

Vanessa Ferreira Bento

**PROPOSTA DE INSTRUMENTO DE GESTÃO PARA
MONITORAR O DESEMPENHO DE UNIDADES BÁSICAS DE
SAÚDE**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-graduação em Administração da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Mestre em Administração.

Orientador: Prof. Dr. Rolf Hermann Erdmann

Florianópolis
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Bento, Vanessa Ferreira

Proposta de instrumento de gestão para monitorar o desempenho de Unidades Básicas de Saúde / Vanessa Ferreira Bento ; orientador, Rolf Hermann Erdmann - Florianópolis, SC, 2016.
121 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio-Econômico. Programa de Pós-Graduação em Administração.

Inclui referências

1. Administração. 2. Gestão. 3. Unidade Básica de Saúde. 4. Indicadores de desempenho. 5. Monitoramento de desempenho. I. Erdmann, Rolf Hermann. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Administração. III. Título.

Vanessa Ferreira Bento

**PROPOSTA DE INSTRUMENTO DE GESTÃO PARA
MONITORAR O DESEMPENHO DE UNIDADES BÁSICAS DE
SAÚDE**

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de “Mestre em Administração”, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-graduação em Administração da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 30 de setembro de 2016.

Prof. Marcus Venicius Andrade de Lima, Dr.
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Administração

Banca Examinadora:

Prof. Rolf Hermann Erdmann, Dr.
Orientador
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Gabriela Gonçalves Silveira Fiates, Dr.^a
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Andressa Sasaki Vasques Pacheco, Dr.^a
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Darlan José Roman, Dr.
Universidade do Oeste de Santa Catarina

AGRADECIMENTOS

Ao final desta etapa, fica a certeza de que nada seria possível não fosse a ajuda dos seres especiais que Deus colocou em meu caminho.

Agradeço à colega de grupo de pesquisa, Vivian Osmari Uhlmann, que se revelou uma grande amiga, por sua ajuda desde o projeto de pesquisa, a quem recorri incontáveis vezes e sempre obtive o apoio solicitado. Minha co-orientadora informal, já que pelas regras do programa de pós-graduação não foi possível oficializá-la como tal;

Aos demais colegas do grupo de pesquisa, aos quais também recorri para esclarecimento de dúvidas e que me motivavam sempre que o desânimo aparecia. Em especial, à Andreia Maria Berto e ao Pedro Primo Bristot pelas contribuições essenciais que deram ao trabalho e à Beatriz Marcondes de Azevedo pelo incentivo para que eu tentasse a seleção para o mestrado;

Aos meus pais, pelo apoio incondicional que me permite buscar e conquistar todos os desafios a que me proponho;

Ao meu noivo, Marcio, por estar sempre ao meu lado e por acreditar mais em mim do que eu mesma;

Aos meus irmãos e à Natália Geraldo, por toda ajuda e torcida;

Ao meu orientador, Professor Dr. Rolf Hermann Erdmann pelos ensinamentos, pela paciência, pelo incentivo e pelo apoio sempre que precisei;

Aos professores que gentilmente aceitaram participar da banca de qualificação e de defesa – Dra Andressa Sasaki Vasques Pacheco, Dra. Gabriela Gonçalves Silveira Fiates e Dr. Darlan José Roman, pelas preciosas contribuições dadas para o aprimoramento da dissertação;

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Administração da UFSC (PPGA/UFSC) e à secretaria do PPGA/UFSC;

À CAPES, pelo apoio financeiro;

Aos familiares e amigos, por compreenderem minhas ausências nesse período;

Agradeço, ainda, aos profissionais que cederam um pouco do seu tempo para participar da pesquisa por meio de entrevistas.

Por fim, agradeço àqueles que porventura eu tenha esquecido de mencionar.

RESUMO

A rede de atenção básica é a porta de entrada do usuário ao sistema público de saúde brasileiro. Quanto maior sua resolutividade de atendimento, melhor a saúde da população e menor o número de atendimentos nos serviços de maior complexidade do sistema, que são mais onerosos. Nesse sentido, as Unidades Básicas de Saúde - UBS são estabelecimentos que compõem a rede de atenção básica e que são caracterizados pelo atendimento de uma população específica em um território definido, o que as qualifica como protagonistas na identificação de demandas e necessidades de saúde prioritárias em seu território. Uma maneira de aprimorar o desempenho é por meio do monitoramento constante de informações tidas como fundamentais para a gestão diária desses estabelecimentos por parte dos gestores de saúde. Nesse contexto, este estudo propõe um instrumento para o monitoramento do desempenho de estabelecimentos de atenção básica por parte dos gestores municipais de saúde. A estratégia de pesquisa adotada foi o estudo de caso, a coleta de dados foi feita por pesquisa bibliográfica e entrevistas e os dados foram analisados por meio de análise de conteúdo. As entrevistas confirmaram a premissa de que, embora existam muitos indicadores, os mesmos são dispersos e não possuem foco na melhoria da gestão da UBS. Assim, apesar de o sistema de informação utilizado congregar muitas informações, informações simples, como o perfil epidemiológico da UBS analisada, não são conhecidas. Para a elaboração do instrumento de monitoramento, foram confrontados os indicadores encontrados na pesquisa bibliográfica e os indicadores obtidos a partir das entrevistas, chegando-se a um conjunto de 29 indicadores, que foram alocados em 13 categorias de análise representativas de um sistema de produção, já que no presente estudo considera-se que toda organização é um sistema de produção. Assim, chega-se a uma planilha capaz de calcular um índice que representa o desempenho da UBS. Sugere-se, ainda, uma forma de aplicação desse conjunto para a avaliação do sistema, por meio da atribuição de notas para cada indicador, de acordo com o atingimento das metas previamente estabelecidas. Espera-se que o instrumento desenvolvido contribua para aprimorar o desempenho das UBS e, conseqüentemente, para que a atenção básica seja efetivamente o eixo coordenador do SUS.

Palavras-chave: Gestão. Unidade Básica de Saúde. Indicadores de desempenho. Monitoramento de desempenho.

ABSTRACT

The primary care network is the user's gateway to the Brazilian public health system. The better your ability to attend the population's needs, the better their health will be and lower the number of consultations that will occur in a more complex system, which are more expensive. In this sense, Basic Health Units - "UBS" are establishments that make up the primary care network and are characterized by caring for a specific population in a defined territory, which qualifies them as protagonists in the identification of needs and priority health needs in each territory. One way to improve performance is by constantly monitoring information deemed essential to the daily management of these establishments by health managers. In this context, this study proposes a tool for monitoring the performance of primary health care facilities by municipal health managers. The research strategy adopted was based on a case study, data collection that was done by researching academic journals and interviews. All data was analyzed using a content analysis technique. The interviews confirmed the premise that, while there are many indicators, they are dispersed and have no focus on improving the management of UBS. Therefore, although the information system used gathers a lot of information, simple information is not known. An example of such information being the epidemiological profile of analyzed UBS. To prepare the monitoring instrument, indicators that were found in academic journals were compared to indicators that were obtained from interviews. This effort resulted in a set of 29 indicators, which were divided into 13 representative categories of a production system analysis, being that in the present study every organization is considered a production system. Thus, one comes to a worksheet that can calculate an index representing the performance of UBS. A way of applying the set for evaluating the system is also suggested, by means of grading each indicator according to the achievement of predetermined goals. It is expected that the developed instrument will contribute to improving UBS performance and consequently that primary care is effectively the main coordinator of the SUS system (Brazilian Universal Healthcare System).

Keywords: Management. Basic Health Unit. Performance indicators. Performance monitoring.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Recorte da estrutura organizacional do MS	25
Figura 2 – Representação de um sistema de produção.....	27
Figura 3 – Componentes do instrumento NIEPC e sua lógica de aplicação.....	29
Figura 4 – Estrutura metodológica	39
Figura 5 – Fórmula do índice geral de desempenho.....	89
Figura 6 – Fórmula para igualar a participação das categorias de análise	90
Figura 7 – Indicadores de desempenho em planilha unificada.....	91

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Estudos anteriores sobre o tema	15
Quadro 2 – Caracterização dos tipos ideais de proteção social.....	20
Quadro 3 – Procedimentos para coleta e análise dos dados das diversas etapas da pesquisa	42
Quadro 4 – Indicadores do PMAQ (3º ciclo)	48
Quadro 5 – Indicadores preconizados pelo SISAB	49
Quadro 6 – Categoria Indicadores de Gestão e suas subcategorias.....	51
Quadro 7 – Categoria Indicadores de Saúde e suas subcategorias	53
Quadro 8 – Categoria Indicadores Socioeconômicos.....	57
Quadro 9 – Indicadores COAP 2013-2015	60
Quadro 10 – Análise de conteúdo das entrevistas	65
Quadro 11 – Indicadores que compõem o instrumento proposto (conjunto parcial)	70
Quadro 12 – Categorização dos indicadores propostos.....	71
Quadro 13 – Descrição, fórmula de obtenção e parâmetros dos indicadores propostos	76
Quadro 14 – Modelo de Planilha de Cálculo.....	88
Quadro 15 – Avaliação do desempenho do sistema de produção de UBS	89

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AHP** – *Analytic Hierarchy Process*
APAC – Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade
APS – Atenção Primária à Saúde
BPA – Boletim de Produção Ambulatorial
BSC – Balanced Scorecard
CF – Constituição Federal
CGAA – Coordenação-Geral de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica
COAP – Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DEA – *Data Envelopment Analysis*
eSF – Equipe Saúde da Família
ESF – Estratégia Saúde da Família
GIL – Gerenciamento de Informações Locais
Hb – Exame para contagem de Hemoglobina
HBsAg – exame para identificação de Hepatite B
Ht – Exame de Hematócrito
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC – Inteligência Coletiva
IRA – Infecção Respiratória Aguda
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NIEPC – Núcleo Interdisciplinar de Estudos em Gestão da Produção e Custos
PAB – Programa Atenção Básica
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica
PNAB – Programa Nacional de Atenção Básica
PNE – Portador de Necessidades Especiais
PNGS – Prêmio Nacional de Gestão em Saúde
PSF – Programa Saúde da Família
SES – Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina
SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SI-PNI – Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações
SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SISPRENATAL – Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal e Puerpério
SMDOs – Sistemas de Medição de Desempenho Organizacional

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SP – São Paulo

SUS – Sistema Único de Saúde

TRO – Terapia de Reidratação Oral

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade Saúde da Família

VDRL – *Venereal Disease Research Laboratory* (teste para detecção de Sífilis)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
1.1 OBJETIVOS.....	21
1.1.1 Objetivo Geral	21
1.1.2 Objetivos Específicos	21
1.2 JUSTIFICATIVAS.....	21
1.3 ESTRUTURA DO TRABALHO	26
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	27
2.1 SISTEMAS DE SAÚDE	27
2.2 SISTEMAS DE PRODUÇÃO	34
2.3 AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO ORGANIZACIONAL	39
2.4 INDICADORES DE DESEMPENHO DE ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE	42
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	47
4 PROPOSTA DE INSTRUMENTO DE GESTÃO PARA MONITORAMENTO DE UBS	55
4.1 INDICADORES PARA MONITORAMENTO DE UBS LEVANTADOS NA LITERATURA	55
4.2 INDICADORES PARA MONITORAMENTO DE UBS IDENTIFICADOS A PARTIR DA PERCEPÇÃO DE GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE.....	66
4.3 PROPOSIÇÃO DE UM CONJUNTO DE INDICADORES PARA MONITORAMENTO DO DESEMPENHO DE UBS	78
4.4 INSTRUMENTO DE GESTÃO PARA O MONITORAMENTO DO DESEMPENHO DO SISTEMA DE PRODUÇÃO DE UMA UBS.....	94
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
REFERÊNCIAS	107
APÊNDICE A – Roteiro da entrevista com o Secretário de Saúde Municipal	117

APÊNDICE B – Roteiro da entrevista com o Coordenador de UBS	
.....	119
APÊNDICE C – Roteiro da entrevista com o Coordenador de Distrito	
.....	121

1 INTRODUÇÃO

O sistema de saúde de um país é construído a partir da conformação de três aspectos: o político - modelo de gestão -, o econômico - modelo de financiamento -, e o médico - modelo assistencial (NUNES, 2015).

No caso do Brasil, considerando-se a constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde – SUS - possui gestão pública (forte regulamentação do Estado), financiamento público e o modelo assistencial é o universal.

Assim, o SUS é caracterizado pela descentralização da gestão, que ocorre em âmbito federal, estadual e municipal. Ademais, pela universalização do acesso e por ser organizado em níveis de atenção à saúde, quais sejam: alta, média e baixa complexidade. Destaca-se, ainda, que a estratégia adotada pelo SUS é ter a atenção básica como eixo orientador de todo o sistema, o primeiro contato do usuário com o SUS.

Por ser a porta de entrada do sistema de saúde pública do Brasil, a rede de baixa complexidade precisa ser eficiente e eficaz¹, solucionando o máximo possível de casos que ali chegam, a fim de desonerar os níveis mais complexos. Um exemplo significativo nesse sentido é o caso das doenças crônicas não transmissíveis como diabetes e hipertensão, as quais podem ser controladas se o usuário do SUS tiver um acompanhamento adequado na Unidade Básica de Saúde (UBS), retardando ou até evitando que o usuário precise de um hospital (SILVA et al., 2006; BRASIL, 2008a).

Apesar dos resultados positivos alcançados por algumas organizações que integram a Rede de Atenção à Saúde, há evidências de insatisfação quanto ao desempenho das UBS. Tais deficiências podem ter origem na precariedade do atendimento no acesso às UBS, na baixa resolutividade e na “concorrência” dos prontos-socorros públicos (MENDES, 2007).

Além da substituição de um sistema de saúde baseado em doenças transmissíveis e não transmissíveis por um baseado em doenças agudas e crônicas, é importante fortalecer o conceito de referência e contra-referência, ou seja, a comunicação eficiente e eficaz entre os níveis de complexidade. Isso porque as ações de referência e contra-referência influenciam no grau de resolutividade do sistema de saúde, uma vez que permitem ao usuário o acompanhamento de sua condição de saúde

¹ Os conceitos de eficiência e eficácia que nortearam a pesquisa são apresentados na página 41.

crônica, quando esse é encaminhado pela UBS para o médico especialista ou para o tratamento de evento agudo, por exemplo, e posteriormente, quando o mesmo retorna aos cuidados da atenção primária. Em termos simples, o histórico do paciente é compartilhado, a fim de permitir a continuidade do tratamento. No entanto, devido à falta de articulação entre os níveis de atenção o resultado desta proposta fica comprometido (MACHADO; COLOMÉ; BECK, 2011).

Cabe ressaltar que, ao planejar a presente proposta de pesquisa, a pesquisadora teve a oportunidade de realizar uma imersão no contexto de estudo. Esse contato inicial com o campo, chamado de fase exploratória de pesquisa (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 2002), permite ao pesquisador definir algumas questões iniciais e os procedimentos adequados à investigação dessas questões, ou seja, contribui para a delimitação do problema de pesquisa. Deste modo, realizou-se uma entrevista informal com um profissional da secretaria de saúde de um município da microrregião de Florianópolis, o qual comentou que, em UBS, se trabalha com foco no atendimento e na parte burocrática (sobretudo preenchimento de relatórios). Esse profissional afirmou ainda, que embora existam inúmeros indicadores que são registrados para alimentar sistemas de informação do SUS, os mesmos são dispersos e não são trabalhados para melhoria da gestão. Com base nestas questões do cotidiano de gestores que atuam na área de saúde, percebe-se uma oportunidade de desenvolver uma pesquisa para sistematizar o que é mais relevante para a gestão cotidiana, com foco no desempenho da UBS.

Além das fragilidades do sistema de atenção primária na prática, constatou-se, por meio de uma pesquisa exploratória no Portal de Periódicos da Capes, que os estudos anteriores correlatos ao tema em voga não exploraram suficientemente a questão do desempenho das UBS. O foco daqueles estudos consistiu na avaliação do desempenho da atenção básica como um todo (BODSTEIN, 2002; TEIXEIRA, 2005; IBAÑEZ et al., 2006; SZWARCOWALD; MENDONÇA; ANDRADE, 2006; MACINKO; ALMEIDA; SÁ, 2007; ALFRADIQUE et al., 2009) ou ainda na avaliação de ESF (FACCHINI et al., 2006; FACCHINI et al., 2008; GIOVANELLA et al., 2009), ao passo que a presente proposta de pesquisa deter-se-á em selecionar indicadores voltados ao aprimoramento do desempenho de UBS.

Nesse contexto, surge a seguinte pergunta de pesquisa: Como monitorar o desempenho do sistema de produção de uma UBS?

1.1 OBJETIVOS

Nesta seção são apresentados os objetivos que norteiam a presente pesquisa.

1.1.1 Objetivo Geral

Propor um instrumento de gestão para o monitoramento do desempenho do sistema de produção de uma UBS.

1.1.2 Objetivos Específicos

- a) Levantar indicadores para monitoramento do desempenho de UBS dentre os apresentados na literatura;
- b) Identificar indicadores para monitoramento de UBS a partir da percepção dos gestores municipais de saúde; e,
- c) Estabelecer um conjunto de indicadores para o monitoramento do desempenho.

1.2 JUSTIFICATIVAS

O adequado funcionamento da atenção básica é fundamental, uma vez que ela é o ponto de partida do usuário no sistema e, mais que isso, muitos municípios brasileiros dispõem apenas de serviços de atenção básica, como bem lembra Scaratti (2007). Isso justifica a pertinência do estudo de como aprimorar o desempenho nesse nível de atenção.

Além disso, “há uma grande quantidade de informações registradas rotineiramente pelos serviços que não são utilizadas para a análise da situação de saúde ou para a definição de prioridades e a reorientação de práticas” (TAMAKI et al., 2012, p. 841). Este cenário de ineficiências nas práticas e rotinas administrativas pôde ser detectado no relato do profissional de saúde interpelado por ocasião da imersão da pesquisadora no campo de estudo.

Nesse sentido, o presente estudo busca propor indicadores de desempenho essenciais para a gestão municipal de UBS, ou seja, definir aqueles que fornecem informações para que os gestores possam ter um panorama geral do desempenho organizacional.

Assim, espera-se que o estudo ofereça um respaldo instrumental e informacional que contribua para que os gestores obtenham recursos que os apoiem no processo de tomada de decisão.

O estudo visa, ainda, contribuir com o projeto de pesquisa “Relações Complexas na Administração da Produção”, em desenvolvimento no Núcleo Interdisciplinar de Estudos em gestão da Produção e Custos (NIEPC), ao buscar indicadores de desempenho que possam ser relacionados às categorias de análise do instrumento de diagnóstico organizacional elaborado pelo grupo de pesquisa, facilitando a aplicação do mesmo.

A Organização Pan-americana da Saúde (2011) apresenta como um dos obstáculos à plena aplicação dos atributos da Atenção Primária à Saúde – APS² “o uso ainda restrito de estratégias de identificação das necessidades e expectativas em saúde da população” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011, p. 72).

Nesse sentido, estudos anteriores a essa afirmação da Organização Pan-americana da Saúde (2011) como os de Kloetzel et al. (1998), Ibañez et al. (2006) e Szwarcwald, Mendonça e Andrade (2006), já apresentavam modelos voltados à melhoria da qualidade da APS, a partir da percepção do usuário. Pode-se supor que, embora os modelos desenvolvidos sejam úteis e aplicáveis, a identificação das necessidades e das expectativas do usuário, por si só, não reflete em melhoria no desempenho do serviço prestado. Faz-se necessária uma etapa posterior, voltada para o desenvolvimento de estratégias de aplicação/gerenciamento dessas necessidades e expectativas, bem como de necessidades identificadas por outros meios, como as apontadas pelos profissionais da área de atuação correspondente.

Outro ponto a se destacar, é o fato de que a maioria dos estudos que fizeram parte da pesquisa bibliográfica foram construídos a partir de uma perspectiva sanitária (SZWARC WALD; MENDONÇA; ANDRADE, 2006; MACINKO; ALMEIDA; SÁ, 2007; FACCHINI et al., 2008) ou política (BODSTEIN, 2002; GIOVANELLA et al., 2009). Talvez o único dos estudos analisados que possuía uma perspectiva administrativa seja o de Santos, Marins e Salomon (2009), pela utilização do Balanced Scorecard (BSC) e preocupação em gerar um instrumento para facilitar a tomada de decisão dos gestores quanto à alocação de recursos.

A contribuição acadêmica do presente estudo é, portanto, baseada em uma perspectiva administrativa, ao buscar aprimorar a qualidade da APS a partir da percepção do gestor de saúde municipal, por meio da identificação de indicadores fundamentais para o monitoramento do desempenho e sua efetivação nesses estabelecimentos.

² Os atributos da APS são descritos no item 2.1 da fundamentação teórica, p. 31.

O Quadro 1 sintetiza os estudos encontrados na pesquisa exploratória realizada no Portal Capes, mencionada anteriormente.

Quadro 1 – Estudos anteriores sobre o tema (continua)

AUTOR	OBJETIVO	PRINCIPAIS RESULTADOS
Kloetzel et al. (1998)	Estabelecer parâmetros para avaliação da satisfação dos usuários, a partir da aplicação de questionários com os usuários de uma UBS.	Os pesquisadores concluem que a satisfação do usuário é um parâmetro facilmente mensurável, que pode se tornar um instrumento útil na orientação de medidas corretivas.
Bodstein (2002)	Estudo teórico que discute a descentralização da atenção básica e seu reflexo na melhoria da qualidade do atendimento.	A descentralização só será eficaz mediante o aprimoramento da capacidade técnico-gerencial dos municípios.
Teixeira (2005)	Propor a avaliação do desempenho de serviços de APS sob a perspectiva da Inteligência Coletiva (IC).	Desenvolveu um projeto chamado “Acolhimento e Redes de Conversações”, que estimula a revelação/ativação da IC dos grupos que se articulam para a prestação de um serviço de APS.
Ibañez et al. (2006)	Apresentar os resultados da avaliação de desempenho da atenção básica de uma amostra de municípios do Estado de SP, por meio de questionários que abordam 8 dimensões da atenção básica.	Os questionários foram aplicados com usuários e profissionais da atenção básica. Os usuários avaliaram o desempenho como pouco satisfatório e os profissionais que atuam no PSF avaliam o desempenho como sendo melhor, em relação aos profissionais de unidades tradicionais.
Facchini et al. (2006)	Estudo de comparação de desempenho entre UBS tradicionais e PSF.	O desempenho da atenção básica como um todo ainda está aquém das prescrições do SUS; menos de 50% da demanda potencial utilizou a UBS da sua área de abrangência; o desempenho do PSF foi regularmente melhor do que o das UBS tradicionais.

