

UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA – UDESC
CENTRO DE CIENCIAS DA ADMINISTRAÇÃO E SÓCIO-ECONOMICAS – ESAG
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

CADERNO DE ATIVIDADES PRÁTICAS:
CONSULTORIAS DE PROCEDIMENTOS COM FOCO INTERDISCIPLINAR
NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

FLORIANÓPOLIS, 2016/01

**Universidade do Estado de Santa Catarina–UDESC Centro de Ciências da Administração e
Sócio-Econômicas – ESAG
Departamento de Administração Pública**

Reitor

Profº Antonio Heronaldo de Sousa

Pró-Reitor de Ensino

Profº Luciano Hack

Diretor Geral da ESAG

Profº Arnaldo José de Lima

Diretor de Ensino da ESAG

Profª. Ana Paula Menezes Pereira

Chefe do Departamento de Administração Pública

Profª Sullivan Desirée Fischer

FISCHER, Sullivan Desirée; SCHOMMER, Paula Chies

• **Caderno Atividades Práticas: consultoria de procedimentos com foco interdisciplinar na administração pública/Sullivan Desirée Fischer; Paula Chies Schommer; Flávia de Lucca da Silveira; – Florianópolis: UDESC/ESAG, 2015.**

250p.:il. ; 14,7x21,0cm

Bibliografia:p.00

Relatório de Consultoria de Procedimentos com foco interdisciplinar na Administração Pública- Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC, Centro de Ciências da Administração e Sócio-Econômicas-ESAG, Departamento de Administração Pública.

1. Administração Pública.I.Título.

CDD:350

[Caderno Atividades Práticas em Administração Pública é uma ação do Projeto: Laboratório de Consultoria de procedimentos em Serviços Públicos – Coordenação: Profª Sullivan Desirée Fischer. Seu foco é interdisciplinar envolvendo as disciplinas de Teoria e prática de Administração de Serviços Públicos e Sistemas de Accountability, ministradas pelas Professor(as): Sullivan Desirée Fischer; Paula Chies Schommer.

UDESC–Universidade do Estado de Santa Catarina

Centro de Ciências da Administração e Sócio-Econômicas– ESAG

Av. Madre Benvenuta – 2007 – Itacorubi – 88.034-001 Florianópolis, SC Telefone: (48) 3321-8212.

SUMÁRIO

1. CARTEIRA DE SERVIÇOS DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - Andressa Secco Nesi, Franciele Boeira Cataneo, Huaina Schmitz, Priscila B. Milak.....	4
2. FERRAMENTA DE CONTROLE ACADÊMICO PARA A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS - Luan Deggau, Maria Julia Corrêa, Mayara Toledo, Tamara Lunardi.....	25
3. MATRIZ DE REFERENCIA PARA POLICLÍNICAS DIMENSÃO GESTÃO - Maria Rodrigues Alves, Nícola Hilário Martins, Paula Cardoso de Oliveira, Vinícius da Silva Bezerra.....	33
4. INSTRUMENTO DE MONITORAMENTO DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA - Anelise Alves Nunes, Jéssica Franzoni, Marina Kremer, Vanessa Hasckel.....	71
5. GUIA DO COORDENADOR LOCAL DE SAÚDE DO DISTRITO LESTE DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA - Bárbara Monatanheiro, Julia Pelegri, Luiza Stuart, Marcos Abreu.....	102
6. MAPEAMENTO DO PROCESSO: AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE - Carolina Marques Rossetto, Cassio Germano Cacciatori, Gustavo da Silva Cabral, Jean Robert Soares.....	114
7. POLICLÍNICA CENTRO: DIAGNÓSTICO DA ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS DA MÉDIA COMPLEXIDADE E MAPEAMENTO DE PROCESSOS - Amanda Arioli Putti, Carolina Souto Ribeiro, Débora dos Passos Rodrigues, Evelyn Nunes De Melo.....	141
8. MAPEAMENTO DOS PROCESSOS NO SETOR DE GESTÃO DE TRABALHO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS - Karolyne Coelho Leite, Maria Eduarda Dias, Mayara Silva Carvalho, Thaís Finck de Oliveira.....	172
9. MAPEAMENTO DE PROCESSOS NA DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS - Lucas Gil Rimbau, Márcio Almeida de Sousa, Márnio Graciosa, Vitor Leal Freitas.....	208

CARTEIRA DE SERVIÇOS DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Andressa Secco Nesi
Franciele Boeira Cataneo
Huaina Schmitz
Priscila B. Milak

1. INTRODUÇÃO

Este Relatório descreve os resultados da consultoria de procedimentos realizada na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis, realizado por acadêmicas do 8º termo do curso de Administração Pública da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC, sob orientação da professora Sullivan Desirée Fischer.

A intervenção foi realizada na Diretoria de Média e Alta Complexidade (DMAC), na área técnica da Saúde Mental, com objetivo de auxiliar na elaboração da Carteira de Serviço dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Florianópolis. A relevância deste estudo é atribuída à necessidade de apresentar as ações e os serviços de saúde mental prestados no âmbito da atenção especializada.

A Carteira de Serviços se refere a um Guia de Referência Rápida para consulta dos cidadãos, usuários e prestadores dos serviços de saúde. Apresenta informações organizadas sobre a composição das equipes de cada CAPS, processo de trabalho e horários de funcionamento; identifica os serviços prestados e as atividades realizadas; descreve sobre o modo de encaminhamento de pacientes e sobre os mecanismos de atendimento de usuários; e apresenta informações referentes a articulação com os demais níveis de Atenção à Saúde no contexto do município.

Para o desenvolvimento da Carteira de Serviços utilizou-se o método difundido, nacionalmente, pelo Ministério do Planejamento, referente ao Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização (GESPÚBLICA), que visa uma maior mobilização dos processos de transparência e de acesso à informação, tanto para quem utiliza, como para quem presta ou deseja conhecer o serviço público oferecido. Uma das metodologias tratadas por este Programa se refere à elaboração da Carteira de Serviços, produto final desenvolvido por esta consultoria.

Segundo Lima (2007), para o Gespública a ação de informar a população, por meio da transparência dos serviços prestados, é um fator decisivo para avaliar a excelência da gestão, que compreende um processo de atividades interrelacionadas. A disseminação das informações agrega valor ao serviço prestado, já que muitas

vezes a desinformação pode gerar uma barreira entre o usuário e o prestador, comprometendo o acesso ao serviço.

O estudo também possibilitou comparar os conteúdos tratados pelo ordenamento jurídico que trata da Saúde Mental, como a estrutura mínima dos CAPS e suas atribuições. As principais normativas legais que embasam as ações de saúde mental no território nacional incluem: a Lei 10.216/2001, Portaria 336/2002 e a Portaria 3088/2011 que, respectivamente, tratam sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionamento para o modelo assistencial em saúde mental; normatização sobre porte, estrutura e funcionamento dos CAPS; e sobre a implementação da Rede de Atenção Psicossocial no âmbito do SUS.

Esta Rede é formada por um trabalho conjunto entre os CAPS, as Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família; partes do Sistema Único de Saúde (SUS) de Florianópolis.

A metodologia adotada para realização da proposta envolveu a aplicação de Questionário, que está em “apêndice” neste trabalho, enviado aos gestores dos quatro CAPS de Florianópolis, com objetivo de obter informações sobre a organização, o funcionamento e as atividades executadas em cada Centro. Após análise, tratamento e compilação das respostas, segundo particularidades, iniciou-se a elaboração da Carteira por meio do *software Canva*, que possibilitou a geração do Guia.

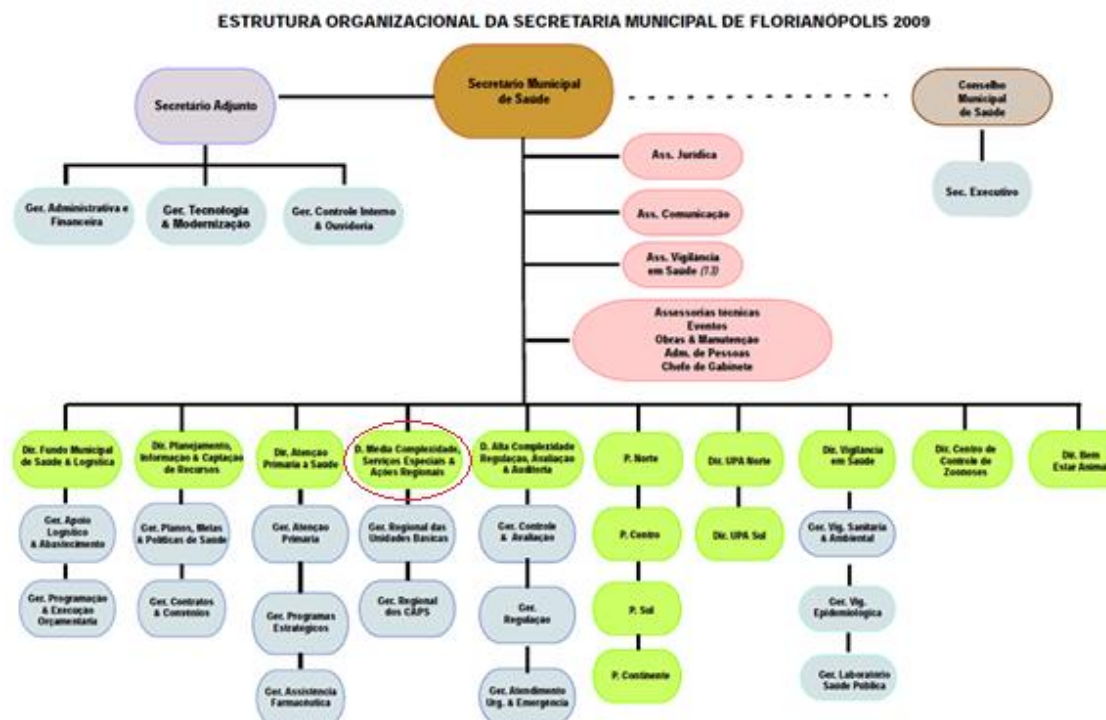
No presente relatório constam os seguintes conteúdos: descrição da organização; diagnóstico da situação-problema; identificação das alternativas de solução; identificação de ações prioritizadas e sua implementação; e a apresentação de resultados alcançados e perspectivas.

2. DESCRIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO

Denominação: Secretaria Municipal de Saúde / Diretoria de Média e Alta Complexidade (DMAC)

Esta consultoria realizou-se na (DMAC), vinculada diretamente ao Secretário Municipal de Saúde, conforme Figura 1.

Figura 1: Estrutura Organizacional da Secretaria municipal de Florianópolis - 2009



Fonte: Portal na Web da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

As Gerências de responsabilidade da DMAC são:

- Gerência de Atenção Especializada, que compreende os Departamentos de apoio à Atenção Ambulatorial, à Atenção Hospitalar e Domiciliar; e aos Setores de Serviços Contratualizados e Próprios, entre outros;
- Gerência de Urgência e Emergência, responsável pelos serviços das Unidades de Pronto Atendimento Norte e Sul, bem como do SAMU;
- Gerência de Regulação, que compreende os Departamento de Consultas, Exames e Serviços Ambulatoriais, de Serviços de Alto Custo e de Tratamento Fora de Domicílio e;
- Gerência de Atenção Psicossocial, composta pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

A Gerência de Atenção Psicossocial (GCAPS) é a área de intervenção desta consultoria de procedimentos.

A Portaria nº 3.088 de 2011 instituiu os componentes da Rede de Atenção Psicossocial, composta pela articulação entre os diversos pontos de atenção, cada um responsável pela prestação de serviços específicos, conforme Quadro 1.

Quadro 1: Pontos de Atenção

Componente	Pontos de Atenção
Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde
	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
	Consultório na Rua
	Apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório
	Centros de Convivência e Cultura
Atenção Psicossocial Estratégica	Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU 192
	Sala de Estabilização
	UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento
	Serviço de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas
	Enfermaria especializada em Hospital Geral
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos
	Programa de Volta para Casa
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda
	Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

Fonte: Equipe de Consultoria e DMAC.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) prestam serviços de saúde, de modo aberto e comunitário, para tratamento de pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros relacionados à Saúde Mental. Constituem-se como componente estratégico e especializado da Rede, com foco na atenção à pessoas com transtornos mentais graves e persistentes.

Assim como as demais áreas que prestam serviços ao SUS, os CAPS são constituídos segundo princípios norteadores da prestação dos serviços públicos de saúde: universalidade, equidade, integralidade e regionalização.

A equipe multiprofissional destes Centros, composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos e técnicos, oferecem atendimento diário aos pacientes. Há uma perspectiva individualizada de atendimento, por meio do

Projeto Terapêutico Singular (PTS), criado a partir da discussão coletiva interdisciplinar.

O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos.

A Portaria nº 336 de 2002 estabelece a constituição dos Centros de Atenção Psicossocial, enquadrados nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional.

Em Florianópolis, os CAPS são do tipo II, todos com turno de funcionamento das 08 às 18h - de Segunda a Sexta-feira, sem fechar ao meio dia:

- 02 CAPS ad (álcool e drogas), na ilha e no continente, para atendimento a pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas,
- 01 CAPS para atendimento diário de adultos;
- 01 CAPSi, para atendimento de crianças e adolescentes.
-

3. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO PROBLEMA

Atualmente, o Protocolo de Saúde Mental é o único documento que trata dos atendimentos em saúde mental na Rede municipal de saúde de Florianópolis. Porém, seu escopo tem característica clínica e há poucas informações sobre os tipos de ações e serviços oferecidos pelos CAPS.

A realidade relatada pela DMAC retrata o pouco conhecimento da população sobre os serviços ofertados pelos diferentes CAPS. Além disso, observa-se que há também o desconhecimento sobre estas informações por parte dos profissionais de saúde.

Muitos dos encaminhamentos de pacientes procedem da Rede de Atenção Básica, por exemplo, por meio das Unidades Básicas de Saúde e das Unidades de Pronto Atendimento. Essa realidade gera uma série de encaminhamentos indevidos, o que compromete o atendimento das reais necessidades de saúde dos pacientes.

Portanto, a demanda apresentada pela DMAC é a elaboração da Carteira de Serviços, um instrumento estratégico para divulgação dos serviços oferecidos pelos CAPS.

O levantamento dos dados para o diagnóstico foi realizado por meio de encontros com os gestores da DMAC. O registro das Atas, que são apresentadas em “apêndices” neste trabalho, possibilitou a verificação da situação enfrentada entre os profissionais dos CAPS e da Rede de Atenção Básica.

Contudo, o produto gerado com esta consultoria dá a possibilidade de sanar não só os entraves relacionados com os profissionais da Rede, mas também de beneficiar os usuários dos CAPS e os cidadãos de Florianópolis interessados em conhecer e se informar sobre os serviços prestados.

Para ratificar esta primeira constatação foi elaborado, em conjunto com gestores da DMAC, um Questionário a fim de obter informações sobre a organização, funcionamento e atividades executadas por cada CAPS, encaminhado pela Diretoria, por *e-mail*, aos coordenadores dos CAPS. Neste processo, a equipe observou como aspecto positivo a pontualidade para envio das respostas, pois, a maioria retornou antes do prazo proposto, o que colaborou com a implementação da proposta de trabalho.

4. IDENTIFICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS DE SOLUÇÃO

Diante da clareza da situação problema que envolveu a demanda trazida pela Diretoria de Média e Alta Complexidade, a equipe de consultoria definiu como primeiro passo a busca por referenciais teóricos e práticos sobre Carteiras de Serviços.

A nível nacional há apenas uma Carteira de Serviços, disponível para consulta em formato virtual, direcionada aos Centros de Atenção Psicossocial, no Rio de Janeiro, mas, muitos estados têm publicado o material referente às ações macro dos serviços de saúde, por meio das Carteiras de Serviço das Secretarias Municipais.

A elaboração da Carteira de Serviço dos CAPS corresponde à alternativa de solução para a demanda trazida pela DMAC. Foi utilizado como material de referência o documento publicado pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

Este material faz parte do Programa Nacional da Gestão Pública e Desburocratização, Gespública, e apresenta diretrizes para a elaboração da Carteira de Serviços.

O Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização – GESPÚBLICA existe para apoiar o desenvolvimento e a implantação de soluções que permitam um contínuo aperfeiçoamento dos sistemas de gestão das organizações públicas e de seus impactos junto aos cidadãos.

A Carteira de Serviços é um documento elaborado por uma organização pública que visa informar aos cidadãos quais os serviços prestados por ela, como acessar e obter esses serviços e quais são os compromissos com o atendimento e os padrões de atendimento estabelecidos. A sua prática implica para a organização um processo de transformação sustentada em princípios fundamentais – participação e comprometimento, informação e transparência, aprendizagem e participação do cidadão.

A Carteira de Serviços dos CAPS é um produto que serve como instrumento para apoiar a interação dos cidadãos com os serviços prestados pelos CAPS e seu funcionamento, e assim, promover a transparência dos serviços prestados e sua informatização. Além disso, buscando intervir na situação problema identificada, o documento também representa um instrumento norteador das ações de saúde mental, possibilitando difundir informações e ampliar o conhecimento dos profissionais da Rede acerca dos serviços oferecidos.

5. AÇÕES PRIORIZADAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

Foi priorizado a partir da análise do conteúdo do manual do Ministério do Planejamento, a construção de um Plano de Ação para a elaboração da Carteira de Serviços com a finalidade de detalhar as ações para o desenvolvimento do produto final.

Quadro 2: Plano de Ação

Plano de Ação	
A - Identificação	
Organização : Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis	
Unidade: Diretoria de Média e Alta Complexidade Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	
Responsável pela Equipe de Trabalho:	Nome: Renata de Cerqueira Campos E-mail: saudementalpmf@gmail.com Telefone: (48) 3239-1557 / (48) 3239-1546
Equipe de trabalho	Nomes dos Integrantes: Andressa Nesi, Franciele Cataneo, Huaina Schmitz e Priscila B. Milak
Data de início: 01/04/2016	
Data de término: 30/06/2016	

B - Processo	
Nome do Processo: Elaboração da Carteira de Serviço dos CAPS	
Objetivo: Disponibilizar documento norteador das ações de saúde mental, que regulamenta os serviços e ações prestados pelos CAPS	
Justificativa: A Carteira de Serviços é importante, pois, define parâmetros mínimos das ações e serviços oferecidos	

C - Benefícios	
Cidadão/ Usuário: Munícipes de Florianópolis	
Organizações: Profissionais da Rede de Atenção Básica do SUS Profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial Profissionais da Diretoria de Média Complexidade e da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (SMS)	
Sociedade: Cidadãos de Florianópolis	

D – Detalhamento das ações			
	Ações	Prazo	Responsável
Ação 1	Realizar reuniões com a Diretoria	Abril a Junho	Equipe de trabalho
Ação 2	Identificar quais os profissionais da SMS estarão envolvidos no Projeto	Abril	Equipe de trabalho
Ação 3	Elaborar Questionário para coleta de informações	Maio	Equipe de trabalho
Ação 4	Enviar Questionários às Gerências dos CAPS	Maio	Equipe de trabalho
Ação 5	Analisar e compilar as respostas dos Questionários	Maio e Junho	Equipe de trabalho
Ação 6	Identificar os serviços oferecidos pelos CAPS	Maio	Equipe de trabalho
Ação 7	Identificar as atividades	Maio	Equipe de trabalho

	desempenhadas		
Ação 9	Classificar as atividades em comuns e específicas conforme tipo de CAPS	Junho	Equipe de trabalho
Ação 10	Identificar mecanismos de comunicação com os usuários.	Junho	Equipe de trabalho
Ação 11	Identificar mecanismos de atendimento dos CAPS	Junho	Equipe de trabalho
Ação 12	Identificar a forma de organização dos CAPS	Junho	Equipe de trabalho
Ação 13	Identificar os processos de trabalho	Junho	Equipe de trabalho
Ação 14	Elaborar os fluxos de atendimento dos pacientes	Junho	Equipe de trabalho
Ação 15	Elaboração da Carteira de Serviços	Junho	Equipe de trabalho
Ação 16	Elaboração da Apresentação	Junho	Equipe de trabalho
Ação 17	Apresentação Final com os gestores	Junho	Equipe de trabalho
Ação 18	Aprovar a Carta de Serviços	Junho	Gerência de CAPS
Ação 19	Divulgar a Carta de Serviços	Julho	Gerência de CAPS
Ação 20	Monitorar a efetividade dos compromissos firmados na Carta de Serviços da Organização.	Julho	Gerência de CAPS

E- Aprovação do Plano de Ação

Local / Data: Florianópolis,

Nome / Função:

Assinatura:

Fonte: Equipe de Consultoria

Priorizou-se também a análise do ordenamento jurídico referente às ações de saúde mental, a partir de uma comparação com os dados obtidos nos Questionários.

Os Parágrafos analisados da Portaria nº 336/2002 se referem às atividades atribuídas e à composição mínima das equipes para cada modalidade dos CAPS.

Quanto às atividades realizadas verificou-se que todos os CAPS contemplam as indicações da Portaria, inclusive nas específicas para cada modalidade.

No que se refere a equipe técnica, verificou-se que a quantia de profissionais de nível superior está condizente com o que diz a Portaria, porém, para todos os CAPS, o número de profissionais técnicos está abaixo do indicado.

Para visualização na Carteira de Serviços, foram elaboradas tabelas indicativas com as Categorias Profissionais, conforme Tabela B.

Tabela B: Categorias Profissionais dos CAPS

CAPSad ILHA	CAPSad Continente	CAPSi	CAPS Ponta do Coral
Médico Clínico	Médico psiquiatra	Médico psiquiatra	Médico Psiquiatra
Enfermeiro	Médico Clínico	Médico Neurologista	Psicólogo
Psicólogo	Enfermeiro	Enfermeiro	Enfermeiro
Médico Psiquiatra	Psicólogo	Psicólogo	Técnico de Enfermagem
Assistente Social	Assistência Social	Assistente Social	Assistente Social
Farmacêutico	Educador Artístico	Técnico de Enfermagem	Técnico Administrativo
Educador Artístico	Técnico de Enfermagem	Técnico Administrativo	
Técnico de Enfermagem	Técnico Administrativo		
Assistente Administrativo			

Fonte: Equipe de Consultoria

Efetua-se a apuração e a organização das informações contidas nas respostas do Questionário, buscando uma uniformidade para disposição na Carteira de Serviços. A análise dos conteúdos gerou formas distintas para organização, por meio de tabelas, fluxos e textos descritivos, explorados no desenvolvimento deste tópico.

O Questionário foi dividido em blocos, buscando levantar informações sobre a organização, processos de trabalho, composição das equipes, serviços prestados, atividades realizadas, mecanismos de atendimento, encaminhamento, comunicação e articulação. O corpo do texto deste instrumento segue como Apêndice B no Relatório.

A primeira apuração definiu os tópicos da Carteira de Serviços:

- I. Organização dos CAPS: descreve sobre os Tipos de Unidades (quanto às modalidades; horários de funcionamento; endereços e contatos); sobre a Estrutura das Unidades (composição das equipes e áreas de abrangência); e sobre Acolhimento - este conceito está definido integrando as respostas de cada CAPS, suas descrições sobre a realização do Acolhimento.
- II. Atividades realizadas pelos CAPS.
- III. Serviços oferecidos pelos CAPS.
- IV. Mecanismos de atendimento dos pacientes.
- V. Mecanismos de comunicação com os usuários.
- VI. Mecanismos de articulação e comunicação dos CAPS com a Rede de Atenção Básica.
- VII. Modos de encaminhamento dos pacientes, por meio da Rede de Atenção Básica, aos CAPS.
- VIII. Instituições envolvidas na Rede de encaminhamento de pacientes.
- IX. Modos de reencaminhamento do usuário do CAPS para a Rede de Atenção Básica;

Para os tópicos II e III, foram criadas Tabelas, com objetivo de compilar e identificar tanto as atividades e serviços realizados em comum, como os específicos de acordo com a modalidade do CAPS. Conforme Tabelas C e D:

Tabela C: Atividades realizadas pelos CAPS

<i>Atividades em comum realizadas pelos CAPS</i>
Atendimento individual;
Oficinas de socialização e reabilitação psicossocial;
Oficinas terapêuticas;
Psicoterapia individual;
Psicoterapia em grupo;
Atendimento familiar;

Visitas Domiciliares e Institucionais;
Elaboração de PTS;
<i>Atividades exclusivas realizadas pelo CAPSad Continente</i>
Grupo de prevenção da recaída – Trabalha o tema da prevenção da recaída em diálogo com a realidade dos usuários pensando em estratégias de manejo de situações de risco e ampliação da compreensão de situações de recaída ocorridas para aumentar a chance de prevenção;
Oficina de relaxamento – trabalha técnicas de relaxamento e de <i>mindfulness</i> como estratégias de manejo de ansiedade, depressão e fissura;
Grupo de tabagismo – voltado ao tratamento específico da dependência de tabaco, atende demanda espontânea da comunidade, além de casos complexos referenciados pelas unidades de saúde;
Oficina do <i>Blog</i> –Desenvolve um <i>blog</i> construído conjuntamente com os usuários do serviço, trabalhando inserção digital, expressão e protagonismo;
Roda de conversa – espaço de expressão verbal livre em que são abordados os mais diversos assuntos de interesse dos usuários presentes;
<i>Atividades exclusivas realizadas pelo CAPS Ponta do Coral</i>
Apoio à Associação Alegre Mente (associação de usuários do CAPS e familiares);
Supervisão de estágios de graduação (Psicologia, Enfermagem e Serviço Social), de residência médica (Medicina de Família e Comunidade e Psiquiatria) e residência multiprofissional (Saúde da Família);
Oferta de palestras e cursos de capacitação para rede intersetorial;
Resposta a demandas judiciais;
<i>Atividades exclusivas realizadas pelo CAPSad ILHA</i>
Controle de fichas de frequência; + Roda de Conversa

Digitação de relatórios de atendimento ambulatorial coletivo;
Manutenção da agenda dos profissionais;
Recepção e despacho do malote;
Fornecimento de informações e rotinas do CAPSad Ilha;
Atividades exclusivas realizadas pelo CAPSi
Elaboração de relatórios solicitados por instituições;
Reuniões distritais;

Fonte: Equipe de Consultoria

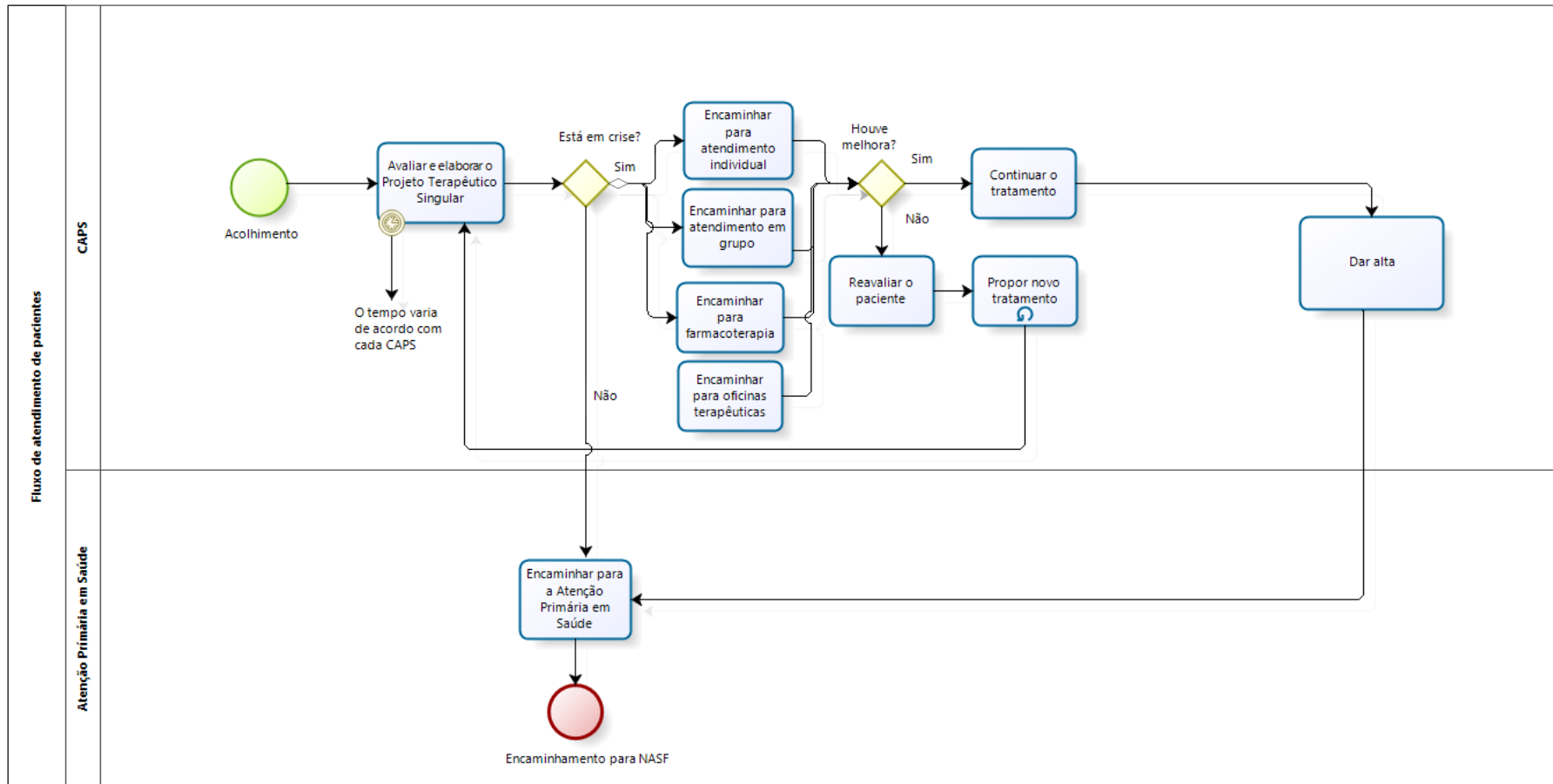
Tabela D: Serviços oferecidos pelos CAPS

Serviços em comum oferecidos pelos CAPS:
Acolhimento por livre demanda;
Atendimentos, nas modalidades individual e em grupo, pelos profissionais das categorias presentes no serviço;
Acompanhamento por Equipes de Referência;
Oficinas e Grupos Terapêuticos;
Serviço exclusivo oferecido pelos CAPSad:
Desintoxicação ambulatorial;
Serviço exclusivo oferecido pelo CAPSi:
Atendimento Neuropediátrico;

Fonte: Equipe de Consultoria

Para o tópico IV (Mecanismos de atendimento dos pacientes) foi elaborado um Fluxo do processo de atendimento dos pacientes, para melhor entendimento e visualização, conforme Figura 2.

Figura 2: Fluxo de atendimento de paciente



O tópico V (Mecanismos de comunicação com os usuários) teve como objetivo investigar acerca da organização dos CAPS, no que se refere aos meios disponibilizados para comunicação com os usuários. Este tópico é conteúdo obrigatório a constar na Carteira de Serviços, conforme indicação do material de referência do Ministério do Planejamento.

Foi possível identificar que todos os CAPS se comunicam com os pacientes por meio de contato telefônico e contato verbal direto (por meio dos Grupos Terapêuticos e visitas domiciliares); já dois CAPS utilizam *Blogs* e os murais internos do Centro como meios alternativos de comunicação. A instância apontada, também por dois CAPS, como possibilidade para comunicação é a Assembleia de Usuários, que corresponde a um espaço para discussões e debates entre Equipes de Referência e usuários. Por fim, apenas 1 CAPS citou o *e-mail* como forma de comunicação e também o contato por busca ativa via Centros de Saúde.

Os tópicos VI (Mecanismos de articulação e comunicação dos CAPS com a Rede de Atenção Básica) e VII (Modos de encaminhamento dos pacientes, por meio da Rede de Atenção Básica, aos CAPS) tiveram relação direta com a situação problema trazida pela DMAC, pois, as respostas contém informações que podem servir de subsidio para identificação de fatores que geram ao encaminhamento equivocado de pacientes, tanto com referência ao meio de articulação e comunicação dos CAPS com a Rede de Atenção Básica, como a descrição sobre como se dá o encaminhamento dos pacientes.

Para todos os modos como ocorre o encaminhamento de pacientes, há a necessidade de articulação com a rede intersetorial (quando procede de um Hospital) e com a rede intrasetorial (quando ocorre via encaminhamento das Unidades Básicas de Saúde, por meio das Equipes de Saúde da Família).

As informações foram analisadas e dispostas, a fim de facilitar a visualização na Carteira de Serviços, conforme Tabela E.

Tabela E: Modos de encaminhamento dos pacientes por meio da Rede de Atenção Básica aos CAPS:

CAPSad Ilha	<ul style="list-style-type: none">• Comunicação oral;
--------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecido diretamente pela Atenção Básica; • Reunião com Distrito; • Contato telefônico.
CAPS Ponta do Coral	<ul style="list-style-type: none"> • Por meio da Atenção Básica (deliberado pela Equipe de Saúde da Família com Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)); • Em casos de urgência podem contatar o CAPS para solicitar agilidade no processo; • Reunião com Distrito.
CAPSad Continente	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhamento pela Rede com Declaração de problema relacionado ao uso de drogas e de ser morador da área de abrangência do serviço ou estar em situação de rua; • Quando para internação em comunidade terapêutica conveniada permanece acompanhamento psiquiátrico no CAPS. • Encaminhamento feito com anuência de pelo menos dois técnicos do serviço, com acompanhamento de médico. O transporte é acordado que seja feito por equipe da Unidade Básica de Saúde; • Quando para internação hospitalar: contato telefônico prévio; avaliação • Transporte para casos de agitação psicomotora com o SAMU;
CAPSi	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniões distritais com equipe NASF; • Telefone; • Demanda espontânea; • Por médicos da Equipe de Saúde da Família;

Fonte: Equipe de Consultoria

O tópico VIII (Instituições envolvidas na Rede de encaminhamento de pacientes) tem como objetivo tornar público o conjunto de Instituições que estão envolvidas com os serviços prestados pelos CAPS.

Para CHIAVAGATTI (2012) a articulação em rede, que envolve a consolidação da Reforma Psiquiátrica no Brasil, proporciona dinamismo e flexibilidade nos serviços, a fim de gerar melhores resultados para a atenção ao usuário portador de transtornos mentais.

As Instituições comuns para todas as modalidades de CAPS são: Centros de Saúde, Instituto de Psiquiatria; Hospitais; Defensoria Pública; Ministério Público - para casos específicos - SAMU e Centros de Referência em Assistência Social (CRAS).

Para os CAPS de modalidade Álcool e Drogas e Infantil, há instituições vinculadas ao Terceiro Setor envolvidas, por exemplo, casas de abrigo e acolhimento, albergues e Institutos Terapêuticos. Para o CAPS Infantil, as instituições específicas são: Conselho Tutelar e Juizado da Infância e da Juventude.

Para o tópico IX (Reencaminhamento de pacientes, após tratamento, para a Rede de Atenção Básica) foi criada a Tabela F, com objetivo de compilar e as informações coletadas com a aplicação dos questionários, constando os critérios necessários para que os pacientes sejam reencaminhados.

Tabela E: Modos de reencaminhamento do usuário do CAPS para a Rede de Atenção Básica

CAPSad Ilha	<ul style="list-style-type: none"> • Após pactuação com o paciente, é feito encaminhamentos via reunião de distrito onde há a necessidade de uma maior articulação da rede inter e intra setorial com estratégia de saúde da família, e NASF
CAPS Ponta do Coral	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação multiprofissional determinando revisão do Projeto Terapêutico Singular, com indicação de diminuição da intensidade. • Registro em prontuário das avaliações, com orientações para a equipe do CS. • Discussão do caso com NASF. • Fornecimento de encaminhamento formal (impresso) conforme pactuação

	com NASF.
CAPSad Continente	<ul style="list-style-type: none"> • Discussão com o paciente e acordo com o mesmo do processo de encaminhamento. • Discussão do caso na reunião mensal distrital de saúde mental para ciência da equipe NASF, onde também é definido se o encaminhamento deve se dar para a própria equipe NASF ou para a equipe de saúde da família diretamente. • Encaminhamento por escrito para o paciente que leva ao centro de saúde da forma que ficou pactuado na reunião. • O paciente segue em acompanhamento no CAPSad até que se efetue o atendimento no centro de saúde.
CAPSi	<ul style="list-style-type: none"> • Discute-se o caso em equipe, completa-se a folha de encaminhamento, • Leva-se o caso para discussão nas Reuniões Distritais de saúde mental. Caso não se consiga discutir o caso no dia da reunião, liga-se para equipe da Unidade de Saúde para que a mesma em conjunto com Equipe NASF, realize o cuidado da criança e família.

Fonte: Equipe de Consultoria

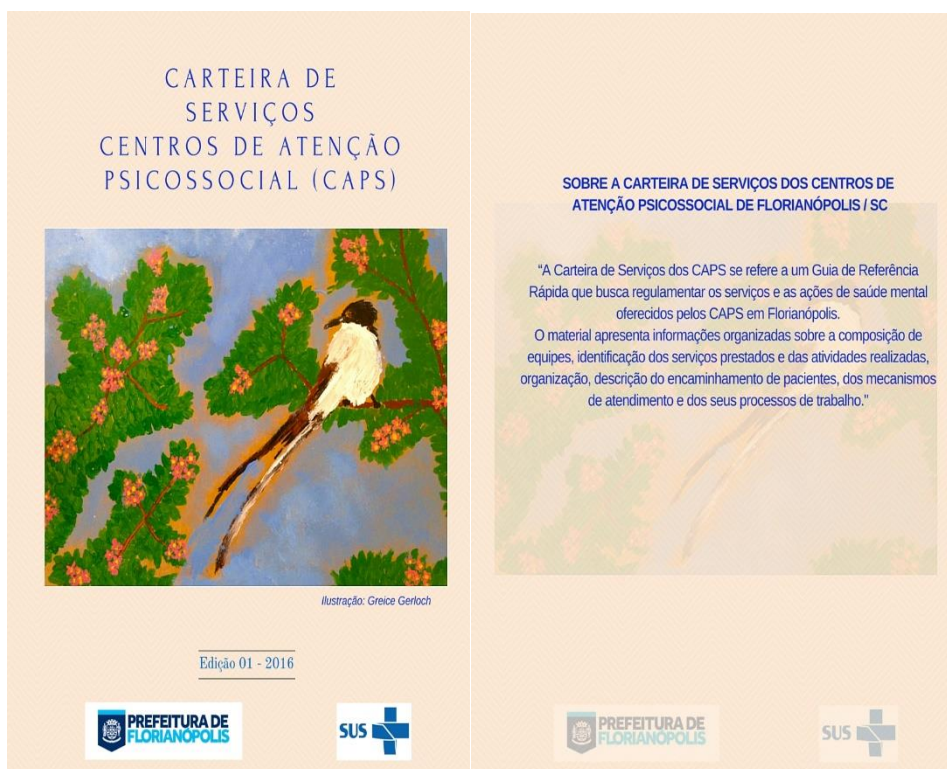
Com as atividades que envolveram a criação de tabelas a fim de dispor as respostas do Questionário, pode-se perceber que, para os tópicos solicitados, cada CAPS exerce o serviço de modo único, muitas ações são iguais, porém, foram relatadas como ocorrendo em momentos distintos. Isso dificultou a criação de um fluxo comum.

Esta Consultoria não envolveu saída a campo para entrevista direta com os coordenadores dos CAPS, o que possibilitaria uma verificação exata do passo-a-passo executado. A definição das informações para a Carteira de Serviços se ateve às respostas do Questionário.

A última ação que compõe as etapas para criação do produto proposto por esta Consultoria compreende a estruturação da Carteira de Serviços no software *Canva*, escolhido por ser de fácil uso para a edição de imagens e texto, além de ser gratuita a versão utilizada.

Para o *layout* da Carteira de Serviços foi utilizado o desenho elaborado pela Greice Gerloch que é paciente do CAPS. Segue disposta na figura 3.

Figura 3: *Layout* Carteira de Serviços



Fonte: Equipe de Consultoria

6. RESULTADOS ALCANÇADOS E PERSPECTIVAS

Por meio da aplicação do Questionário, alcançou-se como resultado a geração de um banco com informações e dados acerca do funcionamento dos CAPS de Florianópolis. A partir disso, foi possível iniciar a estruturação da Carteira de Serviços não somente diante da perspectiva teórica das leis, mas também com a percepção e descrição dos coordenadores dos CAPS.

A perspectiva referente à elaboração da Carteira de Serviços é contribuir para ampliar o conhecimento dos beneficiários, formados pelos cidadãos de Florianópolis, usuários dos serviços e profissionais da Rede de Saúde, sobre os serviços prestados e a lógica de atendimento dos CAPS. Principalmente no que se refere aos

profissionais na Rede, espera-se que a articulação e o diálogo seja aprimorado, diminuindo os erros de encaminhamento e fortalecendo o cuidado compartilhado com a saúde dos pacientes.

O material do Ministério do Planejamento indica outras duas ações, como parte do processo de implementação da Carteira, que são posteriores ao período desta Consultoria:

- I. Aprovação da Carteira de Serviços: a validação oficial do documento é feita por meio do órgão requerente à Área de Tecnologia de Gestão (GESPUBLICA/SEGES/MP) em Brasília. Para isso, é necessário enviar a versão definitiva impressa e via *e-mail*;
- II. Divulgação da Carteira de Serviços: este passo compreende a elaboração de um Plano, que considere o público interno e externo. Há referência de que a divulgação ao Público Interno deve anteceder ao Externo.

Para divulgação ao público interno, sugere-se a divulgação por meio de palestras de sensibilização e, para os profissionais que prestam o serviço de atendimento, a realização de um curso de capacitação, a fim de prepará-los para inserir a consulta às informações disponibilizadas na Carteira em suas rotinas de trabalho. Os Módulos sugeridos para o Curso estão descritos no Anexo do documento do Ministério, disponível nas Referências deste Relatório.

Ao público externo, a divulgação pode ser feita por meio de distintos procedimentos, por exemplo, disponibilizar cópias da Carteira de Serviços às Instituições listadas no tópico VIII deste Relatório, bem como emitir banners no mural de cada CAPS.

Estes itens são apenas indicativos do material de referência utilizado para nortear as ações desta Consultoria. Portanto, caberá à DMAC decidir quais modos e etapas, conforme planejamento, são mais adequados a sua realidade de trabalho.

De todo modo, a Carteira de Serviços, que está como apêndice neste trabalho, estabelece um compromisso do órgão em observar e acompanhar padrões de qualidade e eficiência na execução das atividades dos CAPS. Além da divulgação do produto, é preciso também desenvolver ferramentas que possibilitem o seu acompanhamento pela instituição de modo que seja permanentemente atualizada.

7. REFERÊNCIAS

BRASIL, (2008) Secretaria da Gestão do Ministério do Planejamento. Programa Nacional de Gestão e Desburocratização (GESPÚBLICA). **Carta de Serviços ao Cidadão**. Disponível em <://www.ufpe.br/acessoainformacao/images/e-sic/apresentao%20-%20carta_de_servicos%20ao%20cidadao%20-%20ministerio%20do%20planejamento.pdf> (Acesso em 01/05/2016).

CHIAVAGATTI, F. G. **Articulação entre Centros de Atenção Psicossocial e Serviços de Atenção Básica de Saúde**. ACT Paulista de Enfermagem, v. 25, n. 1, p. 11-17, 2012

LIMA, P.D.B. **A excelência em gestão pública: a trajetória e a estratégia do GESPÚBLICA**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2007.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=saude+mental&menu=5>. Acesso em: 09 maio. 2016.

FERRAMENTA DE CONTROLE ACADÊMICO PARA A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS

Luan Deggau
Maria Julia Corrêa
Mayara Toledo
Tamara Lunardi

1. INTRODUÇÃO

Este relatório apresenta os resultados da Consultoria desenvolvida na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis no Setor de Educação em Saúde, em atendimento a demanda para desenvolver uma ferramenta para controle acadêmico, através da ferramenta Microsoft Office Excel, facilitando a inserção de dados acadêmicos dos residentes médicos desta Secretaria.

O controle dos registros acadêmicos do Programa de Residência Médica possibilitará gerenciar as atividades acadêmicas dos residentes com o intuito de se obter controle sobre os dados e atividades relativos a esses indivíduos. Esse gerenciamento se torna importante a partir da compreensão de que um instrumento adequado de controle de informações auxilia tanto no desenvolvimento quanto no monitoramento de processos de gestão. Com base nisso, a ferramenta em questão pretende viabilizar quantitativos e informações organizadas relativas a cada membro e cada área de especialidade do programa. Proporcionará também o monitoramento e a coordenação de movimentações e atividades de cada participante nos diversos distritos e unidades da rede. Além disso, o controle acadêmico automatizado possibilita gerar relatórios com dados estatísticos para análise e acompanhamento da vida acadêmica dos residentes.

Com a implementação e uso adequado dessa ferramenta, a partir das possibilidades apresentadas, espera-se que o controle dos dados acadêmicos dos residentes se torne um processo ágil e eficiente para os gestores da secretaria. De forma abrangente, a unificação do armazenamento das informações também possibilita estruturar vínculos e relações entre os dados, facilitando a pesquisa e exploração entre os elementos. Ademais, esse tipo de pesquisa também permitirá a confecção mais rápida e precisa de certificados, atestados e outros documentos pertinentes ao trabalho do setor. Além disso, o armazenamento conjunto dessas informações também permitirá haver maior domínio e transparência a respeito dos elementos do Programa de residências.

