

CONTRATOS DE GESTÃO NA SMS – CURITIBA

(Responsabilização Pactuada com o Nível Local)

Autora: Inês Kultchek Marty

RESUMO

A Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, em 1999, implantou o Prontuário Eletrônico - Cartão Qualidade Saúde, atualmente utilizado em 108/110 Unidades Municipais de Saúde que por estarem interligadas possuem a informação em tempo real. Para exercer o monitoramento, controle e avaliação das ações em saúde foi estruturado um Sistema de Informação Gerencial que disponibiliza um conjunto de relatórios pré-formatados e/ou dinâmicos com informações clínicas, epidemiológicas e gerenciais. Com a disponibilidade destes relatórios e informações foi possível instrumentalizar as equipes de saúde para realizarem seus planejamentos locais e o monitoramento de indicadores e metas pactuadas. Em 2002 instituiu o Contrato Interno de Gestão sendo uma das ferramentas implantadas para o fortalecimento da Atenção Básica e auxiliar na gestão da rede própria de serviços, abrangendo no momento 100 Unidades Básicas de Saúde (46 PSF), em 9 Distritos Sanitários/DS. O Termo de Compromisso/TERCOM, conforme convencionou-se denominá-lo, é um tipo de contrato interno firmado anualmente, entre a equipe de saúde e os gestores local/distrital/municipal com a participação de Conselhos Locais/Distritais de Saúde e veio de encontro ao objetivo de introduzir novos mecanismos de gestão. Representa uma relação de compromisso moral onde procura responsabilizar todos os envolvidos e está baseado em princípios: respeito à vida, à cidadania, ao bem público, aos preceitos do SUS; busca de excelência para as ações; aprimoramento dos servidores. Para a negociação toma-se por base: Plano Municipal de Saúde, Agenda Anual/SMS e variáveis locais: características territoriais, recursos, composição das equipes.

O TERCOM tem como anexo o Plano Operativo Anual (POA) que descreve os indicadores de saúde selecionados bem como de suas fontes informatizadas, população alvo e outras informações de modo a promover segurança e confiabilidade, servindo assim como diretriz para as equipes pactuarem as metas de acordo com séries históricas principalmente de acordo com a realidade local. Trimestralmente, são realizados monitoramentos com vistas ao acompanhamento, correção de rotas, promoção de discussões no processo de trabalho, revisão do planejamento local ou mesmo para comemoração de avanços. Instituiu-se ainda o Incentivo ao Desenvolvimento da Qualidade - IDQ que é um tipo de remuneração variável paga mensalmente às equipes que atingem as metas. Estas ferramentas motivaram a realização de avaliação externa realizada pelo Banco Mundial e que trouxe como resultados a inovação na gestão e a excelente administração da saúde em nosso município entre outros pontos apresentados. Temos observado mudanças nos processos de trabalho e gerência, planejamento, acompanhamento de indicadores, cada vez mais os profissionais tem procurado se apropriar destas informações que antes ficavam na responsabilidade apenas do gestor. Seguimento dos protocolos institucionais com melhoria no manejo clínico, estratificação do risco em atividades programadas, melhoria de indicadores locais. Reforça ainda compromissos das equipes, clareando as atribuições de cada um, melhora a convivência das equipes com reforço de atitudes positivas, reconhecimento de objetivos comuns e o incremento de ação multiprofissional. No Pacto pela Saúde firmado entre o Município, Estado e o M.S. torna-se imprescindível envolver todo o corpo técnico e gerencial para que sejam atingidas as metas pactuadas. Com o TERCOM na SMS-Curitiba vem se intensificando o trabalho das equipes de saúde na busca da excelência e do impacto das ações nos indicadores de saúde das famílias residentes nos territórios das U.S.

Enfim, através do Sistema Informatizado e dos Contratos de Gestão as equipes locais acompanham as ações e monitoram seus resultados. Assim, em Curitiba, estes tem sido importantes instrumentos de trabalho constituindo-se em um grande avanço, na sistematização e socialização da informação, contribuindo para a melhoria da qualidade da gestão dos serviços de saúde, sendo, portanto, importantes ferramentas para a realização de uma gestão por resultados. “ É a informação certa, no tempo certo, para as pessoas certas” .

PALAVRAS-CHAVE

Contrato de Gestão, Prontuário Eletrônico, Relatórios, Diretrizes Clínicas(Protocolos), Termo de Compromisso (TERCOM), Plano Operativo Anual (POA).

TEXTO PRINCIPAL

Cidades são muitas, diversidades, experiências, belezas naturais ou criações do homem, onde se escolhe ou não para viver, enfim o que diferencia cada cidade é a busca permanente de sua construção, construção esta voltada para sua sociedade onde procura-se combinar a visão estratégica de seus gestores públicos, competência técnica e principalmente a democracia onde o espaço urbano deve se adaptar permanentemente em favor da maioria.

Curitiba está entre estas cidades onde a reflexão permanente procura antever as situações e assim de maneira criativa promove formas de enfrentamento para os problemas futuros.

Na saúde não é diferente, inclusive recentemente obteve reconhecimento público em avaliação realizada pelo Banco Mundial, pois evoluiu nas últimas décadas de maneira moderna e transparente, prezando em sua missão de cuidar da saúde dos curitibanos, cumprindo com obrigações constitucionais, políticas e éticas. A construção do SUS – Curitiba é o resultado do trabalho contínuo realizado por muitos atores e monitorados principalmente pelo olhar atento dos cidadãos que aqui vivem. “São traços marcantes da gestão da saúde em Curitiba, a ousadia de enfrentar problemas criando novas respostas, o investimento contínuo reforçando caminhos considerados pertinentes e a coragem de rever-se, repensando os possíveis erros de trajetória” (DUCCI, Luciano - Vice Prefeito e Secretário de Saúde), enfim SAÚDE É MUDANÇA tem sido o lema que impulsiona a reflexão constante de nossos gestores, equipes e conselheiros de saúde.

Um pouco da história da SMS necessita ser contada para explicar onde se insere este novo instrumento gerencial de contratualização que procura responsabilizar e envolver outros atores além de seus gestores distritais e locais como é o caso dos funcionários e usuários conselheiros de saúde desde o momento da pactuação de metas em cima das suas realidades locais para indicadores de saúde pré definidos até o monitoramento destes que vem ocorrendo de forma trimestral como forma de promover a discussão do planejamento local e revisão do processo de trabalho visando assim impactar em indicadores de saúde para o município.

