOS

ANEXO 1

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

NÍVEL CENTRAL / REGIONAL

- 1) Apresentação - Objetivo - Compromisso com anonimato;
- 2) Descrição do setor/área: estrutura, inserção no organograma da SMS e finalidades;
- 3) Informação: instrumentos de coleta, fluxo da informação, definição dos instrumentos e da informação a ser coletada;
- 4) Programa operacional: definição de ações (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação) e grupos etários vulneráveis;
- 5) Revisões periódicas dos instrumentos;
- 6) Grau de utilização da informação pelos diferentes níveis hierárquicos da SMS;
- 7) Esforço da SMS, para aumentar a capacidade de planejamento e gerenciamento do nível loco-regional;
- 8) Participação do nível loco-regional na definição dos instrumentos de coleta;
- 9) Utilização da informação por representantes formais dos usuários do SUS;
- 10) Espaço para algum comentário e (ou) depoimento.

ANEXO 2

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

NÍVEL LOCAL

1. Apresentação - Objetivo - Compromisso com anonimato;
2. Caracterização da complexidade do C.S. – organização e inserção na rede de serviços;
3. Caracterização do gerente local: formação, capacitação e experiência gerencial;
4. Avaliação / Processo de avaliação: quem/por que avalia, instrumentos utilizados, periodicidade da avaliação;
5. Informação: disponibilidade, fluxo, instrumentos de coleta, definição e revisão dos instrumentos;
6. Utilização da informação no gerenciamento da unidade/ planejamento e tomada de decisão: grau de utilização;
7. Esforço da S.M.S. para aumentar a capacidade de planejamento e gerenciamento do nível local;
8. Utilização da informação por representantes formais dos usuários do SUS;
9. Participação da equipe/usuário/CLS no processo de avaliação e tomada de decisão;
10. Espaço para algum comentário e (ou) depoimento.

ANEXO 3

Quadro 1: População da SAR LESTE

Quadro 2: População do Centro de Saúde Costa e Silva

Quadro 3: População do Centro de Saúde Taquaral

Quadro 4: População do Centro de Saúde São Quirino

Quadro 5: População do Centro de Saúde Jardim Conceição

Quadro 6: População do Centro de Saúde Vila 31 de Março

Quadro 7: População do Centro de Saúde de Sousas

Quadro 8: População do Centro de Saúde de Joaquim Egídio

Quadro 9: População do Centro de Saúde Central

Quadro 1: População da SAR LESTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
DEPARTAMENTO DE INFORMACAO E DESENVOLVIMENTO
COORDENADORIA DE EPIDEMIOLOGIA

POPULACAO ESTIMADA SEGUNDO RESULTADOS DO CENSO/91 (*)
SAR LESTE L

ANO:

91

Faixa Etária	Homens	Mulheres	Total
Menor de 1(**)	0	0	0
0 a 4	8342	7932	16274
5 a 9	8894	8467	17361
10 a 14	9159	8884	18043
15 a 19	8477	8967	17443
20 a 24	9835	10609	20443
25 a 29	10588	11465	22053
30 a 34	9439	10598	20036
35 a 39	7984	8940	16924
40 a 44	6592	7339	13931
45 a 49	5347	5983	11330
50 A 54	4700	5327	10027
54 a 59	4036	4770	8807
60 a 64	3643	4391	8034
65 a 69	2573	3477	6050
70 a 74	1738	2597	4336
Maior de 74	2335	3880	6214
Total	103681	113626	217307
Gestantes		3912	

(*) Corrigido para 1º de julho

(**) Menores de 1 ano não disponível para os setores censitários. Utilizar os dados para Campinas:

Homens: 1878
Mulheres: 1864
Total: 3742

Fonte:

IBGE. Resultados do Censo/91, segundo setores censitários (menores de 1 ano não disponível).
SEADE. Estatísticas do Registro Civil.
SEPLAN. Taxa de crescimento anual por SAR.
DID/SMS. Delimitação das áreas de cobertura dos Centros de Saúde.

TAXA DE CRESCIMENTO SAR LESTE: 1,30% a.a.
TAXA DE NATALIDADE (1.994): 18,00/1.000 hab

Quadro 2: População do Centro de Saúde Costa e Silva

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
DEPARTAMENTO DE INFORMACAO E DESENVOLVIMENTO
COORDENADORIA DE EPIDEMIOLOGIA

POPULACAO ESTIMADA SEGUNDO RESULTADOS DO CENSO/91 (*)

SAR LESTE L
UNIDADE: COSTA E SILVA
ANO: 91

Faixa Etaria	Homens	Mulheres	Total
Menor de 1 (**)	0	0	0
0 a 4	1013	962	1975
5 a 9	1239	1075	2314
10 a 14	1182	1107	2289
15 a 19	1058	1095	2152
20 a 24	1252	1204	2456
25 a 29	1231	1322	2553
30 a 34	1096	1133	2230
35 a 39	942	986	1928
40 a 44	747	847	1595
45 a 49	668	761	1429
50 a 54	653	721	1374
55 a 59	552	609	1161
60 a 64	433	491	923
65 a 69	282	346	628
70 a 74	188	259	447
Maior de 74	216	308	524
Total	12.751	13.226	25.977
GESTANTES	468		

(*) Corrigido para 1º de julho

(**) Menores de 1 ano não disponível para os setores censitários. Utilizar a média de Campinas:

Homens: 233
Mulheres: 220
Total: 452

Fonte:

IBGE. Resultados do Censo/91, segundo setores censitários (menores de 1 ano não disponível).
SEADE. Estatísticas do Registro Civil.
SEPLAN. Taxa de crescimento anual por SAR.
DID/SMS. Delimitação das áreas de cobertura dos Centros de Saúde.