Quadro 1 – Estudos anteriores sobre o tema (continuação)

Szwarcwald, Mendonça, Andrade (2006)	Visa a institucionalização da avaliação e monitoramento da atenção básica.	Delimitação de um conjunto de indicadores de atenção básica. Reforça a importância da avaliação sob a ótica do usuário, para o estabelecimento de metas e definição de prioridades.
Macinko, Almeida, Sá (2007)	Validar uma metodologia para rápida avaliação de desempenho de organizações de atenção primária à saúde.	Os autores concluem que a metodologia pode ser utilizada para avaliação e monitoramento periódicos da atenção primária a nível municipal.
Facchini et al. (2008)	Busca obter evidências que justifiquem a expansão da ESF, através da avaliação comparativa entre ESF e UBS tradicionais, que examinou a cobertura das ações programáticas na população da área de abrangência dos serviços.	A ESF é mais efetiva na cobertura populacional de ações programáticas de saúde.
Giovanella et al. (2009)	Analisa a implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF) e discute suas potencialidades em orientar a organização do SUS.	Os resultados apontam avanços na integração da ESF à rede assistencial, porém permanecem dificuldades de acesso à atenção especializada.
Alfradique et al. (2009)	Discute as aplicações e limites da lista nacional de internações por condições sensíveis à atenção primária.	Concluem que as internações por condições sensíveis à atenção primária podem ser usadas como um indicador que contribui, entre outros fins, para avaliar a resolutividade, a qualidade e a acessibilidade da atenção primária.

Quadro 1 – Estudos anteriores sobre o tema (conclusão)

Santos, Marins, Salomon (2009)	Propõe um método de avaliação de desempenho da atenção básica do SUS, que envolve <i>Analytic Hierarchy Process</i> (AHP), <i>Data Envelopment Analysis</i> (DEA) e <i>Balanced Scorecard</i> (BSC).	A aplicação do método revelou ser apropriada a utilização da DEA nessa avaliação. Além disso, conclui que o <i>ranking</i> de eficiência obtido facilita a tomada de decisão por parte do gestor, quanto às medidas a serem tomadas para uma distribuição melhor dos recursos, melhorando, assim, o desempenho geral das UBS.
Silva, Caldeira (2010)	Identificar o grau de desenvolvimento das dimensões da “avaliação para melhoria da qualidade da ESF” do MS e estabelecer correlação entre ambas (consolidação do modelo de atenção e atenção à saúde).	Existe correlação positiva entre consolidação do modelo ESF e melhoria da qualidade da atenção à saúde.
Sala, Mendes (2011)	Avaliação do desempenho da atenção primária no Estado de SP, no período de 2000 a 2009, a partir da análise de 14 indicadores de desempenho, divididos em: Indicadores de estrutura da APS, Indicadores de desempenho da APS e Indicadores de estado de saúde.	Concluem que houve uma melhora perceptível na APS, em termos de estrutura, desempenho da atenção e do estado de saúde no período avaliado.
Yashiro et al. (2011)	Avalia a implantação do modelo de gestão do PNGS (Prêmio Nacional de Gestão em Saúde) em UBS tradicionais e USF	Os resultados demonstraram que as USF tiveram melhor desempenho.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2016).

A partir da análise dos estudos apresentados no Quadro 1, identificou-se como lacuna teórica a inexistência de estudos que

buscassem a elaboração de um instrumento de avaliação de desempenho de UBS por meio do refinamento de indicadores já existentes, com base na percepção dos gestores de saúde.

Evidenciando a relevância do estudo, entende-se que o bom desempenho organizacional é decorrente de esforços contínuos de melhoria. Assim, mais do que realizar diagnósticos e implementar projetos de melhoria, é necessário utilizar indicadores para monitorar os resultados.

Acrescenta-se, por fim, que, quanto à viabilidade da presente pesquisa, dispõe-se de tempo e recursos adequados para o seu desenvolvimento.

1.3 ESTRUTURA DO TRABALHO

Além deste capítulo inicial, que apresenta o contexto da pesquisa, o problema, os objetivos e as justificativas para sua realização, o trabalho contém mais quatro capítulos.

O segundo capítulo apresenta a fundamentação teórica, ou seja, os estudos anteriores que serviram de base para a pesquisa, os quais foram classificados em quatro temas: sistemas de saúde, sistemas de produção, avaliação de desempenho organizacional e indicadores de desempenho de organizações de saúde.

Já o terceiro capítulo, consiste nos procedimentos metodológicos utilizados para a organização das etapas da pesquisa e contempla a caracterização da pesquisa, os critérios para escolha do objeto de estudo, dos atores envolvidos e das categorias de análise.

O quarto capítulo apresenta a proposta de instrumento de gestão para o monitoramento do desempenho de UBS, que é o principal objetivo desse estudo. Apresenta, ainda, uma simulação, com dados fictícios, de aplicação dos indicadores selecionados.

Por fim, o quinto capítulo apresenta as considerações finais do estudo.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Nesse capítulo é apresentado o referencial teórico do estudo, o conjunto formado por legislação e estudos anteriores que servem de base para o presente projeto de pesquisa.

2.1 SISTEMAS DE SAÚDE

O sistema de saúde de um país, em geral, segue o tipo de proteção social adotado naquele país. Existem três tipos ideais de proteção social, a partir dos quais se moldam os sistemas de proteção social de todos os países industrializados: assistência, seguro social e seguridade social (PAIM, 2009; FLEURY; OUVÉRNEY, 2012).

O modelo de proteção social chamado de **assistência social** surgiu em países cujo desenvolvimento foi pautado pelo liberalismo econômico, ou seja, a crença no mercado autorregulável e no Estado mínimo, suficiente para garantir a existência do mercado. Os valores dominantes nesse modelo são a liberdade, o individualismo e a igualdade de oportunidades. Esse ambiente gera uma condição de discriminação para com aqueles incapazes de competir no mercado, os quais passam a depender da caridade dos “capazes”. Ou seja, nesse tipo ideal, a cidadania não é propriamente um direito, pois tem um caráter preventivo e punitivo, o que pode ser denominado cidadania invertida, “já que o indivíduo ou grupo passa a ser objeto da política como consequência de seu próprio fracasso social” (FLEURY, 1994 apud FLEURY; OUVÉRNEY, 2012, p. 33).

Já o modelo **seguro social** foi implantado na Alemanha por Bismark. Sua principal característica é a vinculação entre proteção social e grupos trabalhistas formais, ou seja, só é segurado o trabalhador formal. O financiamento do seguro social é tripartite, pois recebe recursos mensalmente do Estado, do empregador e do empregado. E o benefício recebido é proporcional à contribuição do trabalhador. Assim, esse tipo ideal funciona bem para o sistema de aposentadoria, mas não para o sistema de saúde, já que quanto menor o salário do trabalhador, menor a sua contribuição e maiores as suas necessidades (FLEURY; OUVÉRNEY, 2012).

O modelo **seguridade social**, por sua vez, tem como referência histórica o Plano Beveridge, elaborado por solicitação do governo inglês em 1942, o qual contribuiu para o desenvolvimento do *Welfare State* (ou Estado de Bem-Estar) na Inglaterra. A seguridade social, baseada no

princípio da igualdade social, visa garantir o mínimo necessário para a sobrevivência dos cidadãos, de forma universal, a fim de corrigir as desigualdades geradas pelo mercado. A administração e o financiamento são centralizados no Estado (FLEURY; OUVENEY, 2012).

As principais características dos tipos ideais descritos são apresentadas no Quadro 2.

Quadro 2 - Caracterização dos tipos ideais de proteção social

MODALIDADE	ASSISTÊNCIA	SEGURO	SEGURIDADE
Denominações	Residual	Meritocrático	Institucional
Ideologia	Liberal	Corporativa	Social-Democrata
Princípio	Caridade	Solidariedade	Justiça
Efeito	Discriminação	Manutenção	Redistribuição
Status	Desqualificação	Privilégio	Direito
Finanças	Doações	% Salário	Orçamento
Atuarial*	Fundos	Acumulação	Repartição
Cobertura	Focalização	Ocupacional	Universal
Benefício	Bens e serviços	Proporção do salário	Mínimo vital
Acesso	Prova de meios	Filiação	Necessidade
Administração	Filantrópica	Corporativa	Pública
Organização	Local	Fragmentada	Central
Referência	Leis dos pobres	Bismark	Beveridge
CIDADANIA	INVERTIDA	REGULADA	UNIVERSAL

* “O regime atuarial envolve a forma de gestão e a seleção de critérios de distribuição dos recursos financeiros captados”.

Fonte: Fleury (1994 apud FLEURY; OUVENEY, 2012, p. 33).

Dessa forma, na Europa, os sistemas de saúde são majoritariamente públicos, enquanto nos EUA o sistema de saúde é majoritariamente privado (ALMEIDA, 1999).

O Brasil segue o mesmo modelo de proteção social adotado na Inglaterra, ou seja, o modelo **seguridade social**, que reconheceu, na Constituição de 1988, como direitos de todo cidadão a Previdência Social, a Assistência Social e a Saúde.

O artigo 195 da Constituição de 1988 define que o financiamento da seguridade social será feito mediante recursos provenientes da União, do Distrito Federal, dos Estados e dos Municípios, como também de contribuições sociais do empregador (folha de salários, receita ou faturamento e lucro), do empregado, sobre a receita de concursos de prognósticos (loterias e outros sorteios de números) e do importador de

bens ou serviços do exterior. Dessa forma, parte desses recursos é aplicada na saúde.

No que tange à saúde, foi criado em 1988 o Sistema Único de Saúde (SUS), em decorrência da Constituição Federal (CF), que declara no artigo 198 que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único” (BRASIL, 1988). O SUS possui como diretrizes a descentralização; o atendimento integral, priorizando as atividades preventivas; e a participação da comunidade.

No entanto, o funcionamento do sistema só foi regulamentado em 1990 com a aprovação da Lei 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde). De acordo com essa lei, o SUS é constituído pelo “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, 1990).

Dentre os princípios do SUS listados na Lei 8.080/90, destaca-se a “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência” (BRASIL, 1990). Essa lei esclarece ainda que a descentralização de que trata o inciso I, do artigo 198 da CF, é exercida, em âmbito federal, pelo Ministério da Saúde e, em âmbito estadual e municipal, pelas respectivas secretarias de saúde ou órgão equivalentes.

Conforme esclarece Mendes (2013), originalmente o SUS

foi concebido como um sistema público de saúde de cobertura universal, de corte beveridgeano que se caracteriza por financiamento público por meio de impostos gerais, universalidade de acesso, gestão pública e prestação de serviços por mix público/privado, com especificação de obrigações e direitos dos cidadãos e dos órgãos prestadores de serviços. O modelo beveridgeano tem como fundamento a saúde como direito humano e como direito constitucional, e tem como objetivo a universalização da atenção à saúde e o aumento da coesão social. Nele, o sistema público provê uma carteira generosa de serviços sanitariamente necessários, havendo a possibilidade de os cidadãos adquirirem, no setor privado, serviços suplementares aos que estão inscritos nessa carteira. Esse modelo originário do Reino Unido implantou-se em diferentes países, como Canadá, Dinamarca, Espanha, Finlândia, Itália, Noruega, Nova Zelândia, Portugal, Reino Unido e Suécia (MENDES, 2013, p. 28).

No entanto, ainda segundo o autor, ao longo dos anos o sistema de saúde brasileiro instituído como de cobertura universal vem se transformando em um sistema de cobertura segmentada, na qual o SUS passa a ser um subsistema público de saúde que convive com outros dois subsistemas: um subsistema privado de saúde suplementar e um subsistema privado de desembolso direto. Nos sistemas segmentados, cada segmento exerce as macrofunções de financiamento, regulação e prestação de serviços para a sua clientela, como ocorre nos Estados Unidos, cujo sistema de saúde é segmentado em sistemas públicos para pobres (*medicaid*), idosos (*medicare*) e veteranos de guerra e em sistemas privados de pagamento particular ou por meio de empresas.

O que caracteriza essa segmentação é a proporção entre o financiamento público e o privado, já que, em geral, sistemas segmentados têm menos de 50% dos gastos totais em saúde financiados pelo Estado. No caso brasileiro, o percentual do gasto total em saúde, em 2013, era de 47%, muito distante de países com cobertura universal como Canadá e Reino Unido, cujos gastos públicos em saúde corresponderam respectivamente a 71,1% e 83,2% dos gastos totais em saúde, no mesmo ano (MENDES, 2013).

Outro ponto a ser observado é o modelo de atenção à saúde. Segundo Mendes (2013) uma das principais causas da crise dos sistemas de saúde no mundo é a adoção de um modelo de atenção à saúde do século XX em países do século XXI, ou seja, um modelo ultrapassado que não atende mais as necessidades da população. Voltando-se para a realidade brasileira, a população de idosos está aumentando e com ela também há o aumento de doenças crônicas. Dessa forma, Mendes (2013) defende a mudança do modelo de atenção à saúde voltado para o atendimento de doenças transmissíveis e não-transmissíveis para um modelo baseado em doenças agudas e crônicas.

A situação de saúde de forte predomínio relativo das condições crônicas não pode ser respondida, com eficiência, efetividade e qualidade, por sistemas de saúde voltados, prioritariamente, para as condições agudas e para as agudizações de condições crônicas, e organizados de forma fragmentada (MENDES, 2010, p.2298).

Ou seja, passar de um modelo fragmentado e reativo para um modelo proativo, de prevenção e acompanhamento contínuo dos pacientes com doenças crônicas. Para isso, segundo o autor, o SUS

precisa ser estruturado em redes de atenção à saúde, coordenadas pela Atenção Primária à Saúde (APS).

O SUS, como já foi mencionado, é dividido em níveis de atenção à saúde, caracterizados pela prestação de serviços de baixa, média e alta complexidade. Como eixo orientador do SUS, o nível de atenção básica é fundamental para o funcionamento das redes de atenção à saúde, devido a sua abrangência, capilaridade e alto grau de descentralização (BRASIL, 2011).

Conforme dispõe a Portaria nº 2.488/2011,

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. (...) Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011).

A atenção básica é orientada, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012).

Já os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS), de acordo com Oliveira e Pereira (2013), são divididos em atributos essenciais e atributos derivados. Os essenciais são: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. E os derivados consistem na orientação familiar e comunitária e na competência cultural. Cabe ressaltar que o MS trata a atenção básica e a atenção primária à saúde como termos correlatos (BRASIL, 2011).

Ainda de acordo com a Portaria nº 2.488/2011, para a realização das ações de atenção básica é necessário a existência de UBS, que devem disponibilizar, segundo recomendação da portaria, consultório médico/enfermagem, consultório odontológico e consultório com sanitário, sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea, sala de administração e gerência e sala de atividades coletivas para os profissionais da Atenção Básica; e ainda, área de recepção, local para arquivos e registros, sala de procedimentos, sala de vacinas, área de dispensação de medicamentos e sala de armazenagem de medicamentos (quando há dispensação na UBS), sala de inalação coletiva, sala de procedimentos, sala de coleta, sala de curativos, sala de observação, entre outros.

As UBS devem ser compostas por equipes multiprofissionais formadas, conforme modalidade das equipes (equipe tradicional ou equipe saúde da família), por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários da saúde, dentre outros profissionais em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população (BRASIL, 2011).

A Portaria nº 2.488/2011 recomenda também que as UBS possuam conselhos ou colegiados, compostos por gestores locais, profissionais de saúde e usuários, a fim de viabilizar a participação social na gestão da UBS, que faz parte dos fundamentos e diretrizes da atenção básica.

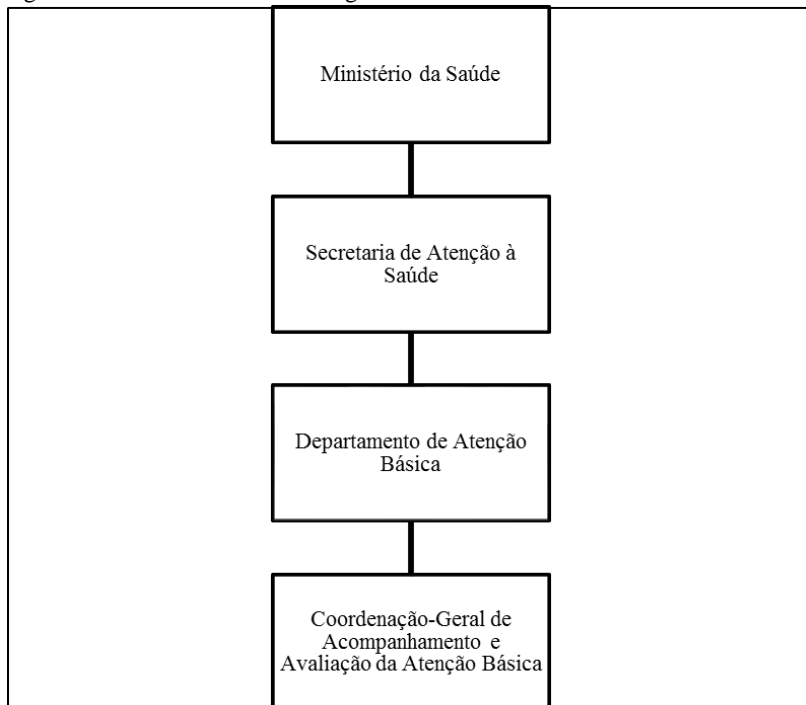
Além das UBS, compõem também a atenção básica os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a Academia da Saúde. Os NASF “não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo” (BRASIL, 2011). Ou seja, os NASF atendem conforme a demanda encaminhada pelas equipes de atenção básica.

A Academia da Saúde é um programa do MS, definido pela Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013, que visa “contribuir para a promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população a partir da implantação de polos com infraestrutura e profissionais qualificados” (BRASIL, 2013b), ou seja, complementar e potencializar as ações da atenção básica.

Diversos outros programas compõem a atenção básica, como o Programa Brasil Sorridente e o Programa Saúde na Escola, a fim de fortalecer a atenção básica no país e, indiretamente, contribuir com o desenvolvimento da rede de atenção à saúde.

Já o Decreto nº 8.065/2013, define a estrutura organizacional do MS. A Figura 1 apresenta o recorte dessa estrutura que orienta o presente estudo.

Figura 1 – Recorte da estrutura organizacional do MS



Fonte: Adaptada de Brasil (2013c).

De abrangência em âmbito federal, essas instâncias do MS definem as diretrizes e políticas de atenção básica que deverão ser seguidas pelos municípios em todo o território nacional.

O presente estudo se adequa, primordialmente, a um dos objetivos da Coordenação-Geral de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CGAA), que é:

Promover qualificação dos processos de pactuação de metas, do monitoramento de indicadores da Atenção Básica e da utilização de sistemas de informação enquanto ferramenta de gestão (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2016).

Ou seja, ao desenvolver um instrumento para monitoramento de UBS, além de qualificar o processo de monitoramento, indiretamente o estudo contribuirá também com a qualificação do processo de pactuação de metas.

Do exposto, destaca-se que o sistema de saúde brasileiro é complexo em decorrência do princípio da universalização do acesso, das proporções continentais do país, do modelo de financiamento, que envolve as três esferas de governo (federal, estadual e municipal) e da complementaridade da prestação do serviço pela iniciativa privada, fatores esses que envolvem múltiplos agentes e interesses muitas vezes divergentes.

Por outro lado, é um sistema bem organizado por meio dos níveis de atenção à saúde, cujo principal desafio é a integração desses níveis, aumentando a efetividade e melhorando o desempenho do serviço, o que pode ser conseguido por meio da definição de medidas para avaliação e monitoramento desse desempenho. Mas, antes disso, é necessário explorar o conceito de sistemas de produção, o qual orienta a presente pesquisa.

2.2 SISTEMAS DE PRODUÇÃO

Para Gaither e Frazier (2001, p.5) “um sistema de produção transforma insumos – matérias-primas, pessoal, máquinas, prédios tecnologia, dinheiro, informação e outros recursos - em saídas – produtos e serviços”.

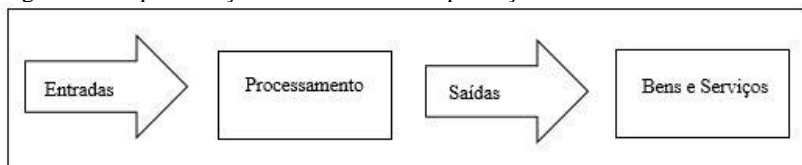
Já a gestão da produção, muitas vezes chamada de gestão de operações, trata do gerenciamento desses insumos que são transformados em produtos, ou seja, gerencia a interação entre os insumos e os processos que produzem e entregam os bens e serviços produzidos (CORRÊA; CORRÊA, 2007)

Dessa forma, por ser um conceito abrangente, podemos pensar que toda organização transforma insumos em saídas e, portanto, toda organização é um sistema de produção (ERDMANN, 2000).

A partir dessa lógica, podemos afirmar que uma indústria de cosméticos, uma loja de roupas, uma organização sem fins lucrativos, uma escola e um hospital são exemplos de sistemas de produção.

A representação genérica de um sistema de produção é apresentada na Figura 2.

Figura 2 – Representação de um sistema de produção



Fonte: Elaborada pela pesquisadora com base em Slack et al. (1997, p.36).

Um sistema de produção pode ser visto, interpretado e analisado de várias formas. Há aspectos mais e menos importantes, dentre os quais deve-se selecionar um conjunto, capaz de representar um modelo que suporte análises e comparações.

Uma destas formas é a preconizada por Hanson e Voss (1995), que elegeram as categorias seguintes para analisar um sistema de produção: organização e cultura, logística, sistemas de fabricação, Produção Lean, engenharia simultânea e qualidade total.

A categoria Organização e Cultura diz respeito à importância da participação de todos os funcionários na construção da visão do negócio e do trabalho em equipe. Os resultados do negócio devem estar ao alcance de todos.