A SMS - Curitiba bem como os serviços públicos de saúde no Brasil nas últimas décadas, têm sido direcionados por linhas apontadas pela Organização Mundial da Saúde – OMS e Ministério da Saúde – MS. A partir municipalização dos serviços e ações em saúde, a descentralização tornou-se fato e a Secretaria Municipal da Saúde necessitou reorganizar suas atividades com programas e projetos agrupados por temas, perfis e/ou setores. Não há como negar que a grande estratégia de todo esse processo de repensar-se dentro da instituição não seja também com a intenção de impactar nos indicadores de saúde. Seguindo esta vertente (informação, monitoramento, avaliação) procuraremos contar um pouco de como se foi conformando esta história ao longo dos tempos. Em 1991 iniciou um processo envolvendo seu corpo gerencial com vistas a discutir e implantar ferramentas e conceitos importantes como forma de fortalecer a atenção básica. O conceito de vigilância à saúde, territorialização, divisão do território em micro áreas, constituição de bases territoriais das Unidades de Saúde, confecção de mapas inteligentes, implantação dos distritos sanitários, entre outros, vieram para reforçar a importância e necessidade de se pensar em assistência com qualidade bem como em gestão por resultados.

Por se encontrar como gestora do sistema de saúde desde 1998, a SMS tem assim a função de prestar diretamente os serviços à população, na medida que gerencia a rede própria, serviços de apoio e rede contratada. Responsável também pela regulação de todos os pontos de atenção. Tem o compromisso de organizar sua produção e gastos anuais em documentos institucionais que orientam as prioridades para uma população estimada hoje em 1.788.000 habitantes e próximo à 70% utilizando os serviços prestados pelo SUS. A SMS está representada em 9 Distritos Sanitários como forma de facilitar a interlocução e a atenção descentralizada junto aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS. Avança na consolidação do SUS através da implementação do SISS (Sistema Integrado de Serviços de Saúde), rede integrada de pontos de atenção que presta assistência contínua à população no tempo certo, lugar certo, com o custo certo e a qualidade certa. Como ferramentas para implementação do SISS destacamos entre outros: As Diretrizes Clínicas (Protocolo),

os Sistemas Informatizados e os Contratos de Gestão. A informatização da rede própria ocorreu a partir de 1999 (área médica, enfermagem e odontologia) e considerado de grande avanço, pois com o prontuário eletrônico interligado “online” possibilitou ganhos gerenciais importantes uma vez que a informação passou a ser fornecida em tempo real propiciando aos gestores e equipes o controle de dados e informações no momento que ocorrem. O sistema possibilita ainda relatórios gerenciais em “layout” pré-formatados ou dinâmicos onde o usuário do sistema organiza-os com as informações que deseja. Estas informações propiciam a tomada de decisões estratégicas e estão divididas em: Clínica/Epidemiológica/Gerencial que trazem relatórios de Produção, Produtividade, Programas Estratégicos, Mapas Epidemiológicos, Vacinas, SIAB, SIS-pré-natal, etc. Não há como negar que a informatização na saúde constitui-se em grande avanço na sistematização e socialização da informação, contribuindo decisivamente para a melhoria da qualidade da gestão em saúde. As centrais de marcação de procedimentos (consultas e exames especializados), laboratório municipal, bem como a central metropolitana de leitos hospitalares está informatizada e interligada com as Unidades de Saúde por meio do prontuário eletrônico. A SMS - Curitiba procura sistematizar suas ações através de diretrizes clínicas (guidelines, protocolos clínicos e manuais). Estes protocolos são construídos de forma conjunta com técnicos de nível local e central. Sempre validados por sociedades científicas, conselhos de classe entre outros. Revisões das versões destas diretrizes clínicas são permanentemente sendo revistas com base em monitoramentos, avaliações e em evidências científicas atualizadas. Estas diretrizes após serem validadas são implantadas por meio de lançamento oficial, mas principalmente através de permanente capacitação dos profissionais envolvidos. O monitoramento é de fundamental importância para a correta correção de desvios. Em 2002 por meio de consultoria e oficinas com o corpo gerencial discutiu e construiu uma nova proposta de monitoramento considerada inovadora. Os Contratos de Gestão ou como são chamados de TERCOM (Termo de Compromisso) foram implantados em 2003 em todas as Unidades Básicas de Saúde e nos Distritos Sanitários, são documentos onde é dada ciência pelo Gestor Local X Distrital X Municipal e também por representantes de usuários dos conselhos de saúde, seu princípio fundamental é estar centrado em compromissos firmados e cujo efeito é moral e não legal. O TERCOM é tem como anexo o Plano Operativo Anual - POA que é uma planilha com os indicadores, metas, fontes, etc. O POA das Unidades de Saúde possui hoje 74 indicadores e no POA dos Distritos Sanitários 64. As metas são pactuadas conforme a realidade local de infra-estrutura, RH e com base em séries históricas. Este monitoramento é realizado trimestralmente como forma de procurar junto às equipes formas de melhorar seu desempenho ou renegociar caso seja necessário. Este processo ainda procura promover comemoração de situações onde a equipe tem alcançado com êxito a pactuação de suas metas. Em junho de 2006 esta ferramenta foi apresentada na 1ª EXPOGEST promovida pelo Ministério da Saúde, foram inscritos mais de 900 trabalhos e ficou entre as 13 melhores experiências inovadoras de gestão no SUS. Em 2006 implanta o Sistema Integração com as Maternidades que atendem ao SUS – Curitiba, com este sistema no momento da alta o binômio mãe/filho tem suas consultas agendadas diretamente na agenda da enfermeira da US próxima da residência. Importante avanço na efetivação do sistema integrado de saúde. Ainda cumprindo compromisso assumido da SMS junto ao Conselho Municipal de Saúde e Câmara de Vereadores de Curitiba realiza trimestralmente a apresentação e aprovação do Plano Operativo Anual e a Prestação de Contas da SMS. O Plano Operativo Anual apresentado nestes dois encontros representa um compilado das principais ações, produções e resultados desenvolvidos pelos diferentes setores da SMS e do SUS e sempre comparativamente com igual período do ano anterior. Este documento após o fechamento a cada final de ano pode ser acessado no SITE da PMC www.curitiba.pr.gov.br/saude pesquisar em relatórios. Representando transparência da administração bem como a possibilidade do monitoramento e avaliação junto ao Controle Social. Como já citado é cultural a preocupação na SMS - Curitiba no monitoramento de dados e construção de série históricas de indicadores de saúde, que foi se configurando por muitas mãos e saberes. O PROESF representa um reconhecido avanço, pois na medida que reestrutura a atenção básica procurando a conversão do modelo de atenção, reforça um de seus pilares que é avaliação e o monitoramento de indicadores de estrutura, processo e resultado.