TAXA DE CRESCIMENTO SAR LESTE: 1,30% a.a.

TAXA DE NATALIDADE (1.994): 18,00/1.000 hab

Quadro 3: População do Centro de Saúde Taquaral

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
DEPARTAMENTO DE INFORMACAO E DESENVOLVIMENTO
COORDENADORIA DE EPIDEMIOLOGIA

POPULACAO ESTIMADA SEGUNDO RESULTADOS DO CENSO/91 (*)

SAR LESTE L
UNIDADE: TAQUARAL
ANO: 91

Faixa Etaria	Homens	Mulheres	Total
Menor de 1 (**)	0	0	0
0 a 4	1432	1310	2742
5 a 9	1624	1609	3233
10 a 14	1684	1599	3283
15 a 19	1558	1508	3067
20 a 24	1636	1666	3302
25 a 29	1596	1766	3362
30 a 34	1578	1751	3328
35 a 39	1397	1647	3044
40 a 44	1242	1307	2550
45 a 49	976	1161	2137
50 a 54	898	1052	1951
55 a 59	817	907	1724
60 a 64	788	839	1627
65 a 69	572	699	1272
70 a 74	348	463	811
Maior de 74	484	750	1234
Total	18.632	20.035	38.666
GESTANTES	696		

(*) Corrigido para 1º de julho

(**) Menores de 1 ano não disponível para os setores censitários. Utilizar a média de Campinas:

Homens: 341
Mulheres: 333
Total: 673

Fonte:

IBGE. Resultados do Censo/91, segundo setores censitários (menores de 1 ano não disponível).
SEADE. Estatísticas do Registro Civil.
SEPLAN. Taxa de crescimento anual por SAR.
DID/SMS. Delimitação das áreas de cobertura dos Centros de Saúde.

TAXA DE CRESCIMENTO SAR LESTE: 1,30% a.a.

TAXA DE NATALIDADE (1.994): 18,00/1.000 hab

Quadro 4: População do Centro de Saúde São Quirino

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
DEPARTAMENTO DE INFORMACAO E DESENVOLVIMENTO
COORDENADORIA DE EPIDEMIOLOGIA

POPULACAO ESTIMADA SEGUNDO RESULTADOS DO CENSO/91 (*)

SAR LESTE L
UNIDADE : SAO QUIRINO
ANO: 91

Faixa Etaria	Homens	Mulheres	Total
Menor de 1 (**)	0	0	0
0 a 4	1229	1122	2351
5 a 9	1259	1170	2430
10 a 14	1349	1323	2673
15 a 19	1199	1296	2495
20 a 24	1217	1202	2418
25 a 29	1108	1115	2223
30 a 34	893	1011	1904
35 a 39	890	907	1798
40 a 44	766	833	1599
45 a 49	625	612	1237
50 a 54	508	521	1029
55 a 59	386	403	789
60 a 64	313	309	623
65 a 69	180	208	388
70 a 74	113	133	246
Maior de 74	119	165	284
Total	12.153	12.333	24.486
GESTANTES	441		

(*) Corrigido para 1º de julho

(**) Menores de 1 ano não disponível para os setores censitários. Utilizar a média de Campinas:

Homens:

Mulheres:

Total:

Fonte:

IBGE. Resultados do Censo/91, segundo setores censitários (menores de 1 ano não disponível).

SEADE. Estatísticas do Registro Civil.

SEPLAN. Taxa de crescimento anual por SAR.

DID/SMS. Delimitação das áreas de cobertura dos Centros de Saúde.

TAXA DE CRESCIMENTO SAR LESTE: 1,30% a.a.

TAXA DE NATALIDADE (1.994): 18,00/1.000 hab

Quadro 5: População do Centro de Saúde Jardim Conceição

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
DEPARTAMENTO DE INFORMACAO E DESENVOLVIMENTO
COORDENADORIA DE EPIDEMIOLOGIA

POPULACAO ESTIMADA SEGUNDO RESULTADOS DO CENSO/91 (*)

SAR LESTE L
UNIDADE: CONCEICAO
ANO: 91

Faixa Etaria	Homens	Mulheres	Total
Menor de 1 (**)	0	0	0
0 a 4	1315	1247	2562
5 a 9	1440	1391	2831
10 a 14	1549	1548	3097
15 a 19	1352	1364	2716
20 a 24	1260	1326	2586
25 a 29	1348	1447	2795
30 a 34	1245	1465	2710
35 a 39	1103	1263	2367
40 a 44	1029	1111	2140
45 a 49	815	827	1641
50 a 54	652	693	1346
55 a 59	519	589	1108
60 a 64	421	471	892
65 a 69	264	314	578
70 a 74	182	248	431
Maior de 74	187	313	500
Total	14.683	15.618	30.301
GESTANTES	545		

(*) Corrigido para 1º de julho

(**) Menores de 1 ano não disponível para os setores censitários. Utilizar a média de Campinas:

Homens:

Mulheres:

Total:

Fonte:

IBGE. Resultados do Censo/91, segundo setores censitários (menores de 1 ano não disponível).
269 SEADE. Estatísticas do Registro Civil.
259 SEPLAN. Taxa de crescimento anual por SAR.
527 DID/SMS. Delimitação das áreas de cobertura dos Centros de Saúde.

TAXA DE CRESCIMENTO SAR LESTE: 1,30% a.a.