Já a categoria Logística, refere-se ao relacionamento de longo prazo com os fornecedores, que são parceiros do negócio.

A categoria Sistemas de Fabricação, por sua vez, tem relação com os sistemas de informação integrados, os quais facilitam o processo de planejamento.

A categoria Produção Lean tem por fundamento a eliminação sistemática de qualquer processo que gere custo, mas não gere valor para a organização.

Engenharia Simultânea é a categoria de análise que segue a premissa de que o processo de design e desenvolvimento de um produto envolve não só fornecedores e cliente, mas também as equipes de produção e de vendas, ou seja, o produto não atenderá apenas os requisitos do cliente, mas também os de fabricação e de distribuição.

Por fim, ainda de acordo com Hanson e Voss (1995), a categoria qualidade total segue a premissa de que todos os processos do negócio devem ser focados em atender e superar as expectativas dos clientes, ou seja, foco na melhoria contínua.

Essas seis categorias de análise de um sistema de produção serviram como base para o instrumento de diagnóstico organizacional desenvolvido pelo NIEPC, o qual é composto por treze categorias de

análise, derivadas do modelo de Hanson e Voss (1995). Como explica Silveira (2010):

Portanto, da produção enxuta e de sistemas de manufatura extraíram-se as categorias ‘Tempo de Ciclo’, ‘Fábrica’, ‘Equipamentos e Tecnologias’ e ‘Desempenho Operacional’. Da engenharia simultânea, as categorias ‘Desenvolvimento de Novos Produtos’ e ‘Investimentos’. Da qualidade total, a categoria ‘Qualidade’. Da organização e cultura, as categorias ‘Organização e Cultura’, ‘Saúde e Segurança’ e a ‘Gestão Ambiental’. Além dessas, também considerou-se como categorias o ‘Planejamento’, o ‘Controle’ e a ‘Programação’ da produção, totalizando treze categorias de análise (SILVEIRA, 2010, p.28).

Ou seja, optou-se por um maior detalhamento das categorias de Hanson e Voss (1995) a fim de possibilitar um diagnóstico organizacional mais refinado.

O funcionamento do instrumento consiste na avaliação de um sistema de produção a partir das treze categorias de análise definidas, que são relacionadas a três fatores de resultado, os quais são alcançados por meio de 10 fatores de prática. Um esquema para facilitar a compreensão do instrumento é apresentado na Figura 3.

FIGURA 3 - Componentes do instrumento NIEPC e sua lógica de aplicação



Fonte: Adaptada de Berto et al. (2014) e Marchi (2014).

Essas categorias de análise representam os elementos que compõem um sistema de produção. Ou seja, todas contribuem para o desempenho do sistema.

A descrição de cada categoria, as quais fazem parte do instrumento de diagnóstico, é apresentada a seguir, com base em Dittrich (2011, p.58), que adaptou o instrumento para aplicação em organizações de serviço.

- 1. Organização e cultura:** Valores e significados compartilhados pelos membros de uma organização constituem a cultura organizacional. Trata-se do reflexo comportamental que caracteriza a organização, tornando-a diferente das demais. É a personalidade da organização, com seus traços característicos, aceita e transmitida às pessoas de maneira formal ou informal.
- 2. Saúde e segurança:** Ambiente seguro é aquele que oferece condições adequadas para o desenvolvimento do trabalho. Isto

inclui limpeza, disponibilização e uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI), cuidados com materiais e ambientes nocivos à saúde, programas e comissões internas de prevenção de acidentes, entre outras ações, com o intuito de garantir a integridade física, moral e psicológica de seus colaboradores.

3. **Tempo de ciclo:** Ciclos são os diversos tempos necessários à execução das inúmeras tarefas da organização. Quanto menor o Tempo de Ciclo, mais rápida é a prestação do serviço. É útil para a organização ter conhecimento dos Tempos de Ciclo e mantê-los constantes, a fim de que estes não sejam prolongados sem necessidade.
4. **Gestão ambiental** Trata-se da preocupação organizacional com o adequado tratamento dos resíduos e com a implantação de processos produtivos limpos. Uma organização ecologicamente responsável preocupa-se com o meio ambiente e contribui para a melhoria da qualidade de vida da comunidade em que está inserida.
5. **Equipamentos e tecnologia:** O trabalho tem sido fortemente beneficiado com a introdução de equipamentos e tecnologia. Os processos produtivos estão cada vez mais dependentes das inovações tecnológicas, que facilitam processos produtivos. Os Sistemas de Informações garantem a agilidade e a disseminação das informações, o que faz com que as organizações adquiram maior competitividade.
6. **Investimentos:** Trata-se do aprimoramento de processos de produção a partir da melhoria de equipamentos, produtos e da preparação de colaboradores.
7. **Planejamento da produção:** Planejar é determinar planos de ação, baseados nos objetivos que a organização quer atingir. Esses planos irão direcionar todas as ações da organização, e servirão para gestores e colaboradores apoiarem suas atividades.
8. **Programação da produção:** Programar a produção de serviços é estabelecer antecipadamente as atividades a serem executadas durante o processo produtivo. O ato de programar as atividades de serviços permite que os colaboradores saibam como e quando agir, possibilitando melhor rendimento e maior produtividade.
9. **Controle da produção:** A função controle tem como objetivo garantir que as atividades ocorram dentro do previsto,

identificando e corrigindo falhas, permitindo uma prestação de serviços mais adequada às necessidades dos clientes.

10. **Desempenho operacional:** Processos produtivos bem dimensionados geram resultados satisfatórios. A organização sempre busca melhorias no seu desempenho como forma de atingir suas metas.
11. **Instalações (fábrica):** A localização, a manutenção e o arranjo físico são aspectos diferenciais para uma organização e influenciam no desempenho de colaboradores, na preferência externa e no mercado competitivo.
12. **Desenvolvimento de novos produtos:** A inovação é um diferencial competitivo que caracteriza uma organização de sucesso. A inovação envolve a criação de novas ideias e processos produtivos, além de melhorias contínuas.
13. **Qualidade:** A preocupação com a qualidade de produtos e processos e sua visão ampliada, a Qualidade Total, envolve essencialmente a presença de uma filosofia que aponta na direção de fazer melhor sempre e em todas as dimensões organizacionais. Envolve também o conhecimento de práticas e o domínio de instrumentos capazes de detectar e prevenir problemas, além de gerar informações visando melhoria (área ou organização da qualidade).

(DITTRICH, 2011, p.58)

São essas as categorias que servirão de base para o instrumento proposto na presente pesquisa.

2.3 AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO ORGANIZACIONAL

A busca por desempenho é algo intrínseco a qualquer organização, pois dele depende sua sobrevivência. O desempenho é um conceito multifacetado, ou seja, sua definição e os fatores que o caracterizam variam de acordo com a organização que está sendo estudada.

Tema recorrente, a avaliação de desempenho organizacional possui diferentes correntes teóricas e pode ser medida a partir de diversos métodos e instrumentos de avaliação.

Segundo Almeida, Marçal e Kovalski (2004, p. 1188), as organizações precisam medir seu desempenho para que possam:

- identificar as atividades que agregam valor ao produto e/ou serviços desenvolvidos pela empresa;

- realizar comparações de desempenho com seus concorrentes;
- rever estratégias organizacionais para curto, médio e longo prazo na obtenção de resultados.

Figueiredo et al. (2005) mencionam que se pode dividir a evolução dos Sistemas de Medição de Desempenho Organizacional (SMDOs) em três fases:

A primeira, que foi do século XIV ao século XIX, quando surgiram as primeiras práticas de contabilidade para controle do processo produtivo e quando foram desenvolvidos os primeiros sistemas de administração e controle da produção. A segunda, que foi do início até os meados da década de 1980, quando a medição de desempenho passou formalmente a fazer parte do ciclo de planejamento e controle das organizações e a Pirâmide Du Pont foi o principal modelo de SMDO utilizado (Ghalayini e Noble, 1996). A terceira iniciou-se durante a década de 1980, estendendo-se até os dias de hoje, quando, com base nas diversas críticas feitas aos modelos de SMDOs tradicionais, novos modelos com múltiplas dimensões de desempenho foram propostos e características necessárias à sua eficácia foram identificadas na literatura sobre o tema (FIGUEIREDO et al., 2005, p. 305).

Assim, inicialmente baseado em medidas financeiras e contábeis, a avaliação de desempenho evoluiu para abordagens mais integradoras, nas quais se reconheceu que outras áreas da organização influenciam no desempenho. Almeida, Marçal e Kovalesski (2004, p. 1189) corroboram com essa afirmação ao destacarem que:

a avaliação de desempenho, exerce influência de variáveis externas que atuam sobre as organizações. Essas variáveis podem ser classificadas de diversas formas, por exemplo, os clientes, os fornecedores, o Governo, os concorrentes e demais organizações.

Um exemplo desse tipo de abordagem é o *Balanced Scorecard*, que consiste na avaliação a partir de quatro perspectivas: financeira; cliente; interna; e inovação e aprendizado (KAPLAN; NORTON, 1997).

Conforme destacam Almeida, Marçal e Kovaleski (2004, p. 1192), “O *Balanced Scorecard* sumariza a informação empresarial em um conjunto de indicadores vitais e críticos para a obtenção da análise de desempenho da empresa”. Nessa direção, Kaplan e Norton (1997) já haviam alertado - e Halachmi (2005) posteriormente corrobora - que se o desempenho não for medido ele não será gerenciado. Para os autores, um gerenciamento eficaz pressupõe a existência de um sistema de avaliação de desempenho alicerçado em medições fidedignas e alinhado com os objetivos estratégicos da organização. Figueiredo et al. (2005) acrescentam que a gestão do desempenho organizacional

tem como objetivo fornecer um sistema de controle com realimentação, em que as estratégias corporativas e funcionais são desdobradas para todos os processos de negócio, atividades, tarefas e pessoal, e a realimentação é obtida por meio do SMDO, para apoiar as decisões apropriadas de gestão (FIGUEIREDO et al., 2005, p. 309).

É possível afirmar, portanto, que o desempenho organizacional tem relação direta com o atendimento de metas de forma eficiente e eficaz. Daft (2010, p. 9) define que eficácia “é o grau em que a organização atinge uma meta declarada, ou obtém sucesso em cumprir aquilo que tenta fazer”. Já a eficiência, ainda de acordo com o autor, “refere-se ao montante de recursos usados para atingir uma meta organizacional. (...) pode ser calculada como a quantidade de recursos utilizados para produzir um produto ou serviço” (DAFT, 2010, p. 9).

Voltando a atenção para a avaliação da qualidade, além de eficiência e eficácia, Passos (2012) acrescenta os critérios de “efetividade e relevância (ambos critérios associados a expectativas sociais, voltados a utilidade e pertinência respectivamente)” (PASSOS, 2012, p. 59).

A definição de metas contribui para o estabelecimento de um padrão de desempenho, pois elas representam os resultados que a organização busca alcançar. Dessa forma elas servem como critérios para a avaliação do desempenho (DAFT, 2010).

Segundo Burmester (2012),

avaliar desempenho significa comparar indicadores com metas estabelecidas durante a definição das estratégias e planos, para eventuais correções ou para reforço das ações implementadas (BURMESTER, 2012, p. 17).

O estudo de Almeida, Marçal e Kovalesski (2004) aponta quatro formas de classificar os indicadores de desempenho de uma organização, conforme revisão bibliográfica realizada pelos autores. Dentre elas, destaca-se aqui a classificação de Rummeler e Barche (1994), que estabelecem três níveis para a medição do desempenho organizacional:

- Nível 1 da Organização: prioriza o relacionamento da organização com o mercado além de enfatizar as principais funções da empresa
- Nível 2 do Processo: todos os processos definidos pela organização
- Nível 3 do Trabalho/executor: este nível identifica o recurso executor das atividades correlacionadas ao nível de processos, incluindo a contratação, promoção, responsabilidades, treinamento e as recompensas (RUMMELER; BARCHE, 1994 apud ALMEIDA; MARÇAL; KOVALESSKI, 2004, p. 1190).

Essa visão reforça a ideia de que uma gestão de desempenho efetiva está apoiada em um conjunto de indicadores capazes de representar diferentes aspectos da organização.

2.4 INDICADORES DE DESEMPENHO DE ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

Com relação à gestão de desempenho de organizações de saúde, Souza et al. (2009) afirmam que a finalidade dos indicadores hospitalares é fornecer informações para o planejamento e controle da gestão organizacional. Klück et al. (2002) e Vignochi (2011), por sua vez, destacam a necessidade de as organizações articularem o uso de indicadores como uma ferramenta de gestão de tal modo que consigam propiciar a disseminação do conhecimento e qualificar seu desempenho.

Para Figueiredo et al. (2005), os indicadores de um SMDO precisam ser claramente definidos quanto ao objetivo, à fórmula de obtenção do índice, às fontes de dados, aos referenciais comparativos e às metas. Além disso, sua apresentação deve fornecer informações e não apenas dados, por isso os autores sugerem que seus índices sejam apresentados na forma de gráficos e não de tabelas.

Organizações de saúde possuem peculiaridades que devem ser consideradas ao se proceder a sua avaliação de desempenho. Como ressaltam Viacava et al. (2004),

embora não haja consenso sobre como medir desempenho dos sistemas de serviços de saúde, desempenho é sempre definido em relação ao cumprimento de objetivos e funções das organizações que compõem o sistema (...) (VIACAVA et al., 2004, p. 722).

Como já foi dito anteriormente, as organizações podem ser entendidas como um sistema de produção, no qual entradas (insumos) são processadas e transformadas em saídas (produtos) (ERDMANN, 2000). Em organizações de saúde, pode-se entender pacientes doentes como entradas, os quais são submetidos a procedimentos médicos e saem saudáveis.

Esse processo pelo qual passam os pacientes está interligado com diversos aspectos da organização, os quais influenciam na prestação do serviço e consequentemente na produtividade.

Graeml (2000) ressalta, em relação aos indicadores estratégicos municipais, que podem ser definidos diversos indicadores estratégicos para cada área de interesse. No entanto, deve-se tomar cuidado com a quantidade desses, pois quando demasiados podem aumentar a complexidade da análise sem proporcionar benefícios práticos.

Ao definir indicadores para a gestão de municípios é necessário atentar para o fato de que indicadores muito específicos não são úteis para análises estratégicas (GRAEML, 2000).

Com base nessas ideias, entende-se que para fazer algo melhor que antes é necessário inicialmente conhecer como um determinado sistema de produção está estruturado e como ele funciona, e qual é a implicação de cada uma de suas operações para o resultado final.

Spiller et al. (2009) destacam a importância de ouvir as pessoas envolvidas e afetadas pelo sistema de medição adotado pela organização, não só no momento de definição das métricas que serão utilizadas, mas também durante todo o processo de mensuração, ou seja, seu desenvolvimento e manutenção, pois, como afirmam os autores, “somente quem domina o processo é capaz de definir, desenvolver e manter com exatidão uma medição adequada” (SPILLER et al., 2009, p. 146).

Nesse sentido, os indicadores de desempenho precisam ser definidos pela própria organização de acordo com os objetivos

organizacionais. No entanto, muitas organizações de saúde utilizam apenas indicadores elaborados por outras organizações, órgãos reguladores ou entidades de classe (RODRIGUES et al., 2011). Por não serem específicos para a organização, muitas vezes resultam em trabalho desperdiçado com medições ineficientes que não propiciarão informações válidas para o melhoramento do desempenho organizacional, ou servindo apenas para o controle de outras entidades interessadas, como por exemplo, determinados indicadores que os estabelecimentos de atenção básica precisam medir e enviar periodicamente para o governo.

Desenvolver os próprios indicadores não significa olhar apenas internamente. Deve-se também olhar para o mercado para referenciar os indicadores e principalmente para definir as metas desses indicadores, já que em um ambiente de concorrência os indicadores de desempenho precisam, além de fornecer informações críticas para o aprimoramento do desempenho organizacional, possibilitar a comparação com seus concorrentes. Isso porque, pouco adianta melhorar o desempenho da organização se ele permanecer aquém do desempenho do setor.

Além disso, de acordo com Passos (2012), existem alguns requisitos que influenciam na definição do tipo da avaliação e das metodologias que serão utilizadas, que são: o enfoque a ser adotado – de cuidado individual, de serviços e programas ou de sistema de saúde; a racionalidade – administrativa, econômica, sanitária ou política; a quem interessa, já que o setor de saúde envolve múltiplos interesses; e a finalidade da avaliação.

Com relação à atenção básica, o Ministério da Saúde (MS), por meio do DATASUS, disponibiliza programas de processamento de dados que possibilitam a manutenção, a administração e a gestão de informações destinadas a esse nível de atenção.

Os dados que são repassados para o MS pelas UBS são enviados por meio do Programa SIA (Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS) que é composto pelo Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) e pelas Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC). A partir desses dados, o SIASUS recebe a transcrição da produção realizada no estabelecimento de saúde e valida o pagamento contra parâmetros orçamentários estipulados pelo próprio gestor de saúde.

A partir da criação desses arquivos mensais, é possível gerar informações gerenciais às secretarias de saúde municipal e estadual e atualizar o banco de dados nacional do SUS (BD Nacional), que produz relatórios com informações detalhadas que auxiliam os processos de controle, avaliação e auditoria do SUS.

Localmente, são gerados e disponibilizados, de maneira sistêmica e mensal, dados referentes ao que foi realizado em relação aos tetos estabelecidos para cada estabelecimento de saúde pelo gestor municipal (BRASIL, 2016a).

Além disso, são disponibilizados pelo SUS outros sistemas para gerenciamento de informações locais, entre eles:

- a) GIL (Gerenciamento de Informações Locais) - tem por objetivo sistematizar as ações no atendimento do estabelecimento de saúde. Possibilita agendar os atendimentos, registrar as aplicações e esquemas de vacinação, coletar dados dos atendimentos realizados pelas equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e da Estratégia de Saúde da Família, além de gerar informações do perfil de morbidade da população atendida (BRASIL, 2016a).
- b) SI-PNI - sistema que possibilita aos gestores o controle imunológico, com acompanhamento de estoque, aplicação de vacinas, taxa de abandono, boletins de humanização, notificação de eventos adversos, colaborando para o controle de surtos e epidemias a partir do registro dos imuno-biológicos aplicados e do quantitativo populacional vacinado (BRASIL, 2016a).
- c) SISPRENATAL (Sistema de Acompanhamento de Gestantes) - permite o acompanhamento adequado das gestantes com informações dos diversos procedimentos envolvidos na assistência pré-natal, desde a primeira consulta, exames, vacinas, acompanhamento e consultas de puerpério. Além de permitir o acompanhamento de gestação de alto risco (BRASIL, 2016a). Indicadores gerados: início do pré-natal até 17ª semana, seis consultas de pré-natal ou mais, consulta puerperal, exames básicos 1ª rotina (Hb e Ht, tipagem sanguínea, glicemia jejum, VDRL, HBsAg, urina 1), proporção de gestantes em relação ao número de nascidos vivos, proporção de gestantes com teste anti-HIV, entre outros (BRASIL, 2008b).

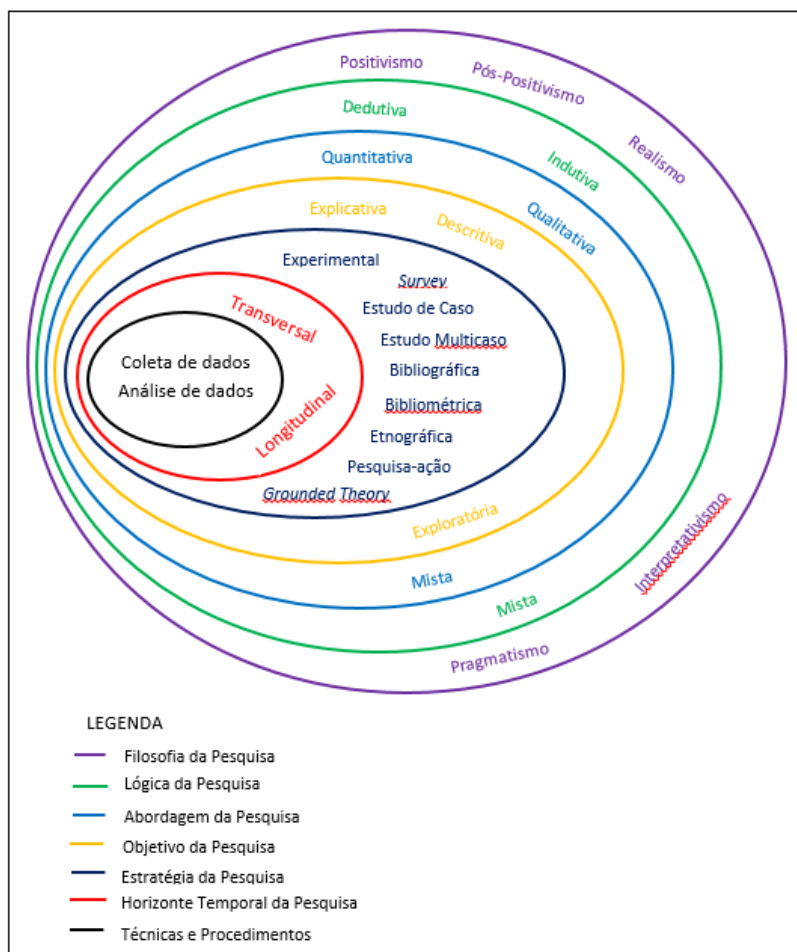
Diante de tantos sistemas de informação e seus indicadores de desempenho correspondentes, é interessante a definição daqueles indicadores essenciais ao gestor de saúde.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente capítulo segue a estrutura definida por Saunders, Lewis e Thornhill (2009) - a qual é composta por camadas que delineiam desde a filosofia da pesquisa até os métodos de coleta e análise de dados -, a fim de facilitar a compreensão da construção metodológica adotada.

Também conhecida como “método da cebola”, essa estrutura metodológica foi adotada na presente pesquisa por seu caráter didático e objetivo. Pode ser melhor compreendida por meio da Figura 4.

FIGURA 4 – Estrutura metodológica



Fonte: Adaptada de Saunders, Lewis e Thornhill (2003 apud MARTINS, 2013).