Outros pontos tem sido motivo de necessidade apontada no campo da avaliação, ou seja, da inclusão de mais um importante desafio que é a avaliação de tecnologias de saúde, muitas vezes utilizadas sem evidências de eficiência, eficácia ou efetividade, assim como de pesquisas avaliativas e de avaliação econômica onde se analise o custo-resultado (custo-efetividade, custo-utilidade, custo-benefício) das ações realizadas. Entendemos que a avaliação econômica de igual importância ao monitorar indicadores é uma metodologia analítica aplicada para identificar, medir, estimar e comparar custos e resultados da intervenção. Acreditamos que com estas metodologias ou ferramentas poderemos melhorar a coleta e quantificação da informação em nossos sistemas informatizados, organizando e sistematizando a informação, mostrando a limitação de recursos, integrando dimensões econômicas e epidemiológicas muitas vezes ainda

descontextualizadas, esclarecendo ainda quais as intervenções em saúde trazem retornos, estimando custos por resultados alcançados e identificando quais intervenções maximizam os ganhos em saúde. A necessidade de se avançar no campo da avaliação em saúde é de fundamental importância. O fortalecimento e reconhecimento institucional do grupo de estudos e de monitoramento como um forte aliado na busca constante, sistematizada e integrada com gestores locais, trabalhadores e usuários a fim de juntos atingirem os objetivos de uma “saúde mais e melhor” para a população de Curitiba.

Nossos desafios! Ampliar os Contratos de Gestão para outras áreas como: Vigilância Epidemiológica e Sanitária, Unidades de Saúde Especializadas e outros pontos de atenção como Urgência/Emergência entre outras. Revisão de nosso sistema informatizado de modo a melhor atender as necessidades de informações em saúde. Institucionalização da avaliação através da constituição de um grupo multiprofissional de “sperts” na causa. Mais principalmente não permitir que os contratos de gestão limitem a criatividade de nossas equipes locais.

INTRODUÇÃO

Para falar sobre a experiência em ‘Contratos de Gestão’, instituídos na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, necessitamos contar um pouco de sua história. A SMS, ao longo dos anos, assim como todos os serviços públicos de saúde, tem se direcionado por linhas apontadas a partir da Organização Mundial da Saúde (OMS), e pelo Ministério da Saúde (MS). A situação atual em que se encontra o Sistema Único de Saúde (SUS) de Curitiba é resultado do trabalho de muitos atores, instituições, idéias e experiências que foram sendo configuradas ao longo dos anos. Não há como negar que o Movimento da Reforma Sanitária impulsionou todas estas mudanças. Curitiba, desde 1979, adota os princípios da Atenção Primária à Saúde em uma rede de 10 postos de saúde, ‘assim conhecidos na época’, que tinha como principais clientes os de baixa renda ou os desprovidos da previdência social.

‘Saúde é Mudança’ – O lema tem permanentemente impulsionado e desafiado os gestores municipais da saúde em Curitiba a pensarem sobre qual é o futuro desejado diante das transformações que ocorrem ao redor e na vida das pessoas que interferem no processo saúde-doença. Muito tem se investido em estratégias e ações visando a melhoria das condições de saúde da população curitibana. A expansão da rede própria de serviços de saúde, sob uma nova denominação ‘Unidades de Saúde’, passa a ser a porta de entrada dos usuários para todo o sistema. Em 1990 inicia-se o processo de discussão e implantação de importantes conceitos: descentralização, distritalização, territorialização, vigilância à saúde, divisão de territórios em micro-áreas de risco social ou epidemiológico, mapas inteligentes e informantes-chaves. Esse processo foi realizado sob consultoria de Eugênio Vilaça Mendes. Com esta nova forma de gestão, foram repassados ao gestor distrital ‘Supervisor de Distrito’ e ao gestor local ‘Autoridade Sanitária Local’ poderes e responsabilidades quanto à saúde de uma população pertencente à área de abrangência de sua responsabilidade. No início, o território de Curitiba foi dividido em sete Distritos Sanitários e, hoje, totalizam nove. Foi necessário avançar em outras áreas como na Vigilância Sanitária e Epidemiológica, setores hoje fortemente estruturados para atuarem no sentido de monitorar, prevenir e evitar o agravamento de doenças.

A Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba encontra-se em gestão plena do Sistema Único de Saúde desde 1998, assumindo as funções de regulação, controle, avaliação e auditoria, recebendo e distribuindo os recursos destinados ao pagamento dos serviços contratados pelo sistema de saúde no Município. Citamos ainda como marco de relevância na construção do SUS em Curitiba o incentivo à participação popular, inicialmente, por meio das comissões de saúde criadas nas Unidades de Saúde e que, na seqüência, evoluíram para a formação de Conselhos Locais, Distritais e Municipal de Saúde. Todos são criados a partir de Conferências de Saúde que ocorrem a cada dois anos. Esta representação paritária, construída por diferentes segmentos da sociedade, tem possibilitado co-responsabilidades na atuação da SMS. Para efetivar o Controle Social, os representantes participam de reuniões ordinárias mensais em todos os níveis e extraordinárias, conforme as necessidades apresentadas. O Conselho Municipal de Saúde ainda atua por meio de comissões de saúde temáticas. Na Conferência Municipal de Saúde (CMS) são debatidos assuntos e estratégias relativas à saúde da população e, especialmente, na formulação do Plano Municipal de Saúde, como na última (8ª CMS) em 2005.

As atividades programáticas consolidaram-se a partir da década de 90, especialmente nas áreas da mulher e da criança. Com a descentralização, advinda da municipalização dos serviços e ações em saúde, a SMS reorganizou suas atividades. **A grande estratégia que alavancou sua proposta foi principalmente o fortalecimento da Atenção Básica. Muitas tecnologias de gestão e ferramentas foram incorporadas ao sistema**

afim de impactar nos indicadores de saúde, por meio da estruturação e potencialização de toda a rede própria de serviços de saúde.