TAXA DE NATALIDADE (1.994): 18,00/1.000 hab

Quadro 6: População do Centro de Saúde Vila 31 de Março

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
DEPARTAMENTO DE INFORMACAO E DESENVOLVIMENTO
COORDENADORIA DE EPIDEMIOLOGIA

POPULACAO ESTIMADA SEGUNDO RESULTADOS DO CENSO/91 (*)

SAR LESTE L
UNIDADE: 31 DE MARÇO
ANO: 91

Faixa Etaria	Homens	Mulheres	Total
Menor de 1 (**)	0	0	0
0 a 4	154	140	294
5 a 9	158	163	322
10 a 14	148	164	313
15 a 19	155	149	304
20 a 24	195	164	359
25 a 29	161	156	318
30 a 34	143	134	277
35 a 39	94	103	197
40 a 44	92	95	188
45 a 49	78	102	180
50 a 54	100	97	198
55 a 59	50	75	125
60 a 64	66	57	123
65 a 69	39	58	97
70 a 74	15	32	47
Maior de 74	30	48	77
Total	1.679	1.738	3.417
GESTANTES	62		

(*) Corrigido para 1º de julho

Fonte:

(**) Menores de 1 ano não disponível para os setores censitários. Utilizar os dados para Campinas:

Homens: 31
Mulheres: 29
Total: 59

IBGE. Resultados do Censo/91, segundo setores censitários (menores de 1 ano não disponível).
SEADE. Estatísticas do Registro Civil.
SEPLAN. Taxa de crescimento anual por SAR.
DID/SMS. Delimitação das áreas de cobertura dos Centros de Saúde.

TAXA DE CRESCIMENTO SAR LESTE: 1,30% a.a.
TAXA DE NATALIDADE (1.994): 18,00/1.000 hab

Quadro 7: População do Centro de Saúde de Sousas

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
DEPARTAMENTO DE INFORMACAO E DESENVOLVIMENTO
COORDENADORIA DE EPIDEMIOLOGIA

POPULACAO ESTIMADA SEGUNDO RESULTADOS DO CENSO/91 (*)

SAR LESTE L
UNIDADE: SOUSAS
ANO: 91

Faixa Etaria	Homens	Mulheres	Total
Menor de 1 (**)	0	0	0
0 a 4	685	694	1379
5 a 9	793	658	1451
10 a 14	795	691	1485
15 a 19	710	713	1423
20 a 24	685	687	1372
25 a 29	657	622	1280
30 a 34	578	583	1160
35 a 39	525	555	1080
40 a 44	447	472	919
45 a 49	409	379	788
50 a 54	322	282	604
55 a 59	258	250	508
60 a 64	184	205	389
65 a 69	148	147	295
70 a 74	82	109	191
Maior de 74	113	155	268
Total	7.390	7.203	14.592
GESTANTES	263		

(*) Corrigido para 1º de julho

(**) Menores de 1 ano não disponível para os setores censitários. Utilizar a média de Campinas:

Homens: 135
Mulheres: 120
Total: 254

Fonte:

IBGE. Resultados do Censo/91, segundo setores censitários (menores de 1 ano não disponível).
SEADE. Estatísticas do Registro Civil.
SEPLAN. Taxa de crescimento anual por SAR.
DID/SMS. Delimitação das áreas de cobertura dos Centros de Saúde.

TAXA DE CRESCIMENTO SAR LESTE: 1,30% a.a.

TAXA DE NATALIDADE (1.994): 18,00/1.000 hab

Quadro 8: População do Centro de Saúde de Joaquim Egídio

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE INFORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO
COORDENADORIA DE EPIDEMIOLOGIA

POPULAÇÃO ESTIMADA SEGUNDO RESULTADOS DO CENSO/91 (*)

SAR LESTE L

UNIDADE: JOAQUIM EGÍDIO

ANO: 91

Faixa Etária	Homens	Mulheres		Total
Menor de 1 (**)	0	0		0
0 a 4	146	138		284
5 a 9	147	155		302
10 a 14	141	130		271
15 a 19	139	133		272
20 a 24	128	120		248
25 a 29	140	123		263
30 a 34	141	90		231
35 a 39	101	92		192
40 a 44	100	72		171
45 a 49	89	66		155
50 a 54	82	59		141
55 a 59	48	35		83
60 a 64	40	35		75
65 a 69	21	30		51
70 a 74	18	21		39
Maior de 74	26	29		55
Total	1.507	1.327		2.834
GESTANTES	51			

(*) Corrigido para 1º de julho

(**) Menores de 1 ano não disponível para os setores censitários. Utilizar a média de Campinas:

Homens: 28
Mulheres: 22
Total: 49

Fonte:

IBGE. Resultados do Censo/91, segundo setores censitários (menores de 1 ano não disponível).
SEADE. Estatísticas do Registro Civil.
SEPLAN. Taxa de crescimento anual por SAR.
DID/SMS. Delimitação das áreas de cobertura dos Centros de Saúde.

TAXA DE CRESCIMENTO SAR LESTE: 1,30% a.a.