De acordo com a estrutura apresentada, a pesquisa desenvolvida é caracterizada como de filosofia pragmática, que corresponde aos estudos nos quais “há uma preocupação com as aplicações, o que funciona, e as soluções para os problemas” (PATTON, 1990 apud CRESWELL, 2010, p. 34). Embora Creswell (2010) classifique o pragmatismo como uma filosofia de pesquisa, afirma que “o pragmatismo não está comprometido com nenhum sistema de filosofia e de realidade” (CRESWELL, 2010, p. 34). Creswell (2010) afirma, ainda, que as pesquisas de filosofia pragmática comumente utilizam métodos mistos e os pesquisadores escolhem os métodos, as técnicas e os procedimentos que melhor se adéquem aos objetivos da pesquisa.

A lógica é mista (dedutiva e indutiva), já que o conjunto de indicadores proposto para monitorar o desempenho de UBS foi construído a partir do confronto e integração entre os indicadores preconizados pela literatura especializada (lógica dedutiva) e os indicadores referendados pela prática, ou seja, aqueles tidos como essenciais na percepção dos gestores (lógica indutiva).

Como abordagem do problema tem-se um estudo quantitativo e qualitativo. O aspecto quantitativo consubstancia-se no momento da identificação dos indicadores de desempenho a partir da pesquisa bibliográfica na literatura, os quais podem ter como critérios de seleção: a relevância (constância de aparecimento nos estudos) e/ou pertinência ao objetivo geral do estudo (o que já caracteriza uma seleção qualitativa). Já o qualitativo consolida-se quando da identificação dos indicadores a partir da percepção dos gestores municipais.

Com relação ao objetivo da pesquisa têm-se a pesquisa descritiva. Nesse sentido, este estudo oferecerá uma descrição da situação em que se encontra um município catarinense no que diz respeito aos indicadores de desempenho do ponto de vista de seus gestores. A análise desta descrição, refinada e enrobustecida pelo aporte teórico concernente ao tema, foi a base para a proposição do conjunto de indicadores para monitorar o desempenho de UBS.

As estratégias adotadas foram a pesquisa bibliográfica, para a construção do capítulo 2 (referencial teórico), como também para a consecução do primeiro objetivo específico, e o estudo de caso, que foi realizado em um município da microrregião de Florianópolis, no Estado de Santa Catarina.

O horizonte temporal é transversal, pois se entende que os resultados obtidos são decorrentes da atual conformação do ambiente em que atuam as organizações do nível básico de atenção em saúde, ou seja,

alterações futuras no ambiente podem modificar os indicadores essenciais.

Como delimitação do horizonte espacial do estudo, tem-se o estado de Santa Catarina, o qual é composto por 295 municípios divididos em 6 mesorregiões: Grande Florianópolis, Norte Catarinense, Oeste Catarinense, Serrana, Sul Catarinense e Vale do Itajaí. Dessas 6 mesorregiões, destaca-se nesse estudo a Grande Florianópolis, mais especificamente a microrregião de Florianópolis, composta pelos municípios Antônio Carlos, Biguaçu, Florianópolis (capital do Estado), Governador Celso Ramos, Palhoça, Paulo Lopes, Santo Amaro da Imperatriz, São José e São Pedro de Alcântara (IBGE, 2010; SANTA CATARINA, 2015).

A escolha da microrregião deve-se ao fato de ser a microrregião que compreende a capital do Estado de Santa Catarina e também por conveniência para a realização do estudo - facilidade de deslocamento para realização das entrevistas. Já a definição do município teve como fundamento o fato de que o município não possui hospital, de forma que a atenção básica deve ser tão resolutiva quanto possível para diminuir o número de encaminhamentos aos hospitais conveniados nos municípios próximos.

Por fim, para a coleta de dados foram utilizados métodos mistos concomitantes (CRESWELL, 2010), quais sejam a pesquisa bibliográfica, como já foi mencionado, e a realização de entrevistas com gestores de saúde em âmbito municipal (secretário de saúde), setorial (coordenador de distrito) e local (coordenador de UBS). São concomitantes, pois as informações obtidas em ambos os métodos serão integradas (ou confrontadas) para a consecução do terceiro objetivo específico.

Em consonância com os objetivos traçados para operacionalizar a pesquisa, o investigador vale-se de instrumentos de coleta, análise e interpretação dos dados.

Com o intuito de melhor apresentar os procedimentos que foram utilizados na pesquisa, para a coleta e a análise dos dados em cada uma de suas etapas, mostra-se o Quadro 3.

Quadro 3 – Procedimentos para coleta e análise dos dados das diversas etapas da pesquisa

ETAPAS DA PESQUISA	PROCEDIMENTOS/INSTRUMENTOS DE PESQUISA	
	Coleta	Análise
1 – Levantar indicadores para monitoramento do desempenho de UBS dentre os apresentados na literatura.	Pesquisa bibliográfica e documental (Normas, Leis e diretrizes)	Análise de conteúdo
2 – Identificar indicadores para monitoramento de UBS a partir da percepção dos gestores municipais de saúde.	Entrevistas semiestruturadas com gestores municipais de saúde	Análise de conteúdo
3 – Estabelecer um conjunto de indicadores para o monitoramento do desempenho a ser considerado como um aporte à gestão do sistema de produção de uma UBS.	Pesquisa bibliográfica e dados empíricos	Análise de conteúdo

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2016).

A etapa 1 teve como objetivo reconhecer, no aporte teórico selecionado e nos aspectos normativos, o estado da arte sobre indicadores de desempenho na atenção básica. Para construir o portfólio de estudos que serviram de base para a seleção dos indicadores foram consultadas as plataformas Portal Capes e Scielo.

Foi consultado também o site do Ministério da Saúde (MS), mais especificamente o Portal da Atenção Básica para reconhecimento dos indicadores monitorados pelo MS e a legislação referente à atenção básica. Após o levantamento dos indicadores de desempenho, os mesmos foram categorizados nas treze categorias de análise do instrumento NIEPC, o qual é apresentado na fundamentação teórica. Utilizou-se como critério a recorrência nos estudos, o que é considerado obrigatório pelo MS e o que foi considerado relevante pela pesquisadora com relação ao objetivo geral da pesquisa.

Além disso, cabe destacar o material bibliográfico analisado em decorrência dos estudos (e respectivas referências) pesquisados.

Na etapa 2, foram identificados os indicadores que fornecem informações críticas para o cotidiano dos gestores municipais de saúde, a partir da percepção dos próprios gestores.

A coleta de dados junto aos gestores foi feita por meio de entrevistas semiestruturadas, na qual eles foram questionados a respeito dos indicadores de desempenho utilizados em seu dia-a-dia, bem como instigados a explicar sobre esses indicadores e filtrar os essenciais para a gestão cotidiana das UBS. As entrevistas semiestruturadas contaram com roteiros pré-definidos (Apêndices A, B e C), que serviram de guia para a pesquisadora no momento da conversa.

Foram entrevistados o Secretário de Saúde do município, o coordenador do distrito a que pertence a UBS objeto do estudo e o coordenador da UBS objeto do estudo (cuja indicação foi feita pelo Secretário de Saúde). Como critérios de seleção dos informantes, a escolha do primeiro deve-se ao fato de que possui uma visão global da atenção básica no município, enquanto o foco de atenção do terceiro é a UBS gerida por ele. Já o coordenador de distrito participou da pesquisa por ser o elo de comunicação entre o secretário de saúde e o coordenador de UBS, de forma que as três visões confluem e se complementam para a definição dos indicadores propostos.

A etapa 3 consistiu em propor um conjunto de indicadores para o monitoramento do desempenho da UBS, a fim de facilitar a gestão, cuja composição é decorrente da pesquisa bibliográfica e da pesquisa de campo. Assim, foram selecionados para compor o conjunto de indicadores aqueles encontrados tanto na literatura quanto na prática (a partir das entrevistas). Como nem todas as categorias de análise do instrumento NIEPC encontraram indicadores correspondentes, outros indicadores foram incorporados para completar o conjunto.

Uma vez realizadas as 3 etapas propostas, foi possível construir o instrumento de gestão, objetivo principal desse estudo, o qual é composto pelo conjunto de indicadores, por definição de parâmetros de excelência (metas) e limites de tolerância (limites máximos ou mínimos) e por fórmulas. A reunião desses elementos permite mensurar o desempenho da UBS.

A análise dos dados foi feita por análise de conteúdo nas três etapas mencionadas. A análise de conteúdo é a perspectiva informacional-quantitativa da análise de discurso. É a perspectiva “mais imediata, descritiva, quantitativa e exploradora da dimensão manifesta dos textos” (GODOI, 2006, p.379).

Bardin (2010) define análise de conteúdo como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não)

que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2010, p. 44).

Já com relação à codificação dos dados, a autora afirma que:

Quando existe ambiguidade na referenciação do sentido dos elementos codificados, necessário é que se definam unidades de contexto, superiores à unidade de codificação, as quais, embora não tendo sido tomadas em consideração no recenseamento das frequências, permitem contudo compreender a significação dos itens obtidos, repondo-os no seu contexto (BARDIN, 2010, p. 38).

Ainda de acordo com Bardin (2010), a análise de conteúdo ocorre em três momentos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, que compreende descrição, inferência e interpretação do texto.

Dessa forma, na etapa 3, para a composição do conjunto de indicadores, a análise de conteúdo consistiu na definição de categorias, nas quais foram agrupados os indicadores, a fim de facilitar a organização dos mesmos e a posterior comparação com os indicadores provenientes das entrevistas.

Inicialmente, os indicadores foram agrupados em três categorias, conforme sua finalidade: indicadores de gestão, indicadores de assistência em saúde e indicadores socioeconômicos. Por serem muitos os indicadores de gestão e de assistência em saúde, verificou-se que, nessas categorias, havia indicadores com objetivos semelhantes ou complementares, o que permitiu a definição de subcategorias para facilitar ainda mais a organização dos indicadores.

Assim, os indicadores de gestão foram subdivididos em 5 subcategorias: indicadores financeiros, indicadores de recursos humanos, indicadores de estrutura, indicadores de prestação de serviço e indicadores de processos internos.

Já os indicadores de assistência em saúde foram subdivididos em indicadores de atividades programáticas, indicadores de saúde infantil, indicadores de saúde da mulher, indicadores de condições crônicas, indicadores de cobertura e de qualidade do atendimento pré-natal, indicadores de assistência bucal e outros indicadores de assistência em saúde.

Quanto aos indicadores socioeconômicos, não houve necessidade de criar subcategorias por serem poucos indicadores.

Contribuíram para a definição da nomenclatura das categorias e subcategorias os estudos de Szwarcwald et al. (2006), Facchini et al. (2008) e Santos, Marins e Salomon (2009).

No capítulo 4 é apresentada a justificativa para alocação dos indicadores do instrumento nas 13 categorias de análise do instrumento NIEPC.

4 PROPOSTA DE INSTRUMENTO DE GESTÃO PARA MONITORAMENTO DE UBS

Nesse capítulo são apresentados os indicadores levantados na pesquisa feita na literatura, os indicadores identificados a partir da percepção dos gestores municipais de saúde e o conjunto de indicadores proposto para monitoramento do desempenho.

4.1 INDICADORES PARA MONITORAMENTO DE UBS LEVANTADOS NA LITERATURA

Para melhor sistematização dos indicadores encontrados na literatura, os mesmos foram agrupados em três categorias: indicadores de gestão, indicadores de saúde e indicadores socioeconômicos.

Compõem o quadro de indicadores da literatura, os estudos de Santos, Marins e Salomon (2009); Facchini et al. (2008); Kloetzel et al. (1998); Facchini et al. (2006); Macinko, Almeida e Sá (2007); Szwarcwald, Mendonça e Andrade (2006); Alfradique et al. (2009); Sala e Mendes (2011); Giovanella et al. (2009); e, Scaratti (2007).

Ressalta-se que não foram utilizados todos os indicadores apresentados nos estudos mencionados acima, pois embora todos abordem indicadores para UBS, o foco das abordagens varia bastante, de forma que compõem o quadro de indicadores apenas aqueles que têm relação com o desempenho de UBS, sob a perspectiva de uma única UBS, ou seja, da gestão de uma única UBS. Após essa primeira seleção, chegou-se a 230 indicadores.

Posteriormente, eliminaram-se os indicadores iguais, reduzindo-se para 217 indicadores. E então, uma nova seleção foi feita agrupando os indicadores de significado semelhante, restando 139 indicadores.

Os indicadores encontrados na literatura compreendem, ainda, aqueles solicitados pelo MS para alimentarem os sistemas de saúde do SUS, pelos municípios, com informações sobre a atenção básica. Dessa forma, utilizaram-se como base os indicadores encontrados no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), as informações disponibilizadas pelo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) e alguns indicadores do SISPRENATAL.

O PMAQ teve início em 2011 e a cada dois anos inicia-se um novo ciclo do programa, de forma que, atualmente, o PMAQ está em seu 3º ciclo. Cada ciclo é composto por três fases:

Fase 1: Adesão e contratualização

Fase 2: Certificação

Fase 3: Recontratualização

A cada ciclo podem ser renovados os indicadores propostos pelo programa, de forma que se deve sempre considerar o ciclo atual. Assim, servem de referência para o presente estudo apenas os indicadores do 3º ciclo do PMAQ (BRASIL, 2015), que são:

Quadro 4 – Indicadores do PMAQ (3º ciclo)

EIXOS	INDICADORES
1. Eixo: Acesso e continuidade do cuidado	1.1. Média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante 1.2. Percentual de atendimentos de demanda espontânea 1.3. Percentual de atendimentos de consulta agendada 1.4. Índice de atendimentos por condição de saúde avaliada 1.5. Razão de coleta de material citopatológico do colo do útero 1.6. Cobertura de primeira consulta odontológica programática
2. Eixo: Coordenação do cuidado	2.1. Percentual de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida
3. Eixo: Resolutividade	3.1. Percentual de encaminhamentos para serviço especializado 3.2. Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas
4. Eixo: Abrangência da oferta de serviços	4.1. Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Atenção Básica 4.2. Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Saúde Bucal

Fonte: Adaptado de Brasil (2015, p. 28)

Foram utilizadas como referência também as informações disponíveis no SISAB, as quais podem ser úteis para a composição do instrumento e estão descritas no Quadro 5.

Quadro 5 – Indicadores preconizados pelo SISAB

(continua)

INDICADORES PRECONIZADOS PELO SISAB
– Nascidos Vivos
– Nascidos Vivos Pesados
– Nascidos Vivos menores de 2500g
– Óbitos de < 28 dias por Diarreia
– Óbitos de < 28 dias por Infecção Respiratória Aguda (IRA)
– Óbitos de < 28 dias por Outras Causas
– Óbitos de crianças de 28 dias a 11 meses por Diarreia
– Óbitos de crianças de 28 dias a 11 meses por IRA
– Óbitos de crianças de 28 dias a 11 meses por Outras Causas
– Óbitos de < 1 ano por Diarreia
– Óbitos de < 1 ano por IRA
– Óbitos de < 1 ano por Outras Causas
– Óbitos Femininos de 10 a 14 anos
– Óbitos Femininos de 15 a 49 anos
– Óbitos Adolescentes por violência
– Hospitalização de < 5 anos por Pneumonia
– Hospitalização de < 5 anos por Desidratação
– Hospitalização por Abuso de Álcool
– Hospitalização por Complicações de Diabetes
– Hospitalizações Psiquiátricas
– Nº Visitas Domiciliares
– Famílias Acompanhadas
– Nº Gestantes Cadastradas
– Nº Gestantes Acompanhadas
– Nº Gestantes < 20 anos cadastradas
– Nº Gestantes com Pré-Natal no mês
– Nº Gestantes com Pré-Natal no 1º Trimestre
– Nº Gestantes com Vacinação em Dia
– Crianças até 4 meses
– Crianças < 4 meses com Aleitamento Materno Exclusivo
– Crianças < 4 meses com Aleitamento Misto
– Crianças < 1 ano
– Crianças < 1 ano com Vacinação em dia
– Crianças < 1 ano pesadas
– Crianças < 1 ano desnutridas
– Crianças de 12 a 23 meses
– Crianças de 12 a 23 meses com Vacinação em Dia
– Crianças de 12 a 23 meses Pesadas
– Crianças de 12 a 23 meses com Desnutrição
– Crianças < 2 anos com diarreia

Quadro 5 – Indicadores preconizados pelo SISAB (conclusão)

- Crianças < 2 anos que usaram Terapia de Reidratação Oral (TRO)
- Crianças < 2 anos com IRA
- Diabéticos Cadastrados
- Diabéticos Acompanhados
- Hipertensos Cadastrados
- Hipertensos Acompanhados
- Pessoas com Tuberculose Cadastradas
- Pessoas com Tuberculose Acompanhadas
- Pessoas com Hanseníase Cadastradas
- Pessoas com Hanseníase Acompanhadas

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2016) com base nas informações do SISAB

Assim, foi feita nova seleção de indicadores, que compreendeu os 139 indicadores levantados dos estudos mencionados anteriormente e os 67 selecionados a partir do PMAQ (BRASIL, 2015), do SISAB e do SISPRENATAL (BRASIL, 2008b), totalizando 206 indicadores. Foram novamente excluídos os iguais, diminuindo para 205 e agrupados os semelhantes, restando 183 indicadores.

Dessa forma, apresentam-se os indicadores levantados na literatura agrupados por categorias (indicadores de gestão, indicadores de assistência em saúde e indicadores socioeconômicos) e subcategorias. As subcategorias dos indicadores de gestão são indicadores financeiros, indicadores de recursos humanos, estrutura física, prestação do serviço e processos internos.

Já a categoria indicadores de assistência em saúde tem como subcategorias: indicadores de atividades programáticas, indicadores de saúde infantil, indicadores de saúde da mulher, indicadores de condições crônicas, indicadores de saúde da gestante, indicadores de saúde bucal e outros indicadores de saúde. A categoria indicadores socioeconômicos não possui subcategorias pois é composta por um rol muito menor do que as demais.

O levantamento de indicadores da literatura é apresentado nos Quadros 6, 7 e 8, abarcando, respectivamente, as categorias “indicadores de gestão”, “indicadores de assistência em saúde” e “indicadores socioeconômicos”.

Quadro 6 – Categoria Indicadores de Gestão e suas subcategorias (continua)

Categoria: INDICADORES DE GESTÃO	
Subcategorias	Indicadores
Indicadores Financeiros	<ul style="list-style-type: none"> – Despesas operacionais; – Gasto total com saúde por habitante (R\$/habitante); – PAB fixo (R\$/habitante); – Percentual de despesas com recursos humanos; – Percentual de transferências PSF/PACS no PAB total; – Percentual de recursos próprios aplicados em saúde.
Indicadores de Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> – Condições de trabalho; – Uso e desenvolvimento de capacidades; – Integração social na organização; – Equilíbrio do trabalho com espaço total; – N° de médicos; – N° de médicos com formação em saúde da família (especialização ou atualização); – Funcionários/enfermeiros; – Atividade profissional; – Tempo que trabalha na unidade básica de saúde; – Ingresso por concurso; – Vínculo empregatício (estatutário, CLT, temporário e outros); – Plano de carreira na instituição; – Carga horária semanal na unidade básica de saúde (número de horas); – Outros empregos; – Renda mensal bruta na unidade básica de saúde (R\$); – Percentual de ações de capacitação dirigidas às coordenações técnicas e aos profissionais; – Total de carga horária contratada e cumprida pelos trabalhadores de saúde; – Turnos de atendimento da unidade básica de saúde.
Indicadores de Estrutura	<ul style="list-style-type: none"> – Capacidade utilizada; – Percentual de existência e adequação das dependências (inclusive para PNE), de equipamentos e instrumentos em condições de uso, de materiais, insumos e medicamentos disponíveis; – Medicamentos disponíveis na unidade básica de saúde; – Percentual de profissionais que utilizam microcomputador em suas atividades; – Área física total (em m²) da UBS.

Quadro 6 – Categoria Indicadores de Gestão e suas subcategorias (conclusão)

Indicadores de Prestação do Serviço	<ul style="list-style-type: none"> – Atendimento administração; – Atendimento médico; – Pontualidade; – Prazo para realização da consulta; – Tempo de duração da consulta; – Número de domicílios cadastrados ESF; – % de domicílios que recebeu pelo menos seis visitas anuais; – % de domicílios que nunca recebeu visita domiciliar; – % de domicílios em que algum profissional de saúde fez perguntas sobre problemas de saúde; – % de domicílios em que foi feito monitoramento às consultas agendadas; – Tempo médio de espera (minutos) para receber atendimento; – Consultas médicas básicas por habitante, por ano; – Tempo médio de espera do paciente referenciado para consultas especializadas – Percentual de atendimentos de demanda espontânea; – Percentual de atendimentos de consulta agendada; – Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Atenção Básica; – Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Saúde Bucal; – Número e percentual de indivíduos que receberam atendimento ambulatorial no ano que precedeu a pesquisa; – Exames que a unidade básica de saúde tem acesso direto.
Indicadores de Processos Internos	<ul style="list-style-type: none"> – Tipo e frequência de supervisão na unidade básica de saúde por coordenação local e central da SMS; – Planejamento, gestão e coordenação; – Gestão da informação; – Supervisão e suporte técnico; – % de profissionais que utilizam protocolos que orientem as atividades; – Protocolos mais utilizados (imunização, pré-natal e pré-câncer); – Nº de vezes em que o relatório do SISAB foi enviado com atraso ou foi recusado.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2016) com base em Santos, Marins e Salomon (2009); Facchini et al. (2008); Kloetzel et al. (1998); Facchini et al.

(2006); Macinko, Almeida e Sá (2007); Szwarcwald, Mendonça e Andrade (2006); Alfradique et al. (2009); Sala e Mendes (2011); Giovanella et al. (2009); Scaratti (2007), PMAQ (BRASIL, 2015), SISAB e SISPRENATAL (BRASIL, 2008b).