A SMS implantou também programas estratégicos que estão normatizados por meio de diretrizes clínicas 'guidelines, protocolos e manuais' construídos por diferentes atores mas, principalmente, por àqueles que atuam diretamente na atenção á saúde. Por serem validados pelas sociedades científicas em conjunto com a SMS, os protocolos proporcionam segurança para quem os executa. Implantação em 1991, de forma pioneira do Programa de Saúde da Família, realizando a sua adesão junto ao MS em 1996. Hoje o PSF está implantado em 46 unidades básicas de saúde e com uma cobertura populacional em torno de 30%. A principal alavanca desta estratégia é o vínculo das equipes com a população assistida. Paralelamente, o Programa de Agentes Comunitários, implantado em 1999, vem somar-se na medida em que estabelece um elo entre o serviço de saúde e a comunidade. Ainda há que se ressaltar a reestruturação na atenção a situações de urgência/emergência que tem como porta de entrada preferencial as seis Unidades de Saúde – 24 horas e conta com a retaguarda clínica dos Hospitais Universitários do Município. O lançamento do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) veio suprir uma lacuna existente na assistência aos casos de emergências clínicas, não cobertas pelo Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência(SIATE).

Ainda pensando no atendimento de excelência, discutiu com o corpo técnico e gerencial (1998) e implantou ferramentas que procuraram efetivar o Acolhimento Solidário. O Acolhimento Solidário procura fortalecer o vínculo entre profissionais de saúde e usuários dos serviços de saúde, melhorando o acesso aos serviços e a resolutividade das ações desenvolvidas nas U.S. Construção, reconstrução e reformas de Unidades de Saúde modernizadas e mais acolhedoras. Em 1999, implantou nas Unidades de Saúde o Prontuário Eletrônico como mais um passo na evolução do sistema de informação. Este formado pelo Cartão Qualidade Saúde, interligado ao Laboratório Municipal, Central de Procedimentos (Consultas e Exames Especializados) e Central de Regulação. O Prontuário Eletrônico tem interface direta com os profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento do usuário, que realizam os registros no sistema informatizado em tempo real. Em 2000, para que os profissionais e gerentes pudessem monitorar as ações realizadas, foram disponibilizados relatórios técnicos e gerenciais.

Em 2002, com o objetivo de introduzir novos mecanismos de gestão, iniciou-se na SMS o processo de revisão dos planejamentos locais e protocolos clínicos, que culminou com a implantação dos 'Contratos de Gestão' chamados de Termo de Compromisso - TERCOM. O Termo de Compromisso é um contrato de gestão firmado anualmente entre a equipe de saúde, o gestor distrital e municipal e tem como elementos básicos os objetivos e metas fixadas no Plano Municipal de Saúde, Agenda Municipal da Saúde, PPI, PROESF, SISPACTO, Planejamento Local entre outros e, como propósito coordenar e assegurar que os compromissos sejam cumpridos. É importante destacar que o TERCOM é baseado em cláusulas e que tem valor moral e não legal. Composto por mecanismos de monitoramento, avaliação e um sistema de incentivos, chamado Incentivo ao Desenvolvimento da Qualidade (IDQ). Esta política de remuneração está voltada para resultados, através do desempenho profissional para a melhoria do atendimento aos usuários.

No ano de 2006 implanta ainda o Sistema Integração das Maternidades, pelo qual no momento da alta, o binômio mãe-filho têm suas consultas agendadas diretamente na agenda da enfermeira da Unidade de Saúde a qual pertencem. Este é mais um passo para a efetivação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde 'SISS' que também faz parte do rol de ferramentas implantadas no SUS Curitiba e que foi discutida na 6ª Conferência Municipal de Saúde (2001).

A SMS tem a função de prestadora direta de serviços a uma população estimada pelo IBGE de 1.788.000 habitantes. Gerencia hoje 110 Unidades de Saúde (Básicas com ou sem PSF, Especializadas e de Urgência/Emergência – 24 horas) que estão distribuídas em nove Distritos Sanitários, as Centrais de Apoio (Central de Marcação de Consultas/ Exames Especializados, Central Metropolitana de Leitos Hospitalares, Central de Ambulâncias e Central de Vacinas), um Hospital Municipal e um Laboratório de Análises Clínicas.

Como outros, o Município de Curitiba na área da saúde encontra alguns desafios como: É cidade pólo, assim sendo referência para procedimentos especializados, serviços de alto custo e alta complexidade para região metropolitana, interior do Estado do Paraná e outros Estados do Brasil. O aumento de doenças e agravos das doenças crônico-degenerativas como Hipertensão arterial e Diabetes, transtornos mentais como depressão, álcool e drogadição, assim como da AIDS e causas externas (acidentes de trânsito e violência urbana), entre outros. As situações apresentadas fazem com que a SMS esteja permanentemente mudando o perfil dos serviços e de ações intersetoriais e de desenvolvimento de processos educativos e de co-responsabilidade social.

OBJETIVOS

Estratégia de gestão voltada para resultados que valoriza a saúde familiar, cuidado preferencial com portadores de patologias crônicas, riscos populacionais e reforço ao autocuidado.

Incentivam também a parceria entre os envolvidos (Secretaria Municipal da Saúde/Distritos Sanitários/Unidades Básicas de Saúde) proporcionando a garantia de permanente processo de negociação e renegociação, caso seja necessário, a transparência entre as partes, a participação e a responsabilização mútua entre gestores e equipes no momento da pactuação de indicadores e metas. Visa ainda o aprimoramento do planejamento local, na medida que o monitoramento das ações é permanente, e como meta maior, 'uma população mais saudável'.

METODOLOGIA

Sob a consultoria do Eugenio Vilaça Mendes, em 2002, e por meio de um processo de oficinas com o corpo gerencial da SMS, iniciou-se a discussão e construção dos Contratos de Gestão. Essas oficinas ocorreram em etapas progressivas para se estabelecer consenso sobre os indicadores, os parâmetros, as fontes de verificação e a definição da formatação dos relatórios.

A Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba instituiu os contratos de gestão entre os diferentes níveis da instituição e convencionou-se denominá-los de Termos de Compromisso (TERCOM). Este veio de encontro ao objetivo de introduzir novos mecanismos de gestão.