TAXA DE NATALIDADE (1.994): 18,00/1.000 hab

Quadro 9: População do Centro de Saúde Central

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
DEPARTAMENTO DE INFORMACAO E DESENVOLVIMENTO
COORDENADORIA DE EPIDEMIOLOGIA

POPULACAO ESTIMADA SEGUNDO RESULTADOS DO CENSO/91 (*)

SAR LESTE L
UNIDADE: CENTRO
ANO: 91

Faixa Etaria	Homens	Mulheres	Total
Menor de 1 (**)	0	0	0
0 a 4	2282	2227	4509
5 a 9	2133	2138	4271
10 a 14	2207	2208	4415
15 a 19	2213	2606	4819
20 a 24	3370	4135	7505
25 a 29	4256	4800	9056
30 a 34	3677	4323	7999
35 a 39	2855	3287	6142
40 a 44	2099	2517	4616
45 a 49	1632	2004	3635
50 a 54	1433	1836	3270
55 a 59	1363	1848	3211
60 a 64	1361	1938	3299
65 a 69	1041	1642	2683
70 a 74	777	1308	2085
Maior de 74	1141	2080	3220
Total	33.839	40.897	74.735
GESTANTES	1.345		

(*) Corrigido para 1º de julho

(**) Menores de 1 ano não disponível para os setores censitários. Utilizar a média de Campinas:

Homens: 619
Mulheres: 679
Total: 1.300

Fonte:

IBGE. Resultados do Censo/91, segundo setores censitários (menores de 1 ano não disponível).
SEADE. Estatísticas do Registro Civil.
SEPLAN. Taxa de crescimento anual por SAR.
DID/SMS. Delimitação das áreas de cobertura dos Centros de Saúde.

TAXA DE CRESCIMENTO SAR LESTE: 1,30% a.a.
TAXA DE NATALIDADE (1.994): 18,00/1.000 hab

ANEXO 4

Subsistema de mortalidade

A informação epidemiológica relativa a mortalidade era obtida a partir da cópia da declaração de óbitos emitida pelo Serviço Técnico Municipal (SETEC), cujos dados sofre análise de consistência e correção antes de serem processados. Eram emitidos dois relatórios mensais por área de abrangência dos Centros de Saúde com os dados básicos constante da declaração de óbitos. Estes relatórios eram enviados mensalmente às Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Também com a periodicidade mensal era produzido um relatório denominado Diagnóstico Básico com os dados acumulados dos óbitos ocorridos ao longo do período. Fornece informações acerca da mortalidade por faixa etária, por causa básica e mortalidade proporcional (Curva de Nelson Moraes) dentro da área de abrangência de cada Centro de Saúde. O gerente local recebia as informações de sua UBS; a coordenação regional de saúde recebia as informações do município como um todo e das quatro Secretaria de Ação Regional (SAR).

Outro produto são os boletins de mortalidade que trabalham dados por temas específicos dentro do município, comparando-os com o de outros países, estados e regiões. Os temas como mortalidade infantil, óbitos evitáveis e óbitos em adolescentes são analisados por área de abrangência e enviados não só aos coordenadores das unidades locais, como também aos médicos em geral, via mala direta.

Subsistema de Nascidos Vivos

Era um conjunto de informações importantes, tanto para se ter um diagnóstico de saúde, como principalmente para uma intervenção em saúde.

À partir de 1994, iniciou-se o trabalho com as Declarações de Nascidos Vivos (DN) desmembrados por área de abrangência por Centro de Saúde.

As declarações de nascidos vivos eram encaminhadas, via Escritório Regional de Saúde (ERSA), à Secretaria Municipal de Saúde pelos hospitais e maternidades que prestavam assistência ao parto. O fluxo e processamento destas informações e o conseqüente repasse destes relatórios para o nível local, torna o processo moroso, dificultando assim a agilização das ações de saúde voltadas para o recém-nascido.

Subsistema Agravos Notificáveis

Sua implantação se deu a partir de janeiro de 1995 quando o nível local passou a preencher as fichas de notificação de agravos em substituição as anteriores (SV2 e SV3). Estas fichas eram processadas no nível regional e repassadas ao DID para serem aglutinadas às demais SAR, gerando uma informação global do município. Depois de condensadas, retornavam à SAR e ao nível local.

Este subsistema aceita qualquer agravo que se queira notificar, não ficando limitado às doenças de notificação compulsória. A devolução da informação para o nível local ainda não havia ocorrido.

Subsistema de Informação de Base Territorial

Processava todas as informações epidemiológicas sobre uma base geográfica, referenciando as ocorrências por área de abrangência dos Centros de Saúde.

Subsistema de Informação de Acidentes de Trabalho

Este subsistema ainda não havia sido implantado para o município como um todo, uma vez que se prioriza a coleta e processamento dos dados a partir do Ambulatório de Saúde do Trabalhador.

Subsistema de Informações Demográficas

Emitia relatórios a partir dos dados populacionais do Censo de 1991, por área de abrangência dos Centros de Saúde e por SAR.

Subsistema de Câncer de Base Populacional

Consistia num banco de dados das neoplasias notificadas no município de Campinas, e oferecia ao nível loco-regional, informações acerca de usuários do SUS por área de abrangência.

ANEXO 5

Planilha de Avaliação

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE CAMPINAS		F-1
AVALIACAO DAS ATIVIDADES OFERECIDAS E DESENVOLVIDAS PELAS UNIDADES MUNICIPAIS DE SAUDE		

DEPARTAMENTO:			
DIVISÃO:			
UNIDADE DE SAÚDE:			
DATA DO PREENCHIMENTO			CÓDIGO:

I T E M S A V A L I A D O S		PONTUAÇÃO RECEBIDA		PONTUAÇÃO FINAL
1- ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE		SIM	NÃO	
1.1- A UNIDADE PERMANECE ABERTA DAS 7:00 hs AS 19:00 hs ININTERRUPTAMENTE				
1.2- A UNIDADE PERMANECE ABERTA ALÉM DO HORÁRIO INDICADO ACIMA (3º TURNO, SAI, DOM)				
1.3- HÁ PRONTO ATENDIMENTO AS CRIANÇAS E/OU ADULTOS DURANTE TODO O PERÍODO DE FUNCIONAMENTO DA UNIDADE				
1.4- HÁ ATENDIMENTO BÁSICO DE ENFERMAGEM DURANTE TODO O PERÍODO DE FUNCIONAMENTO DA UNIDADE, OFERECENDO ATIVIDADES DE:	1.4.1- VACINAÇÃO			
	1.4.2- CURATIVOS			
	1.4.3- INALAÇÃO			
	1.4.4- APLICAÇÃO DE INJEÇÕES			
1.5- HÁ AGENDAMENTO DE CONSULTAS COM DIAS E HORAS MARCADAS NAS ÁREAS DE:	1.5.1- PEDIATRIA			
	1.5.2- GINECO-OBSTETRÍCIA			
	1.5.3- CLÍNICA MÉDICA			
	1.5.4- PSIQUIATRIA			
	1.5.5- ODONTOLOGIA			
1.6- HÁ REUNIÕES DE EQUIPE COM CRONOGRAMA E PAUTAS PREVIOS, DISCUTINDO OS PROBLEMAS DO SERVIÇO E OS "INDICADORES E DADOS GERENCIAIS"				
1.7- O CONSELHO LOCAL DE SAÚDE FUNCIONA COM A PARTICIPAÇÃO DE REPRESENTANTES DOS USUÁRIOS E, COM CRONOGRAMA DE REUNIÕES E PAUTAS PREVIAMENTE DEFINIDAS				
1.8- A UNIDADE REALIZA PLANO ANUAL, INDICANDO PROBLEMAS A SEREM RESOLVIDOS E OPERAÇÕES E AÇÕES A SEREM DESENVOLVIDAS, COM VISTAS AO Atingimento DE METAS				
2- ATIVIDADES PROGRAMÁTICAS				
2.1- SÃO OFERECIDAS ATIVIDADES DE VACINAÇÃO SEGUNDO NORMAS EM:	2.1.1- ESQUEMA BÁSICO DE VACINAÇÃO			
	2.1.2- FEBRE AMARELA			
	2.1.3- ANTI-TÍFICA			
	2.1.4- MENINGITE			
2.2- COM RELAÇÃO AO ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL, SÃO OFERECIDAS ATIVIDADES DE:	2.2.1- AGENDAMENTO DE CONSULTAS			
	2.2.2- PRONTO ATENDIMENTO			
	2.2.3- ATENDIMENTO DE EGRESSOS DA ÁREA			
	2.2.4- ATENDIMENTOS EM GRUPOS			
2.3- REALIZA ATENDIMENTO DE SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS:	2.3.1- REALIZA PESQUISA DE SINTOMÁTICOS			
	2.3.2- REALIZA TRATAMENTO E CONTROLE			
2.4- REALIZA ATENDIMENTO DE HANSENÍASE:	2.4.1- REALIZA PESQUISA			
	2.4.2 - REALIZA TRATAMENTO E CONTROLE			

I T E N S A V A L I A D O S		PONTUAÇÃO RECEBIDA		PONTUAÇÃO FINAL
2- ATIVIDADES PROGRAMÁTICAS (continuação)		SIM	NÃO	
2.5-	NÃO AGENDAMENTO DE CRIANÇAS MENORES DE 02 ANOS PARA ACOMPANHAMENTO DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO, SEGUNDO NORMAS E ATIVIDADES DEFINIDAS			
2.6-	SÃO OFERECIDAS ÀS MULHERES DA ÁREA TODOS OS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS (NA PRÓPRIA UNIDADE E, QUANDO FOR O CASO, MEDIANTE ENCAMINHAMENTO)			
2.7-	SÃO OFERECIDAS AÇÕES EDUCATIVAS EM CONTRACEPÇÃO ATRAVÉS DE TRABALHO EM GRUPO E/OU ATENDIMENTO INDIVIDUAL			
2.8-	NÃO ATENDIMENTO PRÉ-NATAL DESENVOLVIDO SEGUNDO DIRETRIZES E NORMAS DEFINIDAS			
2.9-	SÃO REALIZADAS AÇÕES DE PREVENÇÃO DE CA CERVICO-UTERINO E DE MAMA, EM TODO O PERÍODO DE FUNCIONAMENTO DA UNIDADE			
2.10	NÃO ATENDIMENTO ÀS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E, QUANDO FOR O CASO, MEDIANTE ENCAMINHAMENTO			
2.11-	EXISTE UM PLANEJAMENTO E UMA ORGANIZAÇÃO ESPECÍFICA PARA O ATENDIMENTO DE PACIENTES HIPERTENSOS E DIABÉTICOS			
2.12-	SÃO DESENVOLVIDAS ATIVIDADES DE PROGRAMA DE SAÚDE DO TRABALHADOR COM PREENCHIMENTO DA DOCUMENTAÇÃO PADRONIZADA			
2.13- SÃO DESENVOLVIDAS ATIVIDADES DE SAÚDE BUCAL, ATRAVÉS DE:	2.12.1- PROCEDIMENTO INDIVIDUAL			
	2.12.2- PROCEDIMENTOS COLETIVOS			
	2.12.3- MANUTENÇÃO ADEQUADA DE INSTRUM.			
	2.12.4- ESTERILIZAÇÃO ADEQUADA INSTRUM.			
	2.12.5- PARTICIPAÇÃO EM REUNIÕES DO C.S.			
	2.12.6- PROCEDIMENTOS COLETIVOS III			
3- AÇÕES DE VIGILÂNCIA				
3.1-	A UNIDADE PREENCHE CORRETAMENTE E ENVIÀ OS IMPRESSOS SUE2, SUE3, SUE7, PE E ESTUDOS DE COORTE			
3.2-	A UNIDADE REALIZA INVESTIGAÇÃO E CONTROLE DE RUA ATRAVÉS DA REALIZAÇÃO ADEQUADA DAS AÇÕES PREVISTAS			
3.3-	A UNIDADE REALIZA INVESTIGAÇÃO E CONTROLE DOS CASOS POR ELA NOTIFICADOS			
3.4- A UNIDADE REALIZA VISITAS SANITÁRIAS A:	3.4.1- CRECHES E ESCOLAS			
	3.4.2- ESTABELECIMENTOS COMERCIAIS			
	3.4.3- ESTABELECIMENTOS INDUSTRIAIS			
	3.4.4- MEIO AMBIENTE			
3.5-	A UNIDADE REALIZA LEVANTAMENTO DE SUA ÁREA DE COBERTURA, IDENTIFICANDO PROBLEMAS POTENCIAIS LIGADOS AO SANEAMENTO E À POLUIÇÃO AMBIENTAL			
4- ATENDIMENTO POR PROFISSIONAIS DE NÍVEL UNIVERSITÁRIO				
4.1-	AS ANOTAÇÕES DAS CONDUITAS MÉDICAS EM PROMITÓRIO APRESENTAM NO MÍNIMO: - DADOS POSITIVOS DA DOENÇA ATUAL - DADOS POSITIVOS DO EXAME FÍSICO - DADOS ANTROPOMÉTRICOS (crianças) E VITAIS (adultos) - HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E CONDUITAS - ENCAMINHAMENTOS - ACOMPANHAMENTO DOS RETORNOS			
4.2- OS MÉDICOS REALIZAM	4.2.1- VISITA DOMICILIAR			
	4.2.2- EDUCAÇÃO EM SAÚDE			
	4.2.3- PROCEDIMENTOS MAIS COMUNS EM	4.2.3.1- PELE, SUBCUT, MUC.		
		4.2.3.2- O.R.L.		
		4.2.3.3- CIB. AMBULATOR.		
		4.2.3.4- S.A.B.T. -60		
	4.2.4- AT. EM GRUPO DE ORIENTAÇÃO			
	4.2.5- AT. EM GRUPO TERAPÊUTICO			