Para o desenvolvimento do produto proposto para implementação foi utilizado o Microsoft Office Excel, um programa específico para a criação de planilhas eletrônicas.

Este relatório apresenta inicialmente a descrição da organização onde foi realizada a consultoria, bem como a especificação do setor no qual a demanda se encontra. Posteriormente será apresentado um diagnóstico da situação problema, contemplando a demanda trabalhada e os dados que contextualizam a problemática definida pelos gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Em seguida, serão identificadas as alternativas de solução levantadas para a demanda existente, e então, descritas as principais ações realizadas pela equipe, procurando justificar a opção escolhida. Por fim, serão apresentados os resultados que a organização poderá alcançar ao implementar o produto proposto por esta consultoria.

2. DESCRIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO

A consultoria foi realizada na Secretaria de Saúde do município de Florianópolis, junto ao setor de Educação em Saúde que está vinculado a Diretoria de Atenção Primária em Saúde (DAPS). O manual Gestão de Residências (2015), realizado pelos alunos do curso de Administração Pública do Centro de Ciências da Administração e Socioeconômicas em conjunto com o setor de Educação em saúde descreve como funções da DAPS a implementação do modelo de atenção à saúde em consonância com as diretrizes assistenciais definidas pela Política Municipal de Saúde, de maneira a proporcionar e coordenar estratégias para sua operacionalização e no âmbito dos Programas de Residência. A Diretoria, portanto, tem a função de conduzir a implantação, em conjunto com as demais instâncias responsáveis.

O Setor de Educação em Saúde está vinculado diretamente à assessoria de gestão de pessoas da Secretaria de Saúde subordinado a Diretoria de Atenção Primária em Saúde. Integra a assessoria de gestão de pessoas, além do setor de Educação em Saúde: o setor de Saúde do Trabalhador e o setor de Gestão de Trabalho. O setor de Educação em Saúde é subdividido em duas áreas, a de desenvolvimento do trabalhador e a de integração dos serviços em saúde. Compete a ele fomentar, planejar, ordenar e implementar ações de educação em saúde na rede municipal de saúde de Florianópolis, em consonância com a Política Municipal de

Educação Permanente em Saúde e no âmbito das Residências, é responsável pela secretaria executiva dos Programas e constitui-se como sua sede administrativa.

A demanda, objeto dessa Consultoria é o controle de registro acadêmico para o Programa de Residência Médica. A qual foi instituída pelo Decreto nº 80.281, de 05 de setembro de 1977 e constitui uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, funcionando em Instituições de Saúde, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional. O Programa de Residência Médica confere ao médico residente o título de especialista.

O objetivo do programa é formar Médicos de Família e Comunidade (MFCs) para atuar na atenção primária à saúde (APS) e redes de atenção à saúde (RAS) com foco nas famílias e comunidades assistidas, comprometidos com a construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e tendo por base os princípios da vigilância em saúde.

A Secretaria de Saúde possui atualmente em desenvolvimento três Programas de Residência no âmbito da Atenção Primária em Saúde:

- A. Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (RMFC) – SMS;
- B. Residência Multiprofissional em Saúde da Família (REMULTISF) – UDESC/SMS;
- C. .Residência Multiprofissional em Saúde da Família – UFSC/SMS.

O programa é composto de parte teórica e prática e seu funcionamento nos cenários de prática das Residências. Os residentes têm como chefia imediata o coordenador do Centro de Saúde, (os residentes de enfermagem e odontologia) como coordenador do Distrito Sanitário, os residentes das demais categorias profissionais. Para estas categorias profissionais, o coordenador do Centro de Saúde também é referência no serviço aos residentes quanto às questões administrativas referentes ao Centro de Saúde de sua responsabilidade, em conjunto e/ou em casos de ausência do preceptor.

O desenvolvimento de habilidades e competências previstas pelo programa de residência ocorre de maneira supervisionada por preceptores, supervisores de estágio e outros setores responsáveis pelo Programa. Esses preceptores tem dentre suas atribuições exercer a função de orientador de referência para os residentes no desempenho das atividades práticas vivenciadas no cotidiano da atenção em saúde;

colaborar com a formação teórica dos residentes; acompanhar a frequência dos residentes e realizar o processo avaliativo instituído no Programa; orientar a realização de trabalhos de cunho técnico e/ou científico dos residentes; e estar sempre buscando a qualificação dos residentes para que os mesmos possam ter excelência no desempenho de atividades no SUS.

3. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO PROBLEMA

O levantamento de dados foi realizado por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada, com os servidores do setor Educação em Saúde, e também através da análise de documentos. Desta coleta de dados e análise documental, evidenciou-se com maior clareza a demanda apresentada e seu contexto.

A demanda se caracteriza pelo desenvolvimento de uma ferramenta para o controle dos registros acadêmicos para o Programa de Residência Médica. No contexto atual, os responsáveis pelos procedimentos de controle dos dados acadêmicos do programa de residência são, exclusivamente, os servidores do setor Educação em Saúde. Os principais processos desta operação compreendem: o cadastro e atualização constante dos dados pessoais dos residentes, dentro de um sistema específico do programa de residentes; o registro periódico de frequência nas diferentes atividades do programa, tendo como referência a folha ponto de cada acadêmico, registradas em uma planilha individual; o lançamento das notas e conceitos relativos aos estágios e avaliações, também registrados em uma planilha específica diferente e; a geração de relatórios, atestados e certificados, que atualmente são feitos isoladamente de forma manual, buscando as informações em arquivos variados.

Considerando a situação apresentada, algumas dificuldades encontradas durante o processo podem ser evidenciadas, de maneira a se destacar melhor as reais necessidades dos procedimentos de controle do programa. São elas:

- a) Dificuldades no registro acadêmico dos residentes;
- b) Dificuldades no controle das informações dos residentes.
- c) Realização do controle das informações utilizando diferentes planilhas eletrônicas;
- d) Cada informação tratada isoladamente, em planilha específica;
- e) Dificuldade em visualizar o status de cada residente;

- f) Informações não estão vinculadas;
- g) Elevado tempo dispendido para a execução das atividades;
- h) Perda de informações devido aos múltiplos armazenamentos;
- i) Lentidão para a confecção de documentos específicos como atestados e certificados;
- j) Dificuldade para gerar relatórios e consultas específicas para controle e fiscalização de dados e;
- k) Extravio de informações.

Sendo assim, a necessidade de elaboração de uma ferramenta de controle para os dados acadêmico surgiu, principalmente, a partir da enumeração dessas necessidades encontradas durante os processos, os quais tornam a execução atual pouco prática e pouco eficiente. O produto proposto pretende, portanto, trazer alternativas que viabilizem um aprimoramento quanto a esses aspectos elencados.

Quanto às perspectivas dos gestores, os principais pontos que desejam ser alcançados compreendem:

- a) Agilidade na execução dos procedimentos relacionados ao controle das informações dos acadêmicos;
- b) Facilitação da pesquisa e reprodução dos dados registrados;
- c) Possibilidade de visualização do status resumo de cada residente;
- d) Facilitação, precisão e agilidade para geração de atestados e certificados;
- e) Diminuição do tempo gasto para execução dos procedimentos operacionais de controle acadêmico.

Sendo assim, o produto aqui proposto visa impactar de maneira positiva essas perspectivas e proporcionar mais eficiência para o trabalho executados pelos servidores do setor Educação em Saúde.

4. IDENTIFICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS DE SOLUÇÃO

Com base no diagnóstico propõe-se utilizar uma ferramenta que seja acessível aos usuários, de fácil manuseio, que possibilite gerar relatórios a partir de necessidades, que permita ao usuário analisar, compartilhar e gerenciar informações de forma eficaz, diante da demanda apresentada pelo setor de Educação em Saúde foram apresentadas duas alternativas:

- 1) Microsoft Office Access

2) Microsoft Office Excel

1) Microsoft Office Access

A ferramenta Microsoft Office Access é um software com propósito de banco de dados, o seu uso apresenta diversas vantagens como: pode ser utilizado offline; integração com outros aplicativos do pacote Office; possui um excelente gerador de relatórios; é uma ferramenta flexível e o desenvolvimento se faz possível de maneira rápida e prática.

Agora, como toda ferramenta, o Access apresenta limitações como o seu limite de armazenamento é de 2Gb, tem um baixo nível de segurança.

2. Microsoft Office Excel

O Microsoft Office Excel é uma planilha eletrônica que permite ao seu usuário a organização de dados de forma precisa e prática. O Excel apresenta recursos, fórmulas e funções, além de ser uma ferramenta gratuita, de funcionamento online e offline, que permite ao usuário total controle das planilhas é uma ferramenta universal e de linguagem conhecida. A ferramenta apresenta desvantagens quanto a emissão de relatórios, uma vez que o programa não armazena dados e também é limitado quanto ao anexo de notas, por exemplo.

5. AÇÕES PRIORIZADAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

Diante da demanda apresentada, priorizou-se a elaboração da planilha eletrônica com propriedades que permitem registrar, vincular e exibir os dados e informações referentes aos acadêmicos vinculados ao programa de residência, de maneira a atender e responder às dificuldades citadas durante o diagnóstico. Para tal, dentre as alternativas de solução levantadas, foi escolhida a ferramenta Microsoft Office Excel, que é um aplicativo de fácil acesso, muito utilizado nos dias de hoje e voltado principalmente para a administração. Neste caso, optou-se pelo uso do Excel pelos recursos, fórmulas e funções que o mesmo disponibiliza, além de ser uma ferramenta gratuita, de funcionamento online e offline, que permite ao usuário total controle das planilhas e, principalmente, por ser uma ferramenta universal e de linguagem conhecida. Após essa escolha, o grupo buscou aprofundar seus

conhecimentos relativos ao programa, de modo a reunir mais insumos e técnicas para a construção da ferramenta.

Dentro do programa de residência médica, existem dois tipos de categorias profissionais. O programa municipal compreende a residência médica e a residência multiprofissional. Como há diferenças entre os dois casos, optou-se por elaborar duas planilhas diferentes, que compreendessem as características específicas de cada formação, de maneira a abordar os conceitos relevantes de cada um.

Dentro das planilhas desenvolvidas, algumas ações foram tomadas como prioridade no momento de elaboração, no sentido de corresponder propriamente as necessidades e dificuldades mencionadas no diagnóstico da situação problema. Sendo elas:

- Banco de dados único para armazenamento de todos os dados referentes aos residentes;
- Planilhas separadas, porém vinculadas, para cada perfil de informação;
- Aba de resumo com as principais informações para exibição do “status” do residente;
- Planilhas interativas, que notificam através de cores e símbolos as irregularidades dos residentes, podendo ser notas e/ou frequência;
- Sistematização para geração automática de atestados e certificados;
- Mecanismo de consultas avançadas, seleção e filtragem de dados e;
- Abas e conjuntos de informações agrupadas para facilitar o acesso e os registros.

Como forma de complementar, ainda, o uso da ferramenta elaborada, uma segunda atividade priorizada foi a elaboração de um Manual da Ferramenta de Controle Acadêmico. Tendo como base os procedimentos que serão executados através da ferramenta, foi desenvolvido também, um tutorial contendo um passo a passo com as principais operações a serem realizadas. O manual explica a função e operacionalização das principais telas da planilha, e também apresenta explicações a respeito de aspectos de elaboração da ferramenta, visando garantir a manutenção de possível operações futuras que venham a ser modificadas pelos gestores responsáveis. Dessa forma, o manual se faz necessário, principalmente, para manter as informações do programa alinhadas, caso algum gestor encarregado seja substituído ou outras alterações venham a ser realizadas.

6. RESULTADOS ALCANÇADOS E PERSPECTIVAS

Dentre os resultados que se buscam, destacam-se principalmente, agilidade e eficiência para os processos de controle de dados acadêmicos dos residentes. Espera-se também que o monitoramento se torne mais preciso e objetivo, uma vez que estará concentrado em um único banco de dados, evitando também o extravio de informações. Isso contribui para reduzir desperdícios de informações, tempo e recursos, evitando retrabalho e aprimorando a gestão do Programa e seus resultados.

Considerando ainda que a ferramenta possibilitaria uma diminuição expressiva do tempo de execução das tarefas operacionais, espera-se que os servidores possam assumir novas tarefas e ações que demandam um tempo que antes não existia, fazendo com que novas ideias possam ser colocadas em prática no intuito de aprimorar processos e a gestão do programa de residências.

Ao contribuir para a sistematização, racionalização e transparência das informações da gestão de residências, o aprimoramento proposto também tende a gerar melhorias em eficiência e capacidade de controle interno. Em decorrência disso, o controle externo também seria facilitado ao se fazer o uso de informações advindas da ferramenta para a realização de prestação de contas a outros órgãos externos de fiscalização, por exemplo.

Como forma de expandir a utilização da ferramenta, e aprimorar os processos de gestão do programa de residências, recomendamos que seja desenvolvido, futuramente, um sistema que possibilite, em conjunto com o produto já proposto por esta consultoria, um compartilhamento dos dados e informações (frequência, notas), com os próprios acadêmicos de maneira a tornar o processo mais acessível e transparente para todos os participantes.

7. REFERÊNCIAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. *Manual de Gestão das Residências em Saúde de Florianópolis*. Santa Catarina, 2015, 67p.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. *Regulamento PRMFC*. Santa Catarina, 2015, 02p.

MATRIZ DE REFERÊNCIA PARA POLICLÍNICAS - DIMENSÃO GESTÃO

Maria Rodrigues Alves
Nícola Hilário Martins
Paula Cardoso de Oliveira
Vinícius da Silva Bezerra

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório é resultado de consultoria realizada na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, por meio das disciplinas de Teoria e Prática de Administração de Serviços Públicos e Sistemas de Accountability do curso de Administração Pública da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC/ESAG).

O objetivo da consultoria consistiu em dar continuidade ao trabalho desenvolvido no semestre anterior, registrado no material de Silva (et al 2015), que diagnosticou a necessidade de ter “padronização e controle de qualidade nas policlínicas do município de Florianópolis, capital de Santa Catarina”. Para tanto, foram determinadas quatro dimensões passíveis de padronização e foi trabalhada mais profundamente a dimensão Infraestrutura.

No presente relatório, o objeto foi a dimensão Gestão, e o desenvolvimento de todas as suas subdimensões. Os gestores e consultores trabalharam em conjunto no desenvolvimento de indicadores e parâmetros que contemplassem tal dimensão e, como produtos, têm-se: a planilha de subdimensões, indicadores e parâmetros devidamente pontuadas para gerar estatística, e; o checklist de parâmetros, como ferramenta chave para utilizar a planilha. Os produtos estão didaticamente ilustrados para que, por meio deste documento, a Secretaria Municipal de Saúde consiga aplicá-los.

Houve também a preocupação em avaliar as perspectivas e os pontos que podem ser aperfeiçoados no futuro. Sugere-se, pelo que foi avaliado junto aos gestores, que todos os materiais produzidos para compor o “Manual de Padrões e Parâmetros para Policlínicas” (Silva et al, 2015) sejam revisados anualmente junto a toda a equipe da Secretaria.

2. DESCRIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) se estrutura em atenção primária, média e alta complexidade, cada nível trabalha com atendimentos diferentes. A atenção primária abrange os postos de saúde, localizados no nível mais próximo aos cidadãos,

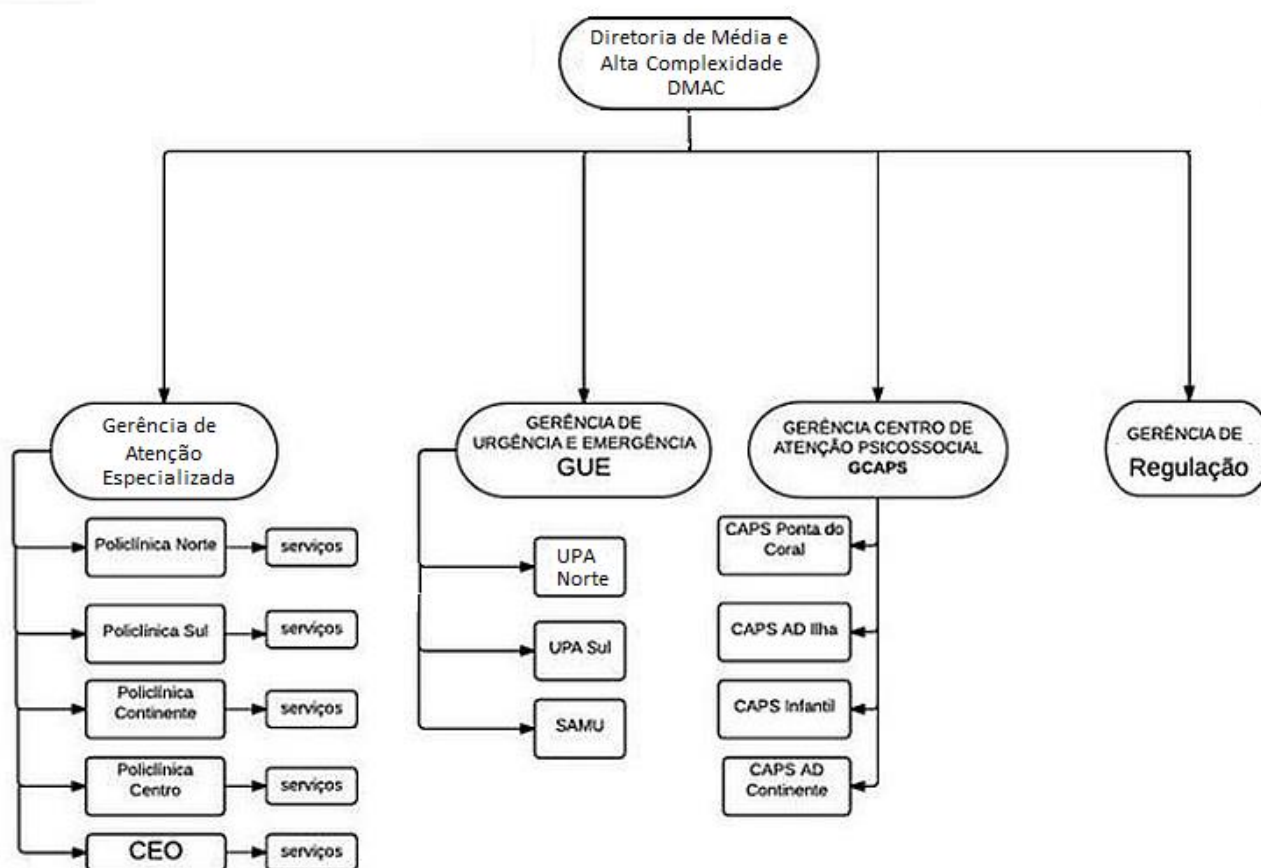
nos bairros, que é a primeira instância de atendimento. Os postos oferecem serviços de clínico geral e fornecimento de medicamentos. Se o paciente necessita de uma atenção mais especializada é encaminhado para a média complexidade, mediante avaliação e autorização do clínico geral.

A média complexidade é composta pelas policlínicas, para atendimento especializado. O sistema de saúde do município de Florianópolis conta com 4 (quatro) policlínicas que cobrem as principais regiões: Continente, Centro, Sul e Norte da Ilha. Para tratamentos mais intensivos, que envolvem intervenção cirúrgica ou tratamentos mais complexos, os pacientes são encaminhados para os hospitais; tal serviço faz parte da alta complexidade.

Além desses níveis, existem atendimentos “paralelos” como as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), o Serviço de Atendimento de Urgência e Emergência (SAMU) e o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). Estes serviços são acessórios a estrutura mais rígida do SUS. A Secretaria Municipal de Saúde é responsável pela gestão de toda a rede municipal, todos os níveis de atenção e os serviços acessórios, e tem uma organização interna bem estruturada para que essa gestão seja feita de forma eficiente.

Esta consultoria foi realizada com o acompanhamento da Diretoria de Média Complexidade e dos quatro coordenadores das policlínicas, dando continuidade ao projeto idealizado por Silva ((et al., 2015).

A diretoria de média complexidade é composta por quatro gerências: a gerência de regulação, gerência de atenção psicossocial, gerência de urgência e emergência e gerência de atenção especializada. Esta última trabalha diretamente com as quatro policlínicas coordenando os processos de integração entre os serviços de média complexidade com os demais níveis de atenção, organizando fluxos de acesso e referência de acordo com diretrizes preconizadas pela rede de atenção à saúde regionais e visando a integralidade da atenção.



Fonte: Organograma fornecido pelos gestores da Diretoria de Média Complexidade.

3. DIAGNÓSTICO

A demanda apresentada pela Diretoria de Média Complexidade da Secretaria de Saúde visa o desenvolvimento de uma modelagem de indicadores de referência para as policlínicas. Em Silva (et al, 2015), iniciou-se a construção de padrões de referência para a infraestrutura das policlínicas. Os autores, mediante processo de consultoria, apresentaram como proposta inicial desenvolver 4 (quatro) dimensões, sendo elas: Dimensão Acesso, Dimensão Infraestrutura, Dimensão Gestão e Dimensão Perfil, processo de trabalho e atenção especializada.

A opção de desenvolver a dimensão Gestão no presente relatório deve-se à dificuldade da Diretoria de Média Complexidade em acompanhar as ações desenvolvidas pelas policlínicas e pela falta de uma referência sobre o modo que a gestão deve desenvolver o seu trabalho. Tal ausência de padrões de referência resulta no desenvolvimento de ações distintas por cada policlínica e, por consequência, falta de objetividade na comparação de resultados entre elas. Os gestores perceberam a necessidade de elaborar indicadores que padronizassem os

processos, mas que fossem flexíveis e respeitassem as distinções naturais de gestão, já que cada uma oferece serviços distintos e trabalha com demandas diferenciadas em cada região do município.

A definição de padrões de referência servirá para, além de padronizar os processos de trabalho, reforçar as determinações legais estabelecidas pela federação (União), disseminar conhecimento, identificar práticas institucionalizadas e dar transparência às atividades.

De acordo com os dados supracitados, a matriz de referência elaborada por Silva (et al, 2015) contempla quatro dimensões, que dividem-se em outras subdimensões, às quais subdividem-se em indicadores e estes em parâmetros. A elaboração da matriz partiu da estruturação dos termos e definições.

a. Termos e Definições

Os termos estabelecidos foram selecionados por serem relevantes ao entendimento do produto. A definição dos indicadores e parâmetros foi feita com base em legislação e manuais da área da saúde, aqueles que não constavam em leis ou não foram encontrados em manuais foram validados com a equipe da Diretoria de Média Complexidade, envolvida no processo de criação da matriz.

É importante diferenciar os dois conceitos para melhor entendimento do contexto. Os indicadores servem de referência para que as policlínicas entendam o modelo a ser seguido.

“Parâmetro, por sua vez, é tratado como uma “característica ou variável que permite definir ou comparar algo”. Assim, os parâmetros são as variáveis que permitem definir se cada policlínica está de acordo com os padrões de qualidade (indicadores) e parâmetros definidos na matriz elaborada.”
Silva (et al, 2015)

As dimensões que compõem a Matriz de Referência para as Policlínicas estão resumidas com base em Silva (et al, 2015).

i. Dimensão Acesso

“Entende-se por acesso a disponibilidade ou não do serviço de saúde no local e no momento em que for necessário e mais apropriado. Constitui-se pelas subdimensões relacionamento usuário-serviço e agendamento.” (SILVA, et al, 2015)

ii. Dimensão Gestão

O termo "administração", ou gestão assumido, estabelece como significado direção, gerência, ou seja, o ato de administrar ou gerenciar negócios, pessoas ou recursos, com o objetivo de alcançar metas definidas. Suas subdimensões são:

- a) Relação com a gestão central;
- b) Interface com a rede, e;
- c) Gestão local.

iii. Dimensão Infraestrutura

“É o conjunto de elementos físicos materiais e imateriais, contínuos ou descontínuos, necessários a uma atividade econômica, ou serviço público de caráter econômico-industrial ou social.” (Marrara, 2012)

As subdimensões que integram a matriz são ambiência e recursos materiais.

iv. Dimensão Perfil, processo de trabalho e atenção especializada

“O perfil da equipe se define por um conjunto de características com o qual os usuários interagem com as máquinas, dispositivos, programas de computador ou alguma outra ferramenta complexa. É expressado de uma ou mais ferramentas que sirvam para o uso e movimentação de qualquer sistema de informações, seja material ou virtual.” (Silva, et al, 2015)

Já por “processo de trabalho”

“(…) entende-se como uma atividade do homem, no qual atua por meio de instrumentos de trabalho para a produção de produtos, se subordinando a um determinado fim. Três elementos estão presentes no processo de trabalho, é o próprio trabalho, o objeto de trabalho, ou seja, a matéria a que se aplica o trabalho, e os instrumentos ou meios do trabalho. Nesse processo de trabalho cotidiano está reproduzida toda a dinâmica do trabalho humano.” (Silva, et al, 2015)

Por atenção especializada, a Matriz de Referência define como o

“(…) conjunto de ações e serviços de saúde realizados em ambiente ambulatorial, incorporando a utilização de equipamentos médico-hospitalares e profissionais especializados para a produção do cuidado em média e alta complexidade. Com o intuito de facilitar o acesso da população a esses procedimentos, são contempladas as mais diversas cirurgias e ações especializadas.” (Silva, et al, 2015)

Para informações mais detalhadas a respeito das dimensões não trabalhadas no presente manual, é possível consultar Silva (et al, 2015). A seguir apresenta-se a Matriz de Referência com as dimensões e subdimensões resumidas.

Tabela 01 - Matriz de dimensões

Dimensão	Subdimensão	Indicador
Acesso	Relacionamento usuário-serviço	Comunicação
		Pesquisa de satisfação
		Participação e controle social (Conselho Municipal de Saúde e Relatórios)
		Ouvidoria
	Agendamento	Tempo/Prazo
		Horário de funcionamento
Gestão	Relação com a gestão central	Encontro de planejamento com os coordenadores

		Encontro com especialistas
		Efetividade dos canais de comunicação
		Participação nas ações/programas municipais de saúde
		Utilização dos protocolos de acesso
		Feedback das pesquisas de satisfação
	Interface com a rede	Eficiência das ferramentas utilizadas - Infosaúde e Sisreg
		Conferências Estaduais e Municipais
		Comunicação com o SAMU
		Relação entre as policlínicas
		Relação com a atenção primária e o NASF
		Articulação com a alta complexidade
		Educação Permanente
		Ensino e serviços
	Gestão local	Reuniões de equipe
		Formas de comunicação
		Educação Continuada
		Ouvidoria dos serviços
		Relatório dos programas
Infraestrutura	Ambiência	Confortabilidade
		Acolhimento
		Acessibilidade
		Limpeza
		Segurança
	Recursos materiais	Materiais Permanentes
		Materiais de Consumo
Perfil, Processo de Trabalho e	Perfil da equipe	Habilidades
		Qualificação
		Interdisciplinaridade
		Planejamento

Atenção Especializada	Organização do processo de trabalho	Reuniões periódicas
		Educação Permanente
		Telessaúde
		Retornos
		Protocolos clínicos
		Monitoramento e regulação de fluxos
	Atenção especializada	Resolutividade
		Farmácias de Referência
		Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)
		Centro Especializado Odontológico (CEO)
		Centro Cirúrgico (CC)

Fonte: Elaborado por Silva (et al, 2015), com alterações dos autores.

A partir do conhecimento de cada dimensão, iniciou-se um processo de escolha da dimensão a ser trabalhada, mediante estudo das possibilidades de intervenção e melhoria. Junto aos gestores da Média Complexidade, as alternativas foram avaliadas e foi escolhida a melhor opção e método de trabalho que resultou no produto final.

4. IDENTIFICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS DE SOLUÇÃO

Como a consultoria realizada tinha o objetivo claro de dar andamento ao trabalho realizado por Silva (et al, 2015) e avaliando em conjunto que não seria possível abordar todas as três dimensões restantes no prazo estipulado, buscou-se avaliar qual dimensão apresentava mais urgência.

As dimensões 'Acesso' e 'Perfil, processo de trabalho e atenção especializada' são mais materiais, dizem respeito a ferramentas e processos mais estáticos ou avaliação de relações. Estudando as subdimensões destas, pode-se perceber que ambas seriam influenciadas diretamente por melhorias na dimensão gestão, ou seja, os gestores chegaram à conclusão que será mais enriquecedor para a organização que estas dimensões sejam abordadas nos trabalhos futuros.

A dimensão gestão foi priorizada pois era a que operaria mais mudanças no dia-a-dia das policlínicas. É a dimensão mais próxima dos coordenadores e a que é mais passível de ser efetivamente alterada por eles, é mais subjetiva e diz respeito a processos que podem ser criados, modificados ou abolidos.

A utilização do instrumento geraria também melhorias no planejamento, na aprendizagem e na qualidade do controle interno e externo. Os efeitos do produto serão sentidos na aplicação dos recursos públicos e na qualidade dos serviços prestados pelas policlínicas, bem como no trabalho de gestão direta realizados pelos gestores da média complexidade e diretorias da Secretaria de Saúde.

A possibilidade de trabalhar parâmetros relacionados a mudança de cultura interna, incentivar a comunicação por meio de feedback e dar maior transparência a outros processos foi outro pilar que motivou a escolha da dimensão.

5. AÇÕES PRIORIZADAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

A dimensão priorizada para dar continuidade a construção da matriz de referência para as policlínicas foi a dimensão gestão, pelas razões supracitadas. A criação da matriz partiu da estruturação de termos e definições estabelecidos em Silva et al (2015) e revalidados pelos gestores da Secretaria Municipal de Saúde.

Por definição,

A gestão em si engloba trâmites que são elaborados e planejados visando a resolução de demandas e problemas com vistas a determinado objetivo. A Gestão é comumente utilizada para referir-se a direção e administração que se realiza em uma organização. A Constituição Federal de 1988 determinou que o SUS e consequentemente os serviços públicos de saúde funcionem por meio de uma rede descentralizada, regionalizada e hierarquizada, de acordo com diretrizes como descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade. Dessa forma, gestão nesse contexto implica na tomada de decisões que englobam as atividades que garantem o cumprimento das leis e das políticas públicas, para o bom funcionamento dos serviços de saúde, garantindo acesso e qualidade. Silva (et al, 2015)

Dentro deste contexto, estabelece-se “gestão central” como a Diretoria de Média Complexidade, que integra a estrutura da Secretaria Municipal de Saúde.

“Gestão local” é personificada pelos coordenadores das policlínicas e os servidores lotados nela.

“Rede” é todo o emaranhado de entidades e ferramentas que participam direta ou indiretamente da gestão das policlínicas, usufruem dos serviços ou prestam serviços a esta.

Conforme já enunciado no diagnóstico, a dimensão gestão está pouco regulamentada por leis federais e estaduais. Em face disso, a base principal de apoio para o seu desenvolvimento foi o Regimento Interno da Secretaria e das informações práticas coletadas junto à gestão central e aos coordenadores das policlínicas.

Apresenta-se a definição de cada subdimensão, bem como os indicadores definidos e seus respectivos parâmetros, elaborados em conjunto com os gestores da Secretaria Municipal de Saúde para este trabalho. A estrutura de cada subdimensão será apresentada no tópico 4 (quatro), a partir das tabelas de pontuação.

a. Relação com a Gestão Central

Esta subdimensão analisa os métodos de aproximação entre as policlínicas e a gestão central. Nesse âmbito, o coordenador e demais membros da equipe tem a possibilidade de passar as informações do cotidiano das policlínicas, bem como os problemas enfrentados, aproximando e trabalhando a qualidade da comunicação com a gestão central.

Compõem tal subdimensão os seguintes indicadores e parâmetros de mensuração com as justificativas:

i. INDICADOR: Encontro de planejamento com os coordenadores - *Consiste em encontros entre os gestores da Secretaria Municipal de Saúde e os coordenadores das policlínicas.*

Parâmetro 1 - São feitas reuniões mensais com todos os coordenadores das policlínicas.

Justificativa: Proporcionar troca de experiências entre coordenadores e serve como meio formal de comunicação entre policlínicas e gestão central.

Parâmetro 2 - Há confecção de ata, conforme modelo anexo, a ser disponibilizada a todos os interessados nos tópicos discutidos na reunião.

Justificativa: Garantir que as informações sejam disseminadas da forma mais fiel e uniforme possível a todos os interessados, para dar transparência nos processos internos.

Parâmetro 3 - Há espaço para narrar casos, trocar experiências de boas práticas e dinâmica que explicita pontos fracos de cada policlínica e respectiva sugestão de melhoria.

Justificativa: Algumas policlínicas adotam muitas práticas boas e inovadoras que são totalmente desconhecidas a outras. Esse espaço serviria para exposição de pequenas iniciativas que podem fazer a diferença e são simples de serem replicadas. Cabe aqui o incentivo por parte da gestão central para que os coordenadores tragam boas práticas a serem discutidas e quem sabe implementadas. Há também o espaço para que cada coordenador fale de um ponto fraco da gestão da sua policlínica e o grupo faz um *brainstorming* afim de encontrar uma solução, buscando melhoria contínua.

Parâmetro 4 - Há espaço para feedback.

Justificativa: No final de cada reunião, deixar um espaço para que tanto os coordenadores quanto a gestão central exponha o que achou da reunião, o que pode ser melhor e o que pode ser feito diferente.

ii. INDICADOR: Encontro com especialistas - *Consiste em encontros entre os gestores da Secretaria Municipal de Saúde e os médicos especialistas que atuam nas policlínicas. O encontro acontece separadamente com todos os profissionais atuantes de cada especialidade.*

Parâmetro 1 - São feitas reuniões periódicas da gestão central com cada especialidade, individualmente.

Justificativa: Garante discussão eficiente, focada na especialidade, com intervalo suficiente para aplicar mudanças e se manter em contato. Garante troca de experiências entre profissionais e facilita a otimização dos processos por meio da técnica da gestão central com a prática do especialista.

Parâmetro 2 - Confecção de lista de presença, da ata e conscientização da importância das reuniões.

Justificativa: Relevante não apenas para acompanhar e garantir a participação de todos os profissionais, mas também para que eles entendam o objetivo central dos encontros: a busca por excelência.

Parâmetro 3 - Há espaço institucionalizado para os especialistas narrarem casos que agreguem lições e desafiá-los a buscar formas alternativa de trabalho que otimizem o atendimento.

Justificativa: Trabalhando no mesmo ramo, no mesmo tipo de instituição, é importante que os especialistas tenham esse espaço também para trocar experiências e poderem aprender uns com os outros. O incentivo para que os especialistas criem iniciativas viáveis e eficientes para melhoria dos atendimentos e o andamento das filas é fundamental para excelência.

Parâmetro 4 - Os especialistas conhecem profundamente a forma em que o SUS opera e a situação em que se encontra por meio das reuniões.

Justificativa: Conhecer a instituição é importante para fazer um trabalho cada vez melhor. É necessário que os especialistas tenham acesso a informações como quantidade de pessoas nas filas, qual a principal demanda dos que estão esperando atendimento, etc. Só dessa forma eles se sentirão envolvidos e comprometidos com a maior eficiência do sistema como um todo.

Parâmetro 5 - Há espaço para feedback entre a gerência e os especialistas.

Justificativa: No final de cada reunião, deixar um espaço para que tanto os especialistas quanto a gestão central exponha o que achou da reunião, o que pode ser melhor e o que pode ser feito diferente.

Parâmetro 6 - Há espaço para os especialistas darem feedback aos servidores da policlínica.

Justificativa: Os especialistas tem o costume de repassar aos servidores da policlínica os resultados da reunião, reconhecendo a importância da boa comunicação e de disseminar informações relevantes ao trabalho de todos.

Parâmetro 7 - A Secretaria Municipal de Saúde envia o cronograma de reuniões para as policlínicas.

Justificativa: A gerência tem a preocupação de manter as policlínicas informadas do calendário de reuniões, para ciência e melhor organização interna.

iii. INDICADOR: Efetividade dos canais de comunicação - Avalia a qualidade da comunicação entre a gestão central e as policlínicas.

Parâmetro 1 - As linhas de comunicação, com a gestão central, formais e informais, são eficientes e acessíveis a todos.

Justificativa: As policlínicas se sentem a vontade para contatar a gestão central, são ouvidas e tem suas demandas atendidas, na medida do possível. Os servidores também tem acesso a esses meios em caso de necessidade, já que não é saudável que a única ponte de contato seja o coordenador ou servidores específicos.

Parâmetro 2 - A gestão central busca aproximação e constante melhoria dos canais de comunicação.

Justificativa: A gestão central demonstra preocupação em estar próxima a policlínica e aperfeiçoar a comunicação de forma que os ruídos sejam atenuados.

Parâmetro 3 - Os servidores e coordenadores repassam as informações e/ou demandas necessárias à gestão central.

Justificativa: Os servidores tem o compromisso de repassar a gestão central as informações relevantes, sabendo reconhecer a necessidade de auxílio em determinadas situações.

iv. INDICADOR: Participação nas ações/programas municipais de saúde - Diz respeito a participação dos servidores na elaboração das ações/programas que vem do topo e a aplicabilidade dessas ações/programas.

Parâmetro 1 - Os servidores participam, mesmo que indiretamente, da elaboração dos programas municipais da saúde.

Justificativa: A experiência e vivência prática do servidor são levadas em consideração no momento de elaboração dos programas, mesmo que por meios indiretos (como por meio de questionários ou percepção geral da gestão central das necessidades da gestão local).

Parâmetro 2 - As ações/programas são aplicáveis e compatíveis com a realidade prática das policlínicas.

Justificativa: As determinações das ações/programas estão dentro da realidade de aplicação das policlínicas, são viáveis de serem executadas. Mais do que diretrizes especificadas no papel, contribuem de forma efetiva para resolver problemas e melhorar a qualidade de vida da comunidade. O efeito das determinações que são seguidas são sentidos pela comunidade.

v. INDICADOR: Utilização dos protocolos de acesso - Busca verificar se a ferramenta “protocolos de acesso” está sendo utilizada pelos médicos, se gera impacto positivo e se é atualizada.

Parâmetro 1 - Os protocolos de acesso estão sendo utilizados e se mostrando eficientes para otimização dos processos de trabalho.

Justificativa: Verificar se a ferramenta está sendo utilizada e se está fazendo a diferença na gestão interna.

Parâmetro 2 - O uso dos protocolos é amplamente incentivado para todos os profissionais da rede.

Justificativa: Verificar se a gestão se preocupa em incentivar e mostrar os benefícios do uso dos protocolos para todos que compõem a rede de atendimento a saúde. Ou seja, não só de um nível de atenção para outro, mas também entre um especialista e outro, etc.

Parâmetro 3 - Há atualizações periódicas dos protocolos de acesso.

Justificativa: A frequência e a forma com que os protocolos são utilizados podem falar muito sobre lacunas importantes, é necessário que isso seja estudado e atualizado para constante melhoria na gestão.

vi. INDICADOR: Feedback das pesquisas de satisfação - Busca verificar se a pesquisa de satisfação do usuário é realizada e se seus resultados estão sendo devidamente aproveitados.

Parâmetro 1 - A pesquisa de satisfação dos usuários é realizada periodicamente.

Justificativa: Verificar se as pesquisas de satisfação dos usuários são realizadas em um intervalo razoável de tempo.

Parâmetro 2 - Os resultados das pesquisas de satisfação tem um feedback útil e apropriado.

Justificativa: Observar se a gestão central está realizando o feedback e tirando lições pertinentes e edificantes dessa ferramenta, se a está utilizando para criar novas políticas internas e protocolos de atendimento.

b. Interface com a Rede

Diz respeito a maneira com que as policlínicas interagem com a rede ao seu redor: categorias profissionais, atenção primária, alta complexidade, entre outros.

Além disso avalia a relação entre as policlínicas e as ferramentas oferecidas (programas, máquinas, dispositivos). Segue abaixo os indicados, parâmetros e justificativas elaboradas:

i. INDICADOR: Eficiência das ferramentas utilizadas - Infosaúde e Sisreg - Busca saber se as principais ferramentas de gestão da informação estão sendo devidamente utilizadas e atualizadas.

Parâmetro 1 - Capacitação dos servidores sobre a utilização e atualização das ferramentas.

Justificativa: Garantir que todos saibam utilizar os programas da forma mais eficiente, e que todos entendam sua importância, garantindo que todos o utilizem.

Parâmetro 2 - Os servidores compreendem a importância do registro das informações nos sistemas.

Justificativa: Desta forma todos sabem como suas ações são importantes para atendimentos futuros e até para a formulação de novas políticas de saúde.

Parâmetro 3 - Ocorre a utilização de ferramentas alternativas de registro em caso de falhas operacionais dos sistemas.

Justificativa: Desta forma as informações sobre os pacientes não se perdem, e os atendimentos realizados são devidamente registrados.

Parâmetro 4 - Os gestores participam das adequações e atualizações do Infosaúde.

Justificativa: Desta forma os problemas percebidos pelas policlínicas no sistema são solucionados, e o sistema passa a funcionar cada vez melhor.

ii. INDICADOR: Conferências Estaduais e Municipais - Mensura a participação dos servidores nas conferências municipais e estaduais e o uso prático das informações adquiridas nestas.

Parâmetro 1 - A participação nas conferências é estimulada, sendo as datas e os temas amplamente divulgados.

Justificativa: Desta forma os servidores podem se preparar para as conferências e todos os interessados possam se organizar para participar.

Parâmetro 2 - Há espaço para atualização das informações adquiridas durante as conferências.

Justificativa: Desta forma o aprendizado adquirido traz consequências positivas para o funcionamento da policlínica e aqueles que não puderam participar tenham acesso ao seu produto final.

Parâmetro 3 - A implementação das políticas é percebida pelos gestores e servidores.

Justificativa: Dessa forma os gestores podem repassar para a Secretaria se as novas políticas estão realmente funcionando.

iii. INDICADOR: Comunicação com o SAMU - Diz respeito a existência e qualidade de uma comunicação com o SAMU.

Parâmetro 1 - Existe uma interface entre as policlínicas e o SAMU.

Justificativa: Assim nos casos de urgência/emergência o atendimento/transferência de pacientes funciona.

Parâmetro 2 - Essa interface é eficiente.

Justificativa: O transporte ocorre de maneira eficaz, sempre que as transferências são necessárias.

iv. INDICADOR: Relação entre as policlínicas - Avalia qualitativamente as relações entre as policlínicas.

Parâmetro 1 - Há canais de comunicação formais e informais entre os coordenadores.

Justificativa: Desta forma as policlínicas podem se organizar de forma rápida e eficiente, melhorando a gestão de seus recursos, sem precisar esperar o auxílio da secretaria de saúde. Podem trocar experiências e se articularem, repassando suas demandas e seus recursos sempre que necessário.

Parâmetro 2 - Há reuniões em que participam os coordenadores de todas as policlínicas, permitindo a troca de experiências entre as mesmas.

Justificativa: Permitindo que estes conversem sobre solução para problemas comuns a todas as policlínicas e possam se auxiliar em problemas específicos. Além de permitir que possam aprender uns com os outros e saibam como podem melhorar o funcionamento de suas respectivas policlínicas e prevenir erros ocorridos em outras.

Parâmetro 3 - Há uma padronização dos processos de trabalho entre as policlínicas.

Justificativa: Desta forma os gestores podem planejar melhorias juntos, e mantem um padrão de funcionamento das policlínicas.

Parâmetro 4 - Há um planejamento conjunto das ações das policlínicas.

Justificativa: Desta forma as policlínicas se desenvolvem em conjunto, se auxiliando em problemas comuns.

v. INDICADOR: *Relação com a atenção primária e o NASF* - Avalia qualitativamente a relação da policlínica com a atenção primária (postos de saúde) e com o Núcleo de Atendimento Social e Familiar (NASF).

Parâmetro 1 - Os casos encaminhados pela atenção primária preenchem critérios para a média complexidade.

Justificativa: Permitindo que as filas de atendimento das policlínicas sejam compostos apenas de pessoas que realmente necessitam de atendimento especializado.

Parâmetro 2 - Os profissionais das policlínicas são incentivados a utilizarem o matriciamento e a teleconsultoria como ferramentas de trabalho.

Justificativa: Desta forma as filas de atendimento são solucionadas de maneira mais rápida, auxiliando médicos da atenção primária a lidarem com determinados casos.

Parâmetro 3 - Os profissionais participam da elaboração dos protocolos de acesso.

Justificativa: Assim os médicos da atenção primária saberão como realizar uma melhor triagem de pacientes, diminuindo as filas de pacientes para as especialidades das policlínicas.

Parâmetro 4 - Há um espaço de aproximação entre profissionais da média complexidade com os profissionais da APS e NASF.

Justificativa: Permitindo assim, a troca de informações entre os serviços.

Parâmetro 5 - Os mecanismos de referencia e contra referencia são eficazes..

Justificativa: Assim os pacientes serão melhor atendidos, garantindo que tenham o melhor tratamento depois das consultas com o acompanhamento na atenção primária.

vi. INDICADOR: *Articulação com a alta complexidade* - Avalia qualitativamente a relação das policlínicas com a alta complexidade (hospitais).

Parâmetro 1 - Os profissionais das policlínicas conseguem encaminhar os pacientes para os hospitais de referencia.

Justificativa: Desta forma nos casos de emergência/urgência as policlínicas sabem quais hospitais são melhor capacitados para atender o paciente.

Parâmetro 2 - Os profissionais da policlínica são capacitados para saber agir em casos de urgência/emergência.

Justificativa: No caso de um paciente chegar em situação gravíssima os servidores da policlínica sabem como prestar o atendimento primário, e esse atendimento é devidamente registrado para que os profissionais do hospital tenham todas as informações.