São bases institucionais para a operacionalização do TERCOM:

- Plano Municipal da Saúde
- Agenda Municipal de Saúde
- Protocolos Clínicos
- Planos Operativos Anuais – PPI, PROESF, SISPACTO
- Sistema de Informação Gerencial (Relatórios Informatizados e as Planilhas de Programação).

O TERCOM é firmado anualmente entre as equipes de saúde e o gestor distrital e municipal. Seu efeito é de ação moral e não legal. Tem sua base formulada em cláusulas que na verdade são as pactuações de responsabilidades entre as partes envolvidas.

Apesar da existência de Relatórios Gerenciais no Prontuário Eletrônico, constatou-se a falta de apropriação por parte do quadro gerencial quanto à utilização das informações disponibilizadas.

Foi realizado um seminário para sensibilizar o quadro gerencial, enfatizando a importância da utilização da informação para a tomada de decisão.

Para apoiar esta etapa, foi elaborada pelo Centro de Informação em Saúde e Coordenadores de Informações dos Distritos Sanitários, a planilha de programação que serviu de material de suporte para os trabalhos nas oficinas. A planilha de programação local e distrital foi construída principalmente a partir dos indicadores e parâmetros padronizados nos protocolos adotados pela SMS.

Na etapa seguinte, foram realizadas oficinas com os profissionais e gerentes que resultaram na definição das informações necessárias para o monitoramento do planejamento local, no estabelecimento das fontes para a verificação e na formatação dos relatórios. No início foram levantados cerca de 250 indicadores. Isso tornou o processo impossível de operacionalização e foram então classificados um a um em três categorias: Indispensáveis, Necessários e Desejáveis. Priorizou-se, neste momento, os indicadores classificados como indispensáveis e que possuísem fonte informatizada para proporcionar a informação em tempo real e dar maior confiabilidade do dado.

A partir do estabelecimento desses indicadores e metas, construiu-se o Plano Operativo Anual (POA) – Anexo do TERCOM, e que é diferente para cada nível institucional. Assim, quanto mais próximo do nível local maior é a desagregação da informação. Com isso pretende-se mostrar o desenvolvimento das ações das equipes que desenvolvem a atenção básica em saúde. Desta maneira, permite-se aos servidores locais pactuarem suas metas com base nos recursos disponíveis, capacidade operacional, séries históricas e sempre em conformidade com a população residente no território de abrangência. Procura sempre estabelecer mecanismos de renegociação das metas mediante justificativas.

O POA tem um sistema de monitoramento trimestral. Através deste monitoramento, as equipes têm condições de acompanhar as ações, monitorar os resultados sendo, portanto, um importante instrumento para

o planejamento local, constituindo-se em um grande avanço na sistematização e socialização da informação e contribuindo para a melhoria da qualidade da gestão dos serviços.

Os Planos Operativos Anuais, foram inicialmente construídas em programa Word. Porém, para facilitar os cálculos que ainda são manuais, foram transportados para o programa Excel. O procedimento ajudou bastante as ASL e Coordenações de Informação no momento do monitoramento.

No primeiro ano (2003) de implantação dos Termos de Compromisso e acompanhamento através do Plano Operativo Anual Local e Distrital foram muitas idas e vindas na intenção de calibrar todos os envolvidos em: fontes, cálculo, metas bem como estabelecer junto das equipes o novo instrumento de gestão por resultados.

A SMS sempre teve o hábito do acompanhamento e monitoramento de indicadores, motivo de orgulho, pois conseguimos conhecer nossa série histórica bem como a situação atual de muitos problemas de saúde da cidade.

Hoje, as Unidades de Saúde operam com uma planilha de 74 indicadores (Anexo 2) e o Distrito Sanitário com 64. No início, a planilha possuía um número menor de indicadores, mas, ao longo do processo e por meio de discussões entre a Coordenação de Informação em Saúde de nível central com as nove descentralizadas nos distritos sanitários, se configurou em novo instrumento.

A SMS de Curitiba avança e busca neste momento, junto a outras instituições, ferramentas e metodologias a fim de realizar a efetiva avaliação em resposta aos questionamentos encontrados no monitoramento.

Na SMS foi implantado também o IDQ (Incentivo de Desenvolvimento de Qualidade) com acompanhamento trimestral. O pagamento de incentivo financeiro é realizado mensalmente. Este incentivo é avaliado por meio de quatro planilhas: Avaliação Individual (realizada pela chefia), Auto Avaliação, Avaliação da Comunidade e Avaliação da Unidade (esta última contém 13 indicadores pertencentes ao POA).

Pontos de fundamental necessidade para a efetivação dos contratos

- Informatização
- Monitoramento de processo (periódico)
- Revisão processo trabalho
- Retroalimentação
- Repactuação e justificativas
- Partilha entre riscos, lucros, perdas, responsabilização

RESULTADOS

Numa primeira avaliação, ao final de 2003, observamos que faltavam serem avaliados indicadores importantes como coberturas em programas e outras adequações que se faziam necessárias como correções em cálculos de concentração de consultas/exames. Este ano foi importante para o reconhecimento do novo instrumento junto aos gestores distritais e, principalmente, da conformação de um grupo coeso de Coordenadores de Informação.

Já em 2004 foram notadas outras alterações como o incremento de coberturas em vacinas, programas, inscrição precoce de gestantes e consulta puerperal, melhora de coberturas para inscrições em programas. Pontos críticos também foram encontrados como a necessidade de melhorias nas solicitações de exames para gestantes conforme orientação do protocolo, número de coleta de exames citopatológicos e seguimento dos protocolos clínicos conforme estratificação de riscos.

Neste ano ainda chamamos a atenção para a sedimentação do instrumento junto aos gerentes locais e início de discussões com equipes.

Em 2005 o instrumento ganhou maior credibilidade por parte das equipes e começa a ser mais bem discutido junto ao Controle Social. Os pontos críticos, levantados em 2004, são os que neste ano têm melhora.

Para 2006 acrescentam-se novos indicadores como cobertura de consulta do enfermeiro e em saúde da família. Pode-se observar que muitos indicadores vêm melhorando, que as equipes têm realizado discussões com o objetivo de direcionar a atenção ao manejo clínico, de acordo com as estratificações do

risco e conforme orientações dos protocolos clínicos. Apropriação de dados de produtividade entre outros, mas que, principalmente, têm reforçado o compromisso das equipes de saúde para uma gestão de resultados.