I T E M S A V A L I A D O S			PONTUAÇÃO RECEBIDA		PONTUAÇÃO FINAL
4- ATENDIMENTO POR PROFISSIONAIS DE NÍVEL UNIVERSITÁRIO (continuação)			SIM	NÃO	
4.3- OS PROFISSIONAIS NÃO MÉDICOS DE NÍVEL SUPERIOR REALIZAM:	4.3.1- VISITA DOMICILIAR				
	4.3.2- EDUCAÇÃO EM SAÚDE				
	4.3.3- AT. EM GRUPO DE ORIENTAÇÃO				
	4.3.4- AT. EM GRUPO TERAPÊUTICO				
	4.3.5- ATENDIMENTO INDIVIDUAL				
4.4- AS ENFERMEIRAS, ALÉM DAS ATIVIDADES DESCRITAS NO ITEM ACIMA, REALIZAM:	4.4.1- VISITA SANITÁRIA				
	4.4.2- SUPERVISÃO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM				
	4.4.3- CURATIVOS, APLICAÇÕES ENDOVENOSAS, ETC.				
5- ATENDIMENTO POR PROFISSIONAIS DE NÍVEL MÉDIO E ELEMENTAR					
5.1- OS PROFISSIONAIS DE NÍVEL MÉDIO E ELEMENTAR REALIZAM:	5.1.1- VISITA SANITÁRIA				
	5.1.2- VISITA DOMICILIAR				
	5.1.3- ATENDIMENTO EM GRUPO				
	5.1.4- ATENDIMENTO INDIVIDUAL				
	5.1.5- IMOBILIZAÇÃO				
	5.1.6- TOMADA DE P.A. E OUTROS DADOS VITAIS				
	5.1.7- T.R.O.				
	5.1.8- SOROTERAPIA				
	5.1.9- COLETA DE MATERIAL DE ANÁLISES CLÍNICAS				
	5.1.10- COLETA C.O.				
	5.2.11- AVALIAÇÃO DE ACUIDADE VISUAL				
	5.2.12- E.C.G.				
	5.2.13- OUTROS PROCEDIMENTOS				
6- ATIVIDADES ADMINISTRATIVO-GERENCIAIS					
6.1- A UNIDADE REALIZA OS ENCAMINHAMENTOS ADMINISTRATIVOS PARA:	6.1.1- FREQUÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS				
	6.1.2- FÉRIAS, AZÓIOS E LICENÇAS				
	6.1.3- AVALIAÇÃO DE PERÍODO PROBATÓRIO				
	6.1.4- PREVISÃO DE RECURSOS MATERIAIS				
	6.1.5- CONTROLE DE RECURSOS MATERIAIS	6.1.5.1- MEDICAMENTOS			
		6.1.5.2- MAT. ENFERMAGEM			
		6.1.5.3- MAT. ODONTOLÓGICO			
		6.1.5.4- MAT. LIMP, ESCRIT, ETC			
	6.1.6- MANUTENÇÃO DE EQUIPAM, MOBILIÁRIO, ESPAÇO FIS				
6.2- A UNIDADE REALIZA DISTRIBUIÇÃO ADEQUADA DA EQUIPE ENTRE OS PERÍODOS DE SEU FUNCIONAMENTO, LEVANDO EM CONTA A DEMANDA REPERCUTIDA E A DISPONIBILIDADE DE ESPAÇO FÍSICO					
6.3- A UNIDADE AVALIA OS PROCESSOS DE TRABALHO DESENVOLVIDOS PELA EQUIPE, COM O OBJETIVO DE ADEQUÁ-LOS AS NECESSIDADES DAS DEMANDAS E A MELHORIA CONSTANTE DA QUALIDADE DAS AÇÕES E ATIVIDADES OFERECIDAS					
6.4- A UNIDADE DISTRIBUI E DELEGA FUNÇÕES E TAREFAS PARA OTIMIZAR SEUS RECURSOS HUMANOS					
6.5- A UNIDADE REALIZA AVALIAÇÕES TÉCNICAS DOS FUNCIONÁRIOS					
6.6- A EQUIPE SE ORGANIZA PARA DISCUTIR A DIMINUIÇÃO DO ABSENTEISMO E O PLANEJAMENTO DAS FÉRIAS DOS FUNCIONÁRIOS					