Parâmetro 3 - Existem canais formais de comunicação e referenciamento entre as policlínicas e os hospitais.

Justificativa: Ou seja, a comunicação entre a média e a alta complexidade não ocorre apenas de modo informal, dependendo das relações pessoais.

vii. INDICADOR: Educação Permanente - *Comprova a existência ou não de incentivo ao constante aprendizado dos servidores das policlínicas.*

Parâmetro 1 - São ofertados cursos de capacitação pela secretaria de saúde.

Justificativa: Os servidores ficam estimulados para aprender cada vez mais tendo acesso a cursos que melhoram sua forma de trabalhar.

Parâmetro 2 - Os servidores são incentivados a realizar atualizações periódicas.

Justificativa: Pois na área da saúde estar atualizado sobre a área fim é imprescindível para um atendimento cada vez mais especializado.

viii. INDICADOR: Ensino e Serviços - *Busca avaliar o impacto da atuação das consultorias de ensino dentro da Secretaria Municipal de Saúde e das Policlínicas.*

Parâmetro 1 - As intervenções propostas são realizadas.

Justificativa: As propostas não ficam só no papel, elas se materializam e são aperfeiçoadas com o tempo e uso.

Parâmetro 2 - A atuação das instituições de ensino dentro dos serviços é sentida de forma positiva.

Justificativa: Verificar se as intervenções, de modo geral, são consideradas positivas e são sentidas na gestão da ponta (nas policlínicas).

Parâmetro 3 - A policlínica participa da avaliação das consultorias.

Justificativa: A policlínica tem oportunidade e espaço para emitir um feedback a respeito da intervenção, da equipe e da atuação da gestão central no processo.

c. Gestão Local

Entende-se por gestão local o espaço social de construção de identidades e de políticas públicas. Sujeitos, organizações, instituições e populações locais, fazem dele um espaço de aprendizado e de conquista de cidadania. Diz respeito as relações a nível local, próximas e internas da policlínica. Segue abaixo os respectivos indicadores, parâmetros e justificativas elaboradas:

i. INDICADOR: Reuniões de equipe - *Consistem em encontros entre os gestores e servidores das policlínicas.*

Parâmetro 1 - Realização de reuniões periódicas.

Justificativa: Possibilita aproximação e interação dos integrantes e permite que os mesmos saibam as habilidades e facilidades do outro, favorecendo assim uma divisão eficiente de tarefas de acordo com as qualidades de cada membro da equipe.

Parâmetro 2 - Confeção de lista de presença e ata.

Justificativa: Para saber se toda a equipe está presente em cada reunião (caso a equipe seja composta por vários integrantes).

ii. INDICADOR: Formas de comunicação - *Avalia a forma e qualidade da interação entre o gestor e a equipe nas policlínicas.*

Parâmetro 1 - Há ferramentas formais de comunicação entre o gestor e a equipe.

Justificativa: Possibilita que os membros da equipe possam compartilhar de forma prática informações relevantes ao projeto e tenham acesso às mesmas informações.

Parâmetro 2 - Tais ferramentas são eficientes.

Justificativa: Para medir se essas ferramentas (caso existam) estão sendo úteis.

iii. INDICADOR: Educação continuada - *Comprova a existência ou não de técnicas de fomento ao constante aprendizado dos servidores das policlínicas.*

Parâmetro 1 - Há espaço para educação permanente.

Justificativa: Expande e aperfeiçoa os conhecimentos dos servidores.

Parâmetro 2 - Oferecimento de curso institucional informativo para os servidores.

Justificativa: Tem função informativa e instrutiva, permitindo maior conhecimento dos novos servidores sobre o funcionamento das policlínicas e como estas se encaixam no sistema.

Parâmetro 3 - Há treinamento introdutório para novos servidores.

Justificativa: Serve como um norteador para o servidor iniciante.

iv. INDICADOR: Ouvidoria dos serviços - *Avalia a atuação da ouvidoria e o tratamento dado às denúncias, reclamações e pedidos de informação.*

Parâmetro 1 - Ouvidorias são respondidas dentro do prazo.

Justificativa: Para se ter noção do andamento que é dado aos pedidos de ouvidoria.

Parâmetro 2 - Padronização de um plano de ação para melhorias, com base na ouvidorias.

Justificativa: Permite saber se a demanda do cidadão foi atendida e se este está satisfeito com o atendimento e com a solução.

v. INDICADOR: Relatório dos programas - *Avalia a gestão das informações relevantes às policlínicas bem como o destino dado a estas.*

Parâmetro 1 - São elaborados relatórios do serviço (atendimento, produtividade, absenteísmo) das policlínicas.

Justificativa: Para poder quantificar os resultados.

Parâmetro 2 - Estes relatórios são divulgados para toda a comunidade.

Justificativa: Publicidade dos relatórios.

Parâmetro 3 - Existem ações específicas para trabalhar os resultados dos relatórios.

Justificativa: Para medir se os resultados são utilizados para gerar melhorias futuras.

6. PONTUAÇÃO

Os parâmetros objetivos para avaliar cada subdimensão, estão organizados em planilhas específicas com pontuação.

São nove planilhas: 1 (uma) da amplitude da dimensão de gestão, 3 (três) planilhas com os parâmetros de cada subdimensão, mais 3 (três) com as respectivas pontuações, 1 (uma) planilha com a pontuação dos indicadores e 1 (uma) planilha com os parâmetros e suas justificativas.

A pontuação às subdimensões são atribuídas por meio de comparação entre elas, considerando primeiro a linha e depois a coluna, da seguinte forma:

- Quando a coluna for menos importante que a linha: 1
- Quando a coluna e a linha possuírem igual importância: 3

- Quando a coluna for mais importante que a linha: 5
- Quando a coluna e a linha forem iguais: não há atribuição de pontuação.

O processo se repete para atribuir a pontuação dos indicadores e dos parâmetros, calculando a importância de cada um dentro de seus conjuntos. A sugestão inicial para pontuação das dimensões pode ser observada na imagem a seguir:

Tabela 02 - Dimensão Gestão

Gestão	Relação com a Gestão Central	Interface com a Rede	Gestão Local		
Relação com a Gestão Central	-	3	3		
Interface com a Rede	3	-	3		
Gestão Local	3	3	-		
TOTAL	6,00	6,00	6,00	SOMA	18,00
PERCENTUAL	33,33%	33,33%	33,33%	TOTAL	

Fonte: Elaborado pelos autores (2016)

Na tabela 1, as 3 (três) subdimensões receberam o mesmo grau de importância, cada uma correspondendo a 33,33% da dimensão gestão.

A partir dessa pontuação os indicadores das subdimensões são pontuados por grau de importância, mas com a porcentagem dividida por três. A soma das porcentagens dos indicadores dentro de cada subdimensão será equivalente a aproximadamente 33,33% da dimensão total. A tabela da subdimensão relação com a gestão central apresentada com a pontuação de seus indicadores:

Tabela 03 - Tabela de pontuação da subdimensão Relação com a Gestão Central

Indicadores de Relação com a Gestão Central	Encontro de planejamento com os coordenadores	Encontro com Especialistas	Efetividade dos canais de comunicação	Participação nas ações/programas municipais de saúde	Utilização dos protocolos de acesso	Feedback das pesquisas de satisfação		
Encontro de planejamento com os coordenadores	-	3	1	1	3	1		
Encontro com Especialistas	3	-	3	3	3	1		
Efetividade dos canais de comunicação	5	3	-	3	3	1		
Participação nas ações/programas municipais de saúde	5	3	3	-	5	1		
Utilização dos protocolos de acesso	3	3	3	1	-	1		
Feedback das pesquisas de satisfação	5	5	5	5	5	-		
TOTAL	21,00	17,00	15,00	13,00	19,00	5,00	SOMA	90,00
PERCENTUAL	7,78%	6,30%	5,56%	4,81%	7,04%	1,85%	TOTAL	33%

Fonte: Elaborado pelos autores (2016)

A seguir são apresentadas as tabelas da pontuação dos indicadores das subdimensões Interface com a Rede e Gestão Local.

Tabela 04 - Tabela de pontuação da subdimensão Interface com a Rede

Indicadores de Interface com a Rede	Eficiência das ferramentas utilizadas – Infosaúde e Sisreg	Conferências Estaduais e Municipais	Comunicação com o SAMU	Relação entre as Policlínicas	Relação com a atenção primária e o NASF	Articulação com a alta complexidade	Educação Permanente	Ensino e Serviços		
Eficiência das ferramentas utilizadas – Infosaúde e Sisreg	-	5	1	1	3	1	3	1		
Conferências Estaduais e Municipais	1	-	1	1	1	1	3	1		
Comunicação com o SAMU	5	5	-	5	5	3	5	5		
Relação entre as Policlínicas	5	5	1	-	3	1	5	1		
Relação com a atenção primária e o NASF	3	5	1	3	-	3	5	3		
Articulação com a alta complexidade	5	5	3	5	3	-	5	3		
Educação Permanente	3	3	1	1	1	1	-	3		
Ensino e Serviços	5	5	1	5	3	3	3	-		
TOTAL	27,00	33,00	9,00	21,00	19,00	13,00	29,00	17,00	SOMA TOTAL	168,00
PERCENTUAL	5,36%	6,55%	1,79%	4,17%	3,77%	2,58%	5,75%	3,37%		33,33%

Fonte: Elaborado pelos autores (2016)

Tabela 05 - Tabela de pontuação da subdimensão Relação com a Gestão Local

Indicadores de Gestão Local	Reuniões de equipe	Formas de Comunicação	Educação Continuada	Ouvidoria dos serviços	Relatório dos programas		
Reuniões de equipe	-	1	3	1	1		
Formas de Comunicação	5	-	5	3	3		
Educação Continuada	3	1	-	1	1		
Ouvidoria dos serviços	5	3	5	-	3		
Relatório dos programas	5	3	5	3	-		
TOTAL	18,00	8,00	18,00	8,00	8,00	SOMA TOTAL	60,00
PERCENTUAL	10,00%	4,44%	10,00%	4,44%	13,33%		42,22%

Fonte: Elaborado pelos autores (2016)

Após as pontuações dos indicadores, deve-se pontuar os parâmetros. A lógica dos parâmetros é pouco diferente. Ao calcular a importância dos parâmetros dentro de cada indicador, a porcentagem será calculada com foco apenas no indicador, ou seja, a soma dos parâmetros equivalerá a 100% do Indicador, e este sim corresponderá a uma parcela do todo.

A matriz está parametrizada para calcular automaticamente esta relação a medida que as respostas dos checklists forem cadastradas.

As tabelas de 5 e 23 apresentam as pontuações dos parâmetros dentro de cada indicador:

Tabela 06 - Tabela de pontuação do indicador “Encontro de planejamento com os coordenadores” da subdimensão Relação com a Gestão Central

Encontro de planejamento com os coordenadores	Reuniões mensais com todos os coordenadores das policlínicas.	Confeção de ata, conforme modelo anexo, a ser disponibilizada a todos os interessados nos tópicos discutidos na reunião.	Espaço para narrar casos, trocar experiências de boas práticas e dinâmica que explicita pontos fracos de cada policlínica e respectiva sugestão de melhoria.	Espaço para feedback.		
Reuniões mensais com todos os coordenadores das policlínicas.	-	1	3	1		
Confeção de ata, conforme modelo anexo, a ser disponibilizada a todos os interessados nos tópicos discutidos na reunião.	5	-	5	3		
Espaço para narrar casos, trocar experiências de boas práticas e dinâmica que explicita pontos fracos de cada policlínica e respectiva sugestão de melhoria.	3	1	-	3		
Espaço para feedback.	5	3	3	-		
TOTAL	13,00	5,00	11,00	7,00	SOMA TOTAL	36,00
PERCENTUAL	36,11%	13,89%	30,56%	19,44%		

Fonte: Elaborado pelos autores (2016)

Tabela 07 - Tabela de pontuação do indicador “Encontro com especialistas” da subdimensão Relação com a Gestão Central

Encontro com Especialistas	Reuniões mensais ou bimestrais da gestão central com cada especialidade, individualmente.	Confeção de lista de presença, da ata e conscientização da importância das reuniões.	Espaço institucionalizado para os especialistas narrarem casos que agreguem lições e desafiem a buscar formas alternativas de trabalho que otimizem o atendimento.	Os especialistas conhecem profundamente a forma em que o SUS opera e a situação em que se encontra por meio das reuniões.	Há espaço para feedback entre a gerência e os especialistas.	Há espaço para os especialistas darem feedback aos servidores da policlínica.	A Secretaria Municipal de Saúde envia o cronograma de reuniões para as policlínicas.		
Reuniões mensais ou bimestrais da gestão central com cada especialidade, individualmente.	-	3	3	1	3	1	1		
Confeção de lista de presença, da ata e conscientização da importância das reuniões.	3	-	5	3	3	1	1		
Espaço institucionalizado para os especialistas narrarem casos que agreguem lições e desafiem a buscar formas alternativas de trabalho que otimizem o atendimento.	3	1	-	1	3	1	1		
Os especialistas conhecem profundamente a forma em que o SUS opera e a situação em que se encontra por meio das reuniões.	5	3	5	-	3	1	1		
Há espaço para feedback entre a gerência e os especialistas.	3	3	3	3	-	1	1		
Há espaço para os especialistas darem feedback aos servidores da policlínica.	5	5	5	5	5	-	1		
A Secretaria Municipal de Saúde envia o cronograma de reuniões para as policlínicas.	5	5	5	5	5	5	-		
TOTAL	24,00	20,00	26,00	18,00	22,00	10,00	6,00	SOMA	126,00
PERCENTUAL	19,05%	15,87%	20,63%	14,29%	17,46%	7,94%	4,76%	TOTAL	

Fonte: Elaborado pelos autores (2016)

Tabela 08 - Tabela de pontuação do indicador “Efetividade dos canais de comunicação” da subdimensão Relação com a Gestão Central

Efetividade dos canais de comunicação	As linhas de comunicação, formais e informais, com a gestão central são eficientes e acessíveis a todos.	A gestão central busca aproximação e constante melhoria dos canais de comunicação.	Os servidores e coordenadores repassam as informações e/ou demandas necessárias à gestão central.		
As linhas de comunicação, formais e informais, com a gestão central são eficientes e acessíveis a todos.	-	3	3		
A gestão central busca aproximação e constante melhoria dos canais de comunicação.	3	-	3		
Os servidores e coordenadores repassam as informações e/ou demandas necessárias à gestão central.	3	3	-		
TOTAL	6,00	6,00	6,00	SOMA TOTAL	18,00
PERCENTUAL	33,33%	33,33%	33,33%		

Fonte: Elaborado pelos autores (2016)

Tabela 09 - Tabela de pontuação do indicador “Participação nas ações/programas municipais de saúde” da subdimensão Relação com a Gestão Central

Participação nas ações/programas municipais de saúde	Os servidores participam, mesmo que indiretamente, da elaboração dos programas municipais de saúde.	As ações/programas são aplicáveis e compatíveis com a realidade prática das policlínicas.		
Os servidores participam, mesmo que indiretamente, da elaboração dos programas municipais de saúde.	-	3		
As ações/programas são aplicáveis e compatíveis com a realidade prática das policlínicas.	3	-		
TOTAL	3,00	3,00	SOMA TOTAL	6,00
PERCENTUAL	50,00%	50,00%		

Fonte: Elaborado pelos autores (2016)

Tabela 10 - Tabela de pontuação do indicador “Utilização dos protocolos de acesso” da subdimensão Relação com a Gestão Central

Utilização dos protocolos de acesso	Os protocolos de acesso estão sendo utilizados e se mostrando eficientes para otimização dos processos de trabalho.	O uso dos protocolos é incentivado para todos os profissionais da rede.	Há atualizações periódicas dos protocolos de acesso.		
Os protocolos de acesso estão sendo utilizados e se mostrando eficientes para otimização dos processos de trabalho.	-	3	3		
O uso dos protocolos é incentivado para todos os profissionais da rede.	3	-	3		
Há atualizações periódicas dos protocolos de acesso.	3	3	-		
TOTAL	6,00	6,00	6,00	SOMA TOTAL	18,00
PERCENTUAL	33,33%	33,33%	33,33%		

Fonte: Elaborado pelos autores (2016)

Tabela 11 - Tabela de pontuação do indicador “Feedback das pesquisas de satisfação” da subdimensão Relação com a Gestão Central

Feedback das pesquisas de satisfação	A pesquisa de satisfação dos usuários é realizada periodicamente.	Os resultados das pesquisas de satisfação tem um feedback útil e apropriado.		
A pesquisa de satisfação dos usuários é realizada periodicamente.	-	5		
Os resultados das pesquisas de satisfação tem um feedback útil e apropriado.	1	-		
TOTAL	1,00	5,00	SOMA TOTAL	6,00
PERCENTUAL	16,67%	83,33%		

Fonte: Elaborado pelos autores (2016)

Tabela 12 - Tabela de pontuação do indicador “Eficiência das ferramentas utilizadas - Infosaúde e Sisreg” da subdimensão Interface com a Rede

Eficiência das ferramentas utilizadas – Infosaúde e Sisreg	Capacitação dos servidores sobre a utilização e atualização das ferramentas.	Os servidores compreendem a importância do registro das informações nos sistemas.	Ocorre a utilização de ferramentas alternativas de registro em caso de falhas operacionais dos sistemas.	Os gestores participam das adequações e atualizações do Infosaúde		
Capacitação dos servidores sobre a utilização e atualização das ferramentas.	-	3	3	3		
Os servidores compreendem a importância do registro das informações nos sistemas.	3	-	3	3		
Ocorre a utilização de ferramentas alternativas de registro em caso de falhas operacionais dos sistemas.	3	3	-	5		
Os gestores participam das adequações e atualizações do Infosaúde	3	3	1	-		
TOTAL	9,00	9,00	7,00	11,00	SOMA TOTAL	36,00
PERCENTUAL	25,00%	25,00%	19,44%	30,56%		

Fonte: Elaborado pelos autores (2016)

Tabela 13 - Tabela de pontuação do indicador “Conferências Estaduais e Municipais” da subdimensão Interface com a Rede

Conferências Estaduais e Municipais	A participação nas conferências é estimulada, sendo as datas e os temas amplamente divulgados..	Há espaço para atualização das informações adquiridas durante as conferências.	A implementação das políticas é percebida pelos gestores e servidores.		
A participação nas conferências é estimulada, sendo as datas e os temas amplamente divulgados..	-	3	3		
Há espaço para atualização das informações adquiridas durante as conferências.	3	-	3		
A implementação das políticas é percebida pelos gestores e servidores.	3	3	-		
TOTAL	6,00	6,00	6,00	SOMA TOTAL	18,00
PERCENTUAL	33,33%	33,33%	33,33%		

Fonte: Elaborado pelos autores (2016)

Tabela 14 - Tabela de pontuação do indicador “Comunicação com o SAMU” da subdimensão Interface com a Rede

Comunicação com o SAMU	Existe uma interface entre as policlínicas e o SAMU.	Essa interface é eficiente.		
Existe uma interface entre as policlínicas e o SAMU.	-	3		
Essa interface é eficiente.	3	-		
TOTAL	3,00	3,00	SOMA TOTAL	6,00
PERCENTUAL	50,00%	50,00%		

Fonte: Elaborado pelos autores (2016)

Tabela 15 - Tabela de pontuação do indicador “Relação entre as policlínicas” da subdimensão Interface com a Rede

Relação entre as Policlínicas	Há canais de comunicação formais e informais entre os coordenadores.	Há reuniões em que participam os coordenadores de todas as policlínicas, permitindo a troca de experiências entre as mesmas.	Há uma padronização dos processos de trabalho entre as policlínicas.	Há um planejamento conjunto das ações das policlínicas.		
Há canais de comunicação formais e informais entre os coordenadores.	-	3	3	5		
Há reuniões em que participam os coordenadores de todas as policlínicas, permitindo a troca de experiências entre as mesmas.	3	-	3	3		
Há uma padronização dos processos de trabalho entre as policlínicas.	3	3	-	3		
Há um planejamento conjunto das ações das policlínicas.	1	3	3	-		
TOTAL	7,00	9,00	9,00	11,00	SOMA TOTAL	36,00
PERCENTUAL	19,44%	25,00%	25,00%	30,56%		

Fonte: Elaborado pelos autores (2016)

Tabela 16 - Tabela de pontuação do indicador “Relação com a atenção primária e o NASF” da subdimensão Interface com a Rede

Relação com a atenção primária e o NASF	Os casos encaminhados pela atenção primária preenchem critérios para a média complexidade.	Os profissionais das policlínicas são incentivados a utilizarem o matriciamento e a teleconsultoria como ferramentas de trabalho.	Os profissionais participam da elaboração dos protocolos de acesso.	Há espaço de aproximação entre profissionais da média complexidade com os profissionais da APS e NASF.	Os mecanismos de referência e contra referência são eficazes.		
Os casos encaminhados pela atenção primária preenchem critérios para a média complexidade.	-	1	1	1	3		
Os profissionais das policlínicas são incentivados a utilizarem o matriciamento e a teleconsultoria como ferramentas de trabalho.	5	-	5	1	5		
Os profissionais participam da elaboração dos protocolos de acesso.	5	1	-	1	3		
Há espaço de aproximação entre profissionais da média complexidade com os profissionais da APS e NASF.	5	5	5	-	5		
Os mecanismos de referência e contra referência são eficazes.	3	1	3	1	-		
TOTAL	18,00	8,00	14,00	4,00	16,00	SOMA	60,00
PERCENTUAL	30,00%	13,33%	23,33%	6,67%	26,67%	TOTAL	

Fonte: Elaborado pelos autores (2016)

Tabela 17 - Tabela de pontuação do indicador “Articulação com a alta complexidade” da subdimensão Interface com a Rede

Articulação com a alta complexidade	Os profissionais das policlínicas conseguem encaminhar os pacientes para os hospitais de referência.	Os profissionais da policlínica são capacitados para agir em casos de urgência/emergência.	Existem canais formais de comunicação e referenciamento entre as policlínicas e os hospitais.		
Os profissionais das policlínicas conseguem encaminhar os pacientes para os hospitais de referência.	-	3	1		
Os profissionais da policlínica são capacitados para agir em casos de urgência/emergência.	3	-	1		
Existem canais formais de comunicação e referenciamento entre as policlínicas e os hospitais.	5	5	-		
TOTAL	8,00	8,00	2,00	SOMA TOTAL	18,00
PERCENTUAL	44,44%	44,44%	11,11%		

Fonte: Elaborado pelos autores (2016)

Tabela 18 - Tabela de pontuação do indicador “Educação Permanente” da subdimensão Interface com a Rede

Educação Permanente	São ofertados cursos de capacitação pela secretaria de saúde.	Os servidores são incentivados a realizar atualizações periódicas.		
São ofertados cursos de capacitação pela secretaria de saúde.	-	3		
Os servidores são incentivados a realizar atualizações periódicas.	3	-		
TOTAL	3,00	3,00	SOMA TOTAL	6,00
PERCENTUAL	50,00%	50,00%		

Fonte: Elaborado pelos autores (2016)

Tabela 19 - Tabela de pontuação do indicador “Ensino e Serviços” da subdimensão Interface com a Rede

Ensino e Serviços	As intervenções propostas são realizadas.	A atuação das instituições de ensino dentro dos serviços é sentida de forma positiva.	A policlínica participa da avaliação das consultorias.		
As intervenções propostas são realizadas.	-	3	3		
A atuação das instituições de ensino dentro dos serviços é sentida de forma positiva.	3	-	3		
A policlínica participa da avaliação das consultorias.	3	3	-		
TOTAL	6,00	6,00	6,00	SOMA TOTAL	18,00
PERCENTUAL	33,33%	33,33%	33,33%		

Fonte: Elaborado pelos autores (2016)

Tabela 20 - Tabela de pontuação do indicador “Reuniões de equipe” da subdimensão Gestão Local

Reuniões de equipe	Confecção de lista de presença e ata	Realização de reuniões periódicas		
Confecção de lista de presença e ata	-	5		
Realização de reuniões periódicas	1	-		
TOTAL	1,00	5,00	SOMA TOTAL	6,00
PERCENTUAL	16,67%	83,33%		

Fonte: Elaborado pelos autores (2016)

Tabela 21 - Tabela de pontuação do indicador “Formas de Comunicação” da subdimensão Gestão Local

Formas de Comunicação	Há ferramentas formais de comunicação entre o gestor e a equipe	Tais ferramentas são eficientes.		
Há ferramentas formais de comunicação entre o gestor e a equipe	-	3		
Tais ferramentas são eficientes.	3	-		
TOTAL	3,00	3,00	SOMA TOTAL	6,00
PERCENTUAL	50,00%	50,00%		

Fonte: Elaborado pelos autores (2016)

Tabela 22 - Tabela de pontuação do indicador “Educação Continuada” da subdimensão Gestão Local

Educação Continuada	Há espaço para educação permanente.	Oferecimento de curso institucional informativo para os servidores.	Há treinamento introdutório para novos servidores		
Há espaço para educação permanente.	-	1	1		
Oferecimento de curso institucional informativo para os servidores.	5	-	3		
Há treinamento introdutório para novos servidores	5	3	-		
TOTAL	10,00	4,00	4,00	SOMA TOTAL	18,00
PERCENTUAL	55,56%	22,22%	22,22%		

Fonte: Elaborado pelos autores (2016)

Tabela 23 - Tabela de pontuação do indicador “Ouvidoria dos serviços” da subdimensão Gestão Local

Ouvidoria dos serviços	Ouvidorias são respondidas dentro do prazo.	Padronização de um plano de ação para melhorias, com base nas ouvidorias.		
Ouvidorias são respondidas dentro do prazo.	-	5		
Padronização de um plano de ação para melhorias, com base nas ouvidorias.	1	-		
TOTAL	1,00	5,00	SOMA TOTAL	6,00
PERCENTUAL	16,67%	83,33%		

Fonte: Elaborado pelos autores (2016)

Tabela 24 - Tabela de pontuação do indicador “Relatório dos programas” da subdimensão Gestão Local

Relatório dos programas	São elaborados relatórios do serviço (atendimento, produtividade, absenteísmo) das policlínicas.	Estes relatórios são divulgados para toda a comunidade.	Existem ações específicas para trabalhar os resultados dos relatórios.		
São elaborados relatórios do serviço (atendimento, produtividade, absenteísmo) das policlínicas.	-	1	3		
Estes relatórios são divulgados para toda a comunidade.	5	-	5		
Existem ações específicas para trabalhar os resultados dos relatórios.	3	1	-		
TOTAL	8,00	2,00	8,00	SOMA TOTAL	18,00
PERCENTUAL	44,44%	11,11%	44,44%		

Fonte: Elaborado pelos autores (2016)

Após todas as pontuações serem estabelecidas, a matriz das subdimensões recebe essas informações automaticamente. Para utilizar a matriz, basta pontuar o número 1 na coluna 1 quando a policlínica obedecer o parâmetro e 0 na coluna 0 quando não realizar.

Foi acrescido ao checklist a opção “Não se aplica”, porém essa opção ainda não foi acrescentada na matriz. As matrizes de cada subdimensão com suas respectivas pontuações seguem abaixo:

Tabela 25 - Matriz da Parâmetros de Relação com a Gestão Central

Matriz de Parâmetros de Relação com a Gestão Central - Policlínicas															
Parâmetros de Relação com a Gestão Central		Percentual de Equivalência aos		Norte			Sul			Continente			Centro		
Encontro de planejamento com os coordenadores		7,78%	0	1	Pontos	0	1	Pontos	0	1	Pontos	0	1	Pontos	
Reuniões mensais com todos os coordenadores das	36,11%			0,000			0,000			0,000			0,000		
disponibilizada a todos os interessados nos tópicos discutidos na reunião.	13,89%			0,000			0,000			0,000			0,000		
Espaço para narrar casos, trocar experiências de boas práticas e dinâmica que explicita pontos fracos de cada policlínica e respectiva sugestão de melhoria.	30,56%			0,000			0,000			0,000			0,000		
Espaço para feedback.	19,44%			0,000			0,000			0,000			0,000		
Encontro com Especialistas		6,30%	0	1	Pontos	0	1	Pontos	0	1	Pontos	0	1	Pontos	
Reuniões mensais ou bimestrais da gestão central com cada especialidade, individualmente.	19,05%			0,000			0,000			0,000			0,000		
Confecção de lista de presença, da ata e conscientização da importância das reuniões.	15,87%			0,000			0,000			0,000			0,000		
Espaço institucionalizado para os especialistas narrarem casos que agreguem lições e desafiar os a buscar formas alternativa de trabalho que otimizem o atendimento.	20,63%			0,000			0,000			0,000			0,000		
SUS opera e a situação em que se encontra por meio das reuniões.	14,29%			0,000			0,000			0,000			0,000		
Há espaço para feedback entre a gerência e os especialistas.	17,46%			0,000			0,000			0,000			0,000		
Há espaço para os especialistas darem feedback aos servidores da policlínica.	7,94%			0,000			0,000			0,000			0,000		
A Secretaria Municipal de Saúde envia o cronograma de reuniões para as policlínicas.	4,76%			0,000			0,000			0,000			0,000		
Efetividade dos canais de comunicação		5,56%	0	1	Pontos	0	1	Pontos	0	1	Pontos	0	1	Pontos	
As linhas de comunicação, formais e informais, com a gestão central são eficientes e acessíveis a todos.	33,33%			0,000			0,000			0,000			0,000		
A gestão central busca aproximação e constante melhoria dos canais de comunicação.	33,33%			0,000			0,000			0,000			0,000		
Os servidores e coordenadores repassam as informações e/ou demandas necessárias à gestão central.	33,33%			0,000			0,000			0,000			0,000		
Participação nas ações/programas municipais de saúde		4,81%	0	1	Pontos	0	1	Pontos	0	1	Pontos	0	1	Pontos	
Os servidores participam, mesmo que indiretamente, da elaboração dos programas municipais de saúde.	50,00%			0,000			0,000			0,000			0,000		
As ações/programas são aplicáveis e compatíveis com a realidade prática das policlínicas.	50,00%			0,000			0,000			0,000			0,000		
Utilização dos protocolos de acesso		7,04%	0	1	Pontos	0	1	Pontos	0	1	Pontos	0	1	Pontos	
Os protocolos de acesso estão sendo utilizados e se mostrando eficientes para otimização dos processos de	33,33%			0,000			0,000			0,000			0,000		
O uso dos protocolos é incentivado para todos os profissionais e	33,33%			0,000			0,000			0,000			0,000		
Há atualizações periódicas dos protocolos de acesso.	33,33%			0,000			0,000			0,000			0,000		
Feedback das pesquisas de satisfação		1,85%	0	1	Pontos	0	1	Pontos	0	1	Pontos	0	1	Pontos	
A pesquisa de satisfação dos usuários é realizada	16,67%			0,000			0,000			0,000			0,000		
Os resultados das pesquisas de satisfação tem um feedback útil e apropriado.	83,33%			0,000			0,000			0,000			0,000		
Índice geral de atendimento aos parâmetros			0,00%			0,00%			0,00%			0,00%			

Fonte: Elaborado pelos autores (2016)

Tabela 27 - Matriz da Parâmetros de Interface com a Rede

Matriz de Parâmetros de Interface com a Rede- Policlínicas													
Parâmetros de Interface com a Rede	Percentual de Equivalência aos Parâmetros	Norte			Sul			Continente			Centro		
		0	1	Pontos	0	1	Pontos	0	1	Pontos	0	1	Pontos
Eficiência das ferramentas utilizadas – Infosaúde e Sisreg	5,36%												
Capacitação dos servidores sobre a utilização e atualização das ferramentas.	25,00%			0,000			0,000			0,000			0,000
Os servidores compreendem a importância do registro das informações nos sistemas.	25,00%			0,000			0,000			0,000			0,000
Ocorre a utilização de ferramentas alternativas de registro em caso de falhas operacionais dos sistemas.	19,44%			0,000			0,000			0,000			0,000
Infosaúde	30,56%			0,000			0,000			0,000			0,000
Conferências Estaduais e Municipais	6,55%												
A participação nas conferências é estimulada, sendo as datas e os temas amplamente divulgados..	33,33%			0,000			0,000			0,000			0,000
Há espaço para atualização das informações adquiridas durante as conferências.	33,33%			0,000			0,000			0,000			0,000
servidores.	33,33%			0,000			0,000			0,000			0,000
Comunicação com o SAMU	1,79%												
Existe uma interface entre as policlinicas e o SAMU.	50,00%			0,000			0,000			0,000			0,000
Essa interface é eficiente.	50,00%			0,000			0,000			0,000			0,000
Relação entre as Policlínicas	4,17%												
Há canais de comunicação formais e informais entre os	19,44%			0,000			0,000			0,000			0,000
Há reuniões em que participam os coordenadores de todas as policlinicas, permitindo a troca de experiências entre as mesmas.	25,00%			0,000			0,000			0,000			0,000
Há uma padronização dos processos de trabalho entre as	25,00%			0,000			0,000			0,000			0,000
Há um planejamento conjunto das ações das policlinicas.	30,56%			0,000			0,000			0,000			0,000
Relação com a atenção primária e o NASF	3,77%												
Os casos encaminhados pela atenção primária preenchem critérios para a média complexidade.	30,00%			0,000			0,000			0,000			0,000
Os profissionais das policlinicas são incentivados a utilizarem o matriciamento e a teleconsultoria como ferramentas de trabalho.	13,33%			0,000			0,000			0,000			0,000
Os profissionais participam da elaboração dos protocolos de	23,33%			0,000			0,000			0,000			0,000
Há espaço de aproximação entre profissionais da média complexidade com os profissionais da APS e NASF.	6,67%			0,000			0,000			0,000			0,000
Os mecanismos de referência e contra referência são eficazes.	26,67%			0,000			0,000			0,000			0,000
Articulação com a alta complexidade	2,58%												
Os profissionais das policlinicas conseguem encaminhar os pacientes para os hospitais de referência.	44,44%			0,000			0,000			0,000			0,000
Os profissionais da policlinica são capacitados para agir em casos de urgência/emergência.	44,44%			0,000			0,000			0,000			0,000
Existem canais formais de comunicação e referenciamento entre as policlinicas e os hospitais.	11,11%			0,000			0,000			0,000			0,000
Educação Permanente	5,75%												
São ofertados cursos de capacitação pela secretaria de saúde.	50,00%			0,000			0,000			0,000			0,000
Os servidores são incentivados a realizar atualizações periódicas.	50,00%			0,000			0,000			0,000			0,000
Ensino e Serviços	3,37%												
As intervenções propostas são realizadas.	33,33%			0,000			0,000			0,000			0,000
A atuação das instituições de ensino dentro dos serviços é sentida de forma positiva.	33,33%			0,000			0,000			0,000			0,000
A policlinica participa da avaliação das consultorias.	33,33%			0,000			0,000			0,000			0,000
Índice geral de atendimento aos parâmetros		0,00%			0,00%			0,00%			0,00%		

Fonte: Elaborado pelos autores (2016)

Tabela 28 - Matriz da Parâmetros de Relação com a Gestão Local

Matriz de Parâmetros de Gestão Local - Policlínicas										
Parâmetros de Gestão Local	Percentual de Equivalência aos Parâmetros	Norte			Sul			Continente		
		0	1	Pontos	0	1	Pontos	0	1	Pontos
Reuniões de equipe	10,00%	0	1	Pontos	0	1	Pontos	0	1	Pontos
Confecção de lista de presença e ata	16,67%			0,000			0,000			0,000
Realização de reuniões periódicas	83,33%			0,000			0,000			0,000
Formas de Comunicação	4,44%	0	1	Pontos	0	1	Pontos	0	1	Pontos
Há ferramentas formais de comunicação entre o gestor e a equipe	50,00%			0,000			0,000			0,000
Tais ferramentas são eficientes.	50,00%			0,000			0,000			0,000
Educação Continuada	10,00%	0	1	Pontos	0	1	Pontos	0	1	Pontos
Há espaço para educação permanente.	55,56%			0,000			0,000			0,000
Oferecimento de curso institucional informativo para os servidores.	22,22%			0,000			0,000			0,000
Há treinamento introdutório para novos servidores	22,22%			0,000			0,000			0,000
Ouvidoria dos serviços	4,44%	0	1	Pontos	0	1	Pontos	0	1	Pontos
Ouvidorias são respondidas dentro do prazo.	16,67%			0,000			0,000			0,000
Padronização de um plano de ação para melhorias, com base nas ouvidorias.	83,33%			0,000			0,000			0,000
Relatório dos programas	13,33%	0	1	Pontos	0	1	Pontos	0	1	Pontos
São elaborados relatórios do serviço (atendimento, produtividade, absenteísmo) das	44,44%			0,000			0,000			0,000
Estes relatórios são divulgados para toda a comunidade.	11,11%			0,000			0,000			0,000
Existem ações específicas para trabalhar os resultados dos relatórios.	44,44%			0,000			0,000			0,000
Índice geral de atendimento aos parâmetros		0,00%			0,00%			0,00%		

Fonte: Elaborado pelos autores (2016)

Após o preenchimento das três matrizes, o sistema preencherá automaticamente uma tabela na planilha inicial que mostrará o desempenho de cada policlínica em cada subdimensão e a totalização da dimensão gestão, permitindo uma análise comparativa. O valor de 5% (cinco por cento) foi acrescentado para mostrar o funcionamento das fórmulas.

Tabela 28 - Matriz final da dimensão Gestão

Gestão	Norte	Sul	Continente	Centro
Relação com a Gestão Central	5%	0,00%	0,00%	0,00%
Interface com a Rede	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Gestão Local	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
TOTAL	5,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Fonte: Elaborado pelos autores (2016)

Junto das planilhas, há uma aba contendo as justificativas dos parâmetros estabelecidos. Nela há opções de filtros para pesquisa por indicador ou justificativa.

Tabela 29 - Tabela de justificativas dos parâmetros de Relação com a Gestão Central

Parâmetros de Relação com a Gestão Central		Justificativa
Grupo	Parâmetro	Justificativa
Encontro de planejamento com os coordenadores	Reuniões mensais com todos os coordenadores das policlínicas.	Proporcionar troca de experiências entre coordenadores e serve como meio formal de comunicação entre policlínicas e gestão central.
Encontro de planejamento com os coordenadores	Confecção de ata, conforme modelo anexo, a ser disponibilizada a todos os interessados nos tópicos discutidos na reunião.	Garantir que as informações sejam disseminadas da forma mais fiel e uniforme possível a todos os interessados, para dar transparência nos processos internos.
Encontro de planejamento com os coordenadores	Espaço para narrar casos, trocar experiências de boas práticas e dinâmica que explicita pontos fracos de cada policlínica e respectiva sugestão de melhoria.	Algumas policlínicas adotam muitas práticas boas e inovadoras que são totalmente desconhecidas a outras. Esse espaço serviria para exposição de pequenas iniciativas que podem fazer a diferença e são simples de serem replicadas. Cabe aqui o incentivo por parte da gestão central para que os coordenadores tragam boas práticas a serem discutidas e quem sabe implementadas. Há também o espaço para que cada coordenador fale de um ponto fraco da gestão da sua policlínica e o grupo faz um brainstorming afim de encontrar uma solução.
Encontro de planejamento com os coordenadores	Espaço para feedback.	No final de cada reunião, deixar um espaço para que tanto os coordenadores quanto a gestão central exponha o que achou da reunião, o que pode ser melhor e o que pode ser feito diferente.
Encontro com Especialistas	Reuniões mensais ou bimestrais da gestão central com cada especialidade, individualmente.	Garante discussão eficiente, focada na especialidade, com intervalo suficiente para aplicar mudanças e se manter em contato. Garante troca de experiências entre profissionais e facilita a otimização dos processos por meio da técnica da gestão central com a prática do especialista.
Encontro com Especialistas	Confecção de lista de presença, da ata e conscientização da importância das reuniões.	Relevante não apenas para acompanhar e garantir a participação de todos os profissionais, mas também para que eles entendam o objetivo central dos encontros: a busca por excelência.
Encontro com Especialistas	Espaço institucionalizado para os especialistas narrarem casos que agreguem lições e desafiem a buscar formas alternativa de trabalho que otimizem o atendimento.	Trabalhando no mesmo ramo, no mesmo tipo de instituição, é importante que os especialistas tenham esse espaço também para trocar experiências e poderem aprender uns com os outros. O incentivo para que os especialistas criem iniciativas viáveis e eficientes para melhoria dos atendimentos e o andamento das filas é fundamental para excelência.
Encontro com Especialistas	Os especialistas conhecem profundamente a forma em que o SUS opera e a situação em que se encontra por meio das reuniões.	Conhecer a instituição é importante para fazer um trabalho cada vez melhor. É necessário que os especialistas tenham acesso a informações como quantidade de pessoas nas filas, qual a principal demanda dos que estão esperando atendimento, etc. Só dessa forma eles se sentirão envolvidos e comprometidos com a maior eficiência do sistema como um todo.
Encontro com Especialistas	Há espaço para feedback entre a gerência e os especialistas.	No final de cada reunião, deixar um espaço para que tanto os especialistas quanto a gestão central exponha o que achou da reunião, o que pode ser melhor e o que pode ser feito diferente.
Encontro com Especialistas	Há espaço para os especialistas darem feedback aos servidores da policlínica.	Os especialistas tem o costume de repassar aos servidores da policlínica os resultados da reunião, reconhecendo a importância da boa comunicação e de disseminar informações relevantes ao trabalho de todos.
Encontro com Especialistas	A Secretaria Municipal de Saúde envia o cronograma de reuniões para as policlínicas.	A gerência tem a preocupação de manter as policlínicas informadas do calendário de reuniões, para ciência e melhor organização interna.
Efetividade dos canais de comunicação	As linhas de comunicação, formais e informais, com a gestão central são eficientes e acessíveis a todos.	As policlínicas se sentem a vontade para contatar a gestão central, são ouvidas e tem suas demandas atendidas, na medida do possível. Os servidores também tem acesso a esses meios em caso de necessidade, já que não é saudável que a única ponte de contato seja o coordenador ou servidores específicos.
Efetividade dos canais de comunicação	A gestão central busca aproximação e constante melhoria dos canais de	A gestão central demonstra preocupação em estar próxima a policlínica e aperfeiçoar a comunicação de forma que os ruídos sejam atenuados.
Efetividade dos canais de comunicação	Os servidores e coordenadores repassam as informações e/ou demandas necessárias à gestão central.	Os servidores tem o compromisso de repassar a gestão central as informações relevantes, sabendo reconhecer a necessidade de auxílio em determinadas situações.
Participação nas ações/programas municipais de saúde	Os servidores participam, mesmo que indiretamente, da elaboração dos programas municipais de saúde.	A experiência e vivência prática do servidor são levadas em consideração no momento de elaboração dos programas, mesmo que por meios indiretos (como por meio de questionários ou percepção geral da gestão central das necessidades da gestão local).
Participação nas ações/programas municipais de saúde	As ações/programas são aplicáveis e compatíveis com a realidade prática das policlínicas.	As determinações das ações/programas estão dentro da realidade de aplicação das policlínicas, são viáveis de serem executadas. Mais do que diretrizes especificadas no papel, contribuem de forma efetiva para resolver problemas e melhorar a qualidade de vida da comunidade. O efeito das determinações que são seguidas são sentidos pela comunidade.
Utilização dos protocolos de acesso	Os protocolos de acesso estão sendo utilizados e se mostrando eficientes para otimização dos processos de trabalho.	Verificar se a ferramenta está sendo utilizada e se está fazendo a diferença na gestão interna.
Utilização dos protocolos de acesso	O uso dos protocolos é incentivado para todos os profissionais da rede.	Verificar se a gestão se preocupa em incentivar e mostrar os benefícios do uso dos protocolos para todos que compõem a rede de atendimento a saúde. Ou seja, não só de um nível de atenção para outro, mas também entre um especialista e outro, etc.
Utilização dos protocolos de acesso	Há atualizações periódicas dos protocolos de acesso.	A frequência e a forma com que os protocolos são utilizados podem falar muito sobre lacunas importantes, é necessário que isso seja estudado e atualizado para constante melhoria na
Feedback das pesquisas de satisfação	A pesquisa de satisfação dos usuários é realizada periodicamente.	Verificar se as pesquisas de satisfação dos usuários são realizadas em um intervalo razoável de tempo.
Feedback das pesquisas de satisfação	Os resultados das pesquisas de satisfação tem um feedback útil e apropriado.	Observar se a gestão central está realizando o feedback e tirando lições pertinentes e edificantes dessa ferramenta, se a está utilizando para criar novas políticas internas e protocolos de atendimento.