Temos, portanto notado após a implantação de TERCOM e dos Planos Operativos Anuais (POA) que cada vez mais os profissionais têm procurado se apropriar destas informações que antes ficavam sob a responsabilidade apenas do gestor.

Como parte integrante da avaliação (WB Report 35691-BR) desta experiência considerada exitosa pelo Banco Mundial foi realizada uma Pesquisa junto aos servidores, que traz alguns resultados como: O TERCOM é útil para organizar os processos de trabalho, identificar e resolver problemas, esclarecer objetivos e estabelecer prioridades bem como estimular relações com outros setores da PMC, entre outros.

CONCLUSÕES

Podemos concluir então que, com a pactuação na atenção básica entre o Município, Estado e o MS, torna-se imprescindível envolver todo o corpo técnico e gerencial para que se atinjam as metas pactuadas. Com o TERCOM se intensificou o trabalho das equipes de saúde na busca da excelência e do impacto das ações nos indicadores de saúde das famílias residentes nos territórios das US.

Esse sistema de contrato implantado há três anos na SMS de Curitiba tem sido avaliado como inovador e um avanço gerencial importante para a SMS. As mudanças de postura entre os profissionais, que passam de passivos para ativos e, principalmente, orientados para resultados. Melhorou o desempenho dos serviços e os indicadores locais de saúde. O sentido de pertencimento vem reforçar compromissos mútuos.

Pontos necessitam ser melhor aperfeiçoados como a inclusão de contratos em outros serviços de saúde além da atenção básica como US Especializadas, US de atenção à Urgência/Emergência, Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica. Efetivar a discussão e clareza junto ao controle social.

Os Contratos de Gestão por fim:

1. Sintetizam os movimentos institucionais.
2. Criam uma cultura com base em princípios como responsabilização, parceria e negociação.
3. Estimulam a descentralização da gestão.
4. Proporcionam mais responsabilidade aos gerentes locais.
5. Melhoram o controle sobre o desempenho quantitativo e qualitativo dos serviços prestados.
6. Apontam para a necessidade de mudanças nos processos de trabalho e de condutas gerenciais.
7. Aumentam a eficiência dos serviços prestados.
8. Socializam as informações.
9. Melhoram a gestão dos serviços municipais – por resultados.
10. Proporcionam aprendizagem das equipes quanto manejo clínico, estratificação de riscos, seguimentos de protocolos, conhecimento de perfis epidemiológicos locais.
11. Envolvem as equipes das US no planejamento e monitoramento.
12. Incentivam a eficiência e utilização cotidiana dos sistemas de informação gerencial.
13. Melhoram a gestão da clínica (demanda programada).
14. Permitem uma melhor focalização nos interesses da população.
15. Tornam as instituições mais transparentes e mais permeáveis ao controle social.
16. Importante ferramenta de trabalho quando usado para a negociação se tomado como base a capacidade operacional, perfil epidemiológico da população, recursos disponíveis, etc.
17. Permitem à equipe transformarem situações abstratas em concretas.
18. Proporcionam diálogo permanente, retificação dos problemas no momento em que surgem troca de saberes e habilidades.

Atenção

- Os contratos devem sempre acompanhar o que se faz e não limitar o que se faz. Não devendo, portanto desprezar a criatividade das equipes distritais e locais.
- Os gestores devem envolver as pessoas e estabelecer uma permanente comunicação, assim irão se sentir parte do processo.
- Escute as pessoas que trabalham com você, elas normalmente sabem o que fazer!

ANEXO 1

Secretaria Municipal da Saúde

TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO

Termo de Compromisso que entre si celebram o Distrito Sanitário e a Unidade Básica de Saúde para os fins que nela se declaram.

O Distrito Sanitário estabelecido à Rua * na Rua da Cidadania, no representado por sua Supervisora e a Unidade Básica de Saúde sita à Rua no bairro representada pela sua Autoridade Sanitária Local tendo em vista o que dispõe a Constituição Federal nº 8.900/90 e § 142/90, a NOB 01/96 e a NOAS 01/01, as deliberações da Prefeitura Municipal de Curitiba, da Secretaria Municipal da Saúde quanto a seu processo de desenvolvimento institucional, e o Plano Municipal de Saúde, resolvem firmar o presente termo, mediante o disposto nas seguintes cláusulas:

Premissas

São premissas básicas para a celebração deste termo de compromisso, o respeito à vida, à cidadania e ao bem público, a vinculação aos princípios do SUS e ao modelo de gestão do Sistema Integrado de Serviços de Saúde, a busca da excelência para todas as ações, a busca constante de aprimoramento do corpo funcional da instituição.

Cláusula primeira - do objeto

Consta-se objeto deste termo a formalização de compromissos de gestão, regulando a relação entre o Distrito Sanitário e a Unidade Básica de Saúde visando a parceria, a negociação, a transparência, a responsabilização mútua e a viabilidade técnica, política e financeira das ações prestadas à população de Curitiba, através da Unidade de Saúde.

Cláusula segunda - da vigência

O presente termo de compromisso tem vigência de um ano, a partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado por igual e sucessivos períodos, mediante acordo entre as partes.

Cláusula terceira - dos compromissos das partes

I - Do Distrito Sanitário - O Supervisor do Distrito Sanitário, através de sua atuação e das Coordenações, compromete-se a:

- 1) Manter a US informada sobre os macro-processos, decisões e eventos da SMS, integrando-a ao contexto institucional;
- 2) Negociar junto às instâncias da SMS os recursos necessários ao adequado funcionamento da US;
- 3) Acompanhar, em conjunto com a US, o desempenho de seus indicadores e metas definidas no Plano Operativo da US e sistematizados através do Sistema de Informação Gerencial, e a pontuação para o sistema de incentivos;

4) Repactuar com a US suas metas e seus indicadores, quando houver mudanças significativas nas condições objetivas encontradas na US ou nas diretrizes da SMS no momento da assinatura deste termo;

5) Viabilizar, em conjunto com as instâncias responsáveis da SMS, as capacitações necessárias à atualização permanente dos servidores da US, tendo em vista a manutenção da qualidade técnica dos procedimentos, o acolhimento solidário aos cidadãos, e o bom relacionamento entre os membros da equipe da US;

6) Estimular a equipe da US para a busca de inovações em seu processo de trabalho e propostas oferecidas à população, bem como a sistematização dessas iniciativas para que possam ser apresentadas em fóruns de saúde pública;

7) Assessorar a US em suas necessidades técnicas, tendo em vista o bom desempenho das atividades de proteção e assistência à saúde da população;

8) Assessorar a US em suas relações com as instâncias que representam a interface da população com a unidade, como o Conselho Local de Saúde, a Conferência Local de Saúde, a Associação Comunitária de Saúde e o Comitê em Defesa da Vida;

9) Assessorar a US em suas relações intersetoriais.