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS
--

AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES OFERECIDAS E RESENVOLVIDAS PELAS UNIDADES MUNICIPAIS DE SAÚDE

DISCUSSÃO DA AVALIAÇÃO REALIZADA, COM A EQUIPE DA UNIDADE DE SAÚDE

DATA DA REUNIÃO			
------------------------	--	--	--

PROFISSIONAIS PRESENTES NA REUNIÃO -

JUSTIFICATIVAS PARA MUDANÇAS NAS PONTUAÇÕES OBTIDAS (quando for o caso) -

PROPOSTAS DE MELHORIA E/OU REORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES ACORDADAS COM A EQUIPE -

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS		F-2
AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES OFERECIDAS E DESENVOLVIDAS PELAS UNIDADES MUNICIPAIS DE SAÚDE		

DEPARTAMENTO:				
DIVISÃO:				
UNIDADE DE SAÚDE:				
DATA DO PREENCHIMENTO			CENTRO DE CUSTO	

ITEM	PONT. FINAL	ITEM	PONT. FINAL	ITEM	PONT. FINAL
1.1		2.11.2		5.1.2	
1.2		2.11.3		5.1.3	
1.3		2.11.4		5.1.4	
1.4.1		2.11.5		5.1.5	
1.4.2		2.11.6		5.1.6	
1.4.3		SUB-TOT 2		5.1.7	
1.4.4		3.1		5.1.8	
1.5.1		3.2		5.1.9	
1.5.2		3.3		5.1.10	
1.5.3		3.4.1		5.1.11	
1.5.4		3.4.2		5.1.12	
1.5.5		3.4.3		5.1.13	
1.6		3.4.4		SUB-TOT 5	
1.7		3.5		6.1.1	
1.8		SUB-TOT 3		6.1.2	
SUB-TOT 1		4.1		6.1.3	
2.1.1		4.2.1		6.1.4	
2.1.2		4.2.2		6.1.5.1	
2.1.3		4.2.3.1		6.1.5.2	
2.1.4		4.2.3.2		6.1.5.3	
2.2.1		4.2.3.3		6.1.5.4	
2.2.2		4.2.3.4		6.1.6	
2.2.3		4.2.4		6.2	
2.3.1		4.2.5		6.3	
2.3.2		4.3.1		6.4	
2.4.1		4.3.2		6.5	
2.4.2		4.3.3		6.6	
2.5		4.3.4		SUB-TOT 6	
2.6		4.3.5		RESUMO SUB-TOTAIS	
2.7		4.4.1		1	4
2.8		4.4.2		2	5
2.9		4.4.3		3	6
2.10		SUB-TOT 4		TOTAL	
2.11.1		5.1.1		GERAL	

DATA E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL:

ANEXO 6

Planilhas de Produção

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PLANILHA DE PRODUÇÃO / ODONTOLÓGICA

UNIDADE

CÓDIGO

ÁREA

PÁGINA

LOTE (USO DID)

DATA

MATRÍCULA

ESPECIALID.

NOME PROFISSIONAL

NP	NOME DO USUÁRIO	F. FAMILIAR/IDENT.	SX	IDADE	1 AT	A	TC	E	Nº	PROCEDIMENTO
01									01	
02									02	
03									03	
04									04	
05									05	
06									06	
07									07	
08									08	
09									09	
10									10	
11									11	
12									12	
13									13	
14									14	
15									15	
16									16	
17									17	
18									18	
19									19	

LEGENDA

SX - SEXO

1 - Masculino

2 - Feminino

1 AT - 1º ATENDIMENTO/ANO

1 - Sim

2 - Não

A - ATENDIMENTO

1 - Urgência

2 - Inicial de Programa

3 - Retorno de Programa

4 - Eventual

TC - TRATAMENTO COMPLETADO

1 - Sim

2 - Não

E - ENCAMINHAMENTO

0 - Nenhum

1 - SADT

2 - Especialidade

3 - Pronto Socorro

4 - Internação

5 - SADT/Especialidade

6 - Outras

ÁREA

310 - CONSULTÓRIO TRADICIONAL ESCOLAR COM ACD

311 - CONSULTÓRIO TRADICIONAL ESCOLAR SEM ACD

320 - CLÍNICAS MODULARES TRANSP. - ESCOLAR

330 - CONSULTÓRIO TRADICIONAL COMUNITÁRIO COM ACD

331 - CONSULTÓRIO TRADICIONAL COMUNITÁRIO SEM ACD

340 - CLÍNICAS MODULARES FIXAS - COMUNITÁRIA

VISTO DO PROFISSIONAL

VISTO DO CONFERENTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PLANILHA DE PRODUÇÃO / ATENDIMENTO DE NÍVEL MÉDIO

UNIDADE	CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO	DATA	PÁGINA	LOTE (USO D I D)