Quadro 7 – Categoria Indicadores de Saúde e suas subcategorias (continua)

Categoria: INDICADORES DE ASSISTÊNCIA EM SAÚDE	
Subcategorias	Indicadores
Indicadores de Atividades Programáticas	<ul style="list-style-type: none"> – Existência e tipo de serviço de acolhimento e de centrais de serviços (leitos, serviço de atendimento móvel de urgência, exames, consultas); – Cuidados clínico, de enfermagem, odontológico e domiciliar; – Ações programáticas e educativas; – Participação comunitária; – Manejo da desnutrição; – Manejo dos agravos infantis mais prevalentes; – Planejamento familiar; – Atividades de grupo; – % de domicílios que recebeu orientações sobre comportamentos saudáveis; – % de domicílios em que houve encaminhamento para serviços de saúde; – % que recebeu orientações sobre cuidados de saúde infantil; – % em que foi feito acompanhamento do crescimento das crianças; – % em que foi feita a verificação do cartão de vacinação das crianças; – Índice de atendimentos por condição de saúde avaliada.
Indicadores de Saúde Infantil	<ul style="list-style-type: none"> – Percentual de consulta de puericultura; – % de crianças com menos de 1 ano que não fazem acompanhamento do crescimento na UBS; – % de crianças (>6 meses e <2 anos) amamentadas até os 6 meses exclusivamente; – % de crianças (>6 meses e <2 anos) amamentadas até os 6 meses exclusiva ou predominantemente; – % de crianças de 1 a 2 anos de idade com vacinação tetravalente completa (três doses); – Percentual de nascidos vivos por cesárea; – Coeficiente de mortalidade infantil; – Coeficiente de mortalidade neonatal;

Quadro 7 – Categoria Indicadores de Saúde e suas subcategorias (continuação)

Indicadores de Saúde Infantil	<ul style="list-style-type: none"> - Coeficiente de mortalidade pós-neonatal; - Nascidos Vivos Pesados; - Nascidos Vivos menores de 2500g; - Óbitos de < 28 dias por Diarreia; - Óbitos de < 28 dias por Infecção Respiratória Aguda (IRA) - Óbitos de < 28 dias por Outras Causas; - Óbitos de crianças de 28 dias a 11 meses por Diarreia; - Óbitos de crianças de 28 dias a 11 meses por IRA; - Óbitos de crianças de 28 dias a 11 meses por Outras Causas; - Óbitos de < 1 ano por Diarreia; - Óbitos de < 1 ano por IRA; - Óbitos de < 1 ano por Outras Causas; - Hospitalização de < 5 anos por Pneumonia; - Hospitalização de < 5 anos por Desidratação; - Crianças < 4 meses com Aleitamento Materno Exclusivo; - Crianças < 4 meses com Aleitamento Misto; - Crianças < 1 ano com Vacinação em dia; - Crianças < 1 ano pesadas; - Crianças < 1 ano desnutridas; - Crianças de 12 a 23 meses com Vacinação em Dia; - Crianças de 12 a 23 meses Pesadas; - Crianças de 12 a 23 meses com Desnutrição; - Crianças < 2 anos com diarreia; - Crianças < 2 anos que usaram Terapia de Reidratação Oral (TRO); - Crianças < 2 anos com IRA. - Percentual de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida; - Nº de atendimentos de crianças com ACD.
Indicadores de Saúde da Mulher	<ul style="list-style-type: none"> - % de mulheres que fizeram exame ginecológico nos últimos 3 anos; - % de mulheres com exame preventivo; - % de mulheres com preventivo e conhecimento do resultado menos de 1 mês depois; - % de mulheres cujas mamas foram examinadas; - % de mulheres cujo peso foi medido; - % de mulheres cuja pressão arterial foi medida; - % de mulheres que recebeu orientações sobre hábitos saudáveis;

Quadro 7 – Categoria Indicadores de Saúde e suas subcategorias (continuação)

Indicadores de Saúde da Mulher	<ul style="list-style-type: none"> – % de mulheres que recebeu orientações sobre auto-exame das mamas; – % de mulheres que fez mamografia nos últimos 3 anos; – % de mulheres que fez mamografia com conhecimento do resultado menos de 1 mês depois; – Razão de exame citopatológico de colo uterino em mulheres de 25 a 59 anos; – Óbitos Femininos de 15 a 49 anos; – N° de óbitos de mulheres adultas por causas maternas; – N° de óbitos de mulheres adultas por câncer de colo de útero ou de mama.
Indicadores de Condições Crônicas	<ul style="list-style-type: none"> – Percentual de consulta de hipertensão; – Percentual de consulta de diabetes mellitus; – Diagnóstico e tratamento Hanseníase; – % Idosos (+ 60 anos) que realizou exame de vista nos últimos 3 anos; – % Idosos (+ 60 anos) que se vacinou contra gripe nos últimos 12 meses; – % de indivíduos que têm o hábito de fumar; – % de obesos; – % de indivíduos que não realizam atividade física por lazer ou condicionamento físico; – % de indivíduos que tiveram medida da pressão arterial no último ano; – % de hipertensos que receberam assistência de saúde no último ano; – % de hipertensos que tomaram medicamento nas últimas duas semanas; – % de hipertensos que são obesos; – % de hipertensos que fumam; – Percentual de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera; – Coeficiente de internação por Acidente Vascular Cerebral (AVC) na faixa etária de 30 a 59 anos; – Coeficiente de mortalidade por doença do aparelho circulatório na faixa etária de 30 a 59 anos. – Hospitalização por Complicações de Diabetes.

Quadro 7 – Categoria Indicadores de Saúde e suas subcategorias (continuação)

Indicadores de cobertura e de qualidade do atendimento pré-natal	<ul style="list-style-type: none"> - Percentual de consulta de pré-natal; - % de gestantes que tiveram seis ou mais consultas; - % de gestantes que tiveram todos os exames laboratoriais básicos; - % de gestantes que tiveram os procedimentos preconizados em todas as consultas; - % de gestantes que receberam todas as orientações adequadas; - % de gestantes que receberam os aconselhamentos preconizados; - % de gestantes que fez três ou mais ultra-sonografias; - % de parturientes que tiveram parto cesáreo; - % de mulheres que fizeram consulta pós-parto; - Início do pré-natal até 17ª semana; - Exames básicos 1ª rotina (hb e ht, tipagem sanguínea, glicemia jejum, vdrl, hbsag, urina 1); - Proporção de gestantes em relação ao número de nascidos vivos; - Proporção de gestantes com teste anti-hiv; - Nº Gestantes < 20 anos cadastradas; - Nº Gestantes com Pré-Natal no mês; - Nº Gestantes com Pré-Natal no 1º Trimestre; - Nº Gestantes com Vacinação em Dia; - Nº de adolescentes grávidas; - Nº de partos em adolescentes; - Nº de partos naturais em adolescentes; - Nº de mulheres adultas grávidas; - Nº de partos em mulheres adultas; - Nº de partos naturais em mulheres adultas.
Indicadores de Assistência Bucal	<ul style="list-style-type: none"> - % Adultos (18 anos e mais) que realiza consulta odontológica para revisão periódica uma vez ao ano; - % Adultos (18 anos e mais) que perdeu todos os dentes naturais; - Cobertura de primeira consulta odontológica programática; - Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas.

Quadro 7 – Categoria Indicadores de Saúde e suas subcategorias (conclusão)

Outros Indicadores de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> – Percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB); – Percentual de encaminhamentos para serviço especializado; – Hospitalização por Abuso de Álcool; – Hospitalizações Psiquiátricas; – Percentual de consulta de problemas psíquicos; – N° de óbitos de adolescentes.
-----------------------------	--

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2016) com base em Santos, Marins e Salomon (2009); Facchini et al. (2008); Kloetzel et al. (1998); Facchini et al. (2006); Macinko, Almeida e Sá (2007); Szwarcwald, Mendonça e Andrade (2006); Alfradique et al. (2009); Sala e Mendes (2011); Giovanella et al. (2009); Scaratti (2007), PMAQ (BRASIL, 2015), SISAB e SISPRENATAL (BRASIL, 2008b).

Quadro 8 – Categoria Indicadores Socioeconômicos

Categoria: INDICADORES SOCIOECONÔMICOS	
Subcategorias	Indicadores
Não há subcategorias	<ul style="list-style-type: none"> – Percentual de analfabetos; – Percentual de menores de 5 anos; – Percentual de idosos (≥ 65 anos); – Taxa bruta de natalidade/mil habitantes; – Expectativa de vida (anos); – Percentual de população feminina em idade fértil; – PIB <i>per capita</i>; – IDH; – Percentual de pobres; – Percentual de rede de água, esgoto e lixo; – Crianças até 4 meses; – N° de crianças menores de 1 ano; – Crianças de 12 a 23 meses; – N° de adolescentes; – N° de adultos.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2016) com base em Santos, Marins e Salomon (2009); Facchini et al. (2008); Kloetzel et al. (1998); Facchini et al. (2006); Macinko, Almeida e Sá (2007); Szwarcwald, Mendonça e Andrade (2006); Alfradique et al. (2009); Sala e Mendes (2011); Giovanella et al. (2009); Scaratti (2007), PMAQ (BRASIL, 2015), SISAB e SISPRENATAL (BRASIL, 2008b).

A definição das categorias e subcategorias, apresentadas nos Quadros 6, 7 e 8, foi feita a partir dos estudos que serviram de base para

a elaboração dos mesmos, os quais foram mencionados anteriormente, e também com base em outras referências, como Mendes (2012), que define o que são condições crônicas e serviu de parâmetro para a inclusão de indicadores na subcategoria indicadores de condições crônicas, da categoria indicadores de saúde.

Condições crônicas são aquelas que exigem acompanhamento contínuo na UBS. Estão incluídas doenças crônicas, como hipertensão, câncer, doenças cardiovasculares e diabetes; doenças infecciosas persistentes como hanseníase, tuberculose e HIV; e outras condições de saúde que não são doenças, mas exigem acompanhamento contínuo do paciente por período superior a três meses (gestantes, recém-nascidos, idosos) ou, muitas vezes, permanente como casos de amputações, cegueira e até mesmo doenças bucais (MENDES, 2012).

Embora o acompanhamento de gestantes e de crianças (puericultura) seja uma condição crônica, conforme a definição de Mendes (2012), optou-se por apresentar os indicadores referentes a essas condições em uma categoria própria, para facilitar a organização e visualização dos indicadores, uma vez que foram encontrados muitos indicadores com relação à saúde da gestante e à saúde infantil.

No agrupamento de indicadores semelhantes, optou-se por aqueles com maior carga informacional, por exemplo, agrupou-se “coeficiente de mortalidade neonatal” e “nº de óbitos neonatais”, apresentando apenas o primeiro deles, já que é mais interessante conhecer a taxa de mortalidade neonatal do que o seu número absoluto – não obstante seja necessário conhecer o número absoluto para poder calcular a taxa.

Uma vez apresentados os indicadores para monitoramento de UBS levantados na literatura, apresenta-se aqueles identificados a partir da percepção dos gestores municipais de saúde, por meio de entrevistas.

4.2 INDICADORES PARA MONITORAMENTO DE UBS IDENTIFICADOS A PARTIR DA PERCEPÇÃO DE GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE

O objeto do estudo de caso é uma UBS de um município da microrregião de Florianópolis. Como já foi mencionado no capítulo anterior, o critério de escolha do município foi a ausência de hospital (alta complexidade), o que torna necessário uma maior eficiência e um maior grau de resolutividade da atenção básica.

O município possui uma população estimada em 161.395 pessoas (IBGE, 2016) e sua rede de atenção à saúde é composta por 21 UBS, uma

policlínica, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24h, um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), além de três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS 2, CAPSi e CAPSad), um pronto atendimento na região sul do município e um centro de bem-estar animal.

Já a UBS visitada atende uma população adstrita de, aproximadamente, 3.659 pessoas, segundo informou a coordenadora da UBS, com base nas pessoas cadastradas em cada uma das duas equipes ESF, uma delas responsável por 2.012 pessoas e outra por 1.647, embora a coordenadora tenha alertado que esses números estão desatualizados no sistema da UBS.

Cada uma das Equipes Saúde da Família (eSF) da UBS é formada, segundo a coordenadora, cada uma por um médico, um enfermeiro, três técnicos ou auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, que somavam, no momento da entrevista na UBS estudada, o total de 9 agentes. Isso porque o décimo agente desligou-se da referida UBS recentemente.

A UBS conta ainda com uma equipe de Saúde Bucal, que, de acordo com dados do SISAB, é composta por um cirurgião-dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene bucal. A coordenadora da UBS explicou que ali deveria haver duas equipes de Saúde Bucal, mas atualmente eles possuem apenas uma.

A estrutura da UBS visitada é composta por sala de recepção e sala de prontuário, sala de espera, sala da coordenação, sala de reuniões, sala dos agentes comunitários de saúde, dois consultórios médicos, sala de procedimentos, sala de vacina, sala de curativo, consultório odontológico, sanitários, banheiro para funcionários, copa/cozinha, área de serviço e depósito de materiais de limpeza, central de material e esterilização (almoxarifado), expurgo (local destinado ao acondicionamento de lixo contaminado), sala do teste do pezinho e sala da triagem. A estrutura é nova, visto que a UBS inaugurou a menos de 1 ano e o ambiente é bastante limpo, organizado, bem iluminado e arejado.

A cerca de 200 metros da UBS há uma estação de academia ao ar livre, onde educadores físicos do NASF desenvolvem atividades físicas com idosos da comunidade. Há, ainda, uma horta comunitária, idealizada por uma das agentes de saúde, nos fundos da UBS. A comunidade aderiu ao projeto e, atualmente, a agente de saúde está recebendo sementes para plantar na horta.

Em novembro de 2015 o município aderiu ao 3º ciclo do PMAQ, passando assim a instrumentalizar a ação das equipes de Atenção Básica (AB) e Saúde Bucal (SB) com os indicadores já apresentados no Quadro 4.

Além disso, o município também acompanha os indicadores do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - COAP 2013-2015. Originalmente composto por 67 indicadores, essa relação de indicadores sofre algumas alterações conforme o estado e o município, de acordo com as características (p.ex. realidade epidemiológica, tamanho da população, dentre outras variáveis dos mesmos). No caso estudado, excluindo-se os indicadores que não se aplicam ao município, foram acordados 49 indicadores. Ressalta-se que as metas para 2016 ainda não haviam sido aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde no dia da entrevista com o secretário de saúde. Desta forma, o Quadro 9 relaciona os indicadores em questão, indicando os que não se aplicam à realidade do município escolhido para o estudo.

Quadro 9 – Indicadores COAP 2013-2015

(continua)

INDICADORES COAP 2013 - 2015	
Diretriz	Indicadores
Diretriz 1 - Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimorando a política de atenção básica e a atenção especializada.	1 - Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica 2 - Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB) 3 - Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família 4 - Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal 5 - Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada 6 - Proporção de exodontia em relação aos procedimentos 7 - Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente 8 - Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente 9 - Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente 10 - Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente 11 - Proporção de serviços hospitalares com contrato de metas firmado (Não se aplica)

Quadro 9 – Indicadores COAP 2013-2015

(continuação)

<p>Diretriz 2 - Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.</p>	<p>12 - Número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado 13 - Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente 14 - Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM) 15 - Proporção de óbitos, em menores de 15 anos, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) 16 - Cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) 17 - Proporção das internações de urgência e emergência reguladas</p>
<p>Diretriz 3 - Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.</p>	<p>18 - Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária 19 - Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária 20 - Proporção de parto normal 21 - Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal 22 - Número de testes de sífilis por gestante 23 - Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência 24 - Taxa de mortalidade infantil 25 - Proporção de óbitos infantis e fetais investigados 26 - Proporção de óbitos maternos investigados 27 - Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados 28 - Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade</p>
<p>Diretriz 4 – Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack, álcool e outras drogas.</p>	<p>29 - Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial</p>

Quadro 9 – Indicadores COAP 2013-2015

(continuação)

<p>Diretriz 5 – Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.</p>	<p>30a - Para município/região com menos de 100 mil habitantes: Número de óbitos prematuros (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)</p> <p>30b - Para município/região com 100 mil ou mais habitantes, estados e DF: Taxa de mortalidade prematura (circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)</p>
<p>Diretriz 7– Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.</p>	<p>35 - Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas</p> <p>36 - Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera</p> <p>37 - Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose</p> <p>38 - Proporção de registro de óbitos com causa básica definida</p> <p>39 - Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação</p> <p>40 - Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados</p> <p>41 - Percentual de municípios que executam as ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios</p> <p>42 - Número de casos novos de aids em menores de 5 anos</p> <p>43 - Proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 200cel/mm3</p> <p>44 - Número de testes sorológicos anti HCV realizados</p> <p>45 - Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes</p> <p>46 - Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados</p> <p>47 - Número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral (Não se aplica)</p> <p>48 - Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina (Não se aplica)</p> <p>49 - Proporção de escolares examinados para o tracoma nos municípios prioritários (Não se aplica)</p>

Quadro 9 – Indicadores COAP 2013-2015

(continuação)

<p>Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.</p>	<p>51 - Número absoluto de óbitos por dengue (Não se aplica)</p> <p>52 - Proporção de imóveis visitados em, pelo menos, 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue (Não se aplica)</p> <p>53 - Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez</p>
<p>Diretriz 8- Garantia da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS.</p>	<p>54 - Percentual de municípios com o Sistema HORUS implantado (Não se aplica)</p> <p>55 - Proporção de municípios da extrema pobreza com farmácias da Atenção Básica e centrais de abastecimento farmacêutico estruturados (Não se aplica)</p> <p>56 - Percentual de indústrias de medicamentos inspecionadas pela Vigilância Sanitária, no ano (Não se aplica)</p>
<p>Diretriz 11 - Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho e dos trabalhadores dos SUS.</p>	<p>57 - Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas</p> <p>58 - Proporção de novos e/ou ampliação de Programas de Residência em de Medicina de Família e Comunidade e da Residência Multiprofissional em Atenção Básica/ Saúde da Família/Saúde Coletiva (Não se aplica)</p> <p>59 - Proporção de novos e/ou ampliação de Programas de Residência médica em psiquiatria e multiprofissional em saúde mental (Não se aplica)</p> <p>60 - Número de pontos do Telessaúde Brasil Redes implantados</p> <p>61 - Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos</p> <p>62 - Número de Mesas ou espaços formais municipais e estaduais de negociação permanente do SUS, implantados e/ou mantidos em funcionamento (Não se aplica)</p>

Quadro 9 – Indicadores COAP 2013-2015

(conclusão)

<p>Diretriz 12 - Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.</p>	<p>63 - Proporção de Plano de Saúde enviado ao Conselho de Saúde 64 - Proporção Conselhos de Saúde cadastrados no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde - SIACS</p>
<p>Diretriz 13 - Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.</p>	<p>65 - Proporção de municípios com ouvidoria implantada 66 - Componente do SNA estruturado 67 - Proporção de entes com pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preço em Saúde (Não se aplica)</p>

Fonte: Adaptado de documento fornecido pela Secretaria de Saúde do Município – dados da pesquisa (2016).

Os indicadores do Coap têm a função de contribuir para o atingimento de objetivos decorrentes das diretrizes traçadas em âmbito nacional e estadual.

A secretaria de saúde do município disponibilizou para a pesquisa os resultados obtidos no período de 2013 a 2015, bem como a meta que foi pactuada em 2015 e a meta pré-estabelecida para o ano de 2016 (ainda dependente de aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde, conforme mencionado anteriormente).

A partir da análise dos dados, foi possível verificar que o município tem obtido um bom desempenho historicamente, visto que evoluiu continuamente em 11 indicadores e se manteve estável atingindo a meta em 8 indicadores. Além do bom desempenho nos últimos três 3 anos (2015, 2014 e 2013), foi especialmente melhor no último ano, quando alcançou ou superou a meta em 16 indicadores. E, na maioria dos casos em que não alcançou a meta chegou bem próximo, como no caso do indicador 14, em que o município alcançou 6,96% de uma meta de 7%.

Além dos documentos fornecidos pela secretaria de saúde e pela coordenação da UBS, foram realizadas entrevistas com o secretário de

saúde do município, com a coordenadora da UBS e com a coordenadora do distrito que integra a UBS estudada. Esses sujeitos da pesquisa são identificados, respectivamente, como E1, E2 e E3.

A análise das entrevistas compreendeu a fragmentação do conteúdo das transcrições em unidades de significação, que foram organizadas em categorias e subcategorias, conforme demonstrado no Quadro 10.

Quadro 10 – Análise de conteúdo das entrevistas (continua)

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO	TRECHO DA ENTREVISTA
Organização do atendimento	Sistema de acolhimento	Redução das filas para marcação de consultas	“O sistema de acolhimento evita com que o paciente fique lá naquela fila (...) até mesmo antes de abrir a unidade, que evita com que sejam sempre os mesmos pacientes normalmente.” (E1)
		Funcionamento do sistema de acolhimento	“A gente tem o acolhimento nos dois períodos” (E2) “O acolhimento funciona das oito às dez ou da uma às quinze.” (E2) “Então fica assim: até dez horas da manhã horário de acolhimento, até quinze horas da tarde acolhimento e depois a gente tem a agenda programada” (E2)

Quadro 10 – Análise de conteúdo das entrevistas (continuação)

Organização do atendimento	Referência e contra referência	Funcionamento	“Nós temos todo o fluxo de referência e contra referência junto com os serviços do Estado” (E1)
Organização da gestão	Gestão do estoque	Ineficiência do controle de saída de insumos do almoxarifado da UBS	“Eu anoto aqui: “saiu 5 pacotes de gaze”, mas lá consta pra eles (almoxarifado central) que tem 30, mas aqui só saiu 5... Daí essa é uma das minhas dificuldades...” (E2)
		O sistema de informação possui prontuário eletrônico e está integrado com os sistemas do SUS	“(…)um pré-requisito pra gente utilizar o sistema é que o sistema se comunique com o Ministério da Saúde” (E1).
	Sistema de informação	O sistema de informação permitiu a implantação do sistema de acolhimento	“(O sistema de acolhimento é) informatizado, só é possível por causa da informatização né, que tu consegue botar uma agenda um pouco mais pra frente” (E1)

Quadro 10 – Análise de conteúdo das entrevistas

(continuação)

Monitoramento do desempenho	Definição dos indicadores	Prevalência dos indicadores pactuados com o MS	<p>“Porque aqui a gente tem tudo... o E-SUS tem relatório consolidado por indicadores (...)” (E2)</p> <p>“(A definição de metas é partir do que o ministério define) sempre.” (E2).</p>
	Controle dos resultados	Importância do sistema de informação para o controle de indicadores	<p>“Hoje nós temos, graças à informatização, nós temos um controle mais acessível e mais fidedigno do que é realizado entre as unidades de saúde”. (E1)</p> <p>“Nós também trabalhamos com pesquisa qualitativa, então às vezes a gente manda uma equipe a campo pra verificar como é que tá o atendi... a percepção do cidadão quanto ao atendimento.” (E1)</p> <p>“O controle de resultados é feito através do sistema de informação e de reuniões com a coordenação e enfermeiros”. (E3)</p>

Quadro 10 – Análise de conteúdo das entrevistas (conclusão)

Monitoramento do desempenho	Aumento do desempenho	Importância da equipe para o aumento do desempenho	<p>“Trabalho em equipe né... que é minha dificuldade maior, é a resistência né, das pessoas”.</p> <p>(E2)</p> <p>“A gestão, uma equipe, uma equipe técnica bem formada, uma equipe que funcione de forma integrada, que tenha uma visão sistêmica”.</p> <p>(E1)</p>
-----------------------------	-----------------------	--	---

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

A análise das entrevistas permitiu concluir que a gestão da saúde, tanto em âmbito municipal como no âmbito da UBS é feita com base nos indicadores pactuados com o MS, por meio dos programas desenvolvidos por esse órgão governamental. Ou seja, não há o desenvolvimento de indicadores pela própria unidade.