II - Da Unidade de Saúde - A Autoridade Sanitária Local da Unidade de Saúde, representando sua equipe, compromete-se a:

1) Participar ativamente dos macro movimentos e políticas municipais de saúde, mantendo uma postura de cooperação institucional;

2) Responsabilizar-se pela execução de ações de prevenção de doenças, de promoção e assistência à saúde que visem a melhoria das condições de saúde da população residente na área de abrangência da US;

3) Coordenar a execução do Plano Operativo da Unidade de Saúde - onde estarão definidas as metas anuais a serem alcançadas com as ações e atividades da US. O Plano Operativo passa a fazer parte integrante deste Termo de Compromisso (anexo I);

4) Alimentar os sistemas de informação adotados pela SMS, com fidedignidade de dados, possibilitando o acompanhamento e a avaliação das ações e metas pactuadas neste termo de compromisso e seus anexos;

5) Zelar pelas condições de trabalho dos servidores que atuam na US, bem como do patrimônio público;

6) Cumprir os procedimentos administrativos nos prazos acordados com o DS a fim de suprir as necessidades da US em termos de recursos humanos e materiais;

7) Participar ativamente do programa de educação permanente da SMS;

8) Seguir tecnicamente os procedimentos recomendados pelos protocolos adotados pela SMS mantendo qualidade nas ações;

9) Sistematizar pesquisas e informações relativas aos resultados do trabalho da US, para fins de apresentação em fóruns de saúde coletiva, ou publicação, mantendo a iniciativa e a criatividade da equipe;

10) Interagir com a comunidade de sua área de abrangência, especialmente através do Conselho Local de Saúde, da Conferência Local de Saúde, da Associação Comunitária de Saúde e do Comitê em Defesa da Vida.

Cláusula quarta - do acompanhamento, da avaliação e do incentivo

O acompanhamento e a avaliação dos resultados esperados pela assinatura deste termo de compromisso, serão realizados por uma comissão composta por 3 membros (a Supervisora do DS, um Coordenador e um representante de outra instância ou outro DS da SMS).

1 - Esta comissão se reunirá trimestralmente, ou quando se fizer necessário, para acompanhar o desempenho dos termos pactuados entre o DS e a US, e o cumprimento de seus compromissos mútuos, na forma prevista no anexo.

2 - Os resultados da avaliação do cumprimento das metas pactuadas servirão de base para acionar o sistema de incentivos.

3 - A periodicidade da avaliação é trimestral, validando ou não o incentivo para o trimestre seguinte.

4 - Esta comissão poderá recomendar, à US, alterações das metas ou das estratégias de ação, com base na análise dos resultados, visando correção de rumos ou mudanças nas bases de pactuação.

Cláusula quinta - das deliberações finais

A forma e o conteúdo do presente termo poderão ser alterados, após consenso das instâncias envolvidas e aprovação do Corpo Diretivo da SMS, desde que as alterações sejam aplicáveis a todas as Unidades Básicas de Saúde da SMS.

E, por estarem acordados, as partes firmam o presente instrumento, em três vias de igual teor, que vão também assinadas por duas testemunhas, membros do Conselho Local de Saúde, para declararem ciência dos compromissos assumidos entre elas.

Curitiba, ____ de ____ de 200__.

.....
Supervisora DS

.....
ASL da US

.....
Secretário Municipal de Saúde

.....
1° Testemunha
(Representante do CLS-Usuário)

.....
2° Testemunha
(Representante do CLS-Usuário)

ANEXOS

1 - Plano Operativo da US

ANEXO 2

INDICADORES PACTUADOS/MONITORADOS NO POA - Unidade de Saúde - 2006	
Nome da US -	
População Total - (Censo/2000) -	
Percentual de SUS -	
População SUS dependente -	
I - ASSISTÊNCIA A SAÚDE - PAB	
1-	Cobertura de consulta médica básica/habitano
2-	Média de visitas domiciliares por família
3-	Cobertura de consulta enfermagem/habitano
4-	Percentual de consultas médicas para usuários da área de abrangência da unidade do PSF
5-	Concentração de visitas domiciliares da US - PSF - (por equipe / família)
6-	Concentração de visitas domiciliares da US - PSF (total)
II - SAÚDE BUCAL (CARE ZERO E AMIGO ESPECIAL)	
7-	Cobertura de procedimento odontológico básico/habitano
8-	Cobertura de atendimento odontológico básico - 1º cons habitano
9-	Cobertura de atendimento odontológico coletivo para crianças de 0 a 14 anos
10-	Proporção de excodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais
11-	Percentual de procedimento odontológico por tipo de atendimento
12-	Percentual do procedimento odontológico por faixa etária
III - SAÚDE DA CRIANÇA (COBERTURA VACINAL)	
13-	Proporção de crianças < de 1 ano residentes na área com cadastro
14-	Cobertura vacinal de < de 1 ano-DGQ
15-	Cobertura vacinal de < de 1 ano-Hepatite
16-	Cobertura vacinal de < de 1 ano-Saram
17-	Cobertura vacinal de < de 1 ano-Tetravalente
18-	Cobertura vacinal de crianças com 1 ano-Triplice viral
19-	Percentual de crianças < de 1 ano acompanhadas pela US com esquema vacinal adequado
IV - SAÚDE DA MULHER (MÃE CURTIBANA E VIVA MULHER)	
20-	Inscrição das gestantes residentes na área de abrangência
21-	Classificar as gestantes por grau de risco
22-	Inscrição da gestante até o 4º mês (120 dias) de gestação
23-	Concentração de cons.méd. e enf. pr gest. batorizado
24-	Cob. 100% de exame anticorpos ANTI-HIV para 100% gestantes inscritas