Fonte: Elaborado pelos autores (2016)

Tabela 30 - Tabela de justificativas dos parâmetros de Interface com a Rede

Parâmetros de Interface com a Rede		Justificativa
Grupo	Parâmetro	Justificativa
Eficiência das ferramentas utilizadas – Infosaúde e Sisreg	Capacitação dos servidores sobre a utilização e atualização das ferramentas.	Garantir que todos saibam utilizar os programas da forma mais eficiente, e que todos entendam sua importância, garantindo que todos o utilizem.
Eficiência das ferramentas utilizadas – Infosaúde e Sisreg	Os servidores compreendem a importância do registro das informações nos sistemas.	Desta forma todos sabem como suas ações são importantes para atendimentos futuros e até para a formulação de novas políticas de saúde.
Eficiência das ferramentas utilizadas – Infosaúde e Sisreg	Ocorre a utilização de ferramentas alternativas de registro em caso de falhas operacionais dos sistemas.	Desta forma as informações sobre os pacientes não se perdem, e os atendimentos realizados são devidamente registrados.
Eficiência das ferramentas utilizadas – Infosaúde e Sisreg	Os gestores participam das adequações e atualizações do Infosaúde	Desta forma os problemas percebidos pelas policlínicas no sistema são solucionados, e o sistema passa a funcionar cada vez melhor.
Conferências Estaduais e Municipais	A participação nas conferências é estimulada, sendo as datas e os temas amplamente divulgados..	Desta forma os servidores podem se preparar para as conferências e todos os interessados possam se organizar para participar.
Conferências Estaduais e Municipais	Há espaço para atualização das informações adquiridas durante as conferências.	Desta forma o aprendizado adquirido traz consequências positivas para o funcionamento da policlínica e aqueles que não puderam participar tenham acesso ao seu produto final.
Conferências Estaduais e Municipais	A implementação das políticas é percebida pelos gestores e servidores.	Dessa forma os gestores podem repassar para a Secretaria se as novas políticas estão realmente funcionando.
Comunicação com o SAMU	Existe uma interface entre as policlínicas e o SAMU.	Assim nos casos de urgência/emergência o atendimento/transferência de pacientes funciona.
Comunicação com o SAMU	Essa interface é eficiente.	O transporte ocorre de maneira eficaz, sempre que as transferências são necessárias.
Relação entre as Policlínicas	Há canais de comunicação formais e informais entre os coordenadores.	Desta forma as policlínicas podem se organizar de forma rápida e eficiente, melhorando a gestão de seus recursos, sem precisar esperar o auxílio da secretaria de saúde. Podem trocar experiências e se articularem, repassando suas demandas e seus recursos sempre que necessário.
Relação entre as Policlínicas	Há reuniões em que participam os coordenadores de todas as policlínicas, permitindo a troca de experiências entre as mesmas.	Permitindo que estes conversem sobre solução para problemas comuns a todas as policlínicas e possam se auxiliar em problemas específicos. Além de permitir que possam aprender uns com os outros e saibam como podem melhorar o funcionamento de suas respectivas policlínicas e prevenir erros ocorridos em outras.
Relação entre as Policlínicas	Há uma padronização dos processos de trabalho entre as policlínicas.	Desta forma os gestores podem planejar melhorias juntos, e mantem um padrão de funcionamento das policlínicas.
Relação entre as Policlínicas	Há um planejamento conjunto das ações das policlínicas.	Desta forma as policlínicas se desenvolvem em conjunto, se auxiliando em problemas comuns.
Relação com a atenção primária e o NASF	Os casos encaminhados pela atenção primária preenchem critérios para a média	Permitindo que as filas de atendimento das policlínicas sejam compostos apenas de pessoas que realmente necessitam de atendimento especializado.
Relação com a atenção primária e o NASF	Os profissionais das policlínicas são incentivados a utilizarem o matriciamento e a teleconsultoria como ferramentas de trabalho.	Desta forma as filas de atendimento são solucionadas de maneira mais rápida, auxiliando médicos da atenção primária a lidarem com determinados casos.
Relação com a atenção primária e o NASF	Os profissionais participam da elaboração dos protocolos de acesso.	Assim os médicos da atenção primária saberão como realizar uma melhor triagem de pacientes, diminuindo as filas de pacientes para as especialidades das policlínicas.
Relação com a atenção primária e o NASF	Há espaço de aproximação entre profissionais da média complexidade com os profissionais da APS e NASF.	Permitindo assim, a troca de informações entre os serviços.
Relação com a atenção primária e o NASF	Os mecanismos de referência e contra referência são eficazes.	Assim os pacientes serão melhor atendidos, garantindo que tenham o melhor tratamento depois das consultas com o acompanhamento na atenção primária.
Articulação com a alta complexidade	Os profissionais das policlínicas conseguem encaminhar os pacientes para os hospitais de referência.	Desta forma nos casos de emergência/urgência as policlínicas sabem quais hospitais são melhor capacitados para atender o paciente.
Articulação com a alta complexidade	Os profissionais da policlínica são capacitados para agir em casos de urgência/emergência.	No caso de um paciente chegar em situação gravíssima os servidores da policlínica sabem como prestar o atendimento primário, e esse atendimento é devidamente registrado para que os profissionais do hospital tenham todas as informações.
Articulação com a alta complexidade	Existem canais formais de comunicação e referenciamento entre as policlínicas e os hospitais.	Ou seja, a comunicação entre a média e a alta complexidade não ocorre apenas de modo informal, dependendo das relações pessoais.
Educação Permanente	São ofertados cursos de capacitação pela secretaria de saúde.	Os servidores ficam estimulados para aprender cada vez mais tendo acesso a cursos que melhoram sua forma de trabalhar.
Educação Permanente	Os servidores são incentivados a realizar atualizações periódicas.	Pois na área da saúde estar atualizado sobre a área fim é imprescindível para um atendimento cada vez mais especializado.
Ensino e Serviços	As intervenções propostas são realizadas.	As propostas não ficam só no papel, elas se materializam e são aperfeiçoadas com o tempo e uso.
Ensino e Serviços	A atuação das instituições de ensino dentro dos serviços é sentida de forma positiva.	Verificar se as intervenções, de modo geral, são consideradas positivas e são sentidas na gestão da ponta (nas policlínicas).
Ensino e Serviços	A policlínica participa da avaliação das consultorias.	A policlínica tem oportunidade e espaço para emitir um feedback a respeito da intervenção, da equipe e da atuação da gestão central no processo.

Fonte: Elaborado pelos autores (2016)

Tabela 31 - Tabela de justificativas dos parâmetros de Gestão Local

Parâmetros de Gestão Local		Justificativa
Grupo	Parâmetro	Justificativa
Reuniões de equipe	* Confeção de lista de presença e ata	Para saber se toda a equipe está presente em cada reunião (caso a equipe seja composta por vários integrantes).
Reuniões de equipe	* Realização de reuniões periódicas	Possibilita aproximação e interação dos integrantes e permite que os mesmos saibam as habilidades e facilidades do outro, favorecendo assim uma divisão eficiente de tarefas de acordo com as qualidades de cada membro da equipe.
Formas de Comunicação	* Há ferramentas formais de comunicação entre o gestor e a equipe	Possibilita que os membros da equipe possam compartilhar de forma prática informações relevantes ao projeto e tenham acesso às mesmas informações.
Formas de Comunicação	* Tais ferramentas são eficientes.	Para medir se essas ferramentas (caso existam) estão sendo úteis
Educação Continuada	* Há espaço para educação permanente.	Expandir e aperfeiçoar os conhecimentos dos servidores.
Educação Continuada	* Oferecimento de curso institucional informativo para os servidores.	Tem função informativa e instrutiva, permitindo maior conhecimento dos novos servidores sobre o funcionamento das policlínicas e como estas se encaixam no sistema.
Educação Continuada	* Há treinamento introdutório para novos servidores	Serve como um norteador para o servidor iniciante.
Ouvidoria dos serviços	* Ouvidorias são respondidas dentro do prazo.	Para se ter noção do andamento que é dado aos pedidos de ouvidoria.
Ouvidoria dos serviços	* Padronização de um plano de ação para melhorias, com base nas ouvidorias.	Permite saber se a demanda do cidadão foi atendida e se este está satisfeito com o atendimento e com a solução.
Relatório dos programas	* São elaborados relatórios do serviço (atendimento, produtividade, absenteísmo) das policlínicas.	Para poder quantificar os resultados.
Relatório dos programas	* Estes relatórios são divulgados para toda a comunidade.	Publicidade dos relatórios.
Relatório dos programas	* Existem ações específicas para trabalhar os resultados dos relatórios.	Para medir se os resultados são utilizados para gerar melhorias futuras.

Fonte: Elaborado pelos autores (2016)

7. RESULTADOS ALCANÇADOS E PERSPECTIVAS

As reuniões realizadas durante a consultoria, com a Diretoria de Média Complexidade e com os gestores das policlínicas, resultaram em mudanças pontuais nos indicadores previamente definidos.

Alguns pontos, embora excluídos dos parâmetros oficiais, foram considerados válidos para aplicação futura e serão expostos nesta sessão do relatório, bem como as justificativas para alteração ou supressão.

a. Relação com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)

Este indicador está incluído na subdimensão Interface com a Rede, porém sua ideia inicial era mais elaborada, tinha outra abordagem. Havia outros parâmetros, como por exemplo: se existem reuniões entre as equipes do SAMU e as policlínicas; as equipes da policlínica são também treinadas para situações de emergência; existe um representante do SAMU exclusivo para atender as demandas de gestão das policlínicas.

A realidade encontrada ao avaliar a rede do atendimento em saúde no município de Florianópolis foi de que o SAMU é muito distante das policlínicas, não há nenhum meio de comunicação, formal ou informal, entre eles. Segundo os gestores da média complexidade, assim como os coordenadores das policlínicas, há tentativa

de contato, porém a instituição se mostra fechada as tentativas de interação. O ideal seria que, na matriz de referenciamento, houvesse todos os parâmetros apresentados. Mas, considerada a distância da realidade, optou-se por simplificar o indicador e registrar nesta seção para que haja a possibilidade de alterações para o futuro.

O simples parâmetro que restou já serve para incentivar o contato com a entidade e, dados os próximos passos, os outros parâmetros poderão ser incluídos numa próxima revisão do produto.

b. Carteira de serviços

Um dos principais desafios da gestão na área diz respeito a falta de conhecimento, de todos os envolvidos, sobre o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) como um todo. Com esse conhecimento, os cidadãos saberiam o que exigir e de quem exigir, os servidores saberiam melhor sobre os porquês das atividades que executam e os gestores encontrariam mais facilidade em gerir as situações de crise.

Com base nisso, idealizou-se a confecção de uma cartilha de serviços que, de forma didática, demonstra ao seu leitor o funcionamento do sistema e onde ele está inserido. De forma um pouco mais técnica, seria feita uma cartilha também para os servidores, esclarecendo melhor o funcionamento do SUS e como cada atividade realizada no seu dia-a-dia se encaixa na rede.

Este é um projeto que demanda muitos recursos, por isso consta como um plano para o futuro. Quando houver, também é necessário que seja incluído no manual de parâmetros para que sua validade seja testada e o produto constantemente melhorado.

c. Articulação com outros municípios

Há uma relação pouco estudada com outros municípios, que não dispõem de algumas estruturas de atendimento, para que os pacientes que destas necessitem sejam encaminhados para serem atendidos em Florianópolis. Esses pacientes externos são incluídos no sistema e recebem tratamento e assistência como qualquer outro.

O que foi avaliado como interessante para o futuro é um tratamento diferenciado a estes usuários, para que a gestão central e local saibam quem eles são, para quais serviços vêm, como estão, etc. Esse acompanhamento separado é fundamental para melhor gestão do atendimento das necessidades dos usuários - tanto do município de Florianópolis quanto os de fora -, para gestão da infraestrutura e para preparo a nível local.

No momento, pelo sistema interno, não há como fazer essa diferenciação e disseminar essas informações. Mas no futuro, quando possível, é uma informação que deve ser incluída e avaliada pelo manual de padrões e parâmetros.

d. Feedback institucionalizado das consultorias

Na dimensão Interface com a Rede, um dos indicadores diz respeito as consultorias realizadas dentro da Secretaria Municipal. Em discussão, observou-se o quanto é importante o feedback para constante aprendizado e melhoria do trabalho a todos os envolvidos.

Há um retorno nas apresentações para o gestor central, mas o objetivo é que todos que participaram tenham um retorno. A sugestão é que essa cultura seja incorporada aos processos da Secretaria Municipal em algum momento no futuro.

A gestão central, junto aos coordenadores, definiu que este feedback deve ser elaborado de forma estratégica, não sendo passível de ser aplicado no momento, pois existem outras prioridades a serem trabalhadas.

e. Pesquisa de satisfação do servidor

Este tópico diz respeito a uma pesquisa de satisfação dos servidores nas policlínicas e na Secretaria Municipal de Saúde para melhoria do ambiente de trabalho e, conseqüentemente, do serviço prestado a comunidade.

No momento, a prioridade é aperfeiçoar a execução e os resultados da pesquisa de satisfação do usuário. A equipe não teria estrutura para realizar essa pesquisa de satisfação do servidor da forma correta, nem utilizar as informações provenientes de forma eficiente.

Uma pesquisa do gênero já foi aplicada a nível de atenção primária e segue como apêndice 4 do presente trabalho para que, no futuro, sirva como base para confecção da pesquisa a ser aplicada na média complexidade. Quando houver,

também é necessário que sua utilização e eficácia esteja no checklist para ser verificada.

f. Plataforma de gestão

Há pouca ou nenhuma integração eficiente entre os sistemas de gestão em saúde utilizados pela Secretaria, e existem plataformas que promovem essa gestão integrada de informações em saúde pública, tanto em esfera municipal, quanto estadual. A dificuldade no orçamento da Secretaria nos dias atuais impede a adoção desse tipo de ferramenta, por isso fica como sugestão para o futuro a compra ou criação de um sistema que corresponda a essas características.

Uma das plataformas que já existem é da empresa “MV”, que desenvolve sistemas de gestão em saúde tanto na esfera pública quanto na privada, chamada de “SOUL MV”, destinado a atender exclusivamente a esfera pública. A plataforma integra a atenção primária, média e alta complexidades, além de órgãos públicos relacionados a saúde, como ministérios e secretarias. Ela também cria indicadores gerenciais, clínicos e epidemiológicos, garantindo assim, o cumprimento das determinações do Ministério da Saúde.

Com a integração entre os órgãos, a burocracia diminui, melhorando a comunicação e o atendimento à população. Em seu site online é possível observar diversos cases da aplicação do sistema em outros hospitais, tanto públicos quanto particulares e o resultado é bem promissor.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho iniciado por Silva (et al, 2015) foi fundamental para o desenvolvimento da dimensão Gestão, da Matriz de Referenciamento para Policlínicas, servindo de base e guia em muitos momentos. A ausência de legislação mais específica sobre Gestão na área da saúde elevou a importância do contato com os gestores responsáveis pela média complexidade e os coordenadores das policlínicas, que se mostraram muito abertos a pensar, promover planos de melhoria e, principalmente, expor os seus modos de trabalho. Isso tudo foi de suma importância para o desenvolvimento de metas reais, bem como planos de ação concisos.

O resultado alcançado é considerado ótimo, atingindo o objetivo que se tinha de desenvolver indicadores e parâmetros para dimensão Gestão, criando uma forma de comparar os processos entre as quatro policlínicas, e mais: incentivando ações de

melhoria e boas práticas. Em várias ocasiões o foco foi incutir a cultura do feedback, pouco presente entre as instituições e equipes.

Comunicação foi o foco. Nas sugestões para o futuro, a maioria diz respeito a melhorar a relação com entidades, com os usuários, coleta e, principalmente, disseminação de informações.

A razão de existir desse manual é atender o usuário cada vez melhor e para isso é necessário o comprometimento e a disposição de ouvir os outros envolvidos. Coproduzir a informação é importante para evolução de estruturas de governos em todas as áreas.

A intenção é que haja continuidade e todas as dimensões estabelecidas por Silva (et al, 2015) sejam contempladas. Após a Matriz completa, deve haver revisão de todos os materiais produzidos de acordo com o que foi observado na realidade prática.

9 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário do Aurélio**. Disponível em: <<http://dicionariodoaurelio.com/>>. Acesso em: 15 nov. 2015.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde nº 1. **Secretaria Municipal de Saúde Regimento Interno**. Florianópolis, Jan. 2010. p. 01-74.

MARRARA, Thiago. **Princípios de direito administrativo**. São Paulo: Atlas, 2012. p. 95.

SILVA, Caroline Santos; CRISTÓVÃO, Daniela Silva; BARBOSA, Laiana Mayara; PEREIRA, Mariani. **Manual de padrões e parâmetros para policlínicas**: Secretaria de saúde de Florianópolis. 2015. 25 p. (Graduação) - Curso de Administração Pública, Udesc, Florianópolis, 2015.

INSTRUMENTO DE MONITORAMENTO DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

Anelise Alves Nunes

Jéssica Franzoni

Marina Kremer

Vanessa Hasckel

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, até a metade dos anos 80, o debate sobre a qualidade nos serviços de saúde referia-se somente à qualidade na dimensão técnica, sem considerar a necessidade de reconhecer preferências individuais e sociais, de maneira a equacioná-las na garantia de equidade. Atualmente, há amplo reconhecimento da existência de diferentes instâncias que necessitam da implementação de melhorias no que se refere a qualidade, tanto na relação médico-paciente, quanto na capacitação profissional, em níveis gerencial, administrativo e operacional.

Sucessivamente, como consequência de múltiplas atividades de informação e divulgação, o discurso sobre qualidade no âmbito da saúde voltou a ser prioritário na agenda dos governos. De fato, nos últimos anos a qualidade é considerada um componente estratégico na maioria dos países do mundo. Nesse sentido, é preciso superar aquela concepção que considera o discurso da qualidade como uma prerrogativa dos países ricos de recursos e com um sistema de saúde avançado.

Segundo Bonato (p. 219, 2011):

"(...) A qualidade total implica a satisfação das expectativas e necessidades dos clientes por meio de uma gestão científica dos processos, baseada em fatos e dados, voltada para a correção e prevenção de erros. Deve ser baseada na manutenção e melhoria dos padrões de desempenho atuais, com produtos e serviços melhores e mais competitivos, participação e envolvimento dos membros da organização, considerando aspectos éticos que envolvem a prestação dos serviços de saúde (...)"

Apesar do crescente avanço nos últimos anos, o conceito de qualidade ainda representa uma dificuldade para a maioria dos atores que operam na área da saúde. Dessa forma, a principal demanda apresentada pela Diretoria de Processamento, Controle, Avaliação e Auditoria da Secretaria de Saúde do Município de Florianópolis, é a de mensurar a qualidade dos serviços de Terapia Renal Substitutiva - TRS -

prestados pelo município. O grande desafio para os gestores da área é o de encontrar indicadores precisos e eficazes para avaliar a TRS para os pacientes, trazendo, a longo prazo, melhor qualidade no atendimento e redução do quadro atual referente a doenças renais.

Após muitos encontros em conjunto com a Diretoria em questão e auxílio da Professora Sullivan Desirée Fischer, elaboramos o produto final através de uma Planilha Eletrônica, com indicadores propostos conforme a Portaria 389/2014 do Ministério da Saúde, na qual cada indicador possui sua descrição de forma clara, fonte de verificação, fórmula de cálculo, parâmetro e meta (através de um índice ou valor absoluto a ser buscado e atingido ao longo de determinado período de tempo).

A partir do diagnóstico da organização (Diretoria de Processamento, Controle, Avaliação e Auditoria da Secretaria de Saúde do Município de Florianópolis), será justificada a escolha do produto como ação prioritária para a demanda apresentada, assim como a inclusão de tal metodologia nas atividades diárias da organização para a obtenção dos melhores resultados possíveis mensurando a qualidade dos serviços de TRS para o cidadão.

2. DESCRIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde é uma unidade subordinada ao Ministério da Saúde e tem como atribuições planejar, organizar, executar, avaliar e controlar as ações e os serviços de saúde públicos e privados sob sua gestão.

Segundo Machado; Lima; Baptista (p. 57, 2011):

“Aos municípios, atribuem-se as funções relativas à coordenação do sistema em seu âmbito, como a organização das portas de entrada do sistema, o estabelecimento de fluxos de referência, a integração da rede de serviços, a articulação com outros municípios para referências, a regulação e avaliação dos prestadores públicos e privados situados em seu território.”

Inserido na Secretaria Municipal de Saúde como unidade administrativa, a Diretoria de Processamento, Controle, Avaliação e Auditoria, tem como competência realizar o controle e a avaliação dos serviços realizados pelos prestadores aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS.

3. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO PROBLEMA

A Diretoria de Processamento, Controle, Avaliação e Auditoria da Secretaria de Saúde do Município de Florianópolis, por não possuir serviço próprio de Nefrologia, possui contrato com o Prestador de Serviço Clínica do Rim e Hipertensão Arterial no Centro de Florianópolis - CLINIRIM - para realização de ações em saúde com relação à linha de cuidado da Terapia Renal Substitutiva - TRS.

A demanda apresentada pela Diretoria de Processamento, Controle, Avaliação e Auditoria é a construção de indicadores para monitoramento das instituições contratualizadas para a prestação dos serviços de TRS, necessária pela falta de controle sobre os serviços pelos quais os prestadores realizam.

Dessa forma, é fundamental ampliar o acesso dos pacientes ao atendimento especializado em nefrologia, e à Terapia Renal Substitutiva, além de fiscalizar eventuais irregularidades nos contratos estabelecidos com a Secretaria entre os Prestadores de Serviço,

Mensalmente, os contratualizados encaminham o relatório de produção mensal à Gerência de Controle, Avaliação - GECOA, subsequente à prestação do serviço e visitas mensais realizadas pelas médicas da GECOA, onde controlam a produção executada para então ser efetuado posteriormente o pagamento dos serviços executados.

Entretanto, o relatório não apresenta detalhamento da prestação dos serviços realizados, dificultando à Gerência avaliar a qualidade destes, bem como questionando-se sobre veracidade dos dados presentes no relatório. Assim, faz-se ausente uma relação de equilíbrio nos contratos da Secretaria de Saúde com seus prestadores que utilizem aspectos como: qualidade x produção x recursos financeiros.

Outra iniciativa na busca da melhoria da qualidade desenvolvida pela Secretaria com relação a esse prestador foi a Auditoria programada para verificar as conformidades na realização dos serviços e procedimentos de Terapia Renal Substitutiva realizado nos meses de maio, junho e julho de 2013.

Somado a esses fatores, em 2014, o Ministério de Saúde publicou a Portaria 389/2014 que define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica e estabelece indicadores de acompanhamento desses serviços. Esses indicadores não são acompanhados frequentemente, nem tão pouco foi discutido sua pertinência e efetividade.

Sendo assim, a realidade dos serviços tanto por parte do prestador quanto pela Secretaria de Saúde mostra que não basta ter legislação com rol de indicadores, mas é necessário instrumentos e estabelecimentos de rotinas que facilitem a auto-avaliação por parte do serviço - CLINIRIM - e que propicie a avaliação por parte do contratado - Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

É importante considerar o atual cenário econômico, político e social brasileiro caracterizado pela crise e consequente deficiência no repasse de recursos financeiros em todos os entes federativos, destinados aos serviços públicos. Neste contexto, há dificuldade em impor novas condicionantes que meçam a eficiência dos serviços prestados, já que existe grande atraso no pagamento pelo município às empresas contratadas.

4. IDENTIFICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS DE SOLUÇÃO

A partir do diagnóstico, constatou-se a real necessidade apresentada pela Diretoria de Processamento, Controle, Avaliação e Auditoria a construção de um instrumento para monitoramento e avaliação da prestação dos serviços das instituições contratualizadas para a prestação de serviços de Terapia Renal Substitutiva, legitimando a transferência de recursos públicos para o setor privado e possibilitando o estabelecimento de critérios técnicos de participação, necessários a adequada prestação dos serviços.

A proposta é a elaboração de um instrumento normativo que contenha indicadores quantitativos e qualitativos, que auxiliem tanto o prestador de serviço quanto a Secretaria Municipal de Saúde na avaliação da qualidade dos Serviços de Atenção à Saúde – Procedimentos de Terapia Renal Substitutiva (TRS), podendo servir de referência para outras instituições que desejarem utilizá-los.

A ferramenta utilizada para atender a demanda em questão, foi a planilha eletrônica da Microsoft Excel, pois através desta, será possível sistematizar os indicadores elencados pela Portaria nº 389/2014 do Ministério da Saúde e elaborados pela Diretoria de Processamento, Controle, Avaliação e Auditoria. Dessa forma, haverá possibilidade de monitorar os serviços através da avaliação periódica destes indicadores por parte da GECOA, identificando falhas nos processos e aspectos a serem melhorados, proporcionando seu aperfeiçoamento contínuo.

5. AÇÕES PRIORIZADAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

Os indicadores são instrumentos que permitirão acompanhar, avaliar e interferir no processo de prestação de serviços de Terapia Renal Substitutiva, em que cada indicador deverá ter uma meta diretamente relacionada com o Planejamento da Secretaria de Saúde. É muito comum que os critérios para julgar o êxito de um determinado projeto em cada um de seus níveis sejam foco de diferentes interpretações por parte dos seus participantes, através dos indicadores será possível construir consensos muito claros de qualidade, dentre todos os atores envolvidos na prestação do serviço.

Na construção dos indicadores, adotaram-se indicadores qualitativos e quantitativos:

Os quantitativos são foram obtidos através da Portaria nº 389/2014 do Ministério da Saúde. De acordo com o Art. 36. desta legislação:

“Os estabelecimentos de saúde que prestam assistência às pessoas com Doença Renal Crônica, habilitados pelos critérios definidos nesta Portaria, deverão produzir as informações para atender aos indicadores de qualidade definidos no Anexo I e se comprometer com as metas estabelecidas.”

Para avaliar os 17 indicadores quantitativos propostos, foram discriminados elementos como:

- Tipo: Classificação do Indicador (Em fase de análise).
- Descrição: Definição do Indicador. (Em fase de elaboração).
- Cálculo: Fórmula matemática (numerador/denominador) para o alcance do resultado.
- Fonte: Onde estará disponível a informação a respeito do numerador e denominador. (Em fase de análise).
- Frequência: Periodicidade de avaliação de cada indicador.
- Parâmetro: Refere-se a meta estabelecida pelo Ministério da Saúde a nível nacional.
- Meta: Refere-se a meta de acordo com a realidade da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, considerando os parâmetros elencados pelo Ministério da Saúde. (Em fase de elaboração).

Os indicadores qualitativos foram elaborados pela Diretoria de Processamento, Controle, Avaliação e Auditoria. Para avaliar os 11 indicadores qualitativos propostos, foram discriminados elementos como:

- Tipo: Classificação do Indicador (Em fase de análise).
- Descrição: Definição do Indicador. (Em fase de elaboração).
- Fonte: Onde estará disponível a informação necessária para mensurar o indicador a partir da análise documental, e se necessário, será realizada visita in locu. (Em fase de análise).
- Resultado do indicador: Classificado em “sim” ou “não”, verificando o alcance ou não de determinado indicador.

5.1 Indicadores Quantitativos – (Conforme anexo A)

Indicador: Proporção de pacientes em tratamento conservador encaminhados para tratamento hemodialítico e com FAV maturada.

Tipo: Em fase de análise.

Descrição: Indica o acesso do usuário para iniciar o tratamento dialítico. Pacientes em tratamento conservador encaminhados para tratamento.

Cálculo:
$$\frac{\text{Nº de pacientes em tratamento conservador encerrado devido encaminhamento para tratamento hemodialítico e com FAV maturada}}{\text{Nº Total de pacientes em tratamento conservador encerrado devido encaminhamento para tratamento hemodialítico}} \times 100.$$

Fonte:
$$\frac{\text{Nº de pacientes em tratamento conservador encerrado devido encaminhamento para tratamento hemodialítico e com FAV maturada (Indicar Fonte)}}{\text{Nº Total de pacientes em tratamento conservador encerrado devido encaminhamento para tratamento hemodialítico (Indicar Fonte)}}$$

Frequência: Mensal.

Parâmetro: 50% ao final de 2 anos após a implementação da política.

Metas: Em fase de elaboração.

Indicador: Proporção de pacientes em tratamento conservador que abandonaram o tratamento.

Tipo: Em fase de análise.

Descrição: Em fase de elaboração.

Cálculo: $\text{N}^\circ \text{ pacientes em tratamento conservador com abandono de tratamento} / \text{N}^\circ \text{ total de pacientes em tratamento} \times 100$

Fonte: $\text{N}^\circ \text{ pacientes em tratamento conservador com abandono de tratamento (Indicar Fonte)} / \text{N}^\circ \text{ total de pacientes em tratamento (Indicar Fonte)}$

Frequência: Anual.

Parâmetro: < 10% ao final de 2 anos após a implementação da política

Metas: Em fase de elaboração.

Indicador: Proporção de pessoas em diálise peritoneal.

Tipo: Em fase de análise.

Descrição: Avalia a proporção de pacientes em diálise peritoneal para fins de comparação em outros serviços e a indicação do mesmo aos pacientes. Diálise peritoneal é o processo de depuração do sangue no qual a transferência de solutos e líquidos ocorre através de uma membrana semipermeável (o peritônio) que separa dois compartimentos.

Cálculo: $\text{N}^\circ \text{ pacientes em diálise peritoneal} / \text{N}^\circ \text{ total de pacientes em tratamento (hemodiálise + diálise peritoneal)} \times 100$

Fonte: $\text{N}^\circ \text{ pacientes em diálise peritoneal (SAI código)} / \text{N}^\circ \text{ total de pacientes em tratamento (hemodiálise + diálise peritoneal) (SAI código)}$.

Frequência: Mensal.

Parâmetro: Aumento anual gradativo, com relação de para cada 4 pacientes em HD ter 1 em DP ao final de 2 anos após a implementação da política

Metas: Em fase de elaboração.

Indicador: Proporção de pacientes em hemodiálise em uso de cateter de curta duração por mais de 3 meses.

Tipo: Em fase de análise.

Descrição: Em fase de elaboração

Cálculo: $\text{N}^\circ \text{ pacientes em HD em uso de cateter venoso central de curta duração} / \text{N}^\circ \text{ total de pacientes em tratamento de HD} \times 100$

Fonte: $\text{N}^\circ \text{ pacientes em HD em uso de cateter venoso central de curta duração (Indicar Fonte)} / \text{N}^\circ \text{ total de pacientes em tratamento de HD (Indicar Fonte)}$

Frequência: Mensal

Parâmetro: 10% ao final de 2 anos após a implementação da política

Metas: Em fase de elaboração.

Indicador: Taxa de mortalidade em pacientes com DRC em tratamento dialítico.

Tipo: Em fase de análise.

Descrição: Em fase de elaboração

Cálculo: N° óbitos em pacientes / N° total de pacientes em tratamento dialítico X 100

Fonte: N° óbitos em pacientes (Indicar Fonte) / N° total de pacientes em tratamento dialítico (Indicar Fonte)

Frequência: Mensal.

Parâmetro: < 10% ao final de 2 anos após a implementação da política

Metas: Em fase de elaboração.

Indicador: Incidência em peritonite em pacientes em DPA e DPAC.

Tipo: Em fase de análise.

Descrição: Em fase de elaboração.

Cálculo: Proporção de pacientes em diálise peritoneal com peritonite diagnosticada no mês vigente/ N° total de pacientes em tratamento de CAPD e DPA X 100

Fonte: Proporção de pacientes em diálise peritoneal com peritonite diagnosticada no mês vigente (Indicar Fonte) / N° total de pacientes em tratamento de CAPD e DPA (Indicar Fonte)

Frequência: Mensal.

Parâmetro: 1 episódio por paciente a cada três anos ao final de 2 anos após a implementação da política

Metas: Em fase de elaboração.

Indicador: Proporção de pacientes com Hemoglobina ≥ 10 g/dl, em tratamento dialítico.

Tipo: Em fase de análise.

Descrição: Em fase de elaboração.

Cálculo: N° pacientes com $10 \leq Hb \leq 11$ dg/ml / N° total de pacientes em tratamento X 100

Fonte: N° pacientes com 10 £ Hb £ 11 dg/ml (Indicar Fonte) / N° total de pacientes em tratamento (Indicar Fonte)

Frequência: Mensal.

Parâmetro: ³ 80% ao final de 2 anos após a implementação da política

Metas: Em fase de elaboração.

Indicador: Proporção de pacientes com Fósforo entre 3,5 a 5,5 mg/dl.

Tipo: Em fase de análise.

Descrição: Em fase de elaboração.

Cálculo: N° pacientes com 3,5£ P £5,5 mg/dl /N° total de pacientes em tratamento X 100

Fonte de verificação: N° pacientes com 3,5£ P £5,5 mg/dl (Indicar Fonte) / N° total de pacientes em tratamento (Indicar Fonte)

Frequência: Mensal.

Parâmetro: ³ 50% ao final de 2 anos após a implementação da política.

Metas: Em fase de elaboração.

Indicador: Proporção de pacientes em HD com Ktv ³ 1,2

Tipo: Em fase de análise.

Descrição: Em fase de elaboração.

Cálculo: N° pacientes com Ktv ³ 1,2 /N° total de pacientes em tratamento de HD X 100

Fonte: N° pacientes com Ktv ³ 1,2 (Indicar Fonte) / N° total de pacientes em tratamento de HD (Indicar Fonte)

Frequência: Mensal.

Parâmetro: ³ 70% ao final de 2 anos após a implementação da política

Metas: Em fase de elaboração.

Indicador: Número de soro conversão para Hepatite C positiva em pacientes submetidos à Hemodiálise.

Tipo: Em fase de análise.

Descrição: Em fase de elaboração.

Cálculo: N° absoluto de caso com soro conversão positiva para hepatite C

Fonte: Nº absoluto de caso com soro conversão positiva para hepatite C (Indicar Fonte)

Frequência: Mensal.

Parâmetro: Zero ao final de 2 anos após a implementação da política

Metas: Em fase de elaboração.

Indicador: Proporção de pacientes aptos para o transplante e com mais de 6 meses de tratamento dialítico, inscritos na CNCDO.

Tipo: Em fase de análise.

Descrição: Em fase de elaboração.

Cálculo: $\frac{\text{Nº pacientes aptos para o Tx e com } \geq 6 \text{ meses de tratamento inscritos na CNCDO}}{\text{Nº total de pacientes aptos para transplante e com mais de 6 meses para X}} \times 100$

Fonte: $\frac{\text{Nº pacientes aptos para o Tx e com } \geq 6 \text{ meses de tratamento inscritos na CNCDO (Indicar Fonte)}}{\text{Nº total de pacientes aptos para transplante e com mais de 6 meses para (Indicar Fonte)}}$

Frequência: Mensal.

Parâmetro: 80% ao final de 2 anos após a implementação da política.

Metas: Em fase de elaboração.

Indicador: Proporção de confecção de Fístula artéria venosa - FAV maturadas.

Tipo: Em fase de análise.

Descrição: Em fase de elaboração.

Cálculo: $\frac{\text{Nº pacientes com FAV maturadas}}{\text{Nº de pacientes com FAV confeccionadas}} \times 100$

Fonte: $\frac{\text{Nº pacientes com FAV maturadas (Indicar Fonte)}}{\text{Nº de pacientes com FAV confeccionadas (Indicar Fonte)}}$

Frequência: Mensal.

Parâmetro: 70% ao final de 2 anos após a implementação da política

Metas: Em fase de elaboração.

Indicador: Taxa de hospitalização dos pacientes por intercorrência clínica.

Tipo: Em fase de análise.

Descrição: Em fase de elaboração.

Cálculo: $\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes internados por intercorrência clínica em HD}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes em tratamento de HD}} \times 100$ e $\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes internados por intercorrência clínica em CAPD e DPA}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes em tratamento de CAPD e DPA}} \times 100$

Fonte: $\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes internados por intercorrência clínica em HD (Indicar Fonte)}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes em tratamento de HD (Indicar Fonte)}}$ e $\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes internados por intercorrência clínica em CAPD e DPA (Indicar Fonte)}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes em tratamento de CAPD e DPA (Indicar Fonte)}}$

Frequência: Mensal ao final de 2 anos após a implementação da política.

Parâmetro: Não há.

Metas: Em fase de elaboração.

Indicador: Proporção de pacientes em tratamento conservador com Hemoglobina (Hb) ≥ 10 mg/dl.

Tipo: Em fase de análise.

Descrição: Em fase de elaboração

Cálculo: $\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes em tratamento conservador com } 10 < \text{Hb} < 12 \text{ mg}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes em tratamento}} \times 100$

Fonte: $\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes em tratamento conservador com } 10 < \text{Hb} < 12 \text{ mg (Indicar Fonte)}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes em tratamento (Indicar Fonte)}}$

Frequência: Trimestral.

Parâmetro: 90% ao final de 2 anos após a implementação da política.

Metas: Em fase de elaboração.

Indicador: Proporção de pacientes em tratamento conservador com a dosagem de fósforo (P) $2,5 < \text{P} < 4,5$ mg/dl.

Tipo: Em fase de análise.

Descrição: Em fase de elaboração.

Cálculo: $\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes em tratamento conservador com } 2,5 < \text{P} < 4,5 \text{ mg/dl}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes em tratamento}} \times 100$

Fonte: $\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes em tratamento conservador com } 2,5 < \text{P} < 4,5 \text{ mg/dl (Indicar Fonte)}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes em tratamento (Indicar Fonte)}}$

Frequência: Trimestral.

Parâmetro: 70% ao final de 2 anos após a implementação da política

Metas: Em fase de elaboração.

Indicador: Proporção de pacientes com Albumina $\geq 3,0$ mg/dl.

Tipo: Em fase de análise.

Descrição: Em fase de elaboração.

Cálculo: N° pacientes com Ab $\geq 3,0$ g/dl / N° total de pacientes em tratamento X 100

Fonte: N° pacientes com Ab $\geq 3,0$ g/dl (Indicar Fonte) / N° total de pacientes em tratamento (Indicar Fonte)

Frequência: Trimestral.

Parâmetro: 70% ao final de 2 anos após a implementação da política

Metas: Em fase de elaboração.

Indicador: Proporção de pacientes com PTH >600 g/ml.

Tipo: Em fase de análise.

Descrição: Em fase de elaboração.

Cálculo: N° de pacientes com PTH > 600 pg/ml / N° total de pacientes em tratamento X 100

Fonte: N° de pacientes com PTH > 600 pg/ml (Indicar Fonte) / N° total de pacientes em tratamento (Indicar Fonte)

Frequência: Trimestral.

Parâmetro: $\leq 20\%$ ao final de 2 anos após a implementação da política

Metas: Em fase de elaboração.

5.2 Indicadores Qualitativos (Conforme Anexo B)

Indicador: Implementação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

Tipo: Gestão Comissões.

Descrição: Considera-se indicador cumprido:

- 1) o hospital que apresentar a comissão de Infecção Hospitalar; e
- 2) Apresentar registro de pelo menos uma reunião a cada 2 meses.

Fonte:

- 1) Documento oficial do Hospital que formaliza a Comissão;
- 2) Ata de reuniões com assinatura dos participantes (50% dos membros instituídos);

Mensuração semestral, com possibilidade de apresentação de documento para valiar o cumprimento da meta durante os meses em que não haver avaliação "in locu".

3) Acompanhamento dos indicadores relacionados a infecção hospitalar (trimestral)

Resultado do indicador: Sim ou não.

Indicador: Implementação da Avaliação Nutricional.

Tipo: Gestão Comissões.

Descrição: Considera-se indicador cumprido:

1) prestador Nutricional; e

2) Apresentar registro de pelo menos uma reunião a cada 2 meses.

Fonte: Em fase de análise.

Resultado do indicador: Sim ou não.

Indicador: Implementação da Avaliação de Enfermagem.

Tipo: Gestão Comissões.

Descrição: Em fase de elaboração.

Fonte: Em fase de análise.

Resultado do indicador: Sim ou não.

Indicador: Implementação da Avaliação Psicólogo.

Tipo: Gestão Comissões.

Descrição: Em fase de elaboração.

Fonte: Em fase de análise.

Resultado do indicador: Sim ou não.

Indicador: Implementação da Avaliação Assistente.

Tipo: Gestão Comissões.

Descrição: Em fase de elaboração.

Fonte: Em fase de análise.

Resultado do indicador: Sim ou não.

Indicador: Implementação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

Tipo: Gestão Comissões.

Descrição: Considera-se indicador cumprido:

1) o hospital que apresentar a Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde; e

2) Apresentar registro de pelo menos uma reunião a cada 2 meses.

Fonte: Em fase de análise.

Resultado do indicador: Sim ou não.

Indicador: Implementação da Comissão de Revisão e Análise de Óbitos.

Tipo: Gestão Comissões.

Descrição: Considera-se indicador cumprido:

1) o hospital que apresentar a Comissão de Revisão e Análise de Óbitos; e

2) Apresentar registro de pelo menos uma reunião a cada 2 meses.

Fonte: Em fase de análise.

Resultado do indicador: Sim ou não.

Indicador: Implementação da Comissão de Segurança do Paciente.

Tipo: Gestão Comissões.

Descrição: Considera-se indicador cumprido:

1) o hospital que apresentar a Comissão de Segurança do Paciente; e

2) Apresentar registro de pelo menos uma reunião a cada 2 meses.

Fonte: Em fase de análise.

Resultado do indicador: Sim ou não.

Indicador: Implementação da Comissão de Revisão e Análise de Prontuários.

Tipo: Gestão Comissões.

Descrição: Considera-se indicador cumprido:

1) o hospital que apresentar a Comissão de Revisão e Análise de Prontuários e

2) Apresentar registro de pelo menos uma reunião a cada 2 meses.

Fonte: Em fase de análise.

Resultado do indicador: Sim ou não.

Indicador: Implementação da Comissão de Ética Médica.

Tipo: Gestão Comissões.

Descrição: Considera-se indicador cumprido:

- 1) o hospital que apresentar a comissão de Infecção Hospitalar; e
- 2) Apresentar registro de pelo menos uma reunião a cada 2 meses.

Fonte: Em fase de análise.

Resultado do indicador: Sim ou não.

Indicador: Realização de Pesquisa de Satisfação do Usuário.

Tipo: Gestão de Satisfação do Usuário.

Descrição: A Pesquisa de Satisfação do Usuário. O instrumento utilizado pode ser o disponibilizado pela Secretaria, desde que formalizado (portaria, diretriz, etc) pelo Hospital, podendo ser aplicado inclusive pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, desde que validado pelo Hospital, ou instrumento elaborado pelo próprio hospital ou de outra instituição. Com uma aplicação a cada 6 meses, resultados compilados.

Fonte:

- 1) Documento oficial do Hospital que formaliza o instrumento utilizado;
- 2) Instrumentos preenchidos (no mínimo 300 questionários em 6 meses);
- 3) Resultado compilado.

Resultado do indicador: Sim ou não.

6. RESULTADOS ALCANÇADOS E PERSPECTIVAS

Através do processo de Consultoria realizado ao longo do semestre/2016.1, percebe-se um evidente aumento da preocupação com a qualidade nos serviços de saúde oferecidos à população nos debates sobre reforma dos sistemas de saúde decorrentes de um processo gradual que implica numa reconfiguração das relações entre profissionais e pacientes e entre demanda e oferta de cuidados em saúde, neste caso, em Terapia Renal Substitutiva.

Por isso, a Diretoria de Processamento, Controle, Avaliação e Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis constatou a necessidade de desenvolver um sistema eficaz de avaliação que compreenda indicadores que valorizem todas as dimensões do processo de TRS: a eficácia clínica, o atendimento interdisciplinar, a capacidade organizacional e a relação com o paciente desde a pré-diálise, Através da planilha elaborada, será possível sistematizar os indicadores

estabelecidos na portaria e elaborados pela GECOA, que auxiliarão na avaliação dos serviços contratados, identificando possíveis ameaças e pontos a serem melhorados.

Ao longo do processo de consultoria foram evidenciadas diversas conexões com a prática de accountability. A elaboração de indicadores que auxiliem no monitoramento contínuo do serviço de Terapia Renal oferecido pelos prestadores, contribui para identificar e sistematizar aspectos a serem considerados e avaliados por gestores, servidores e parceiros e, conseqüentemente, amplia a transparência no repasse de recursos e possibilita o aprimoramento do serviço, aumentando sua eficiência a fim de atender a demanda da população.

A aplicação de indicadores auxilia, também, na definição clara dos papéis e responsabilidades dos diversos atores envolvidos, contribuindo para a efetividade do controle interno e externo, para possíveis comparações em termos de gastos, resultados e para a responsabilização por atos e omissões, gerando efeitos potenciais sobre o uso dos recursos públicos destinados e à qualidade dos serviços oferecidos aos usuários. Além disso, os indicadores possibilitarão a identificação de falhas e pontos fracos do processo, evidenciando a necessidade de melhorias.

É importante ressaltar que este instrumento é um projeto piloto, de modo que se sugere a continuação deste estudo para aprimoramento dos indicadores e sua ampliação, com vistas a melhoria da avaliação. Além disso, sugere-se a avaliação periódica para verificação dos indicadores, corrigindo eventuais falhas e sugerindo novos, conforme demanda do avaliador.

7. REFERÊNCIAS

BARBOSA, Waldileuza Ferreira Rodrigues. **Parcerias Público-Privadas para Consolidação do SUS**. Coleção Gestão da Saúde Pública, vol. 13. Florianópolis, 2011. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_339793983.pdf> Acesso em: 27/06/2016.

BONATO, Vera Lucia. **Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente**. O Mundo da Saúde, São Paulo: 2011;35(5):319-331. 319.

Lei n. 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. 1990. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080.htm>> Acesso em: 06/06/2016.

Portaria nº 389, de 13 de março de 2014. Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0389_13_03_2014.html> Acesso em: 06/06/2016.

SERAPIONI, Mauro. **Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional.** Revista Crítica de Ciências Sociais, 85, Junho 2009: 65-82.