As reuniões com a coordenação de distrito servem, em grande parte para o acompanhamento desses indicadores e o desenvolvimento de estratégias para alcançar as metas estabelecidas para cada indicador.

O sistema informatizado, que já é utilizado em quase todas as UBS do município e integra as informações com os sistemas do SUS facilita esse monitoramento.

As entrevistas, além disso, confirmaram a premissa do estudo de que existem muitos indicadores sendo monitorados, mas os mesmos são dispersos e servem mais para alimentar os sistemas do SUS do que propriamente contribuir para o desempenho da UBS. Em outras palavras, contribuem para o atingimento das metas estabelecidas para os indicadores, mas isso não se reflete, necessariamente, no aumento do desempenho da UBS.

Como exemplo tem-se a gestão do estoque, que não é contemplada com nenhum indicador pactuado com o MS e, portanto, não é prioridade para a UBS. No entanto, em entrevista ficou evidente a necessidade de um melhor controle do que sai do almoxarifado:

“É esse o meu controle (apontando para uma folha de papel escrita à mão), daí esse aqui tá assim, depois te mostro ali, tem uma folhinha sempre dessa aqui, anexada na sala de esterilização, e na salinha do almoxarifado, daí tudo o que elas tiram, por exemplo, pra esterilizar um pacote de gaze né, tudo anotado aqui... “um pacote de gaze pra esterilização” ou “um pacote de gaze pro paciente tal” daí tudo a gente anota aqui, o mais especificado possível, o máximo de detalhes pra mim, porque tem muito material pra eu selecionar ali no sistema. Não sou eu que digito, tudo tá ali, então tem que saber direitinho o que saiu, não é só anotar “gaze: tanto”, não, tem qual utilidade, né, que daí eu... (interrompida por uma pessoa que bateu à porta)” (E2).

“Daí a coordenação do almoxarifado: “como é que tu me pede mais 50 pacotes de gazes se consta aqui no sistema que tu tem 30 aí na unidade?” Tudo eles sabem né, então toda reunião tem que tá falando “gente, detalhes, não esquece de anotar, não levem pra casa nada sem anotar, pra a gente conseguir...” mas daí o que aconteceu, nunca fui atendida, nunca dei jeito de fazer isso aqui decentemente, não dou conta, nunca tá zerado, nunca dá, nunca fecha né...” (E2).

Dessa forma, sugere-se o indicador “acuracidade do estoque” para monitorar o percentual do valor faltante em relação ao estoque contábil.

Outro ponto observado na análise das entrevistas são as faltas justificadas com atestado médico, que de acordo com E2 são muitas, gerando um problema para as atividades diárias da UBS.

Aqui eu tenho muito problema com declaração de atestado, excesso, excesso...(E2)

Assim, com relação a essa questão, também aqui propõe-se um indicador: número de afastamentos por atestado médico para que essas faltas sejam controladas e facilmente visualizadas, sendo possível acompanhar por um gráfico de série histórica a evolução desse indicador.

Uma vez reconhecida a realidade da UBS estudada, objetiva-se, no próximo tópico, a apresentar o conjunto de indicadores fruto da

confluência dos indicadores levantados na literatura e dos utilizados na prática da UBS.

4.3 PROPOSIÇÃO DE UM CONJUNTO DE INDICADORES PARA MONITORAMENTO DO DESEMPENHO DE UBS

Após o levantamento dos indicadores na literatura e a identificação dos indicadores utilizados na prática da gestão da UBS, selecionaram-se aqueles que se repetiram em ambas as análises, pois se são preconizados na literatura e são, de fato, utilizados na prática, significa que tais indicadores têm relevância para compor o instrumento de monitoramento de desempenho de UBS objetivado pela presente pesquisa.

Dessa forma, compõe o pretense instrumento os indicadores do PMAQ, já que foram levantados na pesquisa bibliográfica e, também, encontrados em documento disponibilizado pela UBS, bem como os do Coap, cujos quais foi verificada correspondência com a literatura. Esses indicadores são listados no Quadro 11.

Quadro 11 – Indicadores que compõem o instrumento proposto (conjunto parcial)
(continua)

INDICADORES DO INSTRUMENTO PROPOSTO (PARCIAL)
– Média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante
– Percentual de atendimentos de demanda espontânea
– Percentual de atendimentos de consulta agendada
– Índice de atendimentos por condição de saúde avaliada
– Percentual de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida
– Percentual de encaminhamentos para serviço especializado
– Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas
– Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Atenção Básica
– Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Saúde Bucal
– Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas Número de domicílios cadastrados ESF
– Taxa de mortalidade infantil
– Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal
– Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária
– Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária
– Diagnóstico e tratamento Hanseníase
– Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera

Quadro 11 – Indicadores que compõem o instrumento proposto (conjunto parcial)
(conclusão)

<ul style="list-style-type: none"> – Proporção de exodontia em relação aos procedimentos – Cobertura de primeira consulta odontológica programática – Percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB)

Fonte: Elaborado pela pesquisadora com base em Brasil (2015) e Brasil (2013a) (2016).

Uma vez elaborado o conjunto parcial de indicadores, a partir do confronto da literatura e da prática, era possível construir o instrumento de gestão, objetivo principal deste estudo. Para tanto, utilizou-se como base para a construção do conjunto final de indicadores um instrumento já consolidado de diagnóstico e avaliação de sistemas de produção, pois se parte do princípio de que toda organização pode ser vista como um sistema de produção.

Assim, os indicadores propostos foram alocados nas categorias de análise do instrumento de diagnóstico e avaliação de desempenho de sistemas de produção desenvolvido pelo NIEPC, núcleo de pesquisa da qual a pesquisadora participa. Instrumento esse descrito na fundamentação teórica e consolidado após inúmeras aplicações, nos mais diversos segmentos organizacionais.

Como o conjunto de indicadores, proposto a partir do levantamento da literatura e da percepção dos gestores, não gerou indicadores para todas as categorias do instrumento NIEPC, optou-se pelo desenvolvimento, ou a proposição, de indicadores para essas categorias que não foram contempladas, proporcionando um conjunto mais completo e eficiente para o monitoramento do desempenho.

O conjunto final de indicadores é apresentado no Quadro 12.

Quadro 12 – Categorização dos indicadores propostos (continua)

CATEGORIA	INDICADORES
Organização e cultura	– Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas
Saúde e segurança	- Razão de afastamentos por atestado médico
Tempo de ciclo	- Tempo de atendimento (tempo de espera + tempo de duração da consulta)
Gestão ambiental	- Percentual de resíduos perfuro-cortantes

Quadro 12 – Categorização dos indicadores propostos (continuação)

Equipamentos e tecnologia	- Nº de computadores com acesso ao sistema de informação da UBS
Investimentos	- Percentual de ações de manutenção preventiva
Planejamento da produção	<ul style="list-style-type: none"> - Percentual de atendimentos de demanda espontânea - Percentual de atendimentos de consulta agendada - Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Atenção Básica (EAB) - Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Saúde Bucal (ESB) - Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica - Índice de atendimentos por condição de saúde avaliada
Programação da produção	- Relação de casos de hanseníase diagnosticados e em tratamento ³
Controle da produção	<ul style="list-style-type: none"> - Média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante - Acuracidade do estoque (% do valor faltante em relação ao estoque contábil) - Percentual de encaminhamentos para serviço especializado
Desempenho operacional	<ul style="list-style-type: none"> - Taxa de mortalidade infantil - Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal - Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária

³ Embora tenham sido encontrados indicadores semelhantes na literatura, como “diagnóstico e tratamento da hanseníase” e “Nº de casos de hanseníase diagnosticados e em tratamento”, no presente estudo optou-se por utilizar “Relação de casos de hanseníase diagnosticados e em tratamento” por guardar maior carga informacional.

Quadro 12 – Categorização dos indicadores propostos (conclusão)

Desempenho operacional	<ul style="list-style-type: none"> – Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária – Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera – Percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB) – Cobertura de primeira consulta odontológica programática – Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas – Proporção de exodontia em relação aos procedimentos – Percentual de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida
Instalações	- Percentual de ações de manutenção corretiva
Desenvolvimento de novos produtos	- Mensuração de demanda para oferta de novo serviço
Qualidade	- Percentual de satisfação do usuário

Fonte: Elaborado pela pesquisadora com base em Brasil (2015), Brasil (2013a), Berto et al. (2014) e Marchi (2014) (2016).

Os indicadores foram alocados de acordo com a significância de seu conteúdo nas categorias de análise do instrumento NIEPC, conforme apresentado no Quadro 12.

O indicador “Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas” foi alocado na categoria Organização e Cultura porque a essa categoria corresponde todo e qualquer indicador relacionado aos recursos humanos da organização, já que aspectos culturais e de comportamento são fruto de educação e treinamento e decorrem da formação trazida pelas pessoas e das ações da empresa neste campo.

Na categoria Saúde e Segurança foi alocado o indicador “Razão de afastamentos por atestado médico”, pois os afastamentos decorrem diretamente de doenças (não saúde) e de acidentes do trabalho (segurança laboral).

Na categoria Tempo de Ciclo alocou-se o indicador “Tempo de atendimento (tempo de espera + tempo de duração da consulta)”, já que os tempos de ciclo (de atendimento ou outro), sua regularidade e brevidade, são indicadores de eficiência de desempenho.

O indicador “Percentual de resíduos perfuro-cortantes” foi alocado na categoria Gestão Ambiental porque há resíduos com potencial para causar danos maiores que outros.

À categoria Equipamentos e Tecnologia foi atribuído o indicador “Nº de computadores com acesso ao sistema de informação da UBS”, pois quanto maior o número de computadores com acesso à rede, melhor; deve-se considerar o número de pessoas potenciais usuárias por turno.

Já à categoria Investimentos, foi alocado o indicador “Percentual de ações de manutenção preventiva”, pois empresas que se adiantam, que tem visão de futuro, tendem a enfrentar melhor as dificuldades.

A categoria Planejamento da Produção recebeu seis indicadores, quais sejam: “Percentual de atendimentos de demanda espontânea”, “Percentual de atendimentos de consulta agendada”, “Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Atenção Básica (EAB)”, “Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Saúde Bucal (ESB)”, “Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica” e “Índice de atendimentos por condição de saúde avaliada”, pois todos constituem-se de diferentes itens da produção, configurando aspectos quantitativos absolutos (estatísticos) e também proporcionais à abrangência do serviço.

Já na categoria Programação da Produção alocou-se o indicador “Relação de casos de hanseníase diagnosticados e em tratamento”, já que esse indicador alimenta programação, na medida em que expressa os serviços em execução e também aqueles ainda descobertos, ensejando a alocação de recursos de produção (equipes, materiais e veículo).

Na categoria Controle da Produção foram alocados os indicadores “Média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante”, “Acuracidade do estoque” (% do valor faltante em relação ao estoque contábil) e “Percentual de encaminhamentos para serviço especializado”, pois esses são aspectos relevantes apontados que denotam aderência aos planos estabelecidos.

A categoria Desempenho Operacional foi a que recebeu mais indicadores. Dez no total. São eles: “Taxa de mortalidade infantil”, “Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal”, “Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária”, “Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a

população da mesma faixa etária”, “Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera”, “Percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB)”, “Cobertura de primeira consulta odontológica programática”, “Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas”, “Proporção de exodontia em relação aos procedimentos”, “Percentual de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida”. O desempenho do sistema é medido por indicadores considerados balizas. Ou seja, esses indicadores ensejam uma comparação com o desempenho passado e com parâmetros estabelecidos em políticas nacionais e internacionais de saúde.

Na categoria Instalações foi alocado o indicador “Percentual de ações de manutenção corretiva”, pois a manutenção das instalações é item fundamental para o desempenho adequado; assim, é desejável que a manutenção preventiva prevaleça sobre a corretiva.

Na categoria Desenvolvimento de Novos Produtos alocou-se o indicador “Mensuração de demanda para oferta de novo serviço”, pois as demandas são dinâmicas; a oferta de novos serviços denota sintonia com o público atendido e a capacidade quanto à flexibilidade do sistema produtivo.

Por fim, justifica-se a alocação do indicador “Percentual de Satisfação do Usuário” na categoria Qualidade: a satisfação do usuário é um dos indicadores de qualidade do produto final (serviço prestado).

Os indicadores propostos (Quadro 12), no total de 29, buscam abarcar os principais elementos que compõem um sistema de produção. A descrição e a fórmula de obtenção desses indicadores, bem como os parâmetros, foram estabelecidos por órgãos competentes, como o Conselho Municipal de Saúde, legislações específicas e, alguns, foram definidos pela pesquisadora, como é o caso dos indicadores que foram desenvolvidos para as categorias em que não foi possível alocar nenhum dos 19 indicadores que compunham o conjunto parcial de indicadores (Quadro 11), quais sejam essas categorias: “Saúde e Segurança”, “Tempo de Ciclo”, “Gestão Ambiental”, “Equipamentos e Tecnologia”, “Investimentos”, “Instalações” e “Desenvolvimento de Novos Produtos”.

No Quadro 13, são apresentados: a descrição, a fórmula de cálculo e o parâmetro definido para cada um dos indicadores elencados no Quadro 12.

Quadro 13 – Descrição, fórmula de obtenção e parâmetros dos indicadores propostos (continua)

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA	PARÂMETRO
1. Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas	Número de ações de educação permanente realizadas e/ou implementadas em relação ao número de ações propostas para o município no Plano Regional de educação permanente em saúde.	(Número de ações realizadas e/ou implementadas pelo município / Número de ações propostas para o município no Plano Regional de educação permanente em saúde) * 100 (por ano)	66,67% ⁴
2. Razão de afastamentos por atestado médico	Número de dias de afastamento por atestado médico em relação ao número de dias trabalhados.	Nº de dias de afastamento por atestado médico / nº de dias trabalhados. (por ano)	3 (três) dias.
3. Tempo de atendimento	Tempo de espera para ser atendido somado ao tempo de duração da consulta.	Tempo de espera + Tempo de duração da consulta (em minutos)	8 minutos ⁵

⁴ Parâmetro definido com base no planejamento de ações de educação permanente elaborado pela Secretaria de Saúde de SC para a região da Grande Florianópolis, para o período de 2013-2014 (versão mais recente encontrada). Como foram propostas seis ações, estabeleceu-se que a realização de quatro ações de educação permanente (66,67% do que foi proposto) é um parâmetro adequado (CIRGF; CIESGF, 2013)

⁵ O sistema de acolhimento funciona durante duas horas no período matutino e mais duas horas no período vespertino (das 8h às 10h e das 13h às 15h. Cada equipe atende 15 pacientes em cada período, sendo que as consultas devem ser atendidas pelo médico e há um médico para equipe. Portanto, cada médico deve atender um paciente a cada 8 minutos (120 minutos / 15 pacientes = 8 min/paciente)

Quadro 13 – Descrição, fórmula de obtenção e parâmetros dos indicadores propostos (continuação)

4. Percentual de resíduos perfuro-cortantes	Expressa a parcela de resíduos perfuro-cortantes pelo número de resíduos totais produzidos.	(Número de resíduos perfuro-cortantes * 100) / número total de resíduos	Entre 1% e 3% ⁶
5. Número de computadores com acesso ao sistema de informação da UBS	Número de computadores com acesso ao sistema de informação da UBS	Número absoluto de computadores com acesso ao sistema de informação da UBS	⁷
6. Percentual de recursos financeiros investido em capacitação de funcionários.	Valor (R\$) investido em capacitação em relação ao Valor (R\$) total recebido pela ESF	(valor investido em capacitação * 100) / Valor total recebido pela ESF	10%

⁶ Conforme estudo de Guimarães et al. (2004), que define como aceitável, que a proporção seja de 1% a 3% de resíduos perfuro-cortantes em relação ao total de resíduos produzido. Como o estudo de Guimarães et al. (2004) não apresenta a unidade de medida de referência, no presente estudo sugere-se que seja considerado o volume de resíduos produzido.

⁷ Considera-se necessário ao menos 1 computador para cada médico e cada enfermeiro (são duas Equipes Saúde da Família (eSF), com um médico e 1 enfermeiro em cada, portanto 4 computadores, para poder utilizar o prontuário eletrônico. Além de 1 computador na recepção (controle do tempo de atendimento, dentre outros controles), um na sala dos agentes de saúde (controle de visitas domiciliares dentre outros controles) e 1 para o coordenador da UBS, totalizando um mínimo de 7 computadores.

Quadro 13 – Descrição, fórmula de obtenção e parâmetros dos indicadores propostos (continuação)

7. Percentual de atendimentos de demanda espontânea	Percentual de atendimentos de demanda espontânea realizados por médicos e enfermeiros em relação ao total de atendimentos na Atenção Básica, em determinado espaço geográfico, no período considerado.	(Número de atendimentos de demanda espontânea * 100) / N° total de atendimentos. (por mês)	50% ⁸
8. Percentual de atendimentos de consulta agendada	Percentual de atendimentos de consulta agendada realizados por médicos e enfermeiros por consulta agendada em relação ao total de atendimentos na Atenção Básica, em determinado espaço geográfico, no período considerado.	(Número de atendimentos de consulta agendada * 100) / N° total de atendimentos. (por mês)	50% ⁹

⁸ Considerando-se que o horário de atendimento é das 8h às 12h e das 13h 17h e que metade desse tempo é destinado ao sistema de acolhimento, tem-se o parâmetro de 50% de atendimento por demanda espontânea.

⁹ Idem nota de rodapé 5 (os outros 50% dos atendimentos realizados correspondem ao atendimento de consultas agendadas).

Quadro 13 – Descrição, fórmula de obtenção e parâmetros dos indicadores propostos (continuação)

9. Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Atenção Básica	Percentual de serviços em Atenção Básica ofertados para a população, em determinado espaço geográfico, no período considerado.	(Quantitativo de serviços ofertados em Atenção Básica* 100) / Total de serviços em Atenção Básica esperado. (por mês)	100% ¹⁰
10. Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Saúde Bucal	Percentual de serviços Ofertados em Saúde Bucal para a população na Atenção Básica, em determinado espaço geográfico, no período considerado.	(Quantitativo de serviços ofertados em Saúde Bucal na Atenção Básica * 100) / Total de serviços em Saúde Bucal na Atenção Básica esperado. (por mês)	100% ¹¹
11. Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica	O cálculo da população coberta pela Atenção Básica tem como referência 3.000 pessoas por equipe de Atenção Básica, conforme Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), (Portaria nº 2.488/11).	(Nº de equipe ESF + Nº de equipe ESF equivalente) X 3.000 / População no mesmo local e período	80% ¹²

¹⁰ O Manual Instrutivo do 3º ciclo do PMAQ define 30 serviços ofertados pela EAB como serviços importantes e essenciais, por isso definiu-se como parâmetro ofertar 100% dos serviços definidos no manual (BRASIL, 2015, p. 64).

¹¹ O Manual Instrutivo do 3º ciclo do PMAQ define 24 serviços ofertados pela ESB como serviços importantes e essenciais, por isso definiu-se como parâmetro ofertar 100% dos serviços definidos no manual (BRASIL, 2015, p. 67).

¹² Parâmetro definido pela secretaria de saúde do município estudado para o ano de 2015, com previsão de ser mantido em 2016, conforme documento analisado.

Quadro 13 – Descrição, fórmula de obtenção e parâmetros dos indicadores propostos (continuação)

<p>12. Índice de atendimentos por condição de saúde avaliada</p>	<p>Número médio de atendimentos de médicos e de enfermeiros na Atenção Básica por condição de saúde avaliada, multiplicado pela prevalência da condição no território, em espaço geográfico, no período considerado. As condições de saúde avaliadas consideradas são: (1) Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS); 2) Diabetes Mellitus (DM); 3) Obesidade (Obes) e (4) Depressão (Dep).</p>	<p>(Atend HAS) + (Atend DM) + (Atend Obes) + (Atend Dep)/ (Pop * Prev HAS) + (Pop * Prev DM) + (Pop * Prev Obes) + (Pop * Prev Dep) (por mês)</p>	<p>1¹³</p>
<p>13. Relação de casos de hanseníase diagnosticados e em tratamento</p>	<p>Proporção entre o número de casos de hanseníase diagnosticados e o número de casos diagnosticados que estão em tratamento.</p>	<p>(Número de casos de hanseníase diagnosticados * 100) / Número de casos em tratamento (no ano)</p>	<p>80%</p>

¹³ De acordo com o Manual Instrutivo do 3º ciclo do PMAQ (BRASIL, 2015, p. 51): “O valor do índice igual a 1 indica a média de um atendimento por pessoa que apresenta uma das condições consideradas”.