Nº	MATR./FUNC.	NOME DO USUÁRIO	SX.	IDADE	ÁREA	Nº	PROCEDIMENTO	QUANTIDADE	A	E	CÓD.	ÁREA
01		COLETA MATERIAL DE LABORAT.	-	-	-	01	0 6 4 0 8 0				010	ATENDIMENTO DOMICILIAR
02						02		0 0 0 0			100	CRIANÇAS - ATÉ 14 ANOS
03						03		0 0 0 0			101	ADOLESCENTES
04						04		0 0 0 0			200	ADULTOS/IDOSOS
05						05		0 0 0 0			201	HIPERTENSÃO
06						06		0 0 0 0			202	DIABETES
07						07		0 0 0 0			203	HIPERTENSÃO/DIABETES
08						08		0 0 0 0			300	SAÚDE BUCAL
09						09		0 0 0 0			400	GINECOLOGIA
10						10		0 0 0 0			401	GESTANTE 1º AT.
11						11		0 0 0 0			402	GESTANTE RETORNO
12						12		0 0 0 0			403	PUERPÉRIO
13						13		0 0 0 0			500	SAÚDE MENTAL
14						14		0 0 0 0			501	SAÚDE MENTAL - 1º AT.
15						15		0 0 0 0			600	SAÚDE DO TRABALHADOR
16						16		0 0 0 0			601	TRABALHADOR CAT
17						17		0 0 0 0			602	TRABALHADOR DOENÇAS PROFSSIONAIS
18						18		0 0 0 0			701	MUNIZAÇÃO - PNI
											801	AVAL. SURTOS/EPIDEMIAS - DOENÇAS NOTIF.
											851	HANSEN / PACIENTE
											852	HANSEN / COMUNICANTE
											861	TBC/PACIENTE
											862	TBC/COMUNICANTE
											871	SIDA/PACIENTE
											872	SIDA/COMUNICANTE
											873	SIDA/PORTADOR
											900	CONTROLE MEIO AMBIENTE/AVAL. SANITÁRIA
											999	LAUDOS, CARTERIAS DE SAÚDE, PERÍCIA

LEGENDA	SX = SEXO	A = TIPO DE ATENDIMENTO	E = ENCAMINHAMENTO
1 - MASCULINO	1 - URGÊNCIA	1 - NENHUM	0 - NENHUM
2 - FEMININO	2 - EVENTUAL	3 - RETORNO	1 - SADT
	3 - ATENDIMENTO PROGRAMADO	4 - ATENDIMENTO PROGRAMADO	
		5 - PRONTO SOCORRO	2 - ESPECIALIDADE
		6 - SAOT/ESPECIALIDADE	4 - INTERNAÇÃO
			5 - SAOT/ESPECIALIDADE
			9 - OUTROS

VISTO DO RESPONSÁVEL

VISTO DO CONFERENTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PLANILHA DE PRODUÇÃO / IMUNIZAÇÃO

UNIDADE	CÓDIGO	PÁGINA	LEGENDA
TIPO DE IMUNIZAÇÃO 1 - ROTINA 2 - INTENSIFICAÇÃO 3 - BLOQUEIO		LOTE (USO DID)	GST = GESTANTE 1 - SIM 2 - NÃO
DATA			

CONTRA PÓLIO Nº LOTE:	100	DPT Nº LOTE:	200	SARAMPO Nº LOTE:	300	DUPLA INFANTIL Nº LOTE:	400
BCG Nº LOTE:	500	DUPLA ADULTO Nº LOTE:	600	TOX. TETÂNICO Nº LOTE:	700	FEBRE AMARELA Nº LOTE:	800
ANTI-RÁBICA Nº LOTE:	910	ANTI-TÍFICA Nº LOTE:	920	MENINGITE Nº LOTE:	930	TRIPICEVIRAL Nº LOTE:	941
HEPATITE B Nº LOTE:	950	OUTRAS Nº LOTE:		OUTRAS Nº LOTE:		OUTRAS Nº LOTE:	

MATR./FUNC.	Nº	NOME DO USUÁRIO	IDADE	GST	VACINA/DOSE	MATRÍCULA	Nº	NOME DO USUÁRIO	IDADE	GST	VACINA/DOSE
	01						13				
	02						14				
	03						15				
	04						16				
	05						17				
	06						18				
	07						19				
	08						20				
	09						21				
	10						22				
	11						23				
	12						24				

VISTO DO RESPONSÁVEL PELO PROGRAMA DE IMUNIZAÇÃO

VISTO DO CONFERENTE

MP. GRF. MA

Leis e Decretos - Prefeitura Municipal de Campinas

Anexo 7. Lei Nº 1441 de 02/01/56

Anexo 8. Lei Nº 1658 de 06/12/56

Anexo 9. Lei Nº 2811 de 16/01/63

Anexo 10. Lei Nº 3043 de 19/05/64

Anexo 11. Lei Nº 3533 de 12/12/66

Anexo 12. Lei Nº 3707 de 13/11/68

Anexo 13. Decreto Nº 3160 de 27/05/68

Anexo 14. Lei Nº 4426 de 21/10/74

Anexo 15. Decreto Nº 6610 de 19/08/81

Anexo 16. Decreto Nº 7511 de 06/12/82

Anexo 17. Decreto Nº 7735 de 09/05/83

Anexo 18. Decreto Nº 7965 de 20/12/83

Anexo 19. Decreto Nº 8599 de 18/09/85

Anexo 20. Decreto Nº 11988 de 09/10/95

Anexo 21. Decreto Nº 12171 de 14/03/96

Anexo 22. Decreto Nº 12338 de 11/09/96