ANEXO A – INDICADORES QUANTITATIVOS

Tipo	INDICADOR	DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Cálculo	Fonte de Verificação	Frequência	Parâmetro	Metas	JANEIRO		
								Numerador	Denominador	Resultado do Indicador
Classificar	Proporção de pacientes em tratamento conservador que abandonaram o tratamento	Descrever Indicador	Nº pacientes em tratamento conservador com abandono de tratamento/Nº total de pacientes em tratamento X 100	Indicar Fonte	Anual	< 10% ao final de 2 anos após a implementação da política	Definir Meta			

Classificar	Proporção de pacientes em tratamento conservador encaminhados para tratamento hemodialítico e com FAV maturada	Indica o acesso do usuário para iniciar o tratamento dialítico. Pacientes em tratamento conservador encaminhados para tratamento hemodialítico	Nº de pacientes em tratamento conservador encerrado devido encaminhamento para tratamento hemodialítico e com FAV maturada/Nº Total de pacientes em tratamento conservador encerrado devido encaminhamento para tratamento hemodialítico X 100	Indicar Fonte	Mensal	50% ao final de 2 anos após a implementação da política	Definir Meta			
-------------	--	--	--	---------------	--------	---	--------------	--	--	--

Classificar	Proporção de pessoas em diálise peritoneal	Avalia a proporção de pacientes em diálise peritoneal para fins de comparação em outros serviços e a indicação do mesmo aos pacientes	Nº pacientes em diálise peritoneal /Nº total de pacientes em tratamento (hemodiálise + diálise peritoneal) X 100	Indicar Fonte	Mensal	Aumento anual gradativo, com relação de para cada 4 pacientes em HD ter 1 em DP ao final de 2 anos após a implementação da política	Definir Meta			
Classificar	Proporção de pacientes em hemodiálise e em uso de cateter de curta duração	Descrever Indicador	Nº pacientes em HD em uso de cateter venoso central de curta duração/Nº total de pacientes em tratamento de HD X 100	Indicar Fonte	Mensal	< 10% ao final de 2 anos após a implementação da política	Definir Meta			

	por mais de 3 meses									
Classificar	Taxa de mortalidade em pacientes com DRC em tratamento dialítico	Descrever Indicador	Nº óbitos em pacientes /Nº total de pacientes em tratamento dialítico X 100	Indicar Fonte	Mensal	< 10% ao final de 2 anos após a implementação da política	Definir Meta			
Classificar	Número de soroconversão para Hepatite C positiva em pacientes submetidos à	Descrever Indicador	Nº absoluto de caso com soroconversão positiva para hepatite C	Indicar Fonte	Mensal	Zero ao final de 2 anos após a implementação da política	Definir Meta			

	Hemodiálise									
Classificar	Incidência em peritonite em pacientes em DPA e DPAC	Descrever Indicador	Proporção de pacientes em diálise peritoneal com peritonite diagnosticada no mês vigente/ Nº total de pacientes em tratamento de CAPD e DPA X 100	Indicar Fonte	Mensal	1 episódio por paciente a cada três anos ao final de 2 anos após a implementação da política	Definir Meta			

Classificar	Proporção de pacientes com Hemoglobina ³ 10 g/dl, em tratamento dialítico	Descrever Indicador	Nº pacientes com 10 £ Hb £ 11 dg/ml /Nº total de pacientes em tratamento X 100	Indicar Fonte	Mensal	³ 80% ao final de 2 anos após a implementação da política	Definir Meta			
Classificar	Proporção de pacientes com Fósforo entre 3,5 a 5,5 mg/dl	Descrever Indicador	Nº pacientes com 3,5£ P £5,5 mg/dl /Nº total de pacientes em tratamento X 100	Indicar Fonte	Mensal	³ 50% ao final de 2 anos após a implementação da política	Definir Meta			

Classificar	Proporção de pacientes em HD com Ktv ³ 1,2	Descrever Indicador	Nº pacientes com Ktv ³ 1,2 /Nº total de pacientes em tratamento de HD X 100	Indicar Fonte	Mensal	³ 70% ao final de 2 anos após a implementação da política	Definir Meta			
Classificar	Proporção de pacientes aptos para o transplante e com mais de 6 meses de tratamento dialítico, inscritos na CNCDO	Descrever Indicador	Nº pacientes aptos para o Tx e com ³ 6 meses de tratamento inscritos na CNCDO/Nº total de pacientes aptos para transplante e com mais de 6 meses para X 100	Indicar Fonte	Mensal	80% ao final de 2 anos após a implementação da política	Definir Meta			

Classificar	Proporção de confecção de Fístula arterio venosa FAV maturadas	Descrever Indicador	Nº pacientes com FAV maturadas/Nº de pacientes com FAV confeccionadas X 100	Indicar Fonte	Mensal	70% ao final de 2 anos após a implementação da política	Definir Meta			
Classificar	Taxa de hospitalização dos pacientes por intercorrência clínica	Descrever Indicador	Nº pacientes internados por intercorrência clínica em HD/Nº total de pacientes em tratamento de HD X 100 e Nº pacientes internados por intercorrência clínica em CAPD e DPA/Nº total de pacientes em tratamento de CAPD e DPA X 100	Indicar Fonte	Mensal ao final de 2 anos após a implementação da política	Não há	Definir Meta			

Classificar	Proporção de pacientes em tratamento conservador com Hemoglobina (Hb) ³ 10 mg/dl	Descrever Indicador	Nº pacientes em tratamento conservador com 10 < Hb < 12 mg/Nº total de pacientes em tratamento X 100	Indicar Fonte	Trimestral	90% ao final de 2 anos após a implementação da política	Definir Meta			
Classificar	Proporção de pacientes em tratamento conservador com a dosagem de fósforo (P) 2,5 <P< 4,5 mg/dl	Descrever Indicador	Nº pacientes em tratamento conservador com 2,5 <P< 4,5 mg/dl/Nº total de pacientes em tratamento X 100	Indicar Fonte	Trimestral	70% ao final de 2 anos após a implementação da política	Definir Meta			

Classificar	Proporção de pacientes com Albumina ³ 3,0 mg/dl	Descrever Indicador	Nº pacientes com Ab ³ 3,0 g/dl /Nº total de pacientes em tratamento X 100	Indicar Fonte	Trimestral	³ 70% ao final de 2 anos após a implementação da política	Definir Meta			
Classificar	Proporção de pacientes com PTH >600g/ml	Descrever Indicador	Nº de pacientes com PTH> 600 pg/ml/Nº total de pacientes em tratamento X 100	Indicar Fonte	Trimestral	£ 20% ao final de 2 anos após a implementação da política	Definir Meta			

ANEXO B – INDICADORES QUALITATIVOS

Tipo de Indicador	INDICADOR	DESCRIÇÃO DO INDICADOR	FONTE DE VERIFICAÇÃO	Janeiro de 2016
				Resultado do Indicador (1SIM e 2 Não)

Gestão Comissões	Implementação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	Considera-se indicador cumprido: 1) o hospital que apresentar a comissão de Infecção Hospitalar; e 2) Apresentar registro de pelo menos uma reunião a cada 2 meses.	1) Documento oficial do Hospital que formaliza a Comissão; 2) Ata de reuniões com assinatura dos participantes (50% dos membros instituídos); *Mensuração semestral, com possibilidade de apresentação de documento para avaliar o cumprimento da meta durante os meses em que não haver avaliação "in locu". 3) Acompanhamento dos indicadores relacionados a infecção hospitalar (trimestral)	
	Implementação da Avaliação Nutricional	Considera-se indicador cumprido: 1) prestador Nutricional; e 2) Apresentar registro de pelo menos uma reunião a cada 2 meses.	Indicar Fonte	
	Implementação da Avaliação de Enfermagem	Descrever Indicador	Indicar Fonte	

	Implementação da Avaliação Psicólogo	Descrever Indicador	Indicar Fonte	
	Implementação da Avaliação Assistente	Descrever Indicador	Indicar Fonte	
	Implementação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde	Considera-se indicador cumprido: 1) o hospital que apresentar a Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde; e 2) Apresentar registro de pelo menos uma reunião a cada 2 meses.	Indicar Fonte	
	Implementação da Comissão de Revisão e Análise de Óbitos	Considera-se indicador cumprido: 1) o hospital que apresentar a Comissão de Revisão e Análise de Óbitos; e 2) Apresentar registro de pelo	Indicar Fonte	

		menos uma reunião a cada 2 meses.		
	Implementação da Comissão de Segurança do Paciente	Considera-se indicador cumprido: 1) o hospital que apresentar a Comissão de Segurança do Paciente; e 2) Apresentar registro de pelo menos uma reunião a cada 2 meses.	Indicar Fonte	
	Implementação da Comissão de Revisão e Análise de Prontuários	Considera-se indicador cumprido: 1) o hospital que apresentar a Comissão de Revisão e Análise de Prontuários e 2) Apresentar registro de pelo menos uma reunião a cada 2 meses.	Indicar Fonte	

	Implementação da Comissão de Ética Médica	<p>Considera-se indicador cumprido:</p> <p>1) o hospital que apresentar a comissão de Infecção Hospitalar; e</p> <p>2) Apresentar registro de pelo menos uma reunião a cada 2 meses.</p>	Indicar Fonte	
Gestão Satisfação do Usuário	Realização de Pesquisa de Satisfação do Usuário	<p>A Pesquisa de Satisfação do Usuário. O instrumento utilizado pode ser o disponibilizado pela Secretaria, desde que formalizado (portaria, diretriz, etc) pelo Hospital, podendo ser aplicado inclusive pela SMS Fpolis, desde que validado pelo Hospital, ou instrumento elaborado pelo próprio hospital ou de outra instituição. Com uma aplicação a cada 6 meses, resultados compilados.</p>	<p>1) Documento oficial do Hospital que formaliza o instrumento utilizado;</p> <p>2) Instrumentos preenchidos (no mínimo 300 questionários em 6 meses);</p> <p>3) Resultado compilado.</p>	

GUIA DO COORDENADOR LOCAL DE SAÚDE DO DISTRITO LESTE DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Bárbara Monatanheiro
Julia Pelegrini
Luiza Stuart
Marcos Abreu

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório é produto de consultoria de procedimentos realizada por acadêmicos do 8º termo do curso de Administração Pública da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC, com orientação das docentes Sullivan Desirée Fischer e Paula Chies Schommer, na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (SMS). A análise ocorreu na Diretoria de Atenção Primária, em particular, no Distrito Sanitário Leste.

A demanda atendida por esta Consultoria partiu de um diagnóstico preliminar dos gestores da SMS envolvidos diretamente com a problemática, em que foram identificadas fragilidades no Guia do Coordenador Local de Saúde do Distrito Leste, o qual foi elaborado pelos próprios profissionais da Secretaria Municipal de Saúde.

Para o desenvolvimento do Guia, faz-se necessário compreender o conceito de Coordenador Local (CL) e suas atribuições, e o seu histórico. Sendo assim, definimos como CL o profissional que é um líder e representante de uma equipe, além de assumir o papel na organização de materiais, recursos, equipamentos, processos técnicos, métodos de trabalho e pessoas.

Até 2014, inexistia na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (SMS) um documento que definisse claramente as atribuições do cargo de coordenação local. A clareza na definição de atribuições de um cargo diminui a probabilidade de geração de conflitos de autoridade como também confere legitimidade ao exercício das funções.

Tendo em vista essas necessidades, foi criado, através da Portaria/SS/GAB nº 26/2014, a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde de Florianópolis, que é o documento ordenador da Atenção Primária à Saúde (APS) no âmbito municipal, definindo normas e diretrizes para o funcionamento das equipes e serviços de atenção primária.

A Carteira de Serviços é o padrão de referência que deve ser utilizado, no âmbito da atenção primária do município, para:

- Organização e gestão do trabalho das equipes e serviços de atenção primária;
- Definição das atividades assistenciais oferecidas no âmbito da atenção primária;
- Definição de padrões de desempenho para profissionais, equipes e serviços de atenção primária;
- Definição de necessidades de educação permanente e desenvolvimento profissional continuado para profissionais e equipes de atenção primária;
- Organização das atividades docente-assistenciais de graduação e pós-graduação desenvolvidas na rede de saúde municipal.

A partir da criação da Carteira de Serviços, o Distrito Sanitário Leste percebeu a necessidade de um planejamento distrital para que fossem desenvolvidas ações que refletissem na capacitação dos gestores locais para o pleno exercício do cargo. Dentre essas ações, estabeleceu-se a elaboração de um Guia para Coordenadores Locais, com processos mapeados e documentados, com a função de conduzir os Coordenadores ao desenvolvimento de competências e indicar práticas para executar ações de gestão local.

Para reduzir as fragilidades apontadas, a Diretoria de Atenção Primária, em conjunto com os consultores definiu o objetivo dessa consultoria por aperfeiçoar o Guia do Coordenador Local de Saúde, no sentido de editoração, disponibilização e revisão de conteúdo, a fim de tornar esse um modelo para todos os distritos de saúde de Florianópolis.

Quanto a metodologia utilizada, foi a pesquisa documental na primeira versão do Guia já produzido pelos colaboradores locais, entrevistas semiestruturadas com os gestores, domínio de modelagem de processos, conhecimento sobre manualização, e conhecimento de editoração. Primeiramente, será realizado um diagnóstico da situação-problema, elaboração de alternativas de solução, e priorização dessas. Posteriormente, será detalhado sua implementação e os resultados que foram alcançados.

2. DESCRIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO

Esta consultoria foi realizada na Diretoria de Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Florianópolis. Essa norteia as

orientações técnicas definidas pelas Políticas de Saúde da SMS no âmbito da Atenção Primária.

Como o organograma abaixo mostra, o território de Florianópolis é dividido em cinco Distritos Sanitários: Distrito Sanitário Sul, Distrito Sanitário Leste, Distrito Sanitário Centro, Distrito Sanitário Norte e Distrito Sanitário Continente. Assim, cada distrito deve conduzir suas atividades de Atenção Primária de acordo com as orientações da Diretoria.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é definida como a porta de entrada no sistema de serviços de saúde para todas as novas necessidades e problemas. Ela fornece atenção centrada na pessoa e não na enfermidade, a longo prazo, para todas as condições exceto as muito incomuns ou raras e também coordena ou integra a atenção fornecida em outros níveis de atenção.

A Diretoria de Atenção Básica, de acordo com a Carta de Serviços do Órgão, possui equipes de atendimento, conforme destaca-se a seguir:

- Unidades e Equipes de Atenção Primária: Serviços de saúde desenvolvidos com o mais alto grau de descentralização e capilaridade. Oferecem a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas; fornecem atenção centrada na pessoa e não na enfermidade, a longo prazo, para todas as condições exceto as muito incomuns ou raras; e coordenam ou integram a atenção fornecida em outros níveis de atenção. São o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde.

- Centros de Saúde, Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB): Unidades para realização de atendimentos à população, de forma programada ou por demanda espontânea, nas especialidades básicas (assistência médica, de enfermagem e odontológica, fornecimento de medicamentos essenciais). São a porta de entrada preferencial da Rede de Atenção e desempenham papel central na garantia à população do acesso a atenção à saúde de qualidade. O acesso pode se dar por demanda da população, por busca ativa da equipe de saúde ou por encaminhamento de outros pontos da rede de atenção à saúde.

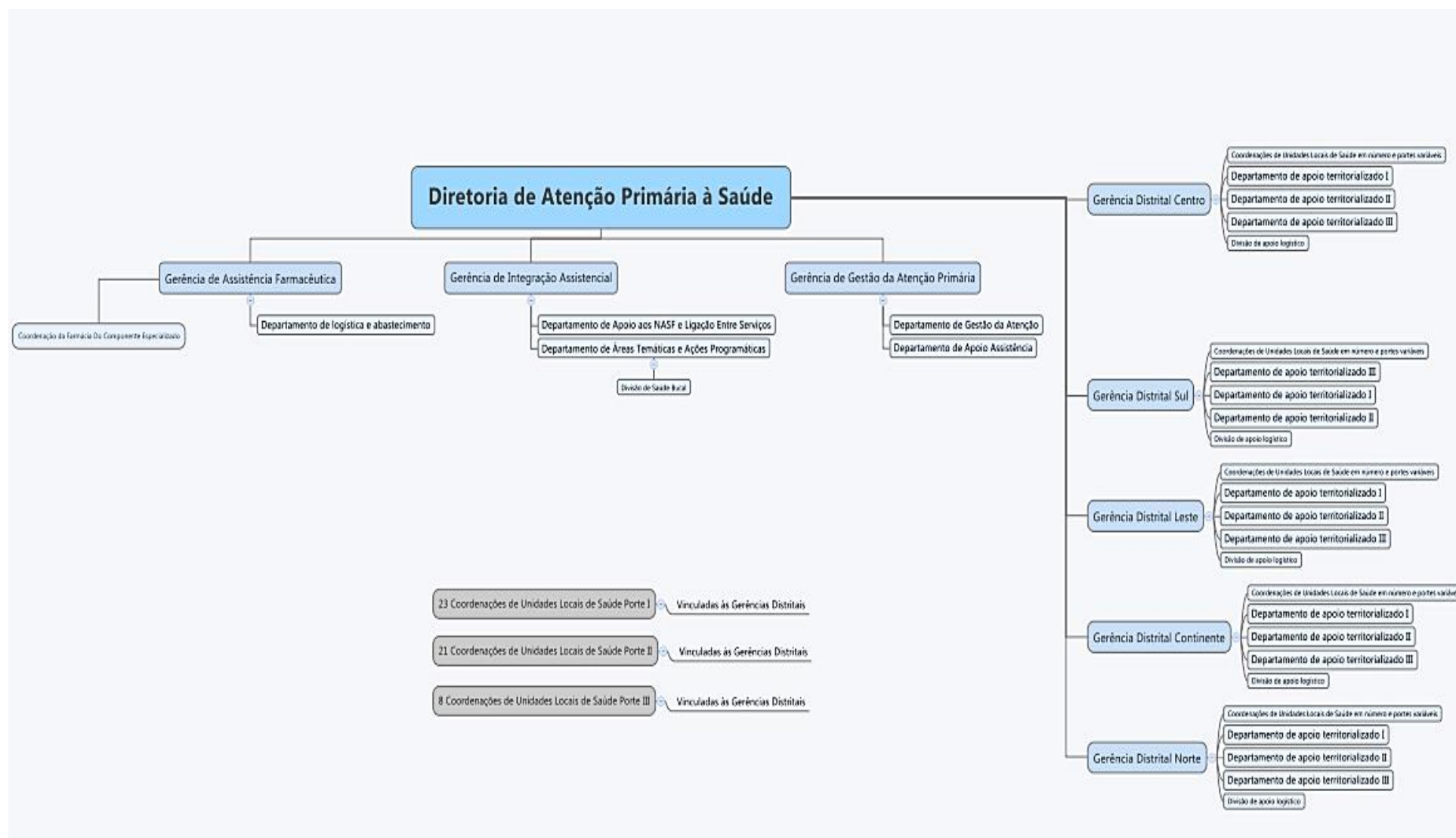
- Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF): Equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento. Tem como objetivo ampliar a abrangência e a resolubilidade das ações da Atenção Primária. Não são portas de entrada do sistema, sendo núcleos voltados para fortalecimento das Equipes de Saúde da Família e para retaguarda assistencial no âmbito da atenção primária.

Acesso por encaminhamento da atenção primária ou por outros fluxos previamente pactuados.

- **Equipe de Consultório na Rua (ECR):** Equipe da Atenção Primária para populações especiais. Tem como objetivo ampliar o acesso da população de rua à rede de atenção e ofertar atenção à saúde de forma integral e oportuna a esta população. Acesso por busca ativa, por demanda espontânea da população ou por encaminhamento de outros pontos da rede de atenção à saúde.

Farmácias de Referência Regional: Responsáveis pela dispensação dos medicamentos de controle especial e medicamentos estratégicos. Localizam-se nas policlínicas e em alguns centros de saúde de referência regional

Imagem 1 – Organograma da Diretoria de Atenção Primária



Fonte: Elaborado pela Diretoria de Atenção Primária

3. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO PROBLEMA

A Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde de Florianópolis desenvolvida pela SMS visa contribuir para melhoria da qualidade das ações e serviços da atenção primária.

Dessa forma, ela define vinte e quatro atribuições mínimas ao Coordenador Local. A partir dessas atribuições deu-se origem ao Guia do Coordenador Local no Distrito Leste. O objetivo é que o Guia seja utilizado pelo Coordenador para facilitar o acesso às informações das suas atividades e competências necessárias para realizar com efetividade o seu trabalho.

Constatou-se a partir da coleta de dados as necessidades dos gestores para sua melhor utilização. O guia precisa ser de fácil manuseio e atualização, pois as informações e os processos encontram-se em constantes mudanças para se adequar as novas necessidades.

O Guia atual não possui ferramentas que permitam uma atualização e visualização do mesmo conforme as necessidades expressas pelo Distrito. Atualmente, o processo de atualização de dados no Guia do Coordenador possui pouca dinamicidade, tornando-se vítima da burocracia existente.

As solicitações de modificação do Guia são realizadas através do envio de e-mail para a Coordenadora do Centro de Saúde do Itacorubi. O solicitante relata as alterações necessárias. Após validação da veracidade, as alterações são efetuadas.

De acordo com os relatos, eram utilizadas duas ferramentas para esse trabalho: O *Dropbox*, onde se compartilhada o arquivo com os usuários, e o *Microsoft Office Word*, utilizado para a edição do documento. Sempre que fosse necessária uma nova atualização do Guia, um e-mail deveria ser encaminhado para o Coordenador responsável pela edição e este, depois da edição, ficava responsável por redirecionar para os usuários o documento atualizado. No entanto, nem sempre o responsável pela edição poderia modificar as informações necessárias no momento da solicitação, o que poderia gerar problemas devido ao uso de informações errados por parte dos usuários do Guia desatualizado.

Outro problema constatado é a organização dos dados e a editoração dos documentos. Organizado de acordo com os 24 atributos do coordenador local, o guia não oferece distinção dos assuntos conforme as áreas de atuação dos profissionais,

como as áreas referentes a Recursos Humanos e à Vigilância Sanitária. Além disso, o documento é ausente de recursos facilitadores de buscas ou *hyperlink*, que de acordo com os gestores é algo necessário para auxiliar o processo de busca das atividades. E ainda, observou-se no Guia contatos telefônicos espalhados e vinculados a uma pessoa específica e não ao cargo que possui.

O Guia do Coordenador é um instrumento que auxilia no controle administrativo das ações e procedimentos, pelo detalhamento contido nele das atividades que um coordenador local deve realizar.

Apesar de ter sido criado no Distrito Leste, possui informações que podem ser utilizadas em todos os outros Distritos da Secretaria Municipal de Saúde. Nesse intuito, a Diretoria de Atenção Primária busca melhorar e aprimorar o Guia para ser padronizado em todos os Distritos Sanitário.

Ao ser escolhido como o Administrador do Centro de Saúde, o Coordenador está sujeito a uma série de atribuições, obrigações, deveres e responsabilidades, próprios da condição do seu cargo, que o diferenciam dos outros funcionários que ocupam as demais funções no Centro de Saúde.

No entanto, nem todos os administradores têm a total compreensão das responsabilidades que lhes são impostas pela legislação da instituição onde atuam e muitas vezes, mesmo sabendo, não sabem exatamente como agir de forma a atender seus deveres.

No Guia do Coordenador estão descritos as principais atribuições de um Coordenador de Centro de Saúde, no município de Florianópolis, que busca desenvolver nos gestores a responsabilidade e responsividade com relação aos processos de trabalhos adotados nos Centros de Saúde, assim como, facilitar o acesso às informações das suas atividades e competências necessárias para realizar com efetividade o seu trabalho.

Porém, notou-se que apenas pessoas autorizadas podem ter acesso ao Guia, conferindo, assim, deficiências em termos de transparência de procedimentos, responsabilidades e controle de resultados. A parte de fiscalização e avaliação dos serviços tornam-se difíceis, sendo que são poucas as pessoas que tem conhecimento das atividades que competem ao Coordenador Local.

4. IDENTIFICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS DE SOLUÇÃO

A partir da demanda apresentada pela SMS, tornou-se evidente a necessidade de se criar um novo meio de compartilhamento do Guia do Coordenador Local, assim como, uma nova ferramenta que possibilite a edição e atualização do Guia por mais pessoas, desde que autorizadas. Outras modificações como alteração da formatação do documento e inserção de mecanismos de buscas mostraram-se necessárias.

- a. Substituição das ferramentas *Dropbox* e *Microsoft Office Word* pelo *Google Drive*: É uma ferramenta onde se pode armazenar e criar arquivos de edição em formatos de documentos e pode-se acessar usando qualquer *smartphone*, *tablet* e computador. Além disso, pode-se convidar outras pessoas para visualizar e/ou editar o documento, sem anexos de e-mail.
- b. Alteração da estrutura do Guia: O modo como as informações estão dispostas não proporcionavam leituras mais dinâmicas do documento. Sendo assim, sugere-se alterar a forma de linguagem no Guia, utilizando-se de novas representações, como fluxogramas, para explicação de processos e exportação de conteúdos com grande frequência de alteração para um novo documento, como números de telefones de departamentos.
- c. Ferramenta de busca por palavras-chave: O *Google Drive* possui essa ferramenta.
- d. Utilização de *hyperlinks*: que são associados à criação de vínculos entre diferentes endereços na Internet.
- e. Ferramenta para inserir comentários e sugerir novos conteúdos: Para aqueles usuários que se dispusessem a complementar o conhecimento proporcionado.
- f. Instruções de uso para melhor utilização do Guia: Onde são descritos o modo de utilização dos novos recursos disponíveis.
- g. Plataforma Digital para compartilhamento do Guia do Coordenador, além de outras informações relacionadas à Atenção Primária à Saúde.
- h. Desmembrar a lista dos contatos do Guia e criar um novo documento para facilitar a consulta, separando em setor, telefone e e-mail.

5. AÇÕES PRIORIZADAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

A ação priorizada foi a migração do Guia do Coordenador para a ferramenta disponível gratuitamente na internet, o *Google Drive*. Sua priorização visa atender à necessidade apresentada pelos Gestores da Secretaria Municipal de Saúde. Assim, foram propostas ações pautadas e definidas nas seguintes etapas:

- a. Ferramenta de compartilhamento e edição do Guia do Coordenador:** O Guia foi compartilhado usando o *Google Drive*, que é uma ferramenta onde se pode armazenar e criar arquivos de edição em formatos de documentos e que podem ser acessados usando qualquer *smartphone*, *tablet* e computadores. Além disso, pode-se convidar outras pessoas para visualizar e/ou editar documentos, sem anexos de e-mail, além de poderem sugerir mudanças.
- b. Alteração da estrutura do documento:** As formas de linguagem no Guia foram alteradas, utilizando-se de novas representações, como fluxogramas, para explicação de processos. Alguns conteúdos dentro do Guia foram exportados para um novo documento, pois eram informações que eram alteradas com grande frequência, como números de telefones de departamentos.
- c. Ferramenta de busca por palavras-chave:** Foi introduzido a “busca por palavras-chave”, disponibilizada pelo Google Drive, que tem como principal função facilitar a busca por conteúdo dentro do Guia.
- d. Inserção de *Hyperlinks*:** Os *hiperlinks* estão associados à criação de vínculos entre diferentes endereços na Internet. Foi inserido dentro do Guia, em determinados assuntos, *hyperlinks* que proporcionarão aos usuários expandir seu conhecimento. Dentro do Guia os *hyperlinks* geralmente encontram-se acompanhados dos tópicos “Saiba Mais”.
- e. Instruções do Uso:** No início do Guia foi criada uma página com dicas e sugestões para facilitar o uso. Dentre esses facilitadores encontram-se dicas de como fazer buscas por palavras-chave dentro do Guia, inserção de comentários para melhorias, utilização da tecla TAB, imprimir o documento ou salvá-lo em formato PDF, dentre outras funcionalidades.

- f. **Lista de Contatos:** Foi criado um novo documento, o qual o seu link está nas instruções de uso do Guia, facilitando assim o acesso e a forma de consulta. No apêndice 1 deste relatório, está o exemplo da planilha de contatos do Distrito Leste da Secretaria Municipal de Saúde.

6. RESULTADOS ALCANÇADOS E PERSPECTIVAS

Inicialmente, realizou-se um diagnóstico, o qual consistiu na coleta das fragilidades e dificuldades encontradas pelos gestores na utilização do Guia do Coordenador. Assim, foram identificadas as alternativas viáveis para melhorar a sua utilização e evitar a obsolescência dos seus conteúdos.

Com base nas necessidades encontradas, coube à equipe realizar o aperfeiçoamento do Guia do Coordenador em pelo menos quatro aspectos:

- (a) Modo de Disponibilização;
- (b) Editoração e Formatação da Estrutura e Conteúdo;
- (c) Ferramentas de Edição; e
- (d) Inserção de Novas Ferramentas (buscador de palavras e *hyperlink*).

Espera-se que esses aspectos contribuam para tornar o Guia um documento mais acessível e com informações essenciais para o Coordenador, auxiliando-o na realização de suas tarefas. Além disso, por meio dessas alterações permitiu-se que, mesmo quando há troca ou substituição temporária de pessoal, as informações estejam sempre atualizadas e disponíveis para todos.

Ainda, recomendamos que seja realizada pela Secretaria uma pesquisa com o intuito de averiguar a viabilidade para a construção de uma plataforma específica de acesso ao Guia do Coordenador. Uma vez que, apesar de o *Google Drive* ser uma ferramenta eficiente, ainda se faz necessário uma plataforma que realize determinadas funções, como por exemplo a possibilidade de que cada gestor possua o seu *login* e senha para que os responsáveis possam editá-lo, a notificação quando ocorrer mudanças, o acesso restrito para senhas de acesso, entre outras funções específicas.

Miranda (2010), afirma que "a definição e a racionalização das informações são de fundamental importância para o alcance dos objetivos estratégicos de uma organização." Deste modo, esperamos que o Guia possa contribuir a trazer agilidade

nos processos da Secretaria Municipal de Saúde e que seja vantajosa a sua aplicação dentro dos Distritos, por intermédio de seus Coordenadores locais.

Espera-se que o Guia aumente a capacidade de responsabilização de cada gestor, melhorando a performance dos Coordenadores e também a maneira como são responsivos com as demandas da sociedade. Observa-se, então, que a proposta do guia é mais do que um método de treinamento, ela buscar incentivar o planejamento, o hábito de resultados, estimular o avanço na qualidade da gestão, assim como, gerar mais controle administrativo e dos resultados obtidos. Como forma de controle dos serviços executados pelos Coordenadores, sugere-se que o Guia seja de acesso livre, onde outros funcionários e também cidadãos usuários do centro de saúde possam verificar a efetividade do trabalho dos Coordenadores, assim como sugerir melhorias.

7. REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando Luiz; LOUREIRO, Maria Rita. Finanças públicas, democracia e *accountability*. In: ARVATE, Paulo Roberto; BIDERMAN, Ciro. Economia do setor público no Brasil. Rio de Janeiro: Elsevier; Campus, 2004.

CAMPOS, Anna Maria. Accountability: quando poderemos traduzi-la para o português? *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, fev/abr 1990.
democracies. Boulder and London: Lynne Rienner Publishers, 1999.

MIRANDA, Silvânia V. A gestão da informação e a modelagem de processos. *Revista do Serviço Público*, Brasília, v. 61, n. 1, p. 97-112. jan./mar. 2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Portaria/SS/GAB nº 26/2014, que aprova a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde de Florianópolis. Florianópolis – Santa Catarina. 2014.

SCHEDLER, Andreas. Conceptualizing accountability. In: SCHEDLER, A.; DIAMOND, L.; PLATTNER, M. F. (Eds.). *The self-restraining state. Power and accountability in new*.

8. APÊNDICES

APÊNDICE 1 - GUIA DE TRABALHO DO COORDENADOR LOCAL DE SAÚDE

Disponível em: https://docs.google.com/document/d/1XN_pw3t-OMDjoY-81H_5-HT1MX8t1CjZ-9SqNtQMo7A/edit?usp=sharing

MAPEAMENTO DO PROCESSO: AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE

Carolina Marques Rossetto

Cassio Germano Cacciatori

Gustavo da Silva Cabral

Jean Robert Soares

1. INTRODUÇÃO

Como parte integrante da disciplina de Teoria e Prática de Administração de Serviços Públicos, os alunos do último termo do curso de Administração Pública da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) realizaram uma consultoria na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis, na Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria com o objetivo de atender a duas demandas. A primeira diz respeito ao mapeamento do processo de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)/Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC). A segunda é a elaboração de manual para descrever alguns procedimentos do Sistema Nacional de Regulação (SISREG), quais sejam: cadastro de unidades hospitalares, cadastro de usuário solicitante, cadastro de usuário executante int., cadastro de faixa de AIH, cadastro de procedimentos hospitalares - importação e cadastro de procedimentos hospitalares - habilitação.

Uma mudança de atribuições entre gerências fez com que o processo passasse a ser responsabilidade da Gerência de Regulação e não mais da Gerência de Auditoria. Além disso, tornou-se imprescindível a formalização do processo para que, uma vez definido, integre a memória organizacional, evitando falhas e atrasos na conclusão dos serviços. A notação do processo mapeado foi organizada com base no *Business Process Model and Notation* (BPMN).

A consultoria foi realizada sob a orientação das professoras das disciplinas de Teoria e Prática de Administração de Serviços Públicos e Sistemas de *Accountability*, e participaram os gestores das áreas de Regulação e Auditoria da SMS, que foram entrevistados de acordo com um roteiro semi-estruturado. As entrevistas ocorreram na sede da Secretaria de Saúde, no período de dois meses.

O relatório final da consultoria contém uma breve descrição dos setores diretamente envolvidos e suas principais atribuições na Secretaria Municipal de Saúde; o diagnóstico da situação problema que justificou o trabalho realizado; as propostas apresentadas como alternativas de solução; e as ações desenvolvidas e resultados esperados com a formalização desses processos.

2. DESCRIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde é um órgão integrado à Administração Direta de Florianópolis cuja missão é promover saúde para todos com qualidade. A visão do órgão é ser o melhor sistema de saúde, público, gratuito, integrado e sustentável, para toda a população, com valorização do trabalhador, gestão compartilhada e qualidade (FLORIANÓPOLIS, 2014). No centro da sua estrutura organizacional está o Secretário Municipal de Saúde, ao qual subordinam-se diretamente um secretário adjunto, assessores e diretores.

Esta consultoria foi realizada na Gerência de Regulação e acompanhada pela Gerência de Auditoria, vinculadas à Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria. De acordo com o Regimento Interno da Secretaria Municipal de Saúde, compete à Gerência de Regulação:

- I. Elaborar, executar e gerenciar os processos de trabalho necessários para a regulação do acesso aos serviços de saúde, de forma a garantir a equidade aos usuários do Sistema Único de Saúde, em todos os níveis de atenção.
- II. Coordenar a elaboração e implantar os protocolos clínicos e de acesso de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde para organizar a rede municipal e otimizar a capacidade de oferta dos serviços de saúde de maior complexidade.
- III. Acompanhar a Programação Pactuada e Integrada da Assistência ambulatorial e hospitalar.
- IV. Participar do desenho da rede municipal de assistência a saúde e suas referências, de forma a facilitar o acesso e a equidade.
- V. Participar da formulação da política municipal de saúde e atuar no controle de sua execução, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros e nas estratégias para sua aplicação, respeitando as decisões emanadas das instâncias legais e a programação local e regional estabelecida anualmente.

VI. Organizar todas as ações referentes à realização de mutirões de consultas e exames especializados em parceria com a Gerência de Controle e Avaliação.

VII. Coordenar a ação regulatória e dar providências as solicitações/processos das demandas geradas nas autarquias solicitantes (Promotoria de Justiça, Defensoria Pública, Ministério Público, Conselho Tutelar e outros).

VIII. Realizar outras atividades correlatas. (FLORIANÓPOLIS, 2010)

3. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO PROBLEMA

A demanda surgiu após uma substituição de atribuições entre as gerências de Auditoria e de Regulação. O processo - nunca formalizado - que envolve a Autorização de Internação Hospitalar/Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade era responsabilidade da Gerência de Auditoria e foi transferido para a Gerência de Regulação.

A modificação da estrutura administrativa da Secretaria sem a existência da formalização do fluxo dos processos que cada setor desempenhava dificultou a realização dos procedimentos de atendimento aos pacientes que aguardam as autorizações.

Além dos procedimentos físicos, utiliza-se o Sistema Nacional de Regulação (SISREG) para o cadastro das solicitações de internação hospitalar e, novamente, não existe a formalização das operações que devem ser desempenhadas no ambiente do sistema.

Por meio de reuniões e entrevistas verificou-se a necessidade de mapear o processo de AIH/APAC e descrever os seguintes procedimentos operacionais relativos ao SISREG, de forma que o conhecimento seja transferido de uma gerência para outra: cadastro de unidades hospitalares, cadastro de usuário solicitante, cadastro de usuário executante int., cadastro de faixa de AIH, cadastro de procedimentos hospitalares - importação e cadastro de procedimentos hospitalares - habilitação.

Destaca-se que o gerenciamento de processos tende a melhorar a capacidade das organizações no cumprimento dos procedimentos de rotina. No caso do setor

público é sempre desejável o aumento da eficiência, e isso torna-se ainda mais verdadeiro quando existe relação com a saúde pública.

4. IDENTIFICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS DE SOLUÇÃO

De modo a solucionar os problemas de formalização apontados no diagnóstico, as alternativas propostas foram:

4.1 FORMALIZAÇÃO DO PROCESSO DE AIH/APAC

Para efetuar a formalização do processo de AIH/APAC recomenda-se o seu mapeamento detalhando cada atividade a ser desempenhada através da notação *Business Process Model and Notation* (BPMN).

O BPMN é o método que já vem sendo utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde e, de acordo com o Object Management Group (2011, p. 23) - instituição responsável pelo seu desenvolvimento, tem como objetivo principal ser uma notação compreensível para todos os usuários, do analista que cria o processo, aos técnicos responsáveis por implementá-lo e, finalmente, àqueles que gerenciarão e monitorarão esse processo.

A elaboração de fluxograma por meio do BPMN possibilita a visualização das etapas para o desenvolvimento do processo a qualquer interessado em conhecer os procedimentos para realização de internação e cirurgias.

Além disso, o mapeamento do processo facilita a implementação de otimizações.

4.2 FORMALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS NO SISREG

Para a formalização dos procedimentos do SISREG, a sugestão é a elaboração de um manual que descreve as operações essenciais ao cadastro de AIH/APAC por meio do *Standard Operating Procedure* (SOPs). O SOPs permite detalhar as operações necessárias para completar tarefas. Contribui para a criação de eficiência, consistência e minimiza a chance de erros.

5. AÇÕES PRIORIZADAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

Abaixo são apresentadas as ações priorizadas durante a consultoria em conformidade com as alternativas de solução sugeridas na seção anterior.

5.1 MAPEAMENTO DO PROCESSO PARA REALIZAÇÃO DE AIH/APAC

A construção do fluxograma do processo que permite internações e cirurgias por intermédio da SMS descreve cada procedimento que ocorre para a consecução do processo. Foram detalhados os procedimentos anteriores e posteriores à autorização (Figura 1) e aqueles que dizem respeito à autorização propriamente dita (Figura 2).

Através de uma implementação coordenada pelos gestores e compreendida pelos servidores envolvidos no andamento das atividades do processo, almeja-se o estabelecimento da nova rotina administrativa.

Figura 1 - Fluxograma do Procedimento de Realização de APAC/AIH

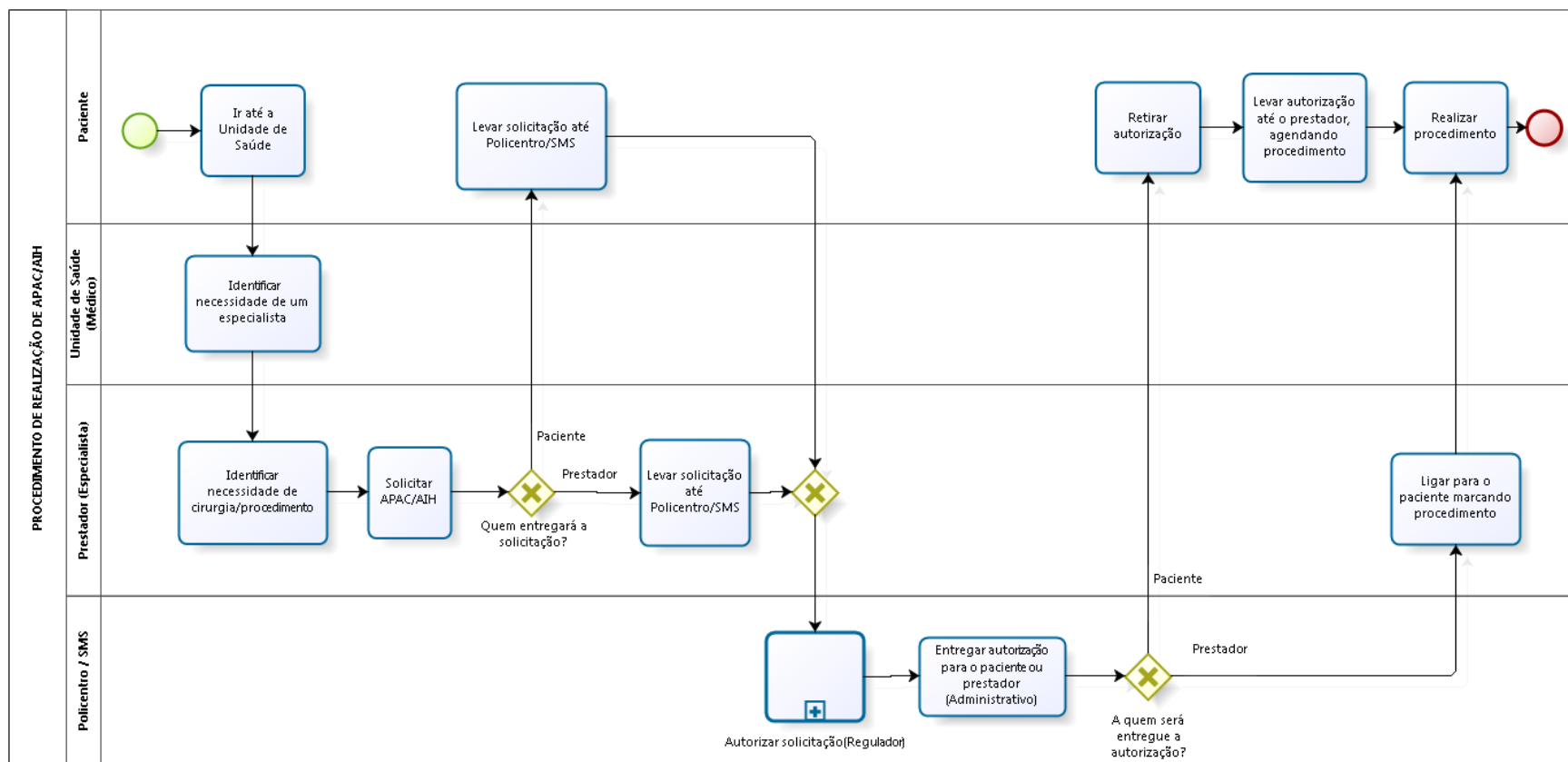
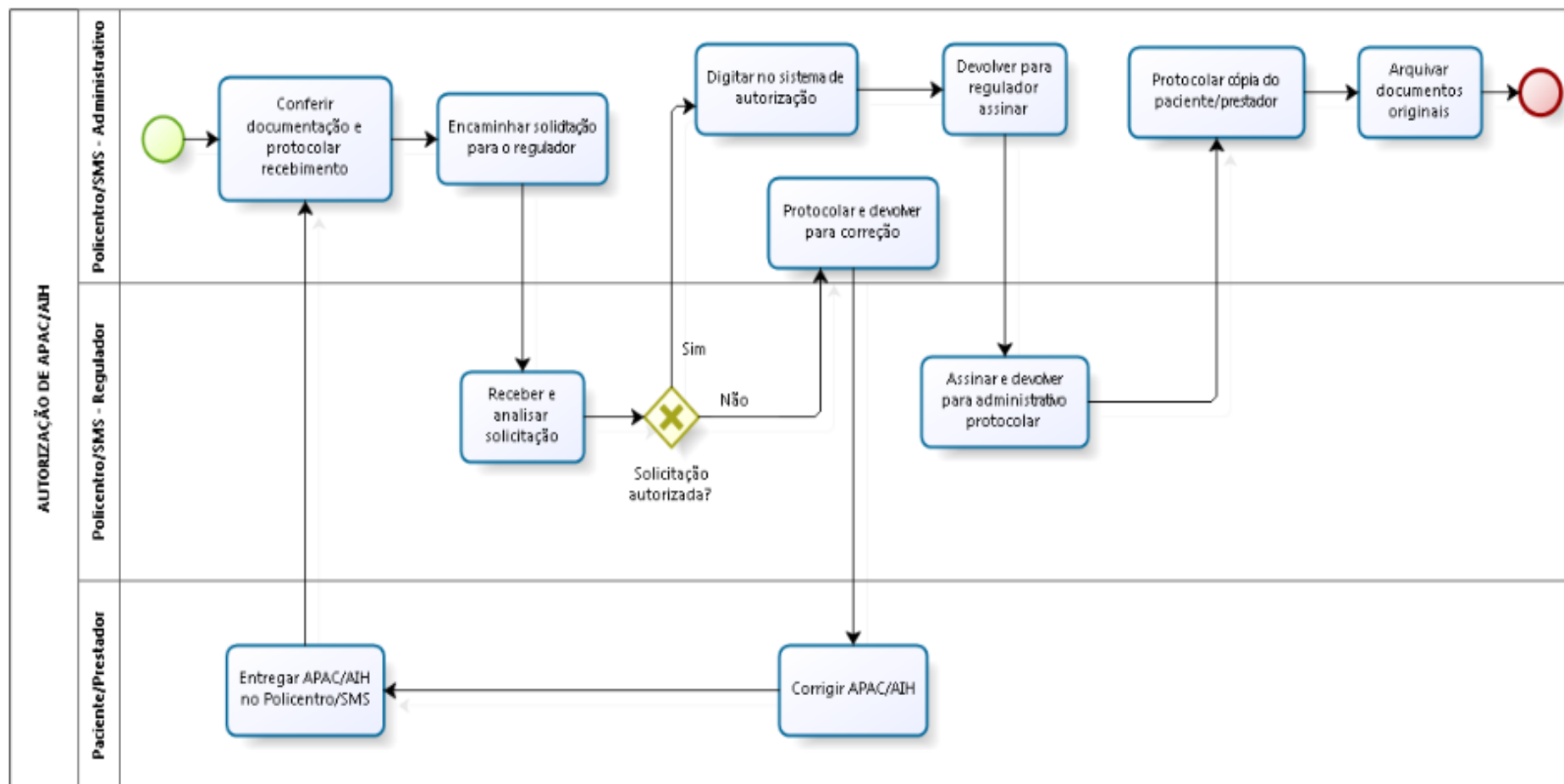


Figura 2 - Fluxograma da Autorização de APAC/AIH



5.2 ELABORAÇÃO DO MANUAL DE OPERAÇÕES DO SISREG

O manual das operações essenciais ao cadastro de AIH/APAC no SISREG (Erro! Fonte de referência não encontrada.) foi elaborado para descrever pormenorizadamente cada procedimento que deve ser realizado para completar uma tarefa.