Quadro 13 – Descrição, fórmula de obtenção e parâmetros dos indicadores propostos (continuação)

14. Média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante	Número médio de atendimentos de médicos e de enfermeiros na Atenção Básica por habitante, em determinado espaço geográfico, no período considerado.	Número médio de atendimentos de médicos e de enfermeiros / População residente (por mês)	5 ¹⁴
15. Acuracidade do estoque	Percentual do valor faltante em relação ao estoque contábil.	(Valor faltante * 100) / estoque contábil. (por mês)	5%
16. Percentual de encaminhamentos para serviço especializado	Percentual de encaminhamentos de médicos de usuários para serviço especializado, em determinado espaço geográfico, no período considerado.	(Número de atendimentos de médicos para serviço especializado * 100) / Número total de atendimentos médicos individuais. (por mês)	30%
17. Taxa de mortalidade infantil	Número de óbitos em menores de 1 ano de idade a cada 1.000 nascidos vivos.	Número de óbitos em menores de 1 ano de idade residentes na região adstrita à UBS, por ano / Número de nascidos vivos residentes nesse mesmo local e ano.	8/1000 ¹⁵

¹⁴ De acordo com o Manual Instrutivo do 3º ciclo do PMAQ (BRASIL, 2015, p. 45): “Recomenda-se uma média de 2 a 3 consultas médicas por habitante por ano, e 3 a 4 consultas de enfermagem por habitante por ano”. Assim, definiu-se como parâmetro o mínimo dentro do apresentado, ou seja, 2 consultas médicas + 3 consultas de enfermagem.

¹⁵ Definido pela secretaria de saúde do município estudado, para o ano de 2016 (ainda dependendo de aprovação do conselho municipal de saúde), conforme documento analisado.

Quadro 13 – Descrição, fórmula de obtenção e parâmetros dos indicadores propostos (continuação)

18. Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	Número de nascidos vivos de mães residentes em determinado local e ano com sete ou mais consultas de pré-natal em relação ao Número de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e período.	Número de nascidos vivos de mães residentes na região adstrita à UBS, por ano, com sete ou mais consultas de pré-natal / Número de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e período	65% ¹⁶
19. Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	Número de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos em determinado local e ano em relação à população feminina na mesma faixa etária, no mesmo local e ano.	Nº de mamografias para rastreamento realizadas na faixa etária de 50 a 69, pela UBS, por ano / População feminina na mesma faixa etária cadastrada na UBS, por ano/2	0,50 ¹⁷

¹⁶ Definido pela secretaria de saúde do município estudado, para o ano de 2016 (ainda dependendo de aprovação do conselho municipal de saúde), conforme documento analisado.

¹⁷ Definido pela secretaria de saúde do município estudado, para o ano de 2016 (ainda dependendo de aprovação do conselho municipal de saúde), conforme documento analisado.

Quadro 13 – Descrição, fórmula de obtenção e parâmetros dos indicadores propostos (continuação)

20. Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária	Número de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos em relação à população feminina na mesma faixa etária, no mesmo local e ano.	Número de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, pela UBS, por ano / População feminina na faixa etária de 25 a 64 anos cadastrada na UBS, por ano /3	0,50 ¹⁸
21. Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	Número de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera curados em relação ao número de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera diagnosticados.	Total de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera curados / Total de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera diagnosticados.	50% ¹⁹
22. Percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB)	Nº de internações por causas sensíveis selecionadas à Atenção Básica em relação ao total de internações clínicas	Nº de internações por causas sensíveis selecionadas à Atenção no mês / Total de internações clínicas no mês	22% ²⁰

¹⁸ Definido pela secretaria de saúde do município estudado, para o ano de 2016 (ainda dependendo de aprovação do conselho municipal de saúde), conforme documento analisado.

¹⁹ Definido pela secretaria de saúde do município estudado, para o ano de 2016 (ainda dependendo de aprovação do conselho municipal de saúde), conforme documento analisado.

²⁰ Definido pela secretaria de saúde do município estudado, para o ano de 2016 (ainda dependendo de aprovação do conselho municipal de saúde), conforme documento analisado.

Quadro 13 – Descrição, fórmula de obtenção e parâmetros dos indicadores propostos (continuação)

23. Cobertura de primeira consulta odontológica programática	Número de atendimentos de primeira consulta odontológica programática realizados na Atenção Básica por habitante, em determinado espaço geográfico, no período considerado.	(Número de atendimentos de primeira consulta odontológica programática * 100) / População residente (por mês)	40%
24. Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas	Número de tratamentos concluídos (TC) pelo cirurgião dentista em relação ao número de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas pelo cirurgião dentista, em determinado espaço geográfico, no período considerado.	Número de tratamentos concluídos pelo cirurgião dentista / Número de primeiras consultas odontológicas programáticas. (por mês)	0,8
25. Proporção de exodontia em relação aos procedimentos	Número de extrações dentárias em relação ao número de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos.	Nº total de extrações dentárias no mês / Nº total de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos no mês	3% ²¹

²¹ Definido pela secretaria de saúde do município estudado, para o ano de 2016 (ainda dependendo de aprovação do conselho municipal de saúde), conforme documento analisado.

Quadro 13 – Descrição, fórmula de obtenção e parâmetros dos indicadores propostos (conclusão)

26. Percentual de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida	Número de atendimentos a recém-nascidos na primeira semana de vida realizada por médicos e enfermeiros na Atenção Básica, em determinado espaço geográfico, no período considerado.	(Número de atendimentos a recém-nascidos na primeira semana de vida * 100) / Total de recém-nascidos a serem acompanhados. (por mês)	90%
27. Percentual de ações de manutenção corretiva	Nº de ações de manutenção corretiva em relação ao Nº total de ações de manutenção	(Nº de ações de manutenção corretiva * 100) / Nº total de ações de manutenção.	25%
28. Mensuração de demanda para oferta de novo serviço	Estudo anual para verificar a viabilidade de oferta de novo serviço na UBS.	-	Realização de ao menos um estudo ao ano.
29. Percentual de satisfação do usuário	Número de usuários satisfeitos em relação ao número de usuários atendidos	(Nº de usuários satisfeitos * 100) / Total de usuários atendidos. (por mês)	70%

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2016) com base em Brasil (2015) e Brasil (2013a).

A fim de que seu monitoramento seja efetivo, sugere-se que a aplicação dos indicadores, mostrados no Quadro 13, seja feita na forma de um painel, com a utilização de gráficos que facilitem a visualização dos resultados alcançados.

Outrossim, os gestores municipais podem aprimorar a gestão das UBS sob sua responsabilidade com a adoção da metodologia de avaliação e monitoramento do desempenho ilustrada no próximo tópico.

4.4 INSTRUMENTO DE GESTÃO PARA O MONITORAMENTO DO DESEMPENHO DO SISTEMA DE PRODUÇÃO DE UMA UBS

O instrumento de gestão, objetivo principal desse estudo, é composto pelo conjunto de indicadores estabelecido no terceiro objetivo específico, os quais geram dados que são analisados por meio de uma planilha de cálculo, de fórmulas para mensuração do desempenho e de uma tabela para avaliação do mesmo. A sequência de procedimentos, que será explicada neste tópico, permite mensurar e avaliar o desempenho da UBS.

Ressalta-se que os parâmetros citados no Quadro 13 são medidas cujos órgãos competentes e a atual legislação entendem como sendo o desempenho ideal, de sorte que eles podem sofrer alterações.

Após serem definidos os indicadores e os parâmetros de análise (Quadro 13) para avaliação do sistema de produção de UBS, procede-se a organização dos indicadores na planilha de cálculo (Quadro 14). Recomenda-se a utilização de uma planilha de cálculo para cada categoria de análise, que funciona pela atribuição de notas percentuais com relação ao atingimento dos parâmetros.

Nesta ilustração da aplicabilidade do conjunto de indicadores, atribuíram-se pesos iguais a eles (1 ponto cada). Contudo, na prática, o gestor pode ponderar esse valor conforme a prioridade que quiser conferir a uma área específica (categoria). O Quadro 14 apresenta um modelo de utilização da planilha.

A leitura do Quadro 14 deve ser feita da seguinte forma: o indicador 17 (taxa de mortalidade infantil) no município atualmente corresponde a 10,05 (referente ao ano de 2015), conforme documento da Secretaria de Saúde Municipal. O atingimento do parâmetro de excelência (8 a cada 1000) corresponderia a 100% no Quadro 14. Como é 10,05, corresponde a 80% do parâmetro estabelecido, alcançando 0,8 pontos de um máximo de 1.

Os demais dados apresentados (valores apresentados para os indicadores 18 a 26) são fictícios, foram apresentados apenas para composição do modelo de planilha.

É importante ressaltar que os resultados são apresentados em seis níveis: 0%, 20%, 40%, 60%, 80% e 100%. Resultado zero é alocado na coluna zero. Resultados superiores a zero até 20% são alocados na coluna 20%. Resultados superiores a 20% até 40% são alocados na coluna 40%. Resultados superiores a 40% até 60% são alocados na categoria 60%. Resultados superiores a 60% até 80% são alocados na categoria 80%. E,

por fim, resultados superiores a 80% até 100% são alocados na categoria 100%.

Isso significa que, por exemplo, um indicador que tenha alcançado 65% do atingimento do parâmetro de excelência já é considerado um resultado de 80% do atingimento nos níveis escalonados.

Quadro 14 – Modelo de Planilha de Cálculo

CATEGORIA	INDICADOR	0	20%	40%	60%	80%	100%	PONTOS POSSÍVEIS	ESCORE	PONTOS ALCANÇADOS
		0	1	2	3	4	5			
Desempenho Operacional	17					X		1	80%	0,8
	18				X			1	60%	0,6
	19			X				1	40%	0,4
	20		X					1	20%	0,2
	21					X		1	80%	0,8
	22			X				1	40%	0,4
	23				X			1	60%	0,6
	24						X	1	100%	1
	25					X		1	80%	0,8
26						X	1	100%	1	
Total								10		6,6

Fonte: Adaptado de Nunes (2010).

Depois de calculados os pontos alcançados em todos os indicadores da categoria, por meio da constatação de quanto representa o resultado do indicador (praticado na UBS) em relação ao parâmetro ideal, é possível obter o percentual de desempenho da categoria, utilizando a seguinte fórmula:

Figura 5 – Fórmula do índice geral de desempenho

$$\text{Índice Geral de Desempenho} = \text{Pontos Alcançados} / \text{Pontos Possíveis}$$

Fonte: Adaptada de Nunes (2010).

Assim, no modelo apresentado no Quadro 14, que possui um total de 6,6 pontos alcançados e 10 pontos possíveis, temos um índice geral de desempenho de 0,66, ou seja, 66%.

Os índices de desempenho obtidos podem ser classificados em níveis ou estágios de desempenho, conforme apresentado no Quadro 15.

Quadro 15 – Avaliação do desempenho do sistema de produção de UBS

RESULTADO	AVALIAÇÃO DA CATEGORIA OU DA UNIDADE	DESEMPENHO
Inferior a 20%	Péssimo - deficitário	A UBS não tem o obrigatório exigido pelo MS
Entre 21% e 60%	Satisfatório	A UBS ainda não alcançou a meta estabelecida, mas chegou a resultados acima do limite de tolerância.
Entre 61% e 100%	Ótimo	A UBS atingiu 80% ou mais das metas estabelecidas.

Fonte: Adaptado de Nunes (2010).

Considerando-se ainda o modelo apresentado no Quadro 14, um índice geral de desempenho de 0,66 representa um resultado ótimo, conforme descrito no Quadro 15.

Embora o resultado real seja 66%, valores superiores a 60% são enquadrados no nível imediatamente superior, ou seja, 80%.

A fórmula de cálculo do índice geral de desempenho propõe a trabalhar em nível de categoria de análise. Contudo, para obter o resultado

geral do desempenho do sistema de produção avaliado, deve-se igualar a participação das categorias de análise, já que as categorias possuem quantidades diferentes de indicadores. Para tanto utiliza-se a seguinte fórmula:

Figura 6 - Fórmula para igualar a participação das categorias de análise

$$\% \text{ contribuição da categoria} = \left[\left(\frac{\text{Total de pontos possíveis da categoria}}{\text{Total de pontos alcançados}} \right) \times \left(\frac{100}{\text{N}^\circ \text{ total de categorias}} \right) \right] / 100$$

Fonte: Adaptada de Nunes (2010).

A aplicação da fórmula mostrada na Figura 5 garante que cada categoria tenha o mesmo potencial de contribuição para a mensuração e avaliação do desempenho do sistema de produção.

Assim, no caso do modelo apresentado no Quadro 14 tem-se que o percentual de contribuição da categoria “desempenho operacional” para o sistema de produção avaliado é de 66%. Esse cálculo permite a identificação de itens prioritários para o aumento do desempenho.

O processo avaliativo descrito contribui não só para medir o desempenho do sistema de produção, mas também para a identificação dos pontos que precisam ser melhorados.

Os indicadores podem ser agrupados em uma única planilha, a partir da qual podem ser gerados relatórios que facilitam a interpretação/visualização dos resultados obtidos. O Quadro 16 apresenta a planilha unificada, com dados fictícios, os quais representam o funcionamento da mesma.

Figura 7 – Indicadores de desempenho em planilha unificada

Nº	Indicadores	Meta	Tolerância	Alcançado	Resultado	Ajustado	0%	20%	40%	60%	80%	100%
1	Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas	66,67%	50%	71,42%	100%	100%						X
2	Razão de afastamentos por atestado médico	3	6	3	100%	100%						X
3	Tempo de atendimento	8	10	15	0%	0%	X					
4	Percentual de resíduos perfuro cortantes	3%	6%	6%	0%	0%	X					
5	Número de computadores com acesso ao sistema de informação na UBS	7		10	100%	100%						X
6	Percentual de recursos financeiros investidos na capacitação de funcionários	10%	8%	12%	100%	100%						X
7	Percentual de atendimento de demanda espontânea	50%	70%	50%	100%	100%						X
8	Percentual de atendimento de consulta agendada	50%	30%	50%	100%	100%						X
9	Percentual de serviços ofertados pela equipe de atenção básica	100%	50%	90%	80%	100%						X
10	Percentual de serviços ofertados pela equipe de saúde bucal	100%	50%	80%	60%	80%					X	
11	Cobertura populacional estimada pelas EAB	80%	60%	77,51%	88%	100%						X
12	Índice de atendimentos por condição de saúde avaliada	1,00		1	100%	100%						X
13	Relação de casos de hanseníase diagnosticados e em tratamento	80%	60%	62%	10%	20%		X				
14	Média de atendimento de médicos e enfermeiros por habitante por ano	5,00	3,00	4,00	50%	60%				X		
15	Acuracidade do estoque	5%	8%	7,50%	17%	20%		X				
16	Percentual de encaminhamentos para serviço especializado	30%	50%	35%	75%	80%					X	
17	Taxa de mortalidade infantil	8,00	18,00	10,05	80%	80%					X	
18	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré natal	65%	50%	64,89%	99%	100%						X
19	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	0,50	0,30	0,50	100%	100%						X
20	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária	0,50	0,30	0,55	100%	100%						X
21	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	50%	30%	20%	0%	0%	X					
22	Percentual de internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSA)	22%	30%	24,35%	71%	80%					X	
23	Cobertura de primeira consulta odontológica programática	40%	20%	35%	75%	80%					X	
24	Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas	80%	60%	90%	100%	100%						X
25	Proporção de exodontia em relação aos procedimentos	3%	5%	0,64%	100%	100%						X
26	Percentual de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida	90%	80%	89%	90%	100%						X
27	Percentual de ações de manutenção corretiva	25%	40%	35%	33%	40%			X			
28	Mensuração de demanda para oferta de novo serviço	1,00		1,00	100%	100%						X
29	Percentual de satisfação do usuário	70%	60%	80%	100%	100%						X
					73%	80%					X	

Fonte: Elaborada pela pesquisadora (2016).

Os indicadores listados na Figura 7 seguem a mesma ordem apresentada nos quadros 12 e 13, ou seja, o indicador 1 pertence à categoria Organização e Cultura, o indicador 2 à categoria Saúde e Segurança, o 3 à categoria Tempo de Ciclo, o 4 à categoria Gestão Ambiental, o 5 à categoria Equipamentos e Tecnologia, o 6 à categoria Investimentos, os indicadores 7, 8, 9, 10, 11 e 12 pertencem à categoria Planejamento da Produção, o 13 à categoria Programação da Produção, os indicadores 14, 15 e 16 à categoria Controle da Produção, os indicadores 17 a 26 à categoria Desempenho Operacional, o 27 à categoria Instalações, o 28 à categoria Desenvolvimento de Novos Produtos e o 29 à categoria Qualidade.

A coluna “Meta” se refere ao parâmetro de excelência estabelecido para o indicador, o que costuma ser redefinido anualmente. A coluna “Tolerância” estabelece os limites mínimos ou máximos aceitáveis (dependendo do indicador), quando pertinente. Já a coluna “Alcançado” diz respeito ao resultado bruto alcançado no período. A coluna “Resultado” apresenta o resultado considerando os parâmetros de excelência e os limites de tolerância estabelecidos para o indicador. E a coluna “Ajustado” apresenta o resultado enquadrado nos níveis escalonados apresentados no Quadro 14.

Esses níveis, quais sejam 0%, 20%, 40%, 60%, 80% e 100%, completam a planilha facilitando a visualização dos resultados demonstrados no Quadro 15: Resultados negativos – até 20% - são apresentados em vermelho; resultados satisfatórios – de 21% a 60% - são apresentados em amarelo; e resultados ótimos – de 61% a 100% - são apresentados em verde.

Os 73% que aparecem em azul no final da coluna “Resultado” representam o índice final do desempenho da UBS, depois de calculada a média simples dos resultados obtidos em cada categoria de análise. E o resultado em azul no final da coluna “Ajustado” (80%) representa o índice final da UBS escalonado.

Assim, podemos dizer que nessa simulação apresentada na Figura 7 (já que se utilizou de dados fictícios) a UBS apresenta um resultado ótimo, visto que alcançou 80% na média das categorias.

A partir da análise da planilha é possível identificar as categorias que precisam de mais atenção para o aprimoramento do desempenho ou ainda identificar indicadores específicos cujo desempenho precisa ser melhorado. Tais análises, como diversas outras que podem ser feitas por meio de relatórios gerados a partir da planilha contribuem para a melhoria contínua do desempenho da UBS.

Por fim, é importante destacar que, conforme preconizado por Figueiredo et al (2005), os indicadores que compõe esse instrumento foram claramente definidos quanto ao objetivo, ou seja, atendem a necessidade principal que é oferecer um panorama geral sobre o desempenho da organização – no caso, da UBS – a partir de categorias consideradas representativas de um sistema de produção. Os autores destacam ainda a importância de definir a fórmula de obtenção do índice, ou dos índices, o que foi descrito no Quadro 13 e complementado pelo Quadro 14, pela Figura 4 e pela Figura 5; as fontes dos dados, que no caso será o próprio sistema de informação utilizado na UBS; os referenciais comparativos, que são os limites mínimos ou máximos definidos na Figura 7, os quais podem ser redefinidos pela UBS sempre que necessário; e as metas, que no presente estudo são chamadas de parâmetros de excelência e são apresentados também no Quadro 16 e que, da mesma forma, precisam ser constantemente atualizados para que a UBS possa se aprimorar continuamente.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A UBS, como porta de entrada e ordenadora do SUS, é um estabelecimento estratégico na rede de atenção à saúde brasileira, e por isso precisa ser resolutiva em seu funcionamento.

A gestão desses estabelecimentos envolve muitos dificultadores, como a escassez de recursos financeiros, o cumprimento de metas pactuadas com o MS que exigem o monitoramento de inúmeros indicadores e abastecimento de diversos sistemas de informação, além do gerenciamento da demanda, que já é alta em condições normais, e aumenta consideravelmente em momentos de crise como efeito cascata do aumento do desemprego.

O presente estudo prestou-se a responder a seguinte pergunta de pesquisa: Que contribuições podem ser feitas para o aperfeiçoamento da gestão do sistema de produção de uma UBS, com ênfase em indicadores de desempenho?

Para responder a essa questão, fez parte da pesquisa a ação de conhecer a realidade de um município e de uma de suas UBS quanto à gestão, a fim de gerar contribuições coerentes com a realidade encontrada.

Um primeiro contato com o campo, no início da pesquisa, trouxe para o estudo a premissa de que a gestão de UBS é muito focada no cumprimento de metas estabelecidas pelo MS, por meio da pactuação dos municípios com os programas desenvolvidos por esse órgão governamental, e, conseqüentemente, com a alimentação dos sistemas de informação correspondentes. Sobrando pouco tempo (ou liberdade) para a definição das prioridades particulares da organização.

Essa premissa se confirmou nas entrevistas realizadas. Verificou-se que, embora o município tenha sua rede de atenção básica quase totalmente informatizada, com um sistema integrado aos sistemas do SUS, que armazena os mais diversos dados sobre a saúde do paciente e sobre a produção dos profissionais de saúde desses estabelecimentos, a geração e o monitoramento de informações têm realmente esse foco.

Diante disso, a definição dos principais indicadores a serem monitorados torna-se uma proposta interessante para facilitar a gestão cotidiana desses estabelecimentos. Com esse propósito, procedeu-se à consecução dos quatro objetivos específicos estabelecidos.

O primeiro objetivo específico, foi o levantamento de indicadores para monitoramento do desempenho de UBS na literatura, que consistiu na leitura de artigos, leis, decretos, manuais e outros documentos elaborados pelo MS à respeito da gestão da atenção básica, em especial da gestão de UBS e posterior seleção daqueles que de fato são específicos

para a UBS, ou seja, não são voltados para a atenção básica, ou para a secretaria de saúde, nem para qualquer outro estabelecimento que compõe a rede básica de atenção à saúde. Excluídos os repetidos e agrupando os de significado igual ou semelhante, chegou-se a uma relação de 183 indicadores, que foram agrupados em 3 categorias.

Esse levantamento permitiu perceber que os indicadores apesar de muitos, concentram-se em poucos aspectos. Certamente que a atividade fim da UBS, a prestação do serviço de saúde, concentra o maior número de indicadores, o que já era esperado. Porém, outros aspectos de um sistema de produção foram deixados de lado, como será detalhado mais a frente nesse capítulo.

Já o segundo objetivo específico, que era identificar indicadores de monitoramento de desempenho de UBS a partir da percepção de gestores municipais de saúde, foi construído a partir de entrevistas realizadas com esses gestores, seguindo um roteiro de perguntas pré-estabelecido.