25-	Cob. 100% do exame de GLUCEMIA + TOLERÂNCIA À GLICOSE para 100% gestantes inscritas
26-	Cob. 100% do exame de VDRL para 100% gestantes inscritas
27-	Cob. 100% do exame PARCIAL DE URINA para 100% gestantes inscritas
28-	Cob. 100% do exame de UROCULTURA para 100% gestantes inscritas
29-	Cob. 100% do exame de TOXOPLASMOSE para 100% gestantes inscritas
30-	Cob. 100% do exame de ERITROGRAMA para 100% gestantes inscritas
31-	Cob. 100% do exame de ABO RH para 100% gestantes inscritas
32-	Cob. 100% do exame laboratoriais para 100% gestantes inscritas
33-	Realizar no mín. 1 cons. puerperal até 42 dias após parto
34-	Realizar no mín. 1 ex. preventivo do câncer cervico uterino a cada 3 anos (25 a 59 anos)
35-	Realizar no mín. 1 ex. preventivo do câncer cervico uterino a cada 3 anos (acima de 18 anos)
36-	Realizar no mín. 1 ex. de mama a cada 3 anos (25 a 59 anos)
37-	Realizar no mín. 1 ex. de mama a cada 3 anos (acima de 15 anos)
38-	Investigação de 100% dos recém-nascidos
39-	Ofertar Oficinas para Gestantes no Pré-Natal
40-	Garantir às Gestantes Visita à Maternidade
V - SAÚDE DA CRIANÇA (NASCER EM CURITIBA E PACTO PELA VIDA)	
41-	Inscrição de crianças menores de 1 ano
42-	Monitorar 100% do perfil de nascidos vivos: risco, baixo peso, idade gestacional e idade materna
43-	Monitorar crianças filhas de mães HIV + vinculadas ao Programa Mãe Curitibana
44-	Analisar 100% dos bebês infantis dentro do critério para análise
45-	Monitorar o risco nutricional das crianças por faixa etária
46-	Realizar consulta médica para os RN de Risco e Não Risco
47-	Realizar 7 cons. Médicas e 3 cons. de Enfermagem crianças < 1 ano (Risco)
48-	Realizar 4 cons. Médicas e 3 cons. de Enfermagem crianças < 1 ano (Não Risco)
49-	Realizar atendimento de Enfermagem para crianças < 1 ano (Risco e Não Risco)
50-	Controlar o movimento de 100% das altas hospitalares de crianças menores de 1 ano da US
VI - SAÚDE DO ADOLESCENTE (ADOLESCENTE SAUDÁVEL)	
51-	Inscrição de adolescentes
52-	Inscrição da gestante adolescentes até o 4º mês de gestação
53-	Cobertura de inscrição das gestantes e inscrição antes dos 120 dias para adolescentes usuárias do SUS
54-	Monitorar o risco nutricional dos adolescentes (>10 a < 20 anos)

VII - CONDIÇÕES CRÔNICAS (HIPERTENSÃO E DIABETES)	
55-	Inscrição de hipertensos da área de abrangência do D.S.
56-	Concentração de consultas médicas/enfermagem + atend. Enfermagem para Hipertensos de Baixo Risco
57-	Concentração de consultas médicas/enfermagem + atend. Enfermagem para Hipertensos de Médio Risco
58-	Concentração de consultas médicas/enfermagem + atend. Enfermagem para Hipertensos de Alto Risco
59-	Concentração de consultas médicas/enfermagem + atend. Enfermagem para Hipertensos de Muito Alto Risco
60-	Análise do perfil de hipertensos inscritos nas US
61-	Inscrição de Diabéticos da área de abrangência do D.S.
62-	Concentração de consultas médicas/enfermagem + atend. Enfermagem para Diabéticos Tipo I Juvenil
63-	Concentração de consultas médicas/enfermagem + atend. Enfermagem para Diabéticos Tipo II com Insulina
64-	Concentração de consultas médicas/enfermagem + atend. Enfermagem para Diabéticos Tipo II sem insulina
65-	Concentração de consultas médicas/enfermagem + atend. Enfermagem para Diabéticos com Intolerância à Glicose
66-	Análise do perfil de diabéticos inscritos nas US
VIII - SAÚDE MENTAL	
67-	Inscrição de Usuários no Programa Saúde Mental da área de abrangência do D.S.
68-	Percentual de inscrição por tipo de Transtorno Mental
IX - EPIDEMIOLOGIA (DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO OBRIGATORIA)	
69-	HANSENIASE - Examinar e vacinar contatos de casos novos residentes na área de abrangência do DS
70-	TUBERCULOSE - Examinar contatos de casos novos residentes na área de abrangência do DS
71-	TUBERCULOSE - Realizar busca de sintomáticos respiratórios na população da área de abrangência do DS
72-	TUBERCULOSE - Realizar acompanhamento por meio de baciloscopia de controle dos casos notificados de tuberculose pulmonar no DS
73-	DOENÇAS EXANTEMÁTICAS - Investigar e encerrar em até 15 dias, 100% dos casos notificados de doenças exantemáticas pela U.S.
74-	LEPTOSPIROSE - Investigar e encerrar em até 40 dias, 100% dos casos notificados de leptospirose pela U.S.

OBS: Indicadores identificados por negrito fazem parte do do IDQ

REFERÊNCIAS

DUCCI, L.; PEDOTTI, M. A.; SIMÃO, M. G.; MOYSÉS, S. J. **Curitiba: a saúde de braços abertos**. Editora CEBES. Rio de Janeiro, 2004. p. 285.

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

Mendes, E.V. **Os sistemas de serviços de saúde: o que os Gestores precisam saber sobre estes Sistemas Complexos**. Escola de Saúde Pública do Ceará. Fortaleza, 2002, p. 186.

CURITIBA, S.M.S. **10 Anos de PSF em Curitiba: A História Contada Por Quem Faz a História**. Curitiba, 2002. p. 52.

CURITIBA, S. M. S. **Avanços e perspectivas em 10 Anos de sede própria Laboratório Municipal de Curitiba**. Curitiba, 2002. p.96

CURITIBA, P. M. S. **Relatório da 6ª Conferência Municipal de Saúde**. Curitiba, 2001. p. 79.

World Bank. **Brazil: Enhancing ce in Brazil's Health Sector: Lessons from Innovations in the of São Paulo and the City of Curitiba**. , Report No. 35691-BR, 2006.

XAVIER, E. C.; SHIMAZAKI, M. E.; MARTY, I. K **Sistema de Informação Gerencial: A Informação Certa, no Tempo Certo**. CBIS, São Paulo, 2004.