Da mesma forma que ocorre para a implementação do produto anterior, novamente os gestores acompanharão os servidores que farão uso do manual, de modo a incentivar sua disseminação.

6. RESULTADOS ALCANÇADOS E PERSPECTIVAS

O trabalho desenvolvido pela consultoria resultou em dois produtos: os fluxogramas referentes à AIH/APAC e o manual de operações do SISREG.

A equipe de consultoria acredita que o detalhamento do processo contribui para sua eficiência e, em última análise, para a efetividade da política pública de saúde - haja vista a minimização de chance de falha na execução de atividades que abrangem pessoas em busca de internação hospitalar e de procedimentos de alta complexidade.

Entende-se ainda que a consultoria fomentou a construção de uma mentalidade voltada à inteligência organizacional e à percepção de que existe uma necessidade perene de desenvolvimento de melhores práticas de gestão.

Esses resultados têm capacidade para aprimorar a responsividade da SMS, fortalecendo a *accountability* interna principalmente, pois a formalização do processo restringe a possibilidade de interferências que gerem erros; mas também externa, uma vez que a prestação dos serviços é feita por agentes privados.

Como perspectiva, salienta-se os passos que têm sido dados pela Secretaria ao buscar o aprimoramento das práticas organizacionais. É interessante que esse movimento continue, de maneira que novos produtos possam surgir e os já desenvolvidos estejam sob constante vigilância para eventuais ajustes.

7. REFERÊNCIAS

FLORIANÓPOLIS. **Plano Municipal De Saúde 2014-2017**. 2014. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/documentos/pdf/08_08_2014_9.04.33.e92b012366d98083589e4d546c7691d1.pdf>. Acesso em: 24 jun 2016.


_____ **Regimento Interno da Secretaria Municipal de Saúde**. 2010. Disponível em:

<http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/22_10_2010_11.24.38.fc717b2df16e3fad159f4f3d33b3b550.pdf>. Acesso em: 24 jun 2016.

OBJECT MANAGEMENT GROUP. **Business Process Model and Notation (BPMN)**. 2011. Disponível em: <<http://www.omg.org/spec/BPMN/2.0/PDF/>>. Acesso em: 23 jun 2016.

8. APÊNDICES

APÊNDICE A - Manual do Sistema Nacional de Regulação

SISTEMA NACIONAL DE REGULAÇÃO	
Elaborado por: Consultoria UDESC/ESAG em 24/05/2016	Verificado por: Gerência de Regulação e Gerência de Auditoria
Responsáveis: Thaise Goronzi e Shayane Damásio	Versão 1.
Título: CADASTRO DE UNIDADES HOSPITALARES	

1 – Para entrar no Sistema Nacional de Regulação, acesse: <http://sisregiii.saude.gov.br/>. Na tela de início, faça seu login inserindo operador e senha. Em seguida, clique em “Entrar”.

BRASIL | Acesso à informação

SISREG

SISTEMA NACIONAL DE REGULAÇÃO

LOGIN

Operador:

Senha :

entrar

O QUE É O SISREG III?

Sistema on-line, criado para o gerenciamento de todo complexo regulatório indo da rede básica à interação hospitalar, visando a humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos.

2 – Na página inicial, coloque o mouse sobre “Cadastro Geral” no canto superior esquerdo e, em seguida, clique em “Unidades”.

SISREG
SISTEMA NACIONAL DE REGULAÇÃO

Operador: 5089778UDESC Perfil: ADMINISTRADOR MUNICIPAL

CADASTRO GERAL CONSULTA GERAL CADASTRO AMB CONSULTA AMB CADASTRO HOSP CONSULTA HOSP RELATÓRIOS DE PRODUÇÃO

UNIDADES
PROFISSIONAIS
OPERADORES
AVISOS

Leia com regularidade esses avisos:

Federal
.: 07/08/2014 .:

SISREG-III

Municipal
.: 28/10/2015 .:

POSTOS DE COLETAS LABORATÓRIOS

LABORATÓRIO NOSSA SENHORA DE FÁTIMA (MALHADO FILHO)

Razão social: Lab. Malhado Filho

MATRIZ: Rua Rafael Bandeira, 378 - Centro - 3024-4611
 POSTO DE COLETA: Rua Sebastião Laurentino da Silva, 72 - Córrego Grande - 3365-4262

LABORATÓRIO BIO EXAME

3 – Para consultar o CNES da unidade que deseja cadastrar, acesse: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Após realizar a consulta, volte na página do SISREGIII, e preencha o campo destacado. Em seguida, clique em “Atualizar/Obter”.

Operador: 5089778UDESC Perfil: ADMINISTRADOR MUNICIPAL

CADASTRO DE ESTABELECIMENTOS

INFORMAÇÕES DE UNIDADES

Selecione a Unidade
Selecione a Unidade ▼

ATUALIZAR/OBTER UNIDADES DO WEBCNES

Cnes Ação

As atualizações dos dados da unidade serão realizadas em no máximo 40 minutos.

4 – Na caixa de confirmação, clique em “Ok”.

189.28.128.121 diz:

Confirma Operacao?

5 – Após a confirmação, o cadastro de unidade terá sido realizado. Clique em “Ok” para concluir.

189.28.128.121 diz:

Agendamento Realizado!

☐ Impedir que esta página crie caixas de diálogo adicionais.

6 – Todas as unidades agendadas para cadastro ficarão registradas abaixo do campo de inclusão.

CADASTRO DE ESTABELECIMENTOS

INFORMAÇÕES DE UNIDADES

Selecione a Unidade
Selecione a Unidade ▼


ATUALIZAR/OBTER UNIDADES DO WEBCNES

Cnes Ação


As atualizações dos dados da unidade serão realizadas em no máximo 40 minutos.

UNIDADES DE SAÚDE AGENDADAS PARA ATUALIZAÇÃO

Unidade	Município
7849692	FLORIANOPOLIS

SISTEMA NACIONAL DE REGULAÇÃO	
Elaborado por: Consultoria UDESC/ESAG em 24/05/2016	Verificado por: Gerência de Regulação e Gerência de Auditoria
Responsáveis: Thaise Goronzi e Shayane Damásio	Versão 1.
Título: CADASTRO DE USUÁRIO SOLICITANTE	

1 – Para entrar no Sistema Nacional de Regulação, acesse: <http://sisregiii.saude.gov.br/>. Na tela de início, faça seu login inserindo operador e senha. Em seguida, clique em “Entrar”.



BRASIL Acesso à informação

SISREG
SISTEMA NACIONAL DE REGULAÇÃO

LOGIN

Operador:

Senha :

entrar

O QUE É O SISREG III?

Sistema on-line, criado para o gerenciamento de todo complexo regulatório indo da rede básica à interação hospitalar, visando a humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos.

2 – Na página inicial, para cadastrar um usuário solicitante, coloque o mouse sobre “Cadastro Geral” e clique em “Operadores”.



3 – Na página Cadastro de Operadores, preencha as informações solicitadas e, em seguida, clique em “Incluir”.

CADASTRO DE OPERADORES

CONSULTA DE OPERADORES

Perfil: SOLICITANTE

Unidade: Selecione a unidade

Login: Verificar Operador...

Nome:

CPF:

Senha:

Complexidades: Grave Normal Forte

Confirmação:

Senha Videofonista:

Complexidades: Grave Normal Forte

Confirmação:

Telefone:

E-Mail:

Ativo: ☐

Módulos Acessíveis:

☐ Ambulatorial

☐ Internação

Permissões especiais:

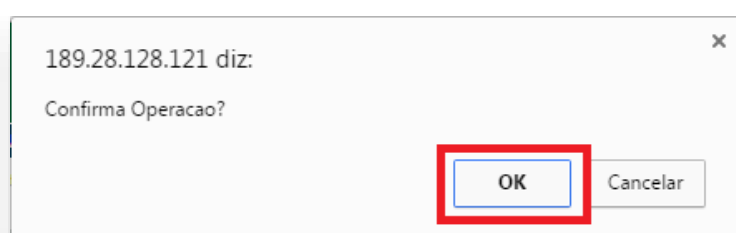
Controle de Acesso Semanal:

Dia da semana	Limitar horário de acesso	Período de utilização do sistema		Bloquear o dia todo
		Horário Inicial:	Horário Final:	
Dom:	<input type="checkbox"/>	06:00 ▼	até 18:00 ▼	<input type="checkbox"/>
Seg:	<input type="checkbox"/>	06:00 ▼	até 18:00 ▼	<input type="checkbox"/>
Ter:	<input type="checkbox"/>	06:00 ▼	até 18:00 ▼	<input type="checkbox"/>
Qua:	<input type="checkbox"/>	06:00 ▼	até 18:00 ▼	<input type="checkbox"/>
Qui:	<input type="checkbox"/>	06:00 ▼	até 18:00 ▼	<input type="checkbox"/>
Sex:	<input type="checkbox"/>	06:00 ▼	até 18:00 ▼	<input type="checkbox"/>
Sab:	<input type="checkbox"/>	06:00 ▼	até 18:00 ▼	<input type="checkbox"/>

* Horário Oficial de Brasília

Incluir
Alterar
Excluir
Pesquisar
Limpar

4 – Na caixa de confirmação, clique em “Ok”.



5 – Após a confirmação, o sistema indicará que o cadastro foi finalizado e realizado com sucesso.


The screenshot shows a web form titled 'CADASTRO DE OPERADORES'. Below the title is a green bar with the text 'CONSULTA DE OPERADORES'. A red message 'Operação realizada com sucesso!' is displayed. The form contains several input fields: 'Perfil' (a dropdown menu with 'SOLICITANTE' selected), 'Unidade' (a dropdown menu), 'Login' (a text input field), 'Nome' (a text input field), and 'CPF' (a text input field). A 'Verificar Operador...' button is located next to the 'Login' field.

6 – Todos os usuários cadastrados ficarão registrados na parte inferior da página, ao final dos formulários.


The screenshot shows a web form titled 'OPERADORES CADASTRADOS'. Above the list is a table with columns for days of the week (Dom, Seg, Ter, Qua, Qui, Sex, Sab) and time slots (06:00, 18:00). Each cell contains a checkbox. Below the table is a red message '* Horário Oficial de Brasília'. Below the message are buttons: 'Incluir', 'Alterar', 'Excluir', 'Pesquisar', and 'Limpar'. Below the buttons is a dropdown menu for 'Itens por página' with the value '25'. Below the dropdown is a table with the following data:

Login	Nome	Unidade de saúde	Perfil	Telefone	E-Mail	Status
5089778XUXA	CAROLINA NUNES	BBZ CENTRO AUDITIVO	SOLICITANTE	4899999999	sashasha@gmail.com	Ativo

Below the table is a link: [Exibir Todos os Operadores \(inclusive inativos\)](#).

SISTEMA NACIONAL DE REGULAÇÃO	
Elaborado por: Consultoria UDESC/ESAG em 24/05/2016 Responsáveis: Thaise Goronzi e Shayane Damásio	Verificado por: Gerência de Regulação e Gerência de Auditoria Versão 1.
Título: CADASTRO DE USUÁRIO EXECUTANTE INT.	

1 – Para entrar no Sistema Nacional de Regulação, acesse: <http://sisregiii.saude.gov.br/>. Na tela de início, faça seu login inserindo operador e senha. Em seguida, clique em “Entrar”.



BRASIL | Acesso à informação

SISREG

SISTEMA NACIONAL DE REGULAÇÃO

LOGIN

Operador:

Senha :

entrar

O QUE É O SISREG III?

Sistema on-line, criado para o gerenciamento de todo complexo regulatório indo da rede básica à interação hospitalar, visando a humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos.

2 – Na página inicial, para cadastrar um usuário executante, coloque o mouse sobre “Cadastro Geral” e clique em “Operadores”.



3 – Na página Cadastro de Operadores, preencha as informações solicitadas e, em

seguida, clique em “Incluir”.

CADASTRO DE OPERADORES

CONSULTA DE OPERADORES

Perfil: EXECUTANTE INT

Unidade: Selecione a unidade

Login: Verificar Operador...

Nome:

CPF:

Senha:

Confirmação:

Telefone:

E-Mail:

Ativo: ☐

Complexidade: Fraca Media Forte

Módulos Acessíveis:

Permissões especiais:

☐ Remarcar Internação

Controle de Acesso Semanal:

Dia da semana	Limitar horário de acesso	Período de utilização do sistema		Bloquear o dia todo
		Horário Inicial:	Horário Final:	
Dom:	<input type="checkbox"/>	06:00 ▼	até 18:00 ▼	<input type="checkbox"/>
Seg:	<input type="checkbox"/>	06:00 ▼	até 18:00 ▼	<input type="checkbox"/>
Ter:	<input type="checkbox"/>	06:00 ▼	até 18:00 ▼	<input type="checkbox"/>
Qua:	<input type="checkbox"/>	06:00 ▼	até 18:00 ▼	<input type="checkbox"/>
Qui:	<input type="checkbox"/>	06:00 ▼	até 18:00 ▼	<input type="checkbox"/>
Sex:	<input type="checkbox"/>	06:00 ▼	até 18:00 ▼	<input type="checkbox"/>
Sab:	<input type="checkbox"/>	06:00 ▼	até 18:00 ▼	<input type="checkbox"/>

* Horário Oficial de Brasília

Incluir
Alterar
Excluir
Pesquisar
Limpar

4 – Na caixa de confirmação, clique em “Ok”.



5 – Após a confirmação, o sistema indicará que o cadastro foi finalizado e realizado com sucesso.


The screenshot shows a web interface titled 'CADASTRO DE OPERADORES'. Below the title is a green bar with the text 'CONSULTA DE OPERADORES'. A red message states 'Operação realizada com sucesso!'. Below this, there are input fields for 'Perfil' (set to 'EXECUTANTE INT'), 'Unidade' (a dropdown menu), 'Login', and 'Nome'. A 'Verificar Operador...' button is also visible.

6 – Todos os usuários cadastrados ficarão registrados na parte inferior da página, ao final dos formulários.

The screenshot shows a section titled 'OPERADORES CADASTRADOS' with a table of registered operators. Above the table are filters for 'Quis', 'Sex', and 'Sab', each with a checkbox and a time range (06:00 to 18:00). Below the filters are buttons for 'Incluir', 'Alterar', 'Excluir', 'Pesquisar', and 'Limpar'. The table has columns for 'Login', 'Nome', 'Unidade de saúde', 'Perfil', 'Telefone', 'E-Mail', and 'Status'. A red box highlights the table area.

Login	Nome	Unidade de saúde	Perfil	Telefone	E-Mail	Status
5089778JOAO	JOAO SILVA	BIO EXAME LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS	EXECUTANTE INT	48 99999999	sashasha@gmail.com	Ativo

Below the table is a link: [Exibir Todos os Operadores \(inclusive inativos\)](#).

SISTEMA NACIONAL DE REGULAÇÃO	
Elaborado por: Consultoria UDESC/ESAG em 24/05/2016	Verificado por: Gerência de Regulação e Gerência de Auditoria
Responsáveis: Thaise Goronzi e Shayane Damásio	Versão 1.
Título: CADASTRO DE FAIXA DE AIH	

1 – Para entrar no Sistema Nacional de Regulação, acesse: <http://sisregiii.saude.gov.br/>. Na tela de início, faça seu login inserindo operador e senha. Em seguida, clique em “Entrar”.

BRASIL Acesso à informação

SISREG

SISTEMA NACIONAL DE REGULAÇÃO

LOGIN

Operador:

Senha :

entrar

O QUE É O SISREG III?

Sistema on-line, criado para o gerenciamento de todo complexo regulatório indo da rede básica à internação hospitalar, visando a humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos.

2 – Na página inicial, para cadastrar uma Faixa de AIH, coloque o mouse sobre “Cadastro Hosp” e, em seguida, clique em “Faixa de AIH”.

SISREG SISTEMA DE REGULAÇÃO

Operador: 5089776

CADASTRO GERAL CONSULTA GERAL CADASTRO AMB CONSULTA AMB CADASTRO HOSP CONSULTA HOSP RELATÓRIOS DE PRODUÇÃO

Leia com regularidade Federal :: 07/08/2014 ::

SISREG-III

Municipal :: 28/10/2015 ::

POSTOS DE COLETAS LABORATÓRIO NOSSA SENHORA DE FÁTIMA (MALHADO FILHO)

PARÂMETROS
LEITOS
IMPEDIMENTO DE LEITOS
PROCEDIMENTOS
TETOS
ESCALAS
ABERTURA DA PPI (CONSOLIDAÇÃO)
PPI
FAIXA DE AIH
TROCA NÚMERO DE AIH

3 – Na página Cadastro de Faixa AIH, clique em “Nova Faixa” para cadastrar uma.

CADASTRO DE FAIXA AIH

FAIXAS DE AIH PARA O MUNICÍPIO

Nenhuma faixa definida.

Nova Faixa

[Mostrar Todas \(inclusive desativadas\)](#)

4 – Em seguida, preencha as informações solicitadas e clique em “Inserir”.

OBS: Na data final, colocar sempre o último dia do ano corrente. Ex: 31/12/2016.

The screenshot shows a web application window titled "CADASTRO DE FAIXA AIH". Inside, there is a form section titled "INSERIR FAIXA" with a green header. The form contains five input fields: "Descrição", "Nr. Inicial", "Nr. Final", "Dt. Inicial", and "Dt. Final". The "Dt. Inicial" and "Dt. Final" fields have calendar icons to their right. At the bottom of the form are two buttons: "Voltar" and "Inserir". The "Inserir" button is highlighted with a red rectangular box.

5 – Na caixa de confirmação, clique em “Ok”.

The screenshot shows a confirmation dialog box. The text inside reads "189.28.128.121 diz:" followed by "Confirma Operacao?". At the bottom right, there are two buttons: "OK" and "Cancelar". The "OK" button is highlighted with a red rectangular box.

6 – Após a confirmação, o sistema indicará que o cadastro foi realizado com sucesso. Clique em “Ok”.

The screenshot shows a success message dialog box. The text inside reads "189.28.128.121 diz:" followed by "Operacao realizada!". Below this text is a checkbox with the label "Impedir que esta página crie caixas de diálogo adicionais." At the bottom right, there is an "OK" button, which is highlighted with a red rectangular box.

7 – Na página de Cadastro de Faixa AIH, para visualizar as faixas cadastradas, clique em “Mostrar todas”.

CADASTRO DE FAIXA AIH

FAIXAS DE AIH PARA O MUNICÍPIO

Nenhuma faixa definida.

[Mostrar Todas \(inclusive desativadas\)](#)

8 – Na página seguinte estarão listadas todas as faixas cadastradas.

OBS: Clicar sempre em “ativar” para que a faixa de AIH fique disponível para utilização.

CADASTRO DE FAIXA AIH


FAIXAS DE AIH PARA O MUNICÍPIO

Descrição	Nr. Inicial	Nr. Final	Nr. Atual	Dt. Inicial	Dt. Final	Status	Operação	Excluir
Fevereiro	421610888888	421610888889	421610888888	24.05.2016	31.12.2016	Desativada	<input type="button" value="Ativar"/>	<input type="button" value="Excluir"/>

[Mostrar apenas faixas ativas](#)

SISTEMA NACIONAL DE REGULAÇÃO	
Elaborado por: Consultoria UDESC/ESAG em 24/05/2016 Responsáveis: Thaise Goronzi e Shayane Damásio	Verificado por: Gerência de Regulação e Gerência de Auditoria Versão 1.
Título: CADASTRO DE PROCEDIMENTOS HOSPITALARES - IMPORTAÇÃO	

1 – Para entrar no Sistema Nacional de Regulação, acesse: <http://sisregiii.saude.gov.br/>. Na tela de início, faça seu login inserindo operador e senha. Em seguida, clique em “Entrar”.



SISREG
SISTEMA NACIONAL DE REGULAÇÃO

LOGIN

Operador:

Senha :

entrar

O QUE É O SISREG III?

Sistema on-line, criado para o gerenciamento de todo complexo regulatório indo da rede básica à internação hospitalar, visando a humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos.

2 – Na página inicial, coloque o mouse sobre “Cadastro Hosp” e, em seguida, passe o mouse em “Procedimentos” e clique em “Importar”.

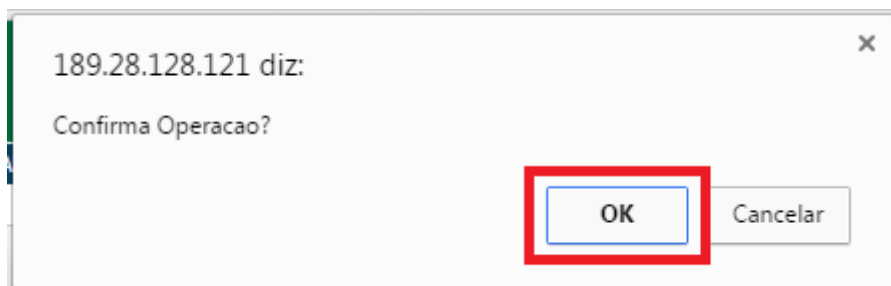
3 – Na página de Importar Procedimento, preencha as informações solicitadas e clique



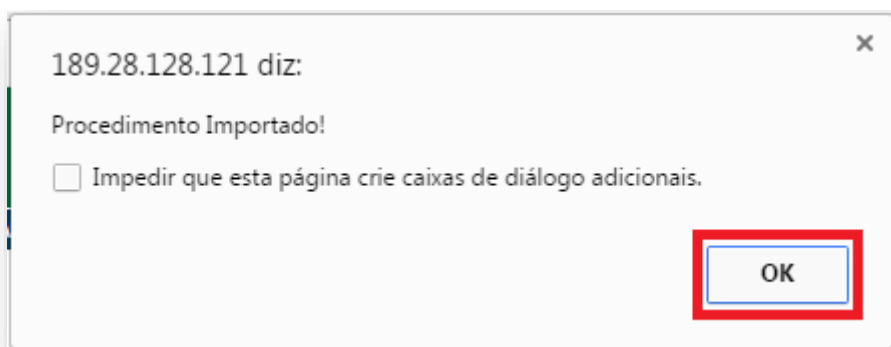
em “Procurar”.

4 – Em seguida, selecione o procedimento encontrado e clique em “Importar”.

5 – Na caixa de confirmação, clique em “Ok”.



6 – Após a confirmação, o sistema indicará que a importação foi realizada com sucesso. Clique em “Ok”.



7 – Todas os procedimentos importados ficarão registrados na parte inferior da página, abaixo dos formulários.

INCLUIR PROCEDIMENTO HOSPITALAR NO MUNICÍPIO

Código:
Descrição:

Procedimentos Encontrados

PROCEDIMENTOS IMPORTADOS

Código	Procedimento	Parametros
0301060070	DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA	<input type="button" value="Parametros"/>
0301060088	DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA MEDICA	<input type="button" value="Parametros"/>
0310010039	PARTO NORMAL	<input type="button" value="Parametros"/>
0407020039	APENDICECTOMIA	<input type="button" value="Parametros"/>
0407020101	COLOSTOMIA	<input type="button" value="Parametros"/>
0407040161	LAPAROTOMIA EXPLORADORA	<input type="button" value="Parametros"/>

Elaborado por: Consultoria UDESC/ESAG
em 24/05/2016

Responsáveis: Thaise Goronzi e Shayane
Damásio

Verificado por: Gerência de
Regulação e Gerência de
Auditoria

Versão 1.

Título: **CADASTRO DE PROCEDIMENTOS HOSPITALARES -
HABILITAÇÃO**

1 – Para entrar no Sistema Nacional de Regulação, acesse: <http://sisregiii.saude.gov.br/>. Na tela de início, faça seu login inserindo operador e senha. Em seguida, clique em “Entrar”.



BRASIL Acesso à informação

SISREG
SISTEMA NACIONAL DE REGULAÇÃO

LOGIN

Operador:

Senha :

entrar

O QUE É O SISREG III?

Sistema on-line, criado para o gerenciamento de todo complexo regulatório indo da rede básica à internação hospitalar, visando a humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos.

2 – Na página inicial, coloque o mouse sobre “Cadastro Hosp” e, em seguida, passe o mouse em “Procedimentos” e clique em “Habilitar”.

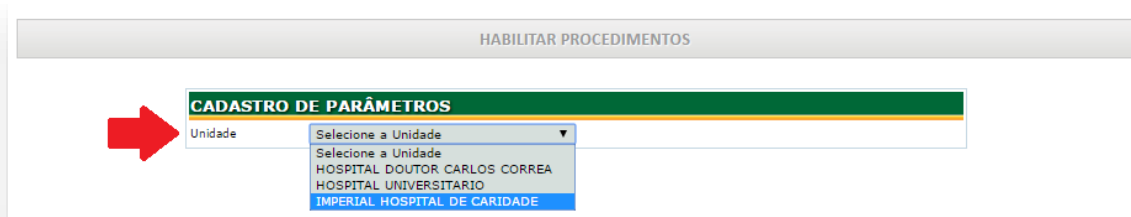


3 – Para habilitar um procedimento, é necessário consultar a Tabela SIGTAP para verificar se existe exigência de habilitações da prestadora para realizar tal procedimento. Para isso, acesse: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>.

4 – Caso não exista exigência, vá para o **Passo 6**.

5 – Caso exista exigência, é necessário consultar o CNES da prestadora e confirmar, ou não, a sua habilitação. Para isso, acesse: <http://cnes.datasus.gov.br/>.

6 – Após as consultas, na página de Habilitar Procedimento, selecione a unidade desejada.



7 – Em seguida, no quadro “Vincular Procedimento Hospitalar” selecione o procedimento desejado (e importado anteriormente) e clique em “Vincular”.

HABILITAR PROCEDIMENTOS

CADASTRO DE PARÂMETROS

Unidade: IMPERIAL HOSPITAL DE CARIDADE ▼

PROCEDIMENTOS HABILITADOS PARA IMPERIAL HOSPITAL DE CARIDADE

Procedimento	Operação
0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA	Desvincular

VINCULAR PROCEDIMENTO HOSPITALAR

Procedimento: 0301060088 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA MEDICA
0310010039 - PARTO NORMAL
0407020039 - APENDICECTOMIA
0407020101 - COLOSTOMIA
0407040161 - LAPAROTOMIA EXPLORADORA

Vincular

8 – Na caixa de confirmação, clique em “Ok”.

189.28.128.121 diz:

Confirma Operacao?

OK Cancelar

9 – Após a confirmação, a vinculação do procedimento terá sido realizada com sucesso. Clique em “Ok”.

189.28.128.121 diz:

Procedimentos vinculados com Sucesso!

☐ Impedir que esta página crie caixas de diálogo adicionais.

OK

10 – Todos os procedimentos vinculados ficarão registrados na página de Habilitar Procedimentos.

HABILITAR PROCEDIMENTOS

CADASTRO DE PARÂMETROS

UnidadeIMPERIAL HOSPITAL DE CARIDADE

PROCEDIMENTOS HABILITADOS PARA IMPERIAL HOSPITAL DE CARIDADE

Procedimento	Operação
0407020039 - APENDICECTOMIA	Desvincular
0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA	Desvincular

VINCULAR PROCEDIMENTO HOSPITALAR

Procedimento

0301060088 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA MEDICA
0310010039 - PARTO NORMAL
0407020101 - COLOSTOMIA
0407040161 - LAPAROTOMIA EXPLORADORA

Vincular

POLICLÍNICA CENTRO: DIAGNÓSTICO DA ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS DA MÉDIA COMPLEXIDADE E MAPEAMENTO DE PROCESSOS

Amanda Arioli Putti
Carolina Souto Ribeiro
Débora dos Passos Rodrigues
Évelyn Nunes De Melo

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório apresenta a consultoria de procedimentos realizada por acadêmicas do 8º termo do curso de Administração Pública da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC, com auxílio das docentes Sullivan Desirée Fischer e Paula Chies Schommer, na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

O relatório evidencia o mapeamento dos principais macroprocessos da enfermagem na Policlínica Centro, da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Tal demanda, oriunda da Diretoria de Média Complexidade, apontou a necessidade de se conhecer as atividades e os fluxos de processos das enfermagens da Média Complexidade, comparando a atuação destas nas diferentes Policlínicas já que se demonstrou falta de transparência, clareza, padronização e controle sobre as atividades dos enfermeiros.

O diagnóstico apontou como uma de suas alternativas o mapeamento de processos, por permitir compreender as atividades nos processos de trabalho, identificando gargalos, delimitando responsáveis por etapas, atividades ou processo, estimando recursos necessários, como servidores ou insumos, além de estimar o tempo de produção ou prestação do serviço.

Isso possibilitará à Diretoria de Média Complexidade identificar eventuais falhas, instituir a melhoria contínua nos serviços, definir padrões para os processos de gestão e, em nível operacional, desenvolver *checklists*, definir e revisar funções, responsabilidades e autoridades no âmbito da enfermagem nas Policlínicas, iniciando-se pela Policlínica Centro.

A consultoria realizou a coleta de dados por meio de entrevista com enfermeiros, utilizando roteiro semi-estruturado, além de basear-se na análise do material coletado nas visitas técnicas na diretoria de Média Complexidade da Secretaria Municipal de Saúde, na Policlínica Continente e na Policlínica Centro. Ademais, foram realizadas pesquisas e um levantamento bibliográfico, baseado numa

revisão seletiva de literatura pertinente ao tema. A partir das informações levantadas, os mapeamentos foram realizados através do software *BizagiProcessModeler*.

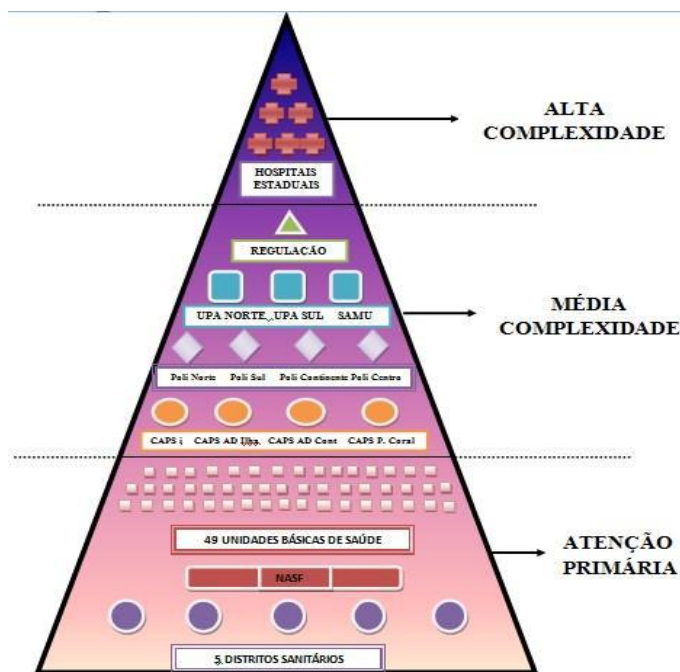
A estrutura do relatório apresenta a descrição da organização; o diagnóstico da situação problema; as alternativas de solução; as ações priorizadas e, por fim, os resultados alcançados e perspectivas.

2. DESCRIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis, norteadas pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), tem como missão promover saúde para todos com qualidade. Para atingir sua missão, a SMS tem se organizado no sentido de buscar um sistema de saúde equânime, integral e resolutivo, proporcionando o atendimento efetivo dos problemas de saúde da população local através da realização de um conjunto de ações articuladas entre os diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde.

A SMS se dedica a uma atenção qualificada na atenção primária para atendimento inicial e, quando necessário, encaminha o caso às unidades especializadas. O atendimento no SUS, se divide, portanto, em atenção primária, média e alta complexidade, todas com ações e procedimento de grande responsabilidade na resolutividade da assistência ao cidadão.

Figura 1: Esquema de divisão dos graus de complexidade de atendimento



Fonte: Andrea Hass, 2016

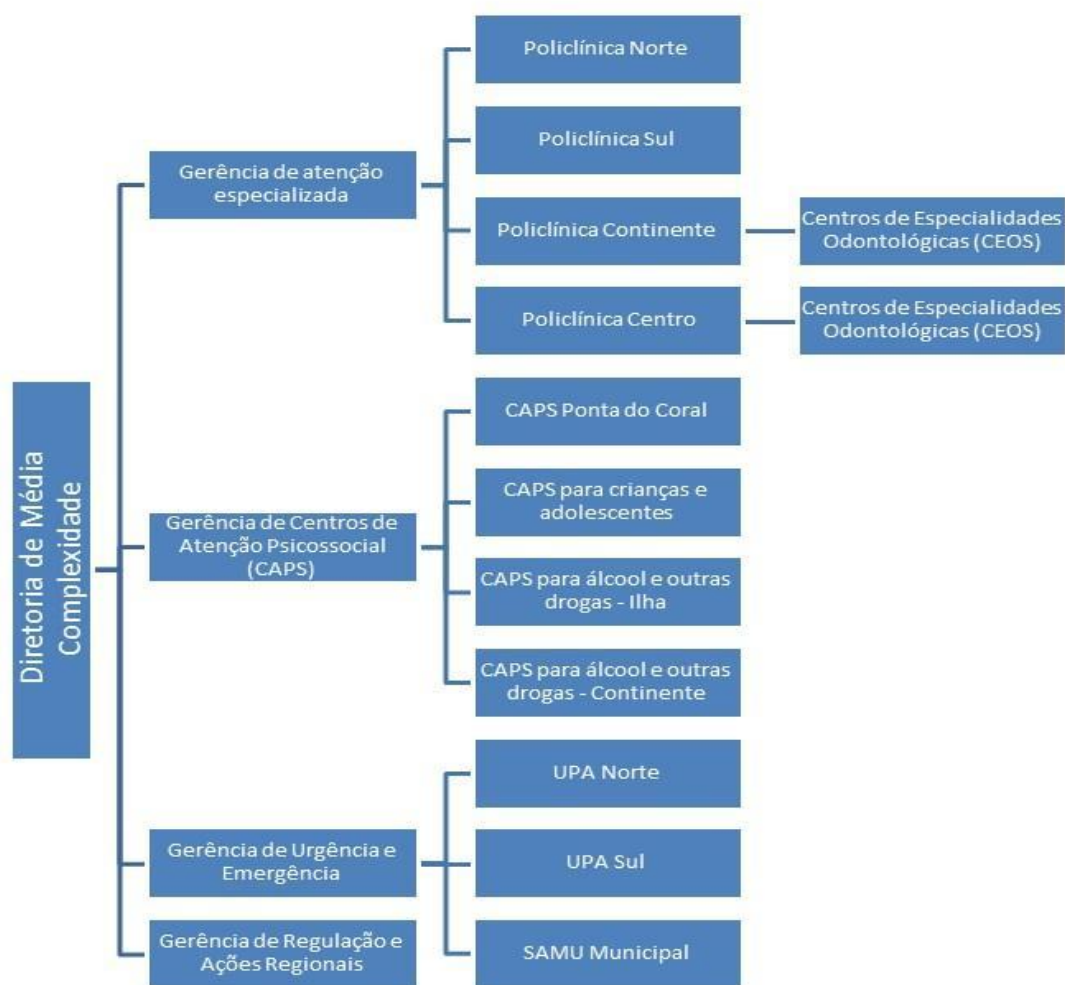
No que se refere à média complexidade, o Ministério da Saúde define que ela visa atender os principais problemas e agravos da saúde da população, demandando a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos para apoio diagnóstico, tratamento e reabilitação em unidades especializadas e de maior densidade tecnológica. Desse modo, seu caráter é suplementar e complementar à atenção primária e suas atividades se configuram relevantes para a redução da demanda pela alta complexidade.

A diretoria de média complexidade da SMS tem as seguintes gerências sob sua subordinação:

- a) Gerência de atenção especializada com quatro policlínicas e dois Centros de Especialidades Odontológicas (CEOS);
- b) Gerências de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), num total de quatro, sendo três distribuídos na Ilha e um no Continente;
- c) Gerência de urgência e emergência com duas Unidades de Pronto Atendimento - UPA (norte e sul) e SAMU Municipal e;
- d) Gerência de Regulação e Ações regionais.

O organograma representado na figura 2, demonstra a estrutura organizacional da Diretoria.

Figura 2: Organograma da Diretoria de Média Complexidade



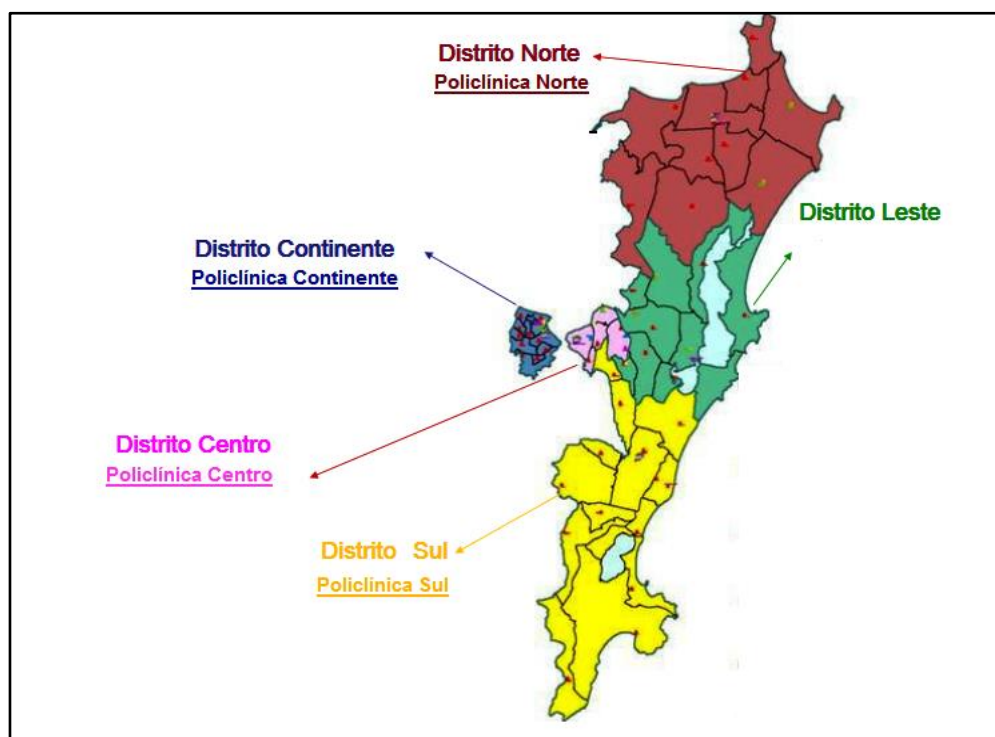
Fonte: Elaborado pelas autoras, 2016.

Dado que a atuação da consultoria se dará numa análise das Policlínicas, descreve-se, ainda que sucintamente, suas competências e peculiaridades.

A SMS de Florianópolis possui quatro Policlínicas que se constituem em espaços de cuidado especializado, integrado à rede de atenção à saúde. Elas desenvolvem atendimento especializado, complementando as ações da atenção primária em Saúde, pela oferta de consultas especializadas médicas e não médicas, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, além de suporte diagnóstico e terapêutico. As Policlínicas realizam atendimento integralmente referenciado da atenção primária.

Geograficamente, elas se localizam em quatro pontos estratégicos para o acesso de usuário do Sistema Único de Saúde, referenciando-se aos 4 distritos sanitários do município:

Figura 3: Mapa dos distritos sanitários e Policlínicas de Florianópolis



Fonte: Andrea Hass, 2016

A presente consultoria se deteve, num primeiro momento, em 2 Policlínicas - Centro e Continente, cada uma com, ao menos, 90 servidores. Essa atenção especializada conta com aproximadamente 25 especialidades médicas, dentre elas: Acupuntura, Angiologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Coloproctologia, Clínico Geral, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Ginecologia, Genética, Geriatria, Hematologia, Homeopatia, Infectologia, Mastologia, Nutrologia, Neurologia, Nefrologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Ortopedia, Pneumologia, Radiologia, Reumatologia e Urologia.

Além disso, estão disponíveis dois Centros de Especialidades Odontológicas (CEOS) que ofertam 7 (sete) especialidades: Buco-maxilo-facial, Endodontia, Periodontia, Pacientes Especiais, Estomatologia, Radiologia Odontológica e Prótese Dentária. Ainda, conta com demais especialidades não médicas como Fonoaudiologia, Fisioterapia, 1 (um) Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA, 4 (quatro) farmácias de referência para dispensação controlados, sendo duas delas para dispensação de antirretrovirais.

O diagnóstico da Consultoria, está focalizado na Policlínica Centro e Continente. Em face disso, a descrição da estrutura de atendimento focará essas policlínicas.

A Policlínica Centro foi inaugurada em 2007 e está localizada na área central da cidade, anexa ao prédio do Centro de Saúde Centro. Ela abrange o maior número de serviços e especialidades médicas ofertadas pela Secretaria e, futuramente, após reforma e revitalização predial, pretende-se reservar o espaço somente para a Policlínica, ampliando a oferta de serviços.

Como serviços especiais, a Policlínica Centro atende pacientes com dificuldades na audição, bi ou unilateral de qualquer idade e visual, fornecendo lupa de apoio, lupa manual, telescópio, telescópio binocular, óculos com filtro, óculos esferoprismático, óculos esférico, bengala e estimulação visual.

Além disso, fornece órteses, próteses e meios de locomoção (19 itens) entre órteses simples e/ou pré-fabricada, meios auxiliares, órteses complexas e cadeiras de rodas adaptadas. Todos estes itens são ofertados pela Secretaria de Saúde do estado de Santa Catarina, atuando o município como responsável pela reunião dos documentos, para posterior envio para a central estadual, se responsabilizando, também, pela comunicação com o usuário.

Para além disso, a Policlínica do Centro também conta com um CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento, o qual realiza ações de diagnóstico e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, além de HIV, hepatite e sífilis. Possui um Ambulatório de Hepatite C, para aplicação de medicamentos para tratamento da doença em moradores de Florianópolis, acompanhados na rede pública ou privada, que necessitem da aplicação da proteína *interferon*.

A Policlínica do Centro disponibiliza um Posto de Coleta de sangue do LAMUF - Laboratório Municipal de Florianópolis, que realiza coleta de exames a pacientes oriundos do CTA e das unidades de saúde. A análise destes exames é realizada no LAMUF ou pelo Hospital Universitário.

Já a Policlínica Continente, inaugurada em 2008, está localizada na área continental do município, no bairro Estreito e diferencia-se das demais policlínicas por possuir centro cirúrgico, um consultório de ostomizados e um consultório de tratamento de feridas de grau 2.

3. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO PROBLEMA

De acordo com Miranda (2010), antes de iniciar a modelagem e a descrição dos processos, realiza-se um diagnóstico para subsidiar a realização do trabalho. O

objetivo dessa etapa é apresentar os diagnósticos efetuados na Policlínica Continente e Policlínica Centro. A demanda apresentada pela Gerente de Apoio da Diretoria de Média Complexidade foi a carência de informações sobre a área de enfermagem das Policlínicas. Para isso, foi solicitado o mapeamento das atividades realizadas pelos enfermeiros da Média Complexidade.

Os motivos apontados pela Gerência da Média Complexidade para demandar a consultoria foram:

1. Falta de clareza sobre as atividades desenvolvidas pelo profissional de enfermagem nas policlínicas;
2. Processos informais, sem padronização;
3. Procedimentos diferentes entre as policlínicas.
4. Falta de normas e instruções de trabalho.

O diagnóstico foi realizado utilizando um roteiro semi-estruturado para a condução das entrevistas e através de observação com base nas visitas *in loco*. Segundo Baldam *et al* (2007), o aumento das exigências de transparência nas transações executadas pelas organizações é um dos fatores que explica o interesse pela modelagem de processos.

Nas policlínicas constatou-se por meio da coleta de dados, observação e análise de documentos, o seguinte diagnóstico:

3.1 Policlínica Continente

O trabalho nessa policlínica é dividido entre três enfermeiros e cada um é responsável por um andar. Quando questionados sobre quais atividades os enfermeiros desempenhavam, as respostas foram muito parecidas, dando enfoque as atividades administrativas de controle, supervisão e orientação. O quadro 1 retrata as atividades mapeadas.