A análise dessas entrevistas permitiu, além da identificação dos indicadores monitorados na prática, aferir outros três pontos:

- confirmou a premissa de que os indicadores utilizados/monitorados são muitos, são dispersos e possuem foco nas metas do MS (como já foi mencionado anteriormente);

- é recomendável que a UBS analisada desenvolva ações para melhorar o gerenciamento do estoque; e

- apesar do sistema de informação utilizado congrega muitas informações, informações simples, como o perfil epidemiológico da UBS, não são conhecidas.

O terceiro objetivo específico correspondeu à elaboração de um conjunto de indicadores de desempenho, que foi construído a partir do confronto entre os indicadores levantados na literatura e aqueles identificados a partir das entrevistas com os gestores. O critério de escolha dos indicadores foi criar o conjunto a partir daqueles indicadores que foram encontrados na literatura e também na prática, pois isso atesta a relevância do indicador.

Esses indicadores selecionados (conjunto parcial) foram alocados nas categorias de análise do Instrumento NIEPC, cujas categorias representam os elementos constituintes de um sistema de produção. De acordo com a essência deste instrumento, entende-se que o monitoramento dessas categorias contribui para melhorar o desempenho das organizações.

Ao alocar os indicadores, algumas categorias de análise não encontraram correspondência em nenhum indicador. Dessa forma, foram elaborados indicadores para essas categorias, a fim de tornar o

monitoramento mais completo. As categorias para as quais foram elaborados indicadores foram: saúde e segurança, gestão ambiental, equipamentos e tecnologia, investimentos, desenvolvimento de novos produtos, instalações e tempo de ciclo.

Por fim, o objetivo geral compreendeu a apresentação de um instrumento para avaliar o sistema de produção como um todo, avaliar o desempenho por categoria e identificar pontos deficientes que podem ser melhorados. Ou seja, operacionalizar o conjunto de indicadores para monitoramento do desempenho de UBS.

A contribuição do estudo para a área do conhecimento consiste na proposição de um conjunto de indicadores respaldado pela literatura e por dados empíricos, bem como em um escopo mais abrangente, por incorporar indicadores que não são comumente relacionados à gestão de UBS, como acuracidade do estoque, percentual de ações de manutenção corretiva e mensuração de demanda para oferta de novo serviço.

Já a contribuição para a prática das organizações estudadas, diz respeito ao esforço feito para destacar os indicadores que devem estar em evidência para o gestor, a fim de facilitar o dia a dia da gestão. Além do instrumento para avaliação do desempenho, que pode contribuir para a mensuração do desempenho da UBS.

Sugere-se como trabalhos futuros a avaliação de desempenho de UBS a partir da utilização do conjunto de indicadores proposto e da planilha de cálculo apresentada no subcapítulo 4.4. Ou ainda, uma pesquisa que envolva um número maior de UBS estudadas sob o mesmo foco desse estudo.

REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, Maria Elmira; BONOLO, Palmira de Fátima; DOURADO, Inês; LIMA-COSTA, Maria Fernanda; MACINKO, James; MENDONÇA, Claunara Schilling; OLIVEIRA, Veneza Berenice; SAMPAIO, Luís Fernando Rolim; DE SIMONI, Carmen; TURCI, Maria Aparecida. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cadernos de Saúde Pública** (CSP), v. 25, n. 6, p. 1337-1349, jun, 2009.

ALMEIDA, Célia Maria de. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Ciência & Saúde Coletiva**, 4(2):263-286, 1999.

ALMEIDA, Simone de; MARÇAL, Rui Francisco Martins; KOVALESKI, João Luiz. Metodologias para avaliação de desempenho organizacional. In: **Encontro Nac. de Eng. de Produção** (ENEGEP), XXIV, p. 1188-1194, Florianópolis, 2004.

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas Ciências Naturais e Sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. 2. Ed. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Ed. rev. e actual. Lisboa: Edições 70, 2010.

BERTO, Andreia Maria; UHLMANN, Vivian Osmari; KAWASE, Patrícia Rocha; EDMANN, Rolf Hermann. A useful healthcare operations management tool organizational diagnoses toward hospital accreditation. In: **Proceedings** of the POMS – Annual Conference of the Production and Operations Management Society, 2014, Atlanta. POMS 25nd Annual Conference, 2014.

BODSTEIN, Regina. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.7, n. 3, 2002.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm> Acesso em: 16 set. 2015.

_____. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 16 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **DATASUS** – Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/>>. Acesso em: 11 abr. 2016a.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Avaliação Nacional do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev Saude Publica**, 42(2):383-7, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). **Manual instrutivo 3º ciclo (2015-2016).** Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf>. Acesso em: 21 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores : 2013 – 2015 (Coap)** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis:** promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília, 2008a.

_____. **Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a

Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF. 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 15 abr. 2016.

_____. **Portaria nº 2.681 de 7 de novembro de 2013**. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF. (2013b). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681_07_11_2013.html>. Acesso em: 03 jun. 2016.

_____. Presidência da República. **Decreto nº 8.065 de 07 de agosto de 2013**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde e remaneja cargos em comissão. Brasília, DF. 2013c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8065.htm>. Acesso em: 27 mai. 2016.

BURMESTER, Haino. **Manual de gestão hospitalar**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2012.

COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DA GRANDE FLORIANÓPOLIS (CIRGF); COMISSÃO DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO DA GRANDE FLORIANÓPOLIS (CIESGF). **Plano de ação regional de educação permanente em saúde da Grande Florianópolis (2013 – 2014)**. Grande Florianópolis, 2013.

CORRÊA, Henrique I.; CORRÊA, Carlos A. **Administração de produção e operações: manufatura e serviços: uma abordagem estratégica**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DAFT, Richard L. **Administração**. 2.ed. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **A Coordenação Geral de Acompanhamento e Avaliação (CGAA)**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/cgaa.php>>. Acesso em: 04 jun. 2016.

DITTRICH, Maireli. **A gestão em organizações culturais**. 2011. 132f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-graduação em Administração, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

ERDMANN, Rolf Hermann. **Administração da produção: planejamento, programação e controle**. Florianópolis: Editora Papa Livro, 2000.

FACCHINI, Luiz Augusto; PICCINI, Roberto Xavier; TOMASI, Elaine; THUMÉ, Elaine; SILVEIRA, Denise Silva; SIQUEIRA, Fernando Vinholes; RODRIGUES, Maria Aparecida. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 669-681, 2006.

FACCHINI, Luiz Augusto; PICCINI, Roberto Xavier; TOMASI, Elaine; THUMÉ, Elaine; TEIXEIRA, Vanessa Andina; SILVEIRA, Denise Silva da; MAIA, Maria de Fátima Santos; SIQUEIRA, Fernando Vinholes; RODRIGUES, Maria Aparecida; PANIZ, Vera Vieira; OSÓRIO, Alessander. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública (CSP)**, 24 Sup 1: p. 159-172, 2008.

FIGUEIREDO, Moacyr A. D.; MACEDO-SOARES, Teresia D. L. A.; FUKS, Saul; FIGUEIREDO, Livia C. Definição de atributos desejáveis para auxiliar a auto-avaliação dos novos sistemas de medição de desempenho organizacional. **Gestão & Produção**, v.12. n.2, p. 305-315, mai-ago, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/gp/v12n2/26096.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2015.

FLEURY, Sonia; OUVERNEY, Assis Mafort. Política de saúde: uma política social. p. 25-57. In: GIOVANELLA, Lígia (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2 ed. rev. e amp. / organizado por Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

GAITHER, Norman; FRAZIER, Greg. **Administração da Produção e Operações**. 8. ed. São Paulo: Pioneira, 2001.

GIOVANELLA, Ligia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; ALMEIDA, Patty Fidelis de; ESCOREL, Sarah; SENNA, Mônica de Castro Maia; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; DELGADO, Mônica Mendonça; ANDRADE, Carla Lourenço Tavares de; CUNHA, Marcela Silva da; MARTINS, Maria Inês Carsalade; TEIXEIRA, Carina Pacheco. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.

GODOI, Christiane Kleinübing. **Perspectivas de Análise do Discurso nos Estudos Organizacionais**. In: SILVA, A. B., GODOI, C. K., BANDEIRA-DE-MELO, R. B. Pesquisa Qualitativa em Estudos Organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos. São Paulo. Saraiva, 2006.

GRAEML, Felipe Reis. **Indicadores estratégicos: uma ferramenta de auxílio na administração municipal**. 2000. 156 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

GUIMARÃES, Welingson Vanucci Negreiros; GUIMARÃES, Ives Pacceli Negreiros; SILVA, Louise Medeiros; MOURA, Thiago Negreiros; JERÔNIMO, Carlos Enrique de Medeiros; MELO, Henio Normando de S. Definição de indicadores para as atividades de recolhimento de resíduos hospitalares no âmbito da qualidade ambiental para os manipuladores. In: **AIDIS - Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental. Forjando el Ambiente que Compartimos**. San Juan, AIDIS, Ago. 2004. p.1-6. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsAIDIS/PuertoRico29/negreiro.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2016.

HALACHMI, A. Performance measurement is only one way of managing performance. **International Journal of Productivity and Performance Management**, v. 54, n. 7, p. 502-516, 2005.

HANSON, Philip; VOSS, Chris. Benchmarking best practice in European manufacturing sites. **Business Process Re-engineering & Management Journal**, v. 1, n. 1, p. 66-74, 1995. Disponível em: <<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.199.8221&rep=rep1&type=pdf>>. Acesso em: 16 dez. 2016.

IBAÑEZ, Nelson; ROCHA, Juan S. Yazle; CASTRO, Paulo Carrara de; RIBEIRO, Manoel Carlos Sampaio de Almeida; FORSTER, Aldaisa Cassanho; NOVAES, Maria H. D.; VIANA, Ana Luiza d'Avila. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11 (3): 683-703, 2006.

IBGE. **Censo 2010**. Divisão regional de Santa Catarina. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/apps/atlas/>>. Acesso em: 22 nov. 2015.

_____. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Estimativa da população de Palhoça – SC para o ano de 2016**. 2016. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=421194&idtema=130&search=santa-catarina|palhoca|estimativa-da-populacao-2016->>>. Acesso em: 21 set. 2016.

KAPLAN, Robert S.; NORTON, David P. **A estratégia em ação: balanced scorecard**. Rio de Janeiro: Elsevier, 1997.

KLOETZEL, Kurt; BERTONI, Anete Machado; IRAZOQUI, Maristela Costa; CAMPOS, Valdaci Padão Garcia; SANTOS, Rosane Nunes dos. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. I – A satisfação do usuário. **Cadernos de Saúde Pública** (CSP), v. 14, n. 3, p. 623-628, jul-set, 1998.

KLÜCK, M.; GUIMARAES, J.; FERREIRA, J.; PROMPT, C. A. A gestão da qualidade assistencial do Hospital das Clínicas de Porto Alegre: implementação e validação de indicadores. **RAS- Revista de Administração em Saúde**, v. 4, n. 16, jul.- set., 2002.

MACHADO, Leticia Martins, COLOMÉ, Juliana Silveira e BECK, Carmem Lúcia Colomé. Estratégia de saúde da família e o sistema de referência e de contrarreferência: um desafio a ser enfrentado. **R. Enferm. UFSM**, Jan/Abr;1(1):31-40. 2011.

MACINKO, James; ALMEIDA, Celia; SÁ, Paulo Klingelhofer de. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. **Health Policy and Planning**, v. 22, p. 167–177, 2007.

MARCHI, Jamur Johnas. **Estratégia de produção em empresas brasileiras: uma teoria fundamentada em dados**. 2014. 508f. Tese (Doutorado em Administração) – Curso de Pós-graduação em Administração, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

MARTINS, Cristina. **O papel das incubadoras de empresas do polo tecnológico de Florianópolis no desenvolvimento do processo de empreendedorismo inovador**. 2013. 269f. Dissertação (mestrado) – Curso de Pós-graduação em Administração, Universidade do Sul de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5):2297-2305. 2010.

_____. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>. Acesso em: 20 set. 2016.

_____. **Redes de Atenção à Saúde**. Minas Gerais: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.

_____. **25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios**. Estudos Avançados, 27(78), 2013.

NUNES, Eunice. **Principais sistemas de saúde no mundo**. São José dos Campos: Auditoria e Consultoria em Saúde. 2015. 33 slides, color. Disponível em: <<http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/biblioteca/principais-sistemas-de-saude-no-mundo>>. Acesso em: 04 jun. 2016.

NUNES, João Paulo de Oliveira. **Um aporte ao sistema contábil gerencial ambiental: elaboração e aplicação parcial do novo sistema em clínica hospitalar**. 2010. 241f. Dissertação (Mestrado em Contabilidade), Programa de Pós-Graduação em Contabilidade, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. **Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da**

família. Revista Brasileira de Enfermagem (REBEN), v. 66 (esp), p. 158-164, 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde:** resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS.** 1 ed. (Coleção Temas em Saúde). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PASSOS, Simone Aparecida. **Modelo de Avaliação da gestão municipal estratégica e participativa.** 2012. 299f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Disponível em: <<http://nepas.ufsc.br/files/2012/04/Modelo-de-avalia%C3%A7%C3%A3o-da-gest%C3%A3o-municipal-estrat%C3%A9gica-e-participativa.pdf>>. Acesso em: 19 mai. 2016.

RODRIGUES, Marcus Vinicius; CARÂP, Leonardo Justin; EL-WARRAK, Leonardo de Oliveira; REZENDE, Thelma Battaglia. **Qualidade e acreditação em saúde.** Rio de Janeiro: Editora FGV, 2011.

SALA, Arnaldo; MENDES, José Dínio Vaz. Perfil de Indicadores da Atenção Primária à Saúde no Estado de São Paulo: retrospectiva de 10 anos. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 912-926, dez. 2011.

SANTA CATARINA (Estado). Governo do Estado de Santa Catarina. **Conheça SC.** 2015. Disponível em: <<http://www.sc.gov.br/conheca-sc>>. Acesso em: 22 nov. 2015.

SANTOS, Marco Aurélio Reis dos; MARINS, Fernando Augusto Silva; SALOMON, Valério A. P. Avaliação de Desempenho da Saúde Pública por meio de *Analytic Hierarchy Process, Data Envelopment Analysis e Balanced Scorecard*. **XLI Simpósio Brasileiro de Pesquisa Operacional (SBPO)**, p. 1378-1389, 2009.

SAUNDERS, M.; LEWIS, P.; THORNHILL, A. **Research Methods for Business Students.** 5nd ed. Mark Saunders, Philip Lewis and Adrian Thornhill, 2009.

SCARATTI, Dirceu. **Um modelo para avaliar a qualidade da gestão Municipal da atenção básica à saúde no Brasil: uma aplicação a municípios catarinenses.** 2007. 315f. Tese (Doutorado) – Curso de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, 2007. Disponível em: <<http://nepas.ufsc.br/files/2012/04/tese-dirceu.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2016.

SILVA, José Mendes da; CALDEIRA, Antônio Prates. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública (CSP)**, v. 26, n. 6, p. 1187-1193, jun. 2010.

SILVA, Terezinha R.; FELDMAN, Chaie; LIMA, Maria H. A.; NOBRE, Moacyr R. C.; DOMINGUES, Rachel Z. L. Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial com Grupos de Intervenção Educacional e Terapêutica em Seguimento Ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. **Saúde e Sociedade**, Vol.15, p. 180-189, set/dez, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n3/15.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2013.

SILVEIRA, Aline Maria de Oliveira Lopes. **Ferramenta de diagnóstico para organizações complexas.** 2010. 214f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-graduação em Administração, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

SLACK, Nigel; CHAMBERS, Stuart; HARLAND, Christine; HARRISON, Alan; JOHNSTON, Robert. **Administração da produção.** São Paulo: Atlas, 1997.

SOUZA, A. A.; GUERRA, M.; LARA, C. O.; GOMIDE, P. L.R.; PEREIRA, C. M.; FREITAS, D. A. Controle de gestão em organizações hospitalares. **Revista de Gestão USP**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 15-29, jul.- set. 2009.

SPILLER, Eduardo Santiago; SENNA, Ana Maria; SANTOS, José Ferreira dos; VILAR, Josier, Marques. **Gestão dos serviços em saúde.** Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009.

SZWARCWALD, Célia Landmann; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; ANDRADE, Carla Lourenço Tavares de. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 643-655, 2006.

TAMAKI, Edson Mamoru; TANAKA, Oswaldo Yoshimi; FELISBERTO, Eronildo; ALVES, Cinthia Kalyne de Almeida; DRUMOND JUNIOR, Marcos; BEZERRA, Luciana Caroline de Albuquerque; CALVO, Maria Cristina Marino; MIRANDA, Alcides Silva de. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(4):839-849, 2012.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. O desempenho de um serviço de atenção primária à saúde na perspectiva da inteligência coletiva. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n. 17, p. 219-234, mar/ago, 2005.

VIACAVA, Francisco; ALMEIDA, Célia; CAETANO, Rosangela; FAUSTO, Márcia; MACINKO, James; MARTINS, Mônica; NORONHA, José C. de; NOVAES, Heligonda M. D.; OLIVEIRA, Eliane dos S.; Porto Silvia M.; SILVA, Ligia M. V. da; SZWARCOWALD, Célia L. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 711-724, 2004.

VIGNOCHI, L. **Gestão do conhecimento organizacional baseada em evidências: uma análise do uso de indicadores para o desempenho de sistemas em serviços hospitalares**. Dissertação. Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade do Vale do Rio dos Sinos. São Leopoldo, 2011.

YASHIRO, Suely Miyuki, FELICÍSSIMO, Ângelo; RIBEIRO, Sandra Aparecida; RAMOS, Luiz Roberto. Implantação e avaliação de um modelo de gestão em Unidades Básicas de Saúde. **RAS – Revista de Administração em Saúde**, v. 13, n. 52, jul-set. 2011.

APÊNDICE A – Roteiro da entrevista com o Secretário de Saúde Municipal

1. Como funciona a rede de saúde do município? Existe algum sistema de prontuário do paciente (prontuário eletrônico)?
2. Quantas UBS tem no município?
3. Qual o fluxo das UBS na rede?
4. Todas funcionam da mesma forma? (*O mesmo serviço é oferecido? Ou tem especialidades médicas diferentes conforme a necessidade de cada UBS?*)
5. Como o município trabalha com referência e contra-referência?
6. Como é feita a distribuição dos usuários nas UBS?
7. Como é medido o desempenho da rede de saúde do município? Como é feito o controle dos resultados dessa rede?
8. Como é feito o controle dos insumos utilizados na rede de saúde do município (medicamentos, vacinas, ataduras, etc.)?
9. Qual é a UBS mais importante para o município? Qual o critério de escolha: abrangência do atendimento, eficiência...
10. Qual UBS o senhor indica para a realização da pesquisa?
11. Como é realizada a gestão da saúde no município? E na UBS?
12. Existe no município algum sistema de informação para registro e monitoramento de indicadores além dos sistemas de informação do SUS? E na UBS?
13. Quem faz a gestão das informações da rede de saúde do município?
14. O que é registrado no sistema de informação da secretaria?
15. Que informações são repassadas ao MS?
16. O senhor saberia dizer se tudo o que o SUS preconiza que seja enviado (alimentação dos sistemas de informação do SUS) realmente é enviado?
17. Existem informações que precisam ser monitoradas diariamente?
18. Quais as dificuldades e desafios encontrados?
19. Como você define as informações estratégicas necessárias para monitorar o desempenho, bem como para acompanhar os resultados alcançados? Como é feito o direcionamento para as UBSs com relação a esse assunto? (*são encorajadas a definirem informações estratégicas próprias para monitoramento ou apenas alimentam os sistemas do SUS?*)
20. O que, na sua opinião, define um bom desempenho da rede de saúde do município? Quais informações você elege para mensurar o

desempenho da saúde do seu município? E com relação à gestão das UBS, quais você elege?

APÊNDICE B – Roteiro da entrevista com o Coordenador de UBS

1. Como é realizada a gestão da UBS?
2. Qual o perfil de atendimento e como a UBS atua em conjunto com a rede?
3. Qual o número de usuários adstritos à área de abrangência da UBS?
4. Como é medido o desempenho da UBS? Como é feito o controle dos resultados?
5. Como é feito o controle dos insumos utilizados nos atendimentos (medicamentos, vacinas, ataduras, etc.)?
6. O município já implementou o PMAQ? Se sim, qual o resultado obtido com esta implantação?
7. Que informações são repassadas ao MS?
8. Você saberia dizer se tudo o que o SUS preconiza que seja enviado (alimentação dos sistemas de informação do SUS) realmente é enviado?
9. Existe algum sistema de informação para registro e monitoramento de indicadores além dos sistemas de informação do SUS?
10. Existem informações que precisam ser monitoradas diariamente?
11. Existem informações estratégicas definidas pela própria unidade?
12. Como você define a sua participação na definição de informações estratégicas para a unidade, bem como no acompanhamento dos resultados alcançados?
13. Quais as dificuldades e desafios encontrados?
14. O que, na sua opinião, define um bom desempenho de sua unidade/setor? Que informações você elege para mensurar o desempenho da UBS?
15. Quantos atendimentos diários são realizados?
16. Quantos funcionários trabalham na UBS?

APÊNDICE C – Roteiro da entrevista com o Coordenador de Distrito

1. Como é realizada a gestão da coordenação de distrito? E da UBS?
2. Como a coordenação de distrito atua em conjunto com a rede de atenção à saúde do município?
3. Como é medido o desempenho das UBS vinculadas à coordenação do distrito? Como é feito o controle dos resultados das UBS?
4. Como é feito o controle dos insumos utilizados nos atendimentos (*medicamentos, vacinas, ataduras, etc.*)?
5. O município já implementou o PMAQ? Se sim, qual o resultado obtido com esta implantação?
6. Que informações são repassadas ao MS?
7. Você saberia dizer se tudo o que o SUS preconiza que seja enviado (alimentação dos sistemas de informação do SUS) realmente é enviado?
8. Existe algum sistema de informação para registro e monitoramento de indicadores além dos sistemas de informação do SUS?
9. Existem informações que precisam ser monitoradas diariamente?
10. Existem informações estratégicas definidas pela própria coordenação de distrito? E pela UBS?
11. Como você define a sua participação na definição de informações estratégicas para a gestão da saúde no município, bem como no acompanhamento dos resultados alcançados?
12. Quais as dificuldades e desafios encontrados?
13. O que, na sua opinião, define um bom desempenho de sua unidade/setor? Que informações você elege para mensurar esse desempenho?