Quadro 1 - Mapeamento das atividades realizadas pelos enfermeiros da Policlínica Continente

Atividade	Descrição
Supervisão da equipe de enfermagem	Supervisionar, orientar e capacitar a equipe de técnicos de enfermagem, mais especificamente no Centro Cirúrgico. Supervisionar a limpeza de materiais. Organizar as salas de exame.

	Supervisionar se os medicamentos são adequados aos procedimentos.
Consulta de enfermagem às pessoas com estomias (agendadas e por demanda espontânea)	Realizar cadastramento, orientações e troca de equipamentos coletores, educação em saúde para as pessoas com estomias e seus familiares.
Consulta de enfermagem para complicações em estomias	Referência para complicações referentes às estomias, para todas as ESF de Florianópolis.
Consulta de enfermagem às pessoas com feridas crônicas	Realizar cadastramento, avaliação e orientações, assim como realiza curativos Grau II. Realiza educação em saúde para as pessoas com feridas e seus familiares.
Gerenciamento do Centro Cirúrgico	Organização de escalas de Técnicos de Enfermagem, escala de médicos cirurgiões, provimento de materiais de consumo e permanentes.
Gerenciamento e manutenção do carrinho de emergência do Centro Cirúrgico	Organização do carrinho com provimento dos medicamentos, materiais e equipamentos necessários, mantendo seu adequado funcionamento e avaliando mensalmente.
Gerenciamento da CME	Organização, avaliação e monitoramento contínuo da CME da policlínica continente, orientando e capacitando os profissionais alocados.
Gerenciamento dos materiais para estomia	Atualização mensal de informações, planilhas e formulários referentes aos materiais para estomia recebidos da SES/SC, respondendo diretamente

recebidos mensalmente da SES/SC	a 18ª Gerencia de Saúde do Estado de Santa Catarina.
Gerenciamento e distribuição dos materiais de estomia para as ESF	Avaliação e separação de todos os materiais de estomia em kits personalizados por pacientes e encaminhados via distritos para as ESF.
Gerenciamento dos materiais especiais de curativos	Avaliação, solicitação e manutenção dos materiais especiais para curativos grau II.
Gerenciamento das agendas dos médicos cirurgiões	Aprazamento e agendamentos dos pacientes que necessitam de retornos internos para reavaliação ou para continuidade dos tratamentos cirúrgicos.
Gerenciamento dos exames anatomopatológicos	Monitoramento dos resultados, separação dos resultados e entrega aos solicitantes de toda a policlínica continente (incluindo mastologia, ginecologia, cirurgia geral, dermatologia, cirurgia de cabeça e pescoço e odontologia). Entrega dos materiais devidamente conferidos e autorizados para o laboratório. Recebimento dos resultados e preenchimento da planilha de acompanhamento dos resultados.
Reagendamento dos pacientes após resultado de anatomopatológico	Reagendamento via contato telefônico de todos os pacientes que necessitam retornar nesta policlínica para reavaliação médica após resultado de anatomopatológico.
Encaminhamento dos exames anatomopatológicos aos distritos	Encaminhamento dos resultados de exames anatomopatológicos aos distritos sanitários para que sejam enviados as ESF para ser entregue aos pacientes. Digitação destes resultados no INFOSAÚDE e protocolo de envio via malote.

Preenchimento das APAC para vasectomia	Preenchimento de todas as APAC após a realização das vasectomias, com termo de consentimento informado conferido e arquivado.
Educação permanente para equipes de enfermagem	Participação em reuniões distritais, oficinas e treinamentos para capacitação de técnicos de enfermagem e enfermeiros com temas relativos a pessoas com estomias e feridas.
Membro efetivo da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem da SMS Fpolis	Membro efetivo da comissão de protocolo, estando constantemente buscando atualizações e aperfeiçoamentos para a construção dos protocolos municipais para sistematização da assistência em enfermagem.
Preceptora de Residentes em Saúde da Família	Preceptora dos residentes em enfermagem para estágios extracurriculares e curriculares na atenção secundária em saúde (média complexidade).
Cauterização de lesões	Cauterizar verrugas condilomas
Acolhimento pacientes IST	Conversar, acalmar pacientes que aguardam por consultas e estão em momento de fragilidade
Gerenciamento de retorno de paciente	Utilizar o programa SISREG para cadastro do paciente e o Dropbox para compartilhar informações com os médicos sobre retorno de pacientes
Preparo dos pacientes para exames	Organizar salas, prepara equipamentos, faz anamnese - a qual é registrada no sistema, para os procedimentos de: Teste ergonômico; Eletocardiograma; Eletroencefalograma; Ultrason; Teledermato

Controle de exames	Digitar resultados de exame e verifica os exames que são devolvidos pelos médicos devidos a erros de execução
Apoio aos médicos	Marcar retorno de pacientes; identifica exames que são prioridades; organiza instrumentos e materiais para o atendimento; realiza atendimento inicial do paciente na ausência do médico
Administrativas	Distribuir, alocar e solicitar materiais

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2016.

Por meio das entrevistas, foram constatados os seguintes pontos:

1. Ausência de formalização das atividades realizadas pelos enfermeiros. Cada enfermeiro da Policlínica realiza as atividades de acordo com o seu julgamento e experiência;
2. Os enfermeiros assumem o cargo, e não recebem descrição das atribuições para as atividades da função.
3. Não existe padrões nos procedimentos realizados;
4. Não há uma distribuição adequada das atividades entre os enfermeiros.

Os depoimentos a seguir comprovam os itens apontados acima. O uso inadequado do recurso “tempo” é evidenciado na fala do enfermeiro “[...] *fico aproximadamente 20 horas semanais sem fazer nada*”. Situação essa, que demonstra o desperdício de mão-de-obra, má distribuição das atividades e falta de orientação a respeito das atividades que deverão ser desempenhadas.

Os enfermeiros apontam que suas atividades estão mais voltadas a parte burocrática e um deles menciona “*Gostaria de auxiliar mais o paciente*”. Contudo, outro enfermeiro aponta que dispõe de uma agenda aberta para atender o usuário. Entretanto, chama atenção para o fato de que essa foi uma decisão sua para ajudar as pessoas e de que não é uma normativa da SMS, demonstrando uma proatividade do profissional.

O controle das consultas e exames é feito pelo enfermeiro através de um sistema informatizado disponibilizado pelo SUS (Sistema Único de Saúde) - o

SISREG (Sistema Nacional de Regulação) que permite o gerenciamento de todo Complexo Regulatório, desde a rede básica à internação hospitalar, “*visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos*”.

3.2 Policlínica Centro

Identificou-se profissionais competentes, experientes e comprometidos com suas atribuições sendo que, dos cinco enfermeiros ali lotados, apenas três estavam presentes e os outros dois estavam afastados.

A equipe encontrou materiais já existentes sobre os processos, atividades e funções na área de enfermagem, os quais foram elaborados pelos enfermeiros. Todavia, tais materiais se encontravam dispersos: alguns no computador, outros impressos e com partes desatualizadas.

Observou-se que os profissionais de enfermagem se organizam e, inclusive, se dividem em escalas, ao redor de três grandes macroprocessos, os quais reúnem suas principais atividades.

Quadro 2 - Macroprocessos da Média Complexidade da Policlínica Centro

Macroprocesso	Descrição
Administração e supervisão	Atividades de gestão de pessoal, gestão de materiais e supervisão da atuação dos técnicos de enfermagem.
Acolhimento e aconselhamento	Atividades de atendimento ao usuário que deseja realizar diagnóstico e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.
Teste rápido	Atividades de atendimento ao usuário que pretende realizar um teste rápido para Sífilis e HIV.

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2016.

Ressalta-se que as atividades administrativas e de supervisão são realizadas por cada enfermeiro num revezamento mensal, enquanto que as atividades dos outros macroprocessos são realizadas por todos eles.

Levantou-se, portanto, tais atividades, organizando-as a partir de seus macroprocessos no seguinte quadro:

Quadro 3 - Mapeamento das atividades realizadas pelos enfermeiros da Policlínica Centro

Atividades Administrativas	Atividades de Supervisão	Atividades de Acolhimento e Aconselhamento	Atividades de Teste Rápido
<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar à administração da Policlínica os reparos e a substituição de equipamentos e materiais necessários • Gerir pessoal de enfermagem • Promover relacionamento entre Posto de Coleta de Sangue e a Gerência do Laboratório Municipal • Notificar no prontuário a disponibilidade dos resultados dos exames Citopatológico do Colo do Útero e registrar resultados em livro próprio • Notificar no prontuário 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Controle administrativo 2. Supervisionar condutas técnicas/éticas dos profissionais Técnicos de Enfermagem que dão suporte aos especialistas da Policlínica Centro nos serviços: Mastologia, cirurgião geral, cirurgião vascular, 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consulta de acolhimento no CTA - Centro de Triagem e Aconselhamento (pacientes que desejam realizar testes de HIV, hepatite B e C e sífilis) 2. Coleta de sangue 3. Realização dos testes de HIV, hepatite B e C e sífilis (procedimento técnico) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Repassar informações educativas 2. Esclarecer dúvidas 3. Realizar exame de sangue 4. Reafirmar a confidencialidade dos resultados 5. Entregar resultados 6. Analisar resultados 7. Auxílio e apoio educacional

<p>a disponibilidade dos resultados do Anátomo Patológico para o médico solicitante</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fazer escala mensal de enfermagem e da equipe de parada cardiorrespiratória • Fazer escala anual/previsão de férias e licenças prêmio da equipe de enfermagem • Fazer escala dos técnicos de enfermagem (mensal) <ul style="list-style-type: none"> ○ dos setores ○ das salas • Fazer contagem anual de instrumentais no Centro de materiais externos (instrumentais) • Verificação do carrinho de emergência <ul style="list-style-type: none"> ○ Controle de estoque Lista do carrinho de emergência até dia 20 • Registrar no INFO os resultados de colpocitologia oncótica e biopsia 	<p>cardiologista = teste ergométrico.</p> <p>3. Outras atividades para supervisionar:</p> <p>Eletrocardiograma</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coleta de sangue • Centro de materiais de esterilização • Aplicação e leitura do ppd, Organização das salas com revisão e reposição de materiais, • Solicitação de materiais ao almoxarifado Poli Centro, • Troca das amoltolias, acolhimento, teledermatol 	<p>para diagnosticar as referidas patologias)</p> <p>4. Pós teste: Consulta da enfermagem aos pacientes portadores de HIV (acompanhamento rotineiro em parceria com a infectologia - fazer encaminhamento)</p> <p>5. Pós teste: Consulta da enfermagem aos pacientes em tratamento da hepatite C (acompanhamento rotineiro em parceria com a hepatologia - fazer</p>	<p>al e emocional</p>
--	--	--	-----------------------

<ul style="list-style-type: none"> • Controlar e buscar pacientes com exame alterados no preventivo e ginecológicos • Controlar notificações <ul style="list-style-type: none"> ○ Vigilância epidemiológica - notificação negativa • Fazer pedido de preservativos até dia 15 • Expor informações no mural • Fazer controle de saída e entrada de equipamentos • Fazer controle da calibração dos esfigmomanômetros • Fazer devolução ao Almoxarifado de instrumentos danificados • Participar de reuniões: <ul style="list-style-type: none"> ○ Policlínica (mensal) - quantos técnicos participarão ○ Técnicos de enfermagem • Garantir com o técnico de enfermagem responsável que 	<p>ogia</p>	<p>encaminham ento)</p> <p>6. Aconselhamento de prevenção/controlar/evitar transmissões</p> <p>7. Orientações relacionadas as doenças</p> <p>8. Dar apoio educativo e emocional aos usuários</p> <p>9. Atender os usuários com queixas relacionadas a dificuldade de agendamento com os infectologistas</p> <p>10. Atender as solicitações de receitas TARV</p>	
---	-------------	---	--

<p>sempre tenha duas pilhas reserva para o Dermatoscópico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitar drenagem e limpeza do reservatório de água da autoclave pequena (mensal) • Carregar e guardar a bateria da máquina fotográfica após cada turno de atendimento da Teledermato. • Entregar para a Direção da Policlínica as investigações realizadas (HIV, sífilis congênita, hepatite B e C e hanseníase) • Fazer controle de estoques e pedidos de: <ul style="list-style-type: none"> ○ Dermatologia ■ Xilocaína sem vaso - 4 frascos de 20ml/mês ■ Xilocaína com vaso - 4 frascos/mês <ul style="list-style-type: none"> ○ Urologistas ■ Lidocaína gel 2% (disponibilizar 2 bisnagas por consultório de uro) ■ salas 19, 37, 60, 66 e 67 			
---	--	--	--

<ul style="list-style-type: none"> ○ Mastologia ■ Xilocaína sem vaso - 12 frascos de 20ml/mês ○ Sala 27 ■ Lidocaína gel 2% 			
--	--	--	--

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2016.

O que se constatou, afinal, é que informações sobre a atividade profissional dos enfermeiros da Policlínica Centro até já existiam, mas estavam dispostas de maneira informal, dispersa, desatualizada e sem qualquer sistematização, restringindo-se ao conhecimento dos próprios enfermeiros e não alcançando o nível da Diretoria.

4. IDENTIFICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS DE SOLUÇÃO

As alternativas propostas para atender as necessidades demandadas pela Diretoria de Média Complexidade são:

- a) **Mapeamento de processos:** propõe-se o mapeamento das atividades dos macroprocessos identificados na enfermagem da Policlínica Centro por meio da notação da metodologia de gerenciamento de processos de negócio, BPMN - *Business Process Model and Notation*, tendo em vista que tais informações não atingem de forma apropriada o nível da Diretoria. A série de ícones padrões para o desenho de processos facilitam o entendimento pelo usuário da notação BPMN e proporcionará à Diretoria, a partir das informações sistematizadas, conhecer os processos, propor melhorias futuras, racionalizar procedimentos e delimitar as responsabilidades, gerenciando melhor as competências de que dispõe;
- b) **Desenvolvimento de planilha de controle das atividades com suas respectivas responsabilidades:** além da demanda principal a ser atendida por meio do mapeamento, a Diretoria expressou a necessidade de se conhecer quais atividades eram realizadas por enfermeiros e quais por técnicos em enfermagem. Assim, propõe-se a criação de uma planilha automatizada a ser

utilizada pela Diretoria com essa finalidade, o que possibilitará que ela gerencie melhor o corpo de profissionais de que dispõe.

- c) **Desenvolvimento de ficha de controle de atividades:** propõe-se a criação de material de controle para o uso do enfermeiro que esteja designado para as funções de administração e supervisão a cada mês, levando em consideração a periodicidade que as tarefas devem ser executadas. Tendo em vista que esse controle é realizado de forma não padronizada por cada profissional.
- d) **Reuniões de esclarecimento:** propõe-se que sejam realizadas reuniões entre a Diretoria de Média Complexidade e os enfermeiros, tanto da Policlínica Centro quanto do Continente, para sensibilização quanto a importância do processo de mapeamento de suas atividades e sobre a necessidade de seus engajamentos ao longo do processo. Além disso, nessas reuniões, propõe-se a apresentação dos fluxos mapeados.

5. AÇÕES PRIORIZADAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

O diagnóstico da situação problema da Policlínica Centro permitiu a equipe a conscientização de que a realização do mapeamento de processos de todas as atividades dos enfermeiros da Policlínica exigiria muito mais tempo e recursos, tanto dos enfermeiros quanto da equipe de consultoria. Portanto, as ações priorizadas foram:

- Mapeamento dos processos de Teste Rápido e Acolhimento e Aconselhamento do Centro de Aconselhamento e Testagem (CTA);
- Elaboração de uma ficha de controle das atividades de administração e supervisão dos enfermeiros por periodicidade;
- Elaboração de uma planilha de controle das atividades de enfermagem nas policlínicas.

4.1 Mapeamento de processos

É através do **mapeamento de processos** que podemos enxergar gargalos nas atividades, instituir a melhoria contínua dos processos e realizar os ajustes

quando necessário. Dessa forma, a área no qual os processos foram mapeados se torna transparente para todos os *stakeholders* (todas as partes interessadas).

Para atender a sustentabilidade interna e melhorar a eficiência operacional dos processos internos, foi mapeado os processos de **Acolhimento e Aconselhamento do Centro de Aconselhamento e Testagem (CTA)**¹ e o processo de **Teste Rápido**, os quais serão descritos nos passos a seguir.

1A. Procedimento:

Realização do Acolhimento e Aconselhamento aos usuários do Centro de Aconselhamento e Testagem.

1B. Fluxo de informação:

O fluxo de informações está exposto no fluxograma da figura 4.

1C. Descrição das informações:

Passo 1: O atendente deve encaminhar o paciente para realizar o atendimento inicial com um enfermeiro ou assistente social.

Passo 2: O enfermeiro ou assistente social realiza o aconselhamento pré-teste com o usuário, o qual consiste em avaliar os riscos individuais, esclarecer as dúvidas, explicar o significado dos possíveis resultados e fazer uma abordagem sobre prevenção, transmissão e janela imunológica. Esse é o momento de preparação para o teste.

Passo 3: É definido qual teste será realizado: rápido ou convencional (punção venosa).

Passo 4: Caso o usuário opte pelo teste rápido, ele é encaminhado para o enfermeiro realizar o procedimento. Se o usuário optar pelo teste convencional, ele é encaminhado para o laboratório clínico.

Passo 5: Assim que o resultado dos testes estiver pronto, é realizado o aconselhamento pós-teste. O atendimento pós-teste consiste em entregar e

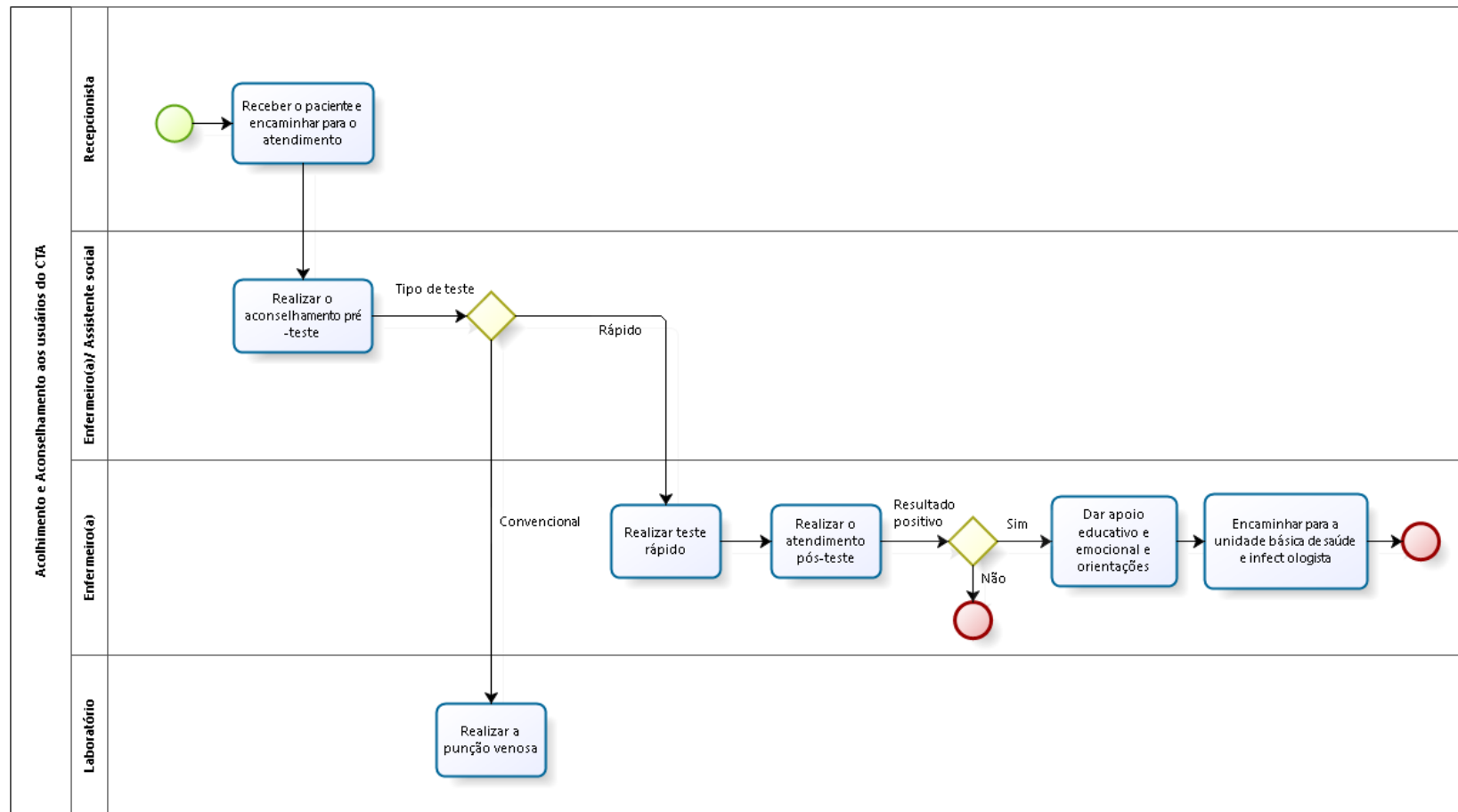
¹ Missão do CTA: “Promover a equidade e o acesso ao aconselhamento, ao diagnóstico do HIV, hepatites B e C e sífilis e à prevenção dessas e das demais DST, favorecendo segmentos populacionais em situação de maior vulnerabilidade, com respeito aos direitos humanos, à voluntariedade e à integralidade da atenção, sem restrições territoriais”. O CTA atua no modo “porta aberta”, ou seja, não há necessidade de agendamento prévio, se o usuário aparecer com queixas ele é acolhido.

interpretar os resultados do exame, reafirmando seu caráter confidencial e reforçando ao incentivo de práticas seguras.

Passo 6: Se o resultado for negativo, o processo é finalizado com dicas de prevenção.

Passo 7: Se o resultado for positivo para HIV ou Sífilis, o usuário recebe apoio educativo e emocional e orientações sobre como deve proceder. Em seguida, é feito um encaminhamento para unidade básica de saúde e ao infectologista.

Figura 4: Fluxo de atendimento do Acolhimento e Aconselhamento do CTA



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2016.

Cabe destacar que o usuário pode solicitar o teste rápido sem passar pela primeira etapa de acolhimento e aconselhamento. Sendo assim, foi elaborada uma modelagem para realização direta do teste-rápido.

2A. Procedimento:

Realização do Teste Rápido para diagnóstico de Sífilis e HIV.

2B. Fluxo de informação:

O fluxo de informações está exposto no fluxograma da figura 5.

2C. Descrição das informações:

Passo 1: O atendente deve encaminhar o paciente para realizar o procedimento.

Passo 2: O enfermeiro ou assistente social realiza o pré-teste com o paciente, o qual consiste em perguntas sobre os hábitos e práticas recentes - como o uso de preservativo, uso de drogas, compartilhamento de seringas, entre outras –, além de explicar brevemente sobre hepatite, sífilis e HIV.

Passo 3: Caso seja o assistente social que realize o pré-teste, este deve encaminhar o paciente para o enfermeiro realizar o procedimento do teste rápido a partir da coleta de uma gota de sangue da ponta do dedo, conforme as instruções do fabricante do material.

Passo 4: O enfermeiro informa que o paciente terá que aguardar cerca de 20 minutos para o resultado do teste ficar pronto.

Passo 5: Deve ser registrado no Sistema Teste Rápido informações sobre o paciente e resultados do texto.

Passo 6: Emitir o laudo do teste pelo sistema e entregar ao profissional que fez o pré-teste, para que este passe o resultado ao paciente.

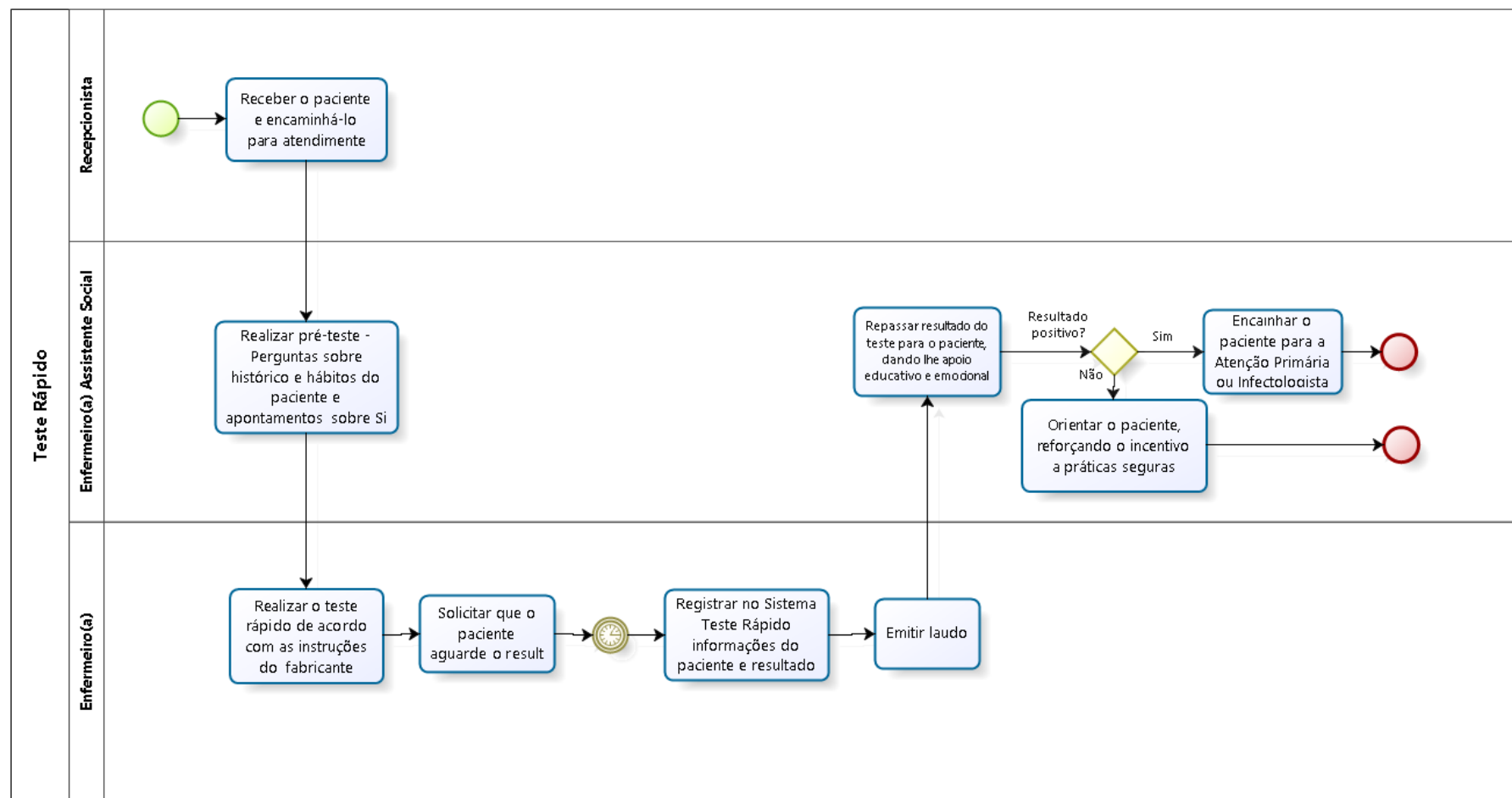
Passo 7: O pós-teste consiste em repassar e entregar os resultados do procedimento, reforçando ao incentivo de práticas seguras.

Passo 8: No caso de resultado positivo para Sífilis ou HIV, o profissional deve encaminhar o paciente para a atenção primária ou o infectologista (dependendo do caso), fornecendo ao paciente apoio educativo e emocional.

2D. Formulários utilizados:

Sistema Teste Rápido – Sistema de registro do procedimento que emite o laudo final.

Figura 5: Fluxo do teste rápido



4.2 Ficha de Controle de Atividades

Para maior praticidade e organização das atividades das enfermeiras foi criado uma **ficha de controle**. O documento (Tabela 1 abaixo) indica as tarefas de administração e supervisão que deverão ser realizadas e qual a sua periodicidade.

Tabela 1: Tarefas administrativas e de supervisão

TAREFAS ADMINISTRATIVAS E SUPERVISÃO			
Diário	Semanal	Mensal	Anual
Supervisionar condutas técnicas/éticas dos profissionais Técnicos de Enfermagem que dão suporte aos especialistas da Policlínica Centro nos serviços: Mastologia, cirurgião geral, cirurgião vascular, cardiologista/teste ergométrico.	Solicitação de materiais ao almoxarifado Poli Centro	Fazer escala mensal de enfermagem e da equipe de parada cardiorrespiratória	Fazer contagem anual de instrumentos no Centro de Materiais Externos
Supervisionar atividades decorrentes: Eletrocardiograma, coleta de sangue, centro de materiais de esterilização, acolhimento, teledermatologia,	Troca das amoltolias	Fazer escala anual/previsão de férias e licenças prêmio da equipe de enfermagem	
Acompanhar e orientar os técnicos	Solicitar à administração da Policlínica os reparos e a	Fazer escala dos técnicos de enfermagem: setores e salas	

	substituição de equipamentos e materiais necessários		
Organização das salas com revisão e reposição de materiais	Notificar no prontuário a disponibilidade dos resultados dos exames Citopatológico do Colo do Útero e registrar resultados em livro próprio	Verificação do carrinho de emergência: Controle de estoque (a cada 15 dias) e Mapa/instrumentos até dia 20	
Gerir pessoal de enfermagem	Notificar no prontuário a disponibilidade dos resultados do Anátomo Patológico para o médico solicitante	Fazer pedido de preservativos até dia 15	
Promover relacionamento entre Posto de Coleta de Sangue e a Gerência do Laboratório Municipal	Registrar no INFO os resultados de colpocitologia oncótica e biopsia	Fazer controle de saída e entrada de equipamentos	
Garantir com o técnico de enfermagem responsável que sempre tenha duas	Controlar e buscar pacientes com exame alterados	Fazer controle da calibração dos esfigmomanômetros	

pilhas reserva para o Dermatoscópico	no preventivo e ginecológico		
Carregar e guardar a bateria da máquina fotográfica após cada turno de atendimento da Teledermato	Controlar notificações de vigilância epidemiológica	Fazer devolução ao Almoxarifado de instrumentos danificados	
	Fazer controle de estoques e pedidos de: Dermatologia Xilocaína sem vaso - 4 frascos de 20ml/mês Xilocaína com vaso - 4 frascos/mês Urologistas Lidocaína gel 2% (disponibilizar 2 bisnagas por consultório de uro) salas 19, 37, 60, 66 e 67 Mastologia Xilocaína sem vaso - 12 frascos de 20ml/mês Sala 27 Lidocaína gel 2%	Participar de reuniões da Policlínica	

		Garantir com o técnico de enfermagem responsável que sempre tenha duas pilhas reserva para o Dermatoscópio	
		Solicitar drenagem e limpeza do reservatório de água da autoclave pequena	

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2016.

4.3 Planilha de controle de atividades de enfermagem

Durante a fase de diagnóstico, foi verificado falta de clareza e transparência quanto as atividades desempenhadas pelos enfermeiros nas policlínicas e a sensação, por parte da diretoria, de que muitas dessas atividades poderiam ser executadas por outros profissionais da saúde, como os técnicos em enfermagem.

A planilha de controle das atividades de enfermagem é uma ferramenta criada para que os gestores consigam visualizar todas as atividades desempenhadas pelos enfermeiros em cada policlínica e classificá-las de acordo com o profissional de saúde adequado para executar a mesma – enfermeiro, técnico em enfermagem ou ambos-, sendo uma ferramenta de gestão que auxilie na tomada de decisão. A planilha tem campos disponíveis para a inserção de novas informações relativas as atividades realizadas nas quatro Policlínicas. Além de possibilitar a verificação do número de atividade realizadas em cada policlínica e quantas dessas são efetivamente atribuições de enfermeiros

A. Procedimento

Utilização da planilha de controle das atividades de enfermagem

B. Descrição das informações

Passo 1: O menu da planilha apresenta cinco botões, dos quais quatro deles apresentam as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros nas respectivas

policlínicas, e o quinto apresenta resultados quantitativos das atividades desempenhadas.



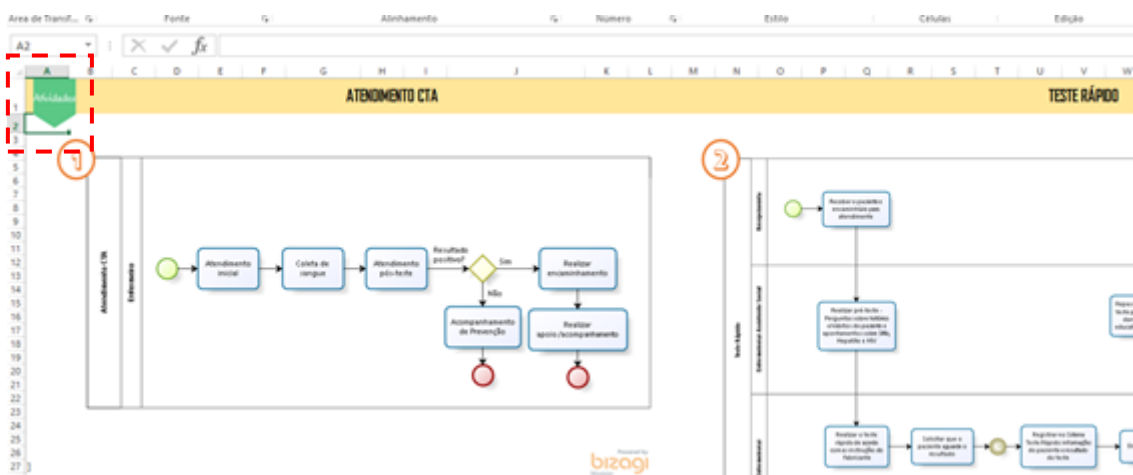
Passo 2: Ao clicar em um dos botões azuis, e verificar a lista de atividades, o gestor deve estabelecer que profissional da saúde deveria estar executando a mesma, selecionando uma das opções: Enfermeiro; Técnico em enfermagem; Enfermeiro ou técnico. Após a classificação das atividades é possível volta ao menu da planilha através do botão sinalizado abaixo.

	ATIVIDADES	DESCRIÇÃO	PROFISSIONAL RESPONSÁVEL
1	Supervisão da equipe de enfermagem	Supervisionar, orientar e capacitar a equipe de técnicos de enfermagem, mais especificamente no Centro Cirúrgico, atendimento em sala de curativos e atendimento a pessoas com estomia.	
2	Consulta de enfermagem às pessoas com estomias (agendadas e por demanda espontânea)	Realizar cadastramento, orientações e troca de equipamentos coletores, educação em saúde para as pessoas com estomias e seus familiares.	Enfermeiro Técnico em enfermagem Enfermeiro ou Técnico
3	Consulta de enfermagem para complicações em estomias	Referência para complicações referentes às estomias, para todas as ESF de Florianópolis.	
4	Consulta de enfermagem às pessoas com feridas crônicas	Realizar cadastramento, avaliação e orientações, assim como fazer curativos Grau II. Realizar educação em saúde para as pessoas com feridas e seus familiares.	
5	Gerenciamento do Centro Cirúrgico	Organização de escalas de técnicos de Enfermagem, escala de médicos cirurgiões, provimento de materiais de consumo e permanentes.	
6	Gerenciamento e manutenção do caminho de emergência do Centro Cirúrgico	Organização do caminho com provimento dos medicamentos, materiais e equipamentos necessários, mantendo seu adequado funcionamento e avaliando mensalmente.	
7	Gerenciamento da CME	Organização, avaliação e monitoramento contínuo da CME da policlínica continente, orientando e capacitando os profissionais alocados.	

Passo 3: No menu, ao clicar no botão Centro, além de verificar a lista de atividade executadas na Policlínica do Centro e classificá-las de acordo com o profissional responsável, é possível verificar os dois fluxos já mapeados – aconselhamento e acolhimento no CTA e teste rápido - no botão sinalizado abaixo

POLICLÍNICA CENTRO			
	ATIVIDADES	DESCRIÇÃO	PROFISSIONAL RESPONSÁVEL
1	Consulta de aconselhamento no CTA	Consulta ao paciente que deseja realizar teste para HIV, Hepatite e Sífilis	Enfermeiro
2	Realizar os testes rápidos de HIV, Sífilis e Hepatites	Realizar procedimento para o diagnóstico das patologias	Enfermeiro
3	Consulta de enfermagem aos pacientes portadores de HIV	Acompanhamento rotineiro dos pacientes em conjunto com a Infectologia	Enfermeiro
4	Consulta de enfermagem aos pacientes em tratamento para Hepatite C	Acompanhamento dos pacientes em conjunto com a Hepatologia	Enfermeiro
5	Consulta de enfermagem as demais especialidades	Compartilhar atendimento em outras especialidades médicas	Enfermeiro
6	Controle de materiais de enfermagem	Avaliar sistematicamente os insumos e instrumentos. Fazer solicitação de reposição de material quando necessário	Enfermeiro ou Técnico
7	Supervisionar central de esterilização	Acompanhar e orientar os técnicos de enfermagem para esta atividade	
8	Liderar equipe de enfermagem	Resolver problemas do cotidiano de trabalho. Coordenar as reuniões da equipe	
9	Notificação e investigação de pacientes	Notificar e examinar os pacientes diagnosticados com agravos de saúde	
10	Controle de entrada e saída de materiais para análise externa	Receber e encaminhar semanalmente os materiais de biópsia e exame preventivo realizado pelas especialidades	
11	Liderar possíveis atendimentos de urgência/emergência	Liderar equipe de enfermagem no atendimento a situações de urgência/emergência	
12	Organizar o cenário de emergência	Organizar, verificar validade dos medicamentos, fazer reposição de materiais que fazem escalas, solicitar reparo de equipamentos, notificar no prontuário a	

Passo 4: Após verificar os fluxos dos processos mapeados, retorna-se para as atividades desempenhadas pelos enfermeiros do centro através do botão sinalizado abaixo.



Passo 5: Após a classificação de todas as atividades de todas as políclínicas, ao clicar no botão verde de resultados na aba Menu, é possível avaliar quantitativamente as atividades desempenhadas. O gestor pode visualizar quantas atividades são executadas pelos enfermeiros e quantas são efetivamente de sua atribuição, além de ter uma visão geral dos resultados das policlínicas na tela “Total de Atividades”.



6. RESULTADOS ALCANÇADOS E PERSPECTIVAS

A SMS é um exemplo da provisão de bens e serviços diretos, a qual se dá por meio de recursos financeiros e humanos do governo. Dessa forma, é uma organização que por natureza apresenta processos burocráticos e muitas vezes inflexíveis, além disso, há interferência política, o que pode dificultar o andamento de novos projetos e mudanças, devido a troca do corpo executivo entre mandatos, o que causa mudança na gestão. Esse ponto deve ser levado em consideração na implantação de novos projetos, pois é um desafio que precisa ser enfrentado com consciência.

A necessidade expressa pela Diretoria de conhecer as atividades executadas pelos enfermeiros e, posteriormente, avaliar quais poderiam ser de atribuição dos técnicos em enfermagem foi atendida pela planilha automatizada. O levantamento das atividades exercidas pelos enfermeiros, bem como suas descrições, permite à gerência da média complexidade identificar as atividades e se necessário, realocá-las, contribuindo para a transparência e clareza das atribuições dos profissionais em cada policlínica.

Uma oportunidade de melhoria verificada por meio do diagnóstico foi de aprimorar o material já existente sobre as atividades de administração e supervisão dos enfermeiros da Policlínica Centro. A ficha de controle sistematizou e organizou as informações em um só documento, de acordo com a periodicidade em que as atividades são realizadas - diárias, semanais, mensais e anuais.

O trabalho não solucionou todas as questões apresentadas pela organização - mapear os fluxos das enfermagens de todas as quatro Policlínicas -, entretanto, foram dados os primeiros passos em direção a esse objetivo global. Sendo assim, recomenda-se que seja dada continuidade no levantamento das atividades realizadas pelos enfermeiros nas Policlínicas do Sul e do Norte, inserindo as novas informações na planilha de controle, para que se tenha um quadro geral de todas as atividades desempenhadas pelos enfermeiros na média complexidade. Com as informações mais organizadas, é possível realizar o mapeamento dos demais processos, otimizá-los, realizar padronizações e criar formas de informar aos cidadãos sobre as atividades realizadas pelos enfermeiros nas policlínicas – como uma carta de serviço, por exemplo. Para tanto, para que todos esses passos sejam realizados e construídos, ressalta-se a importância da organização sensibilizar e mobilizar os servidores para contribuir e participar do processo. Durante a consultoria esbarrou-se no desafio da

colaboração de profissionais que não haviam sido sensibilizados anteriormente para participar. Outro ponto desafiador foi a presença de diferentes atores interessados no processo, cujos desejos nem sempre se alinhavam em termos de expectativas.

Como resultado da utilização das ações propostas pelo grupo a longo prazo, pode se esperar o uso mais consciente dos recursos públicos e a melhoria da qualidade dos serviços para os cidadãos/usuários. Assim, é válido ressaltar que as ferramentas desenvolvidas irão contribuir para uma gestão mais transparente na SMS e maior responsabilidade para divisão de tarefas entre as enfermeiras. Além disso, o uso das ferramentas permitirá a identificação de falhas e melhorias nos processos.

REFERÊNCIAS

BALDAM. R.; VALLE, R.; PEREIRA. H.; et al. **Gerenciamento de Processos de Negócios: BPM - Business Process Management**. São Paulo: Ed. Érica Ltda, 2007. 240 p. ISBN 978-85-365-0275-8

MIRANDA, Silvânia. **A gestão da informação e a modelagem de processos**. Revista do Serviço Público Brasília 61 (1): 97-112 Jan/Mar 2010

MAPEAMENTO DOS PROCESSOS NO SETOR DE GESTÃO DE TRABALHO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS

Karolyne Coelho Leite
Maria Eduarda Dias
Mayara Silva Carvalho
Thaís Finck de Oliveira

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório é resultado das atividades de consultoria realizadas na Assessoria em Gestão de Pessoas da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Realizado na disciplina do 8º termo do curso de Administração Pública, o relatório consiste num trabalho interdisciplinar entre a Teoria e Prática de Administração de Serviços Públicos e Sistemas de Accountability, ministradas pelas professoras Sullivan Desirée Fischer e Paula Chies Schommer, respectivamente.

Do diagnóstico resultou a demanda pelo mapeamento de processos da Assessoria, especificamente no âmbito de Contratação e Folha de Pagamento, pertencentes ao Setor de Gestão do Trabalho - para a elaboração do mapeamento utilizou-se o programa *Bizagi Process Modeler*. A intervenção se justifica pela necessidade do Setor em padronizar seus processos internos, de modo a tornar mais transparente as competências do Setor e garantir assim, o controle interno.

Este relatório está estruturado da seguinte maneira: primeiramente, é realizada uma descrição da Assessoria em Gestão de Pessoas, com suas principais atribuições e processos; em seguida, é desenvolvido o diagnóstico da Assessoria, com vistas à mostrar sua realidade e identificar sua demanda; feito isso, são relatadas as alternativas de solução às situações críticas encontradas; por fim, é abordada a ação priorizada pela Assessoria, os resultados alcançados e as perspectivas quanto à utilização do produto entregue por este relatório, o mapeamento de processos.

2. DESCRIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO

A atual Gestão da Saúde Municipal instituiu a Assessoria em Gestão de Pessoas. A Assessoria é composta por três setores, sendo eles: Gestão do Trabalho; Saúde do Trabalhador da Secretaria Municipal de Saúde; e Educação em Saúde. Estes possuem como objetivo dinamizar e humanizar a relação com seus servidores, todavia apresentam distintas atribuições, como pode se observar adiante.

Setor de Gestão do Trabalho

O Setor de Gestão do Trabalho da Secretaria Municipal de Saúde é subdividido em duas áreas, a primeira é referente à Contratação, enquanto a segunda é destinada à Folha de Pagamento.

Na parte de Contratação, ocorrem o recrutamento e a seleção de servidores para a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, no qual são realizados através de concurso público, para os servidores estatutários, e por processo seletivo, para os servidores contratados por tempo determinado. Esse setor também é responsável pela mudança de lotação do servidor, seja por necessidade do serviço ou a pedido do próprio servidor.

O Setor de Folha de Pagamento, por sua vez, se responsabiliza por:

- Encaminhar documentação (portarias, ampliação de jornada, responsabilidade técnica, etc.) e protocolos de pagamento (Adicional Noturno, Auxílio Combustível, Hora Extra, Sobreaviso, Hora Plantão, Preceptoria, Ajuda de Custo e Produtividade, PMAQ) para a Secretaria de Administração;
- Conferir Relatórios de Anormalidade de Frequência (RAF);
- Protocolar os pedidos de Licença Prêmio dos servidores na SMA;
- Encaminhar para a Secretaria Municipal de Administração a escala de férias, inclusão, alteração e cancelamento de férias;
- Disponibilizar-se aos servidores lotados na Secretaria de Saúde para o fornecimento de informações financeiras, esclarecimento de dúvidas sobre o contracheque e revisão de pagamentos, quando necessário.

Setor de Saúde do Trabalhador

O Setor de Saúde do Trabalhador da Secretaria Municipal de Saúde tem o objetivo de alinhar-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, levando em conta a transversalidade das ações de Saúde do Trabalhador e o trabalho, como um dos determinantes do processo saúde-doença. Considerando a natureza insalubre dos processos e ambientes de trabalho na área da saúde, os fatores de riscos aos quais os trabalhadores estão expostos, assim como, a importância de conhecer a realidade da saúde ocupacional e ambiental dos trabalhadores da SMS, o setor de Saúde do Trabalhador foi instituído com o propósito de desenvolver, de forma participativa com os estes e demais setores da saúde, mecanismos que possam contribuir para a melhoria dos ambientes e condições de trabalho no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde.

É atribuído a este Setor:

- Elaborar a Semana de Saúde do Trabalhador da SMS: Evento que consiste em compartilhar informações e proporcionar debates com os trabalhadores da SMS sobre saúde e práticas seguras no ambiente de trabalho, na prevenção de doenças e acidentes;
- Redigir o Manual de Atenção Integral à Saúde do Servidor: Esta ferramenta tem o objetivo de propiciar uma fonte permanente e atualizada de consulta relativas à atenção integral à saúde do trabalhador, para a implementação de ações de promoção à saúde e segurança nos diversos ambientes de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis;
- Aplicar o Questionário de Satisfação: Este é um instrumento de pesquisa com a finalidade de poder avaliar sistematicamente o nível de satisfação dos servidores e sua relação com o trabalho, seja pelas condições ambientais, organizacionais ou de relacionamento.
- Emitir os Relatórios de Afastamento: Documento de controle competente por trazer as informações referentes ao número de afastamentos dos servidores.

Setor de Educação em Saúde

O Setor de Educação em Saúde tem como objetivo fomentar, planejar, ordenar e implementar ações de educação na saúde na rede municipal de saúde de Florianópolis, em consonância com a Política Municipal de Educação Permanente em Saúde.

Compete ao Setor:

- Implementar a Política Municipal de Educação Permanente em Saúde nos três eixos prioritários: SUS como Escola; Desenvolvimento do Trabalhador e Observatório de Saúde;
- Elaborar e propor políticas e normativas de formação, desenvolvimento profissional e educação em saúde, acompanhando sua execução;
- Promover a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde, por meio da integração do ensino e serviço, com vistas a fortalecer as instituições formadoras e o serviço prestado à população;
- Planejar e coordenar ações de educação na saúde, por meio de articulações intra e intersetoriais;

- Buscar a captação de parcerias e recursos para a efetivação das ações desenvolvidas no âmbito do Setor de Educação em Saúde.

3. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO PROBLEMA

Por meio de reuniões efetuadas na Assessoria em Gestão de Pessoas da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (SMS) entre os meses de abril a junho de 2016, percebeu-se a demanda pelo mapeamento de processos. Houve a necessidade, por parte dos gestores, em focar na área da Gestão de Trabalho, devido ao fato desta vertente não ser formalizada.

Os principais aspectos pertencentes à realidade da vertente de Gestão de Trabalho consistem na padronização de seus processos de trabalho rotineiros. Não existe um manual de procedimentos internos que orienta o passo a passo das atividades do setor, cada servidor novo aprende com os colegas e assim vão sendo repassadas as informações. A rotina desses processos se torna ainda mais desafiadora quando um único servidor que detém o conhecimento sobre algum processo, ou função específica, tira licença ou férias. Os servidores que se responsabilizam pelas competências do servidor ausente não sabem a quem recorrer, pois não existe nada documentado que possa orientá-los.

Além da demanda principal supracitada, foram identificadas com os gestores, outras situações incômodas ao Setor. Conforme demonstra o quadro abaixo:

Quadro 01 - Detalhamento das demandas levantadas

Contexto	Situação
Relação da Assessoria com a Secretaria Administração (SMA)	O Setor de Folha de Pagamento e Contratação são bastante dependentes da Secretaria de Administração. Grande parte dos procedimentos diários do Setor devem ser repassados ao SMA;
Folhas ponto e codificação	Os Setores/Unidades da SMS encaminham para o Setor de RH o Relatório de Anormalidade de Frequência (RAF). Este documento traz informações referentes às causas das anormalidades nas frequências dos servidores (que podem ser por idas a eventos, cursos, licenças...). Cada

	anormalidade possui um código específico, e estes códigos precisam estar no relatório gerado pelos Setores/Unidades. Por fim, é realizada a conferência do relatório e as divergências precisam ser corrigidos;
Sistemas de Gestão interna da SMS e SN	Após recebimento e conferência do RAF, a Assessoria solicita as alterações necessárias para a chefia e após correções, o RH transporta os lançamentos para o sistema da SMA, pois os sistemas de RH não são integrados;
Ambiente de Trabalho	O ambiente de trabalho da Assessoria é repleto de caixas de arquivo empilhadas em prateleiras encostadas nas paredes que poluem visualmente o ambiente e podem prejudicar a saúde dos servidores, devido ao mofo gerado pelos arquivos mais antigos.

Fonte Própria.

4. IDENTIFICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS DE SOLUÇÃO

De acordo com a demanda existente, a formulação de fluxograma feito por meio do mapeamento de todos os processos da Folha de Pagamento e do Setor de Contratação será a alternativa de solução. Neste fluxo será descrito com detalhes o “passo a passo” de como é feito cada atividade pela qual o setor é responsável. Esta será uma forma de orientar os próximos gestores e servidores que virão, mas também servirá de guia para que todos os servidores que trabalham no setor conheçam o que seus colegas de trabalho fazem e como fazem, para que saibam como agir quando algum deles precisar se ausentar. Esse instrumento garante o controle interno dos fluxos de processos de trabalho do Setor, e o torna mais transparente para todos os servidores envolvidos.

Quanto às outras situações encontradas, o quadro 02 identifica alternativas de solução para o que foi trazido no diagnóstico.

Contexto	Alternativa de Solução
Relação da Assessoria com a Secretaria de Administração (SMA)	A presente consultoria não está habilitada para propor alguma mudança, se restringindo apenas ao âmbito da SMS.
Folhas ponto e codificação	O grupo de consultoria sugeriu à equipe de Gestão de Trabalho que essa realizasse avaliação, reuniões circulares ou buscasse outro instrumento que possibilitasse a identificação do motivo dessa situação e assim conseguir realizar as mudanças necessárias.
Sistemas de Gestão interna da SMS e SMA	Somente pode-se sugerir que os sistemas se integrem. Essa integração, conforme o que foi estudado na Prefeitura, já está em andamento, porém o prazo dessa operação ainda é desconhecido.
Ambiente de Trabalho	Sugerimos que a Assessoria busque contratar um profissional em Arquivologia para organizar o espaço e a colocação das caixas de arquivo, de modo a não prejudicar a saúde dos servidores e melhorar a qualidade do ambiente.

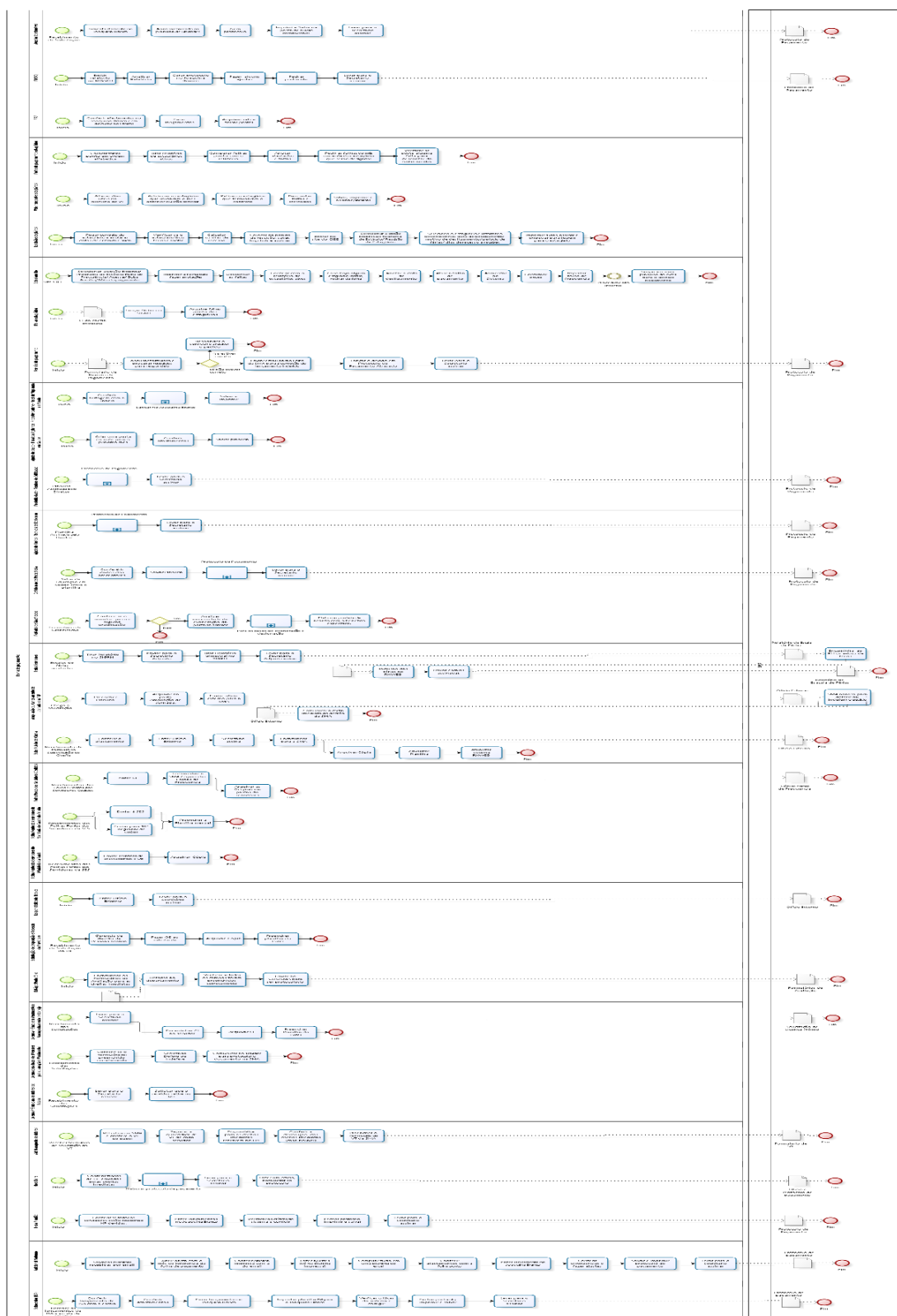
Fonte Própria.

5. AÇÕES PRIORIZADAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

A equipe buscou a criação de um fluxo de processos padronizado para os processos dos Setores de Folha de Pagamento e Contratação, utilizando como ferramenta o software *Bizagi Process Modeler*, com vistas a organizar a informação do mapeamento dos processos de maneira prática e simples. Para a coleta de dados, foram aplicados questionários² a todos os servidores da vertente de Gestão de Trabalho. As respostas inseridas nestes questionários, tornaram possível estruturar os fluxogramas. No Apêndice Quatro, é possível analisar a descrição detalhada dos processos mapeados abaixo.

² O roteiro semi-estruturado dos questionários se encontra no Apêndice deste Relatório.

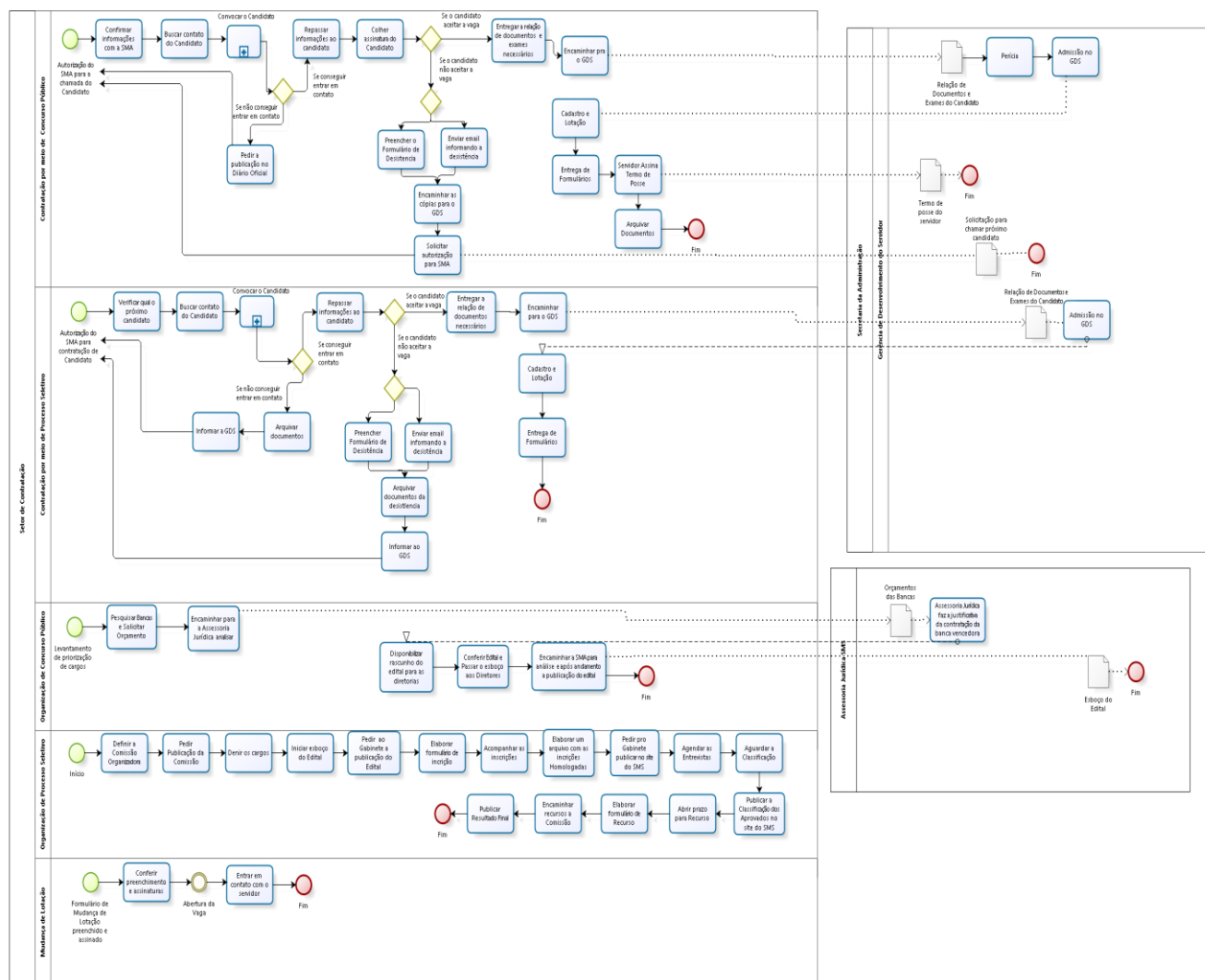
Figura 01 – MAPEAMENTO DOS PROCESSOS DA FOLHA DE PAGAMENTO³



Fonte Própria

³ Para melhor visualização, acessar o link:
<https://drive.google.com/open?id=0B8pV7nNv91QjWjIXZG9zWTdEN1E>

Figura 02 – MAPEAMENTO DE PROCESSOS DA CONTRATAÇÃO⁴



Fonte Própria

6. RESULTADOS ALCANÇADOS E PERSPECTIVAS

A equipe busca com o mapeamento e a descrição dos processos através da ferramenta *BizagiProcessModeler*, remeter aos servidores do setor de Gestão de Trabalho mais clareza quanto às questões legais de suas ações, além de facilitar seu trabalho, ao deixar mais acessível as normas a que deve recorrer, a fim de que não sejam mais frequentes as descontinuidades nos processos e a quebra de seu fluxo.

⁴ Para melhor visualização, acessar o link:
<https://drive.google.com/open?id=0BysrABGFP5bdazNiUkIQc1pmZ1E>

As situações encontradas e disponibilizadas no diagnóstico do presente relatório muito servirão de base para outros possíveis estudos acadêmicos, tal como a divulgação dos fluxos, trazendo clareza às informações e processos. A Secretaria de Saúde se mostra de portas abertas para a academia que positivamente tem contribuído para seu desenvolvimento e capacitação de suas atividades, fator preponderante para que possa ser iniciado um novo processo de consultoria.

7. REFERÊNCIAS

Prefeitura de Florianópolis. **Gestão de Pessoas da Secretaria de Saúde**. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/sites/gpss/index.php?pagina=home&menu=0>> Acesso dia: 13 de junho de 2016.

APÊNDICE 1 - DESCRIÇÃO DO MAPEAMENTO DE PROCESSOS

1 F O L H A D E P A G A M E N T O

1.1 AUXÍLIO COMBUSTÍVEL

1.1.1 Recebimento de Solicitação:

- Salvar cada planilha no mês referente na pasta. Exemplo: próximo mês junho/201X - planilha nova - colar especial - valores e números

1.1.2 Tirar afastamento no Joaquina Branco:

- Afastamento do 2º mês anterior à folha dos cargos beneficiados;
- Servidor que tiver afastamento é descontado e quem não tem recebe pelos dias trabalhados e pelo local de trabalho;
- Servidor de UPA recebe por plantão e é referente ao mês anterior à folha;
- * Tudo é feito em Excel e depois importado no Joaquina Branco gerando protocolo para encaminhar a SMA;

1.1.3 Analisar baseado na planilha de unidades

- Analisar, baseado na planilha de unidades na pasta do compartilhados - Rh 2016 - Auxílio combustível;

1.1.4 Gerar protocolo

- Para fazer o protocolo, seleciona-se as colunas desde o nome do servidor até valor, cópia e cola em outro arquivo como colar em especial - valores e formatos de número;
- Coloca-se em ordem de dias e exclui as linhas que possui dia zero. Após a última coluna, inserir na linha dos dados a fórmula: =concatenar (clica no 1º dia; “dias trabalhados”) e dá “enter”;
- Feito isso seleciona a célula e arrasta até o final dos dados, copiando a fórmula;
- Deixar apenas as colunas de matrícula, referencia (quilometragem), valor e esta da fórmula;
- Exclui o cabeçalho e salva em csv;
- Vai no Joaquina Branco, lançamento em folha, novo, coloca os dados, seleciona a folha, matrícula do secretário e importa o arquivo;
- Fecha o protocolo

1.1.5 Imprimir e Salvar na pasta de auxilio combustível

1.1.6 Levar para o secretario assinar

- Tirar cópia e arquivar. Após encaminhar para a Secretaria de Administração o original

1.2 PMAQ

1.2.1 Emitir relatório no RHWEB

- Emitir relatório mensal no sistema RHWEB de todos os servidores que estão compondo equipes nas unidades de saúde.
- A regra geral do PMAQ é que não pode ter mais de 30 dias corridos de afastamento no período analisado.
- Salvar em *excel*/ relatório RHWEB - ESF - ÁREA ESF EXCEL (relatório PMAQ) (converter em número todas as colunas que possui número)
- Salvar em *excel*/ relatório RHWEB - Relatórios - Servidor afastado - PMAQ (converter em número todas as colunas que possui número; colocar na ordem: matrícula por 1ª coluna - funcionário - área - unidade - cargo - função; se a coluna da matrícula tiver com “-” tem que tirar pelo substituir)

1.2.2 Analisar Relatório

- Analisado o relatório, verificado afastamentos e lotações gera-se o protocolo no sistema Joaquina Branco
- Salvar em *excel* relatório Joaquina Branco - consulta de afastamento - coloca o período maior que 30 dias a ser analisado - lotação inicial gabinete do secretário e lotação final upasul (converter em número todas as colunas que possui número; colocar na ordem: matrícula por 1ª coluna - funcionário - área - unidade - cargo - função; se a coluna da matrícula tiver com “-” tem que tirar pelo substituir)
- Depois salva o relatório do PMAQ como PMAQ tirando afastados (colocar na primeira linha da última coluna a fórmula: =procv (clica na matrícula do arquivo base; depois seleciona a tabela de afastamento (rhweb e joaquina branco); 2(é a coluna do nome); FALSO) e dá enter; seleciona a célula e arrasta até o final, para só analisar as linhas que aparecerem nomes e não ND. Pode filtrar para que só apareçam os nomes e analisar na consulta de afastamento se tem afastamento maior que 30 dias direto pegando o primeiro dia útil do mês; faz isso primeiro com o arquivo do rhweb e depois com o arquivo do rhweb e depois com o do Joaquina Branco.

- Segue com a planilha PMAQ tirando afastados, colocar em ordem de matrícula (exclui os médicos generalistas e residentes; alterar matrículas cedidos; excluir linha da Ana Homem; mudar a CBO para técnico de enfermagem; salvar o arquivo como CSV (separo por vírgulas); No CSV exclui a coluna de unidade e descrição de CBO; Colocar na ordem: código - área - modelo - nome - matrícula - CBO; Exclui o cabeçalho; Salvar.

1.2.3 Gerar protocolo no Joaquina Branco

- Abre o Joaquina Branco, vai no módulo Folha de pagamento - PMAQ (Confere o ano/mês de competência se é da folha atual; importa o arquivo csv e clica em pesquisar; analisar as equipes; verificar a lotação no primeiro dia útil e arrumar ou no arquivo Excel ou no Joaquina preto; se tiver duplicação de nomes, excluir; se tiver ajuste no Excel, lançar csv de novo e importar novamente; Depois de tudo pronto vai gerar protocolo)
- Gerar protocolo (Salvar as divergências que aparecem no Excel e colocar em ordem; salvar número do protocolo)
- Verificar no Joaquina Branco - PMAQ - admitido e desligado, para ver se tem alguém que foi desligado e retirar do protocolo
- Vai no Joaquina Branco em Lançamento em folha e coloca o número do protocolo e pesquisa (Abrindo o protocolo, colocar a matrícula do secretário e salvar; analisar todas as divergências do arquivo em Excel, trocando os modelos de equipe e o primeiro que aparece é o correto, salvar; trocar as notas de saúde bucal baseado no arquivo e salvar; excluir duplicações de nomes e salvar

1.2.4 Fazer alguns ajustes

- Ajustes necessários, (por exemplo quando um servidor por necessidade do serviço muda de equipe, precisa ajustar o valor da NOTA para o valor da equipe anterior)
- Verificar se há valores em branco e ajustar; verificar casps individuais de equipes fake da pasta, incluir um por um;
- Salvar

1.2.5 Fechar protocolo

- Fecha-se o protocolo, enviando para a folha de pagamento da SMA
- Imprimir e salvar arquivo em PDF na pasta do PMAQ em compartilhadas.

1.2.6 Levar para o Secretário assinar

Tirar cópia e arquivar. Após encaminhar para a Secretaria de Administração o original

1.3 RAF – RELATÓRIO DE ANORMALIDADE DE FREQUÊNCIA

1.3.1. Conferir afastamentos no Joaquina Branco e em documentos físicos

- Instrumento para o fechamento da folha dos servidores de saúde. A conferência é feita todo mês pelo setor.
- Todos os afastamentos do servidor são conferidos no sistema (Joaquina Branco) e nos documentos encaminhados pelo servidor.
- Tudo deve estar de acordo com a Folha Ponto e o RAF.

1.3.2 Fazer Lançamentos

- Alguns lançamentos são feitos no sistema Joaquina Preto e outros no Joaquina Branco para serem computados.

As Instrução Normativa estão no seguinte link:

http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/13_05_2015_12.28.49.94db8f648b833abaa04b8fb6477c2713.pdf

1.3.3 Arquivar RAFs e folhas pontos

- Todos os RAFs e folhas pontos são arquivados no setor/RH.
- * Os descontos, a partir dos lançamentos são realizados pela Folha de Pagamento da Administração.

1.4 FOLHA DE PAGAMENTO ESTAGIÁRIOS

1.4.1 Colocar folhas ponto em ordem alfabética

1.4.2 Tirar relatório de estagiários ativos

- Tirar o relatório com nome, matrícula, lotação, carga horária e data de admissão dos estagiários ativos;

1.4.3 Comparar folhas pontos com o relatório

1.4.4 Anotar atestados e faltas

1.4.5 Verificar se existe alguma falta para descontar da bolsa auxílio

1.5 VALE TRANSPORTE ESTAGIÁRIOS

1.5.1 Alterar dias uteis na planilha de VT

1.5.2 Adicionar os estagiários que iniciaram o mês anterior ou irão começar

- Certificar-se no CIEE que já entregaram a requisição do VT

1.5.3 Retirar os estagiários que terminaram o contrato

1.5.4 Descontar faltas e atestados

- Quando os estagiários tiverem atestado a coordenação deve lançar o código atestado (5 ou 58) e será descontado o vale transporte desses dias;

* Informar ao CIEE a quantidade de dias que devem ser pagos de VT para todos os estagiários.

1.5.5 Salvar, imprimir e assinar planilhas

1.6 RESCISÃO ESTAGIÁRIOS

1.6.1 Pegar contrato do estagiário e anotar as datas de entrada e saída

1.6.2 Verificar se o estagiário tirou férias e anotar

1.6.3 Calcular os dias de recesso

- Pode calcular pelo site do CIEE ou pela planilha de CT

1.6.4 Colocar na planilha de rescisão, salvar, imprimir e assinar

1.6.5 Entrar no site do CIEE

1.6.6 Selecionar a opção Empresa/Programa de Estágio/ Rescisão de Estagiário

1.6.7 Seleciona o estagiário e informar o desempenho/ data de desligamento/ motivo de desligamento/ período de férias/ dias de recesso a receber.

1.6.8 Imprimir 4 vias, assinar e entregar para ligarem para o estagiário

1.7 BOLSA AUXÍLIO

1.7.1 Site do CIEE

1.7.2 Selecionar a opção Empresa/ Programa de Estágio/ Folha de Frequência/ Acessar/ Bolsa Auxílio/ Mês do pagamento

1.7.3 Imprimir a folha para fazer anotações

1.7.4 Descontar as faltas

1.7.5 Conferir com o relatório de estagiários ativos

1.7.6 Caso haja algum estagiário inativo, retirar da folha

1.7.7 Anotar a data de desligamento

- Ficar atenta quanto aos dias trabalhados no mês

1.7.8 Abrir a folha de pagamento

- Quando terminar a anotação, abrir novamente a Folha de frequência

1.7.9 Alimentar no Sistema

Sistema do CIEE

1.7.10 Confirmar envio

1.7.11 Imprimir folha de frequencia

1.7.12 Lançar em uma planilha do excell para o devido pagamento

1.8 FÉRIAS ESTAGIÁRIOS

Estagiários com 6 meses de estágio podem gozar 15 dias de férias ou quando completar 1 ano, podem usufruir 1 mês

1.8.1 CI da chefia imediata

- A chefia imediata deve encaminhar uma CI (Comunicação Interna) para o RH, informando o período de gozo com antecedência mínima de 30 dias da data a ser usufruída pelo estagiário

1.8.2 Lançar Férias no SIGRH

1.8.3 Arquivar folhas ponto dos estagiários

1.9 REVISÃO DE PAGAMENTO

Cada servidor faz a revisão da sua atividade específica

1.9.1 Formulário de Revisão de Pagamento

- A chefia imediata preenche o formulário de revisão de pagamento no sistema RHWeb da SMS para o servidor solicitante e ambos assinam;

- O servidor envia o pedido ao RH da SMS

1.9.2 Analisar formulário e procurar respaldos para responde-lo

- O servidor responsável (por HE, HP, ISA, AN, Auxílio Combustível, PMAQ, gratificações de chefia, etc) pela revisão analisa a procedência dos questionamentos e procura respaldo para respondê-las;

* Utilizar as legislações pertinentes a cada questionamento, bem como as orientações da própria administração (SMA).

1.9.3 Se não estiver correto

1.9.4 Enviar e-mail para a Folha da SMA para a correção do lançamento indevido

Ex: Lançamento de faltas injustificadas

- Retirar a falta do servidor no Sistema Joaquina Preto

1.9.5 Lançar o devido em Protocolo de Pagamento Atrasado

- Protocolo Atrasado para: hora extra, sobreaviso, hora plantão, auxilio combustível, PMAQ e auxilio alimentação.

1.9.6 Levar para o Secretário assinar

- Tirar cópia e arquivar. Após encaminhar para a Secretaria de Administração o original

1.9.7 Se estiver correto

1.9.8 Responder o servidor e arquivar o pedido

1.10 PRODUTIVIDADE – FISCAL DE VIGILÂNCIA E SAÚDE

1.10.1 Conferir Listagem com a Tabela

- No computador: RH - Fiscais Visa - Tabela CSV - Conferir a listagem com a tabela (matrícula e pontos).

1.10.2 Lançar no Joaquina Branco

- Lançamento folha - novo
- Nome: Secretaria Municipal de Saúde
- Desenvolvimento produção fiscais vigilante em saúde/ setor ... (E o mês)
- Evento: 0436 produtos saneamento; 0420 nível médio; 0425 nível superior
- Folha de pagamento - ex.:Setembro/2015
- Unidades - pontos
- Matrícula Secretario
- Escolher arquivo
- Importar arquivo

1.10.3 Salvar e Imprimir

- Salvar na pasta Fiscais Visa do ano corrente, dentro da pasta do mês da folha de pagamento que está sendo lançada.
- Fecha e imprime.

1.11 AJUDA DE CUSTO – FISCAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

1.11.1 Criar uma pasta na rede para o próximo mês

- RH/ 201X/ saúde - Fiscais Visa - Ajuda de custo - Último mês - (criar uma pasta para o próximo mês)

1.11.2 Conferir afastamentos

- Abrir ajuda de custo (mês) e conferir todos os afastamentos de cada categoria, pegar matrícula por matrícula e diminuir o número de dias do afastamento do total de 30 dias.

1.11.3 Salvar planilha

- Salvar em Excel na pasta Ajuda de Custo

1.12 PRODUTIVIDADE – TECNICOS DE EDIFICAÇÃO

- Planilha Assinada pelo Diretor
- A planilha é elaborada pelo setor de Obras e deve ser assinada pelo Diretor do Fundo (chefia imediata) até o 2º dia útil de cada mês e entregue no Departamento de Administração de Pessoal até o 3º dia útil do mês.

1.12.1 Protocolo de Pagamento

- Lançamento do protocolo de pagamento: abrir o Joaquina branco, opção novo, preencher nome secretaria, nome do protocolo, evento 0442, e incluir matrículas e a quantidade “zero”.
- Salvar
- Imprimir o protocolo de pgto
- Salvar Como na pasta de AJUDA DE CUSTO

1.12.2 Levar para o Secretário assinar

- Tirar cópia e arquivar. Após encaminhar para a Secretaria de Administração o original
- AJUDA DE CUSTOS – TECNICOS DE EDIFICAÇÃO**

1.13.1 Planilha Assinada pelo Diretor

- Com referência na planilha de Produtividade elaborada pelo setor de Obras, assinada pelo Diretor do Fundo (chefia imediata) até o 2º dia útil de cada mês e entregue no Departamento de Administração de Pessoal até o 3º dia útil do mês.

1.13.2 Protocolo de Pagamento

- Lançamento do protocolo de pagamento: abrir o Joaquina Branco, opção novo, preencher nome secretaria, nome do protocolo, evento 0442, e incluir matrículas e a quantidade “zero”,
- Salvar

1.12.3 Levar para o Secretario assinar

- Tirar cópia e arquivar. Após encaminhar para a Secretaria de Administração o original

1.13 GRATIFICAÇÃO DE PRECEPTORIA

1.14.1 Setor de Educação em Saúde envia a planilha

- A planilha deve ser entregue até o 5º dia útil de cada mês e entregue no Departamento de Administração de Pessoal, pelo setor de Educação em Saúde

1.14.2 Conferir dados dos preceptores

- O setor de Educação em Saúde encaminha a planilha por email, é feita a conferência dos preceptores novos ou que encerraram a preceptoria, para pagamento integral ou proporcional dos dias.

1.14.3 Salvar Planilha

- Salva-se a planilha em Excel, em formato CSV, com os ajustes dos dias a serem pagos.

1.14.4 Protocolo de Pagamento

- Abrir o Joaquina Branco, opção novo, preencher nome secretaria, nome do protocolo, evento 2100, incluir arquivo e importar.
- Conferir possíveis divergências, geralmente são matrículas lançadas erradas na planilha;
- Salvar
 - Imprimir o protocolo de pgto
- Salvar Como na pasta de PRECEPTORIA

1.15 PORTARIAS DE GRATIFICAÇÃO

1.15.1 Formulário de Gratificação

1.15.2 Conferir se o servidor possui alguma gratificação

- É observado no sistema RHWEB> Cadastro> Gratificações (aba) se o servidor possui alguma gratificação.

1.15.3 Se não

1.15.4 Se sim

1.15.5 Analisar necessidade de exoneração da portaria anterior

- Se o servidor possuir alguma gratificação é analisada a necessidade e exoneração da portaria anterior para uma nova designação.

1.15.6 Para os casos de exoneração e designação

- As portarias de exoneração e designação são geradas no Sistema (SRH - Joaquina Branco), os dados necessários são matrícula, código do cargo e data de início. Salva-se a portaria em PDF, as versões impressas junto com ofício são despachadas com o Secretário da paste, as originais são enviadas para Diretoria de Gestão de Pessoas - Secretaria de Administração. Posteriormente os arquivos em PDF e cópias são dirigidas ao gabinete da Secretaria Municipal de Saúde para publicação no Diário Oficial.
- Informações importantes: No formulário de PSF, os dados necessários são matrícula, cargo e data de início; No formulário de GEMO, os dados necessários são matrícula, cargo, carga horária e data de início - para portarias de GEMO, o servidor deve possuir residência médica, ou especialidade com diploma concedida pela AMG

ou CFM; No formulário de NASF, os dados necessários são matrícula, cargo, equipe de NASF que o servidor irá atuar e data de início.

1.15.7 Elaborar portaria de acordo com o benefício específico.

- Designação - Servidor preenche formulário e encaminha para Distrito Sanitário, Coordenador do Distrito assina e encaminha para Diretoria de Atenção Primária para assinatura do Diretor;

- Exoneração - Chefia encaminha Comunicação Interna a pedido do servidor, é necessário de acordo do coordenador do Distrito Sanitário, e diretor da Diretoria de Atenção Primária

- Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): Servidor preenche formulário e encaminha para Distrito Sanitário, Coordenador do Distrito assina e encaminha para Diretoria de Atenção Primária para assinatura do Diretor. Procedimento semelhante ao pedido de PSF, e o mesmo com a solicitação da exoneração.

- Gratificação de Especialidade Médica Odontológica (GEMO): Servidor preenche formulário e encaminha para assinatura da chefia imediata, que envia para Diretoria de Média Complexidade para assinatura do Diretor. Ao preencher o formulário, o servidor indica a carga horária a ser cumprida, as opções são 20, 30 2 40 horas; sempre que alterada a carga horária, é preciso perfazer todo o processo, assim, exonera-se de uma para designar para outra carga horária.

- Tornar sem Efeito: Quando é percebido algum erro, e a portaria já foi publicada, é gerada uma portaria para tornar sem efeito, os dados necessários são número da portaria, matrícula, cargo e data de início. Informamos que o sistema não tem opções para tornar sem efeito portaria de GEMO e NASF.

1.16 FÉRIAS SERVIDORES

- Escalas de férias recebidas

- Uma vez por ano, os coordenadores dos Centros de Saúde e demais setores da SMS fazem a escala de férias através do RHWEB (na Aba Férias), imprimem e encaminham para o RH.

1.16.1 Tirar Relatório no SIGRH

- Após o recebimento das escalas é tirado um relatório no SIGRH (na aba Cadastro / Férias / Relatório / Selecciona os dados / Visualiza/ Imprimi)

1.16.2 Enviar para o Secretário Adjunto

- O Relatório é encaminhado para o Secretário Adjunto para a análise e assinatura.

- O Secretário Adjunto orienta quais servidores necessitam de remanejamento das férias.

1.16.3 Tirar Relatório trimestral no SIGRH

- SIGRH, na aba na aba Cadastro / Férias / Relatório / Selecciona os dados / Visualiza / Imprimir - separando os servidores dos empregados públicos para o Secretário Adjunto assinar.

1.16.4 Levar para o Secretário Adjunto assinar

- Tirar cópia e arquivar. Após encaminhar para a Secretaria de Administração o original

1.16.5 Inclusão das férias no RHWEB

- A inclusão das férias deve ser feita até o 2º dia útil do mês que antecede as férias (RHWEB / aba Férias / Pedido de Alteração).
- O cancelamento e a alteração das férias seguem as mesmas regras depois de receber os formulários (RHWEB / aba Férias / Pedido de Alteração), é feita uma CI solicitando (Inclusão, cancelamento ou alteração) e encaminha-se para a SMA.

1.16.6 Enviar escalas assinadas

- A escala anual realizada pelas unidades, com datas lançadas no sistema RHWEB, devem ser encaminhadas com assinaturas dos servidores, chefias imediatas e diretorias para a SMA

1.17 AMPLIAÇÃO OU CANCELAMENTO DE JORNADA SEM PSF

1.17.1 Chegar a solicitação

- Chegar solicitação em formulário disponível no site: (<http://www.pmf.sc.gov.br/sites/portalservidor/index.php?cms=formularios&menu=11>)
- O formulário devidamente preenchido, precisa estar assinado pelo servidor e sua chefia imediata, e depois será assinado pelo Secretário de Saúde.

1.17.2 Preencher Planilha

- A planilha está no RH2016 – AMPLIAÇÃO DE JORNADA.

1.17.3 Arquivar na pasta Ampliação de Jornada.

- Depois que voltar do gabinete do secretário, tira-se uma cópia e arquivamos na pasta de "Ampliação de Jornada".

1.17.4 Enviar ofício externo para a SMA

- O Ofício Externo (OE), assinado pelo Secretário de Saúde junto com o formulário original será encaminhado para a Secretaria Municipal de Administração (SMA).

1.17.5 Ofício externo

1.17.6 Comunicar a chefia imediata da decisão da SMA

1.18 SUBSTITUIÇÃO DE CHEFIA

- Recebimento de formulário (Substituição de Chefia)
- (Função Gratificada só para servidores) - Abrange três modalidades: Designação/Substituição/Exoneração:

Recebimento de CI das diretorias da Secretária de Saúde solicitando a Designação/Substituição/Exoneração de servidores. No caso de substituição (*para os afastamentos COD. 15, 19, 54, 56, 58 e 60) deve ser enviado também o formulário de Substituição de Chefia” disponível em:

<http://www.pmf.sc.gov.br/sites/gpss/index.php?cms=documentos+e+formularios&menu=5>

1.18.1 Conferir o afastamento

- Conferimos o afastamento do servidor a ser substituído no sistema Joaquina Branco (<http://adm.pmf.sc.gov.br/>)

1.18.1 Fazer Ofício Externo

1.18.2 Secretário assina

1.18.3 Encaminhar para a SMA

1.18.4 Arquivar Cópia

- A cópia do documento é arquivada na pasta “Substituição de Chefia”.

1.18.5 Atualizar Planilha

- Atualizamos a planilha que se encontra no Servidor do RH, com nome de “Substituição de Chefia”

1.18.7 Atualizar sistema RHWEB

- Deve ser feito também atualização da chefia no sistema RHWEB (<http://performer.pmf.sc.gov.br:8080/RHWeb/>)
- Tabelas-Coordenador-Clicar na lotação desejada para atualizar os dados- Nos casos de inclusão- clicar em novo e preencher dados.

Obs.: Sempre atualizar a Tabela de coordenador que está no servidor do RH - Substituição de Chefia.

1.19 FOLHA PONTO DE SERVIDORES CEDIDOS

- Recebimentos das Folhas Pontos dos Servidores Cedidos

1.19.1 Fazer CI

1.19.2 Encaminhar a SMA Cópias das Folhas de Frequência

- Encaminhar para a DGP

1.19.3 Arquivar as Originais nas pastas do servidores

- Arquivar cópia das FP na pasta funcional de cada servidor e CI.

1.20 FOLHA PONTO DOS SERVIDORES DA SAÚDE DO ESTADO

1.20.1 Recebimentos das Folhas Pontos dos Servidores da SES

1.20.2 Enviar à SES

- As folhas precisam ser enviadas a SES via “troca” até dia 10

1.20.3 Enviar para 18ª Regional de Saúde

- Encaminha via Ofício Externo para 18ª Regional de Saúde. (Modelo do Ofício na pasta do servidor RH-SERVIDORES DA SES-ENVIO DE FICHAS DE FREQUENCIA)
Dúvidas Fone 3241-9318

1.20.4 Preencher a Planilha mensal

- Separar em ordem alfabética, preencher a planilha mensal conforme os afastamentos descritos na folha ponto do servidor.

1.21 FOLHA PONTO DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

- Recebimentos das Folhas Pontos dos Servidores da SES

1.21.1 Enviar relatório de afastamentos e OE

- As folhas não são encaminhadas, o que enviamos é o relatório de afastamentos e OE, que se encontra no servidor RH-SERVIDORES DO ERESC.

Para os atestados de até 3 dias são encaminhados via OE separadamente para a perícia médica do ERESC. (Ficamos com cópia da documentação).

As férias dos servidores do ERESC são lançadas no RHWEB com código 3144.

FP, Relatório, cópia dos atestados e cópia da GACEM arquivados no controle de FP dos servidores do ERESC.

1.21.2 Arquivar Cópia

- Ficamos com a cópia das frequências e arquivamos na pasta correspondente. Também encaminhar a original da declaração do GACEM (gratificação de

1.22 RESPONSABILIDADE TÉCNICA

1.22.1 Fazer Ofício Externo

- Fazer mensalmente OE e planilha que se encontra no servidor RH Responsabilidade Técnica.

1.22.2 Levar para o Secretário assinar

- Será feito OE e deixamos com a Gerente de Gestão de Pessoas, para despacho junto ao Secretário Saúde.
- Tirar cópia e arquivar na pasta "Substituição de Chefia". Após encaminhar para a Secretaria de Administração o original

1.23 SOLICITAÇÃO DE DISPOSIÇÃO E CEDÊNCIA DOS SERVIDORES

- A solicitação vem via OE, de servidores da Prefeitura ou de outros Órgãos.

1.23.1 Gerência de Gestão de Pessoas analisa

- Cada caso é levado a Gerência de Gestão de Pessoas, que analisa e solicita orientação junto ao Secretário de Saúde.

1.23.2 Fazer OE ao solicitante

- Após deliberação, o Departamento da Folha de Pagamento na Saúde, faz OE conforme orientação recebida encaminha resposta ao solicitante.

1.23.3 Arquivar Cópia

- Arquivar a cópia do OE em pasta física de servidores “à disposição”.

1.23.4 Preencher planilha do Excel

- Dentro da pasta da rede de servidores cedidos ou a disposição - Para controle Interno

1.24 ESTÁGIO PROBATÓRIO

1.24.1 Encaminhar os formulário de avaliação para as chefias imediatas

- Mensalmente (após a GDS/SMA lançar no sistema Joaquina os afastamentos, deve ser encaminhado os formulários de avaliação de Estágio Probatório, juntamente com uma CI para as chefias das unidades/gerencias/diretorias e demais setores da SMS fazerem em conjunto com o servidor.
- Os formulário são impressos no sistema joaquina branco / Avaliação do Funcionário
- Estágio Probatório Civil.
- Abrirá uma tela, que deve ser digitado o mês, depois preencher Secretaria de \saúde/ pesquisar. Abrirá uma planilha com o nome de todos os servidores que possuem avaliação a ser realizada;
- Para imprimir as avaliações, clicar em “imprimir avaliações” e para imprimir o relatório, clicar em “Imprimir”. Nesta janela do joaquina, também podemos consultar se um respectivo servidor tem avaliações pendentes, através de sua matrícula.
- Podemos também imprimir apenas a avaliação de um servidor através de sua matrícula.

1.24.2 Retorna ao Departamento

1.24.3 Verificar se todos os campos foram preenchidos corretamente

1.24.4 Enviar ao GDS/SMA para ser protocolado

1.25 LICENÇA PRÊMIO SEM VENCIMENTO E ACOMPANHAMENTO DE CÔNJUGE

- Recebimento das solicitações
- Legislação: Arts. 109 a 115 do Estatuto (LC n. 063/2003).
- Formulário: “Requerimento de licença prêmio”

1.25.1 Levar para o Secretário assinar

- Tirar cópia e arquivar. Após encaminhar para a Secretaria de Administração o original.

1.25.2 Encaminhar CI ao servidor

- Encaminhamos CI ao servidor com as orientações de acompanhar o processo por telefone ou vi sistema Rastreabilidade

1.25.3 Arquivar CI

- Arquivamos na pasta funcional a cópia da CI do formulário e do comprovante de protocolo.

1.25.4 Preencher planilha do Excel

- Preencher a planilha de Excel conforme os meses de solicitações das licenças.
- Nas licenças prêmio para os processos de aposentadoria são necessários os seguintes documentos: CI do IPREF informando que o servidor preenche os requisitos para aposentadoria.

1.26 LICENÇA PARA TRATAR DOS INTERESSES PARTICULARES/SEM VENCIMENTO

- Precisam estar devidamente assinadas pelas chefias imediatas e pelo Secretário. - Como só quem protocola a primeira Licença é o próprio servidor, que precisa verificar se possui débitos do plano de saúde, só precisamos avisá-lo que a licença está pronta para ser retirada em nosso protocolo.
- Demonstrativo da Folha de Pagamento (SMAP) da quantidade de meses que possui de licença.
- Somente com esses documentos o Secretário de Saúde pode assinar, liberando mais de 1 mês de licença.
- Para as Licença de acompanhamento de cônjuge é necessário que o servidor inclua documentos que comprovem esta situação.
- Nos casos em que o Secretário de Saúde indefere os pedidos de Licença, avisamos por telefone o servidor e disponibilizamos a cópia do formulário de Licença para o servidor, já o documento original o servidor assina com a data de retirada e arquivamos na pasta funcional do mesmo.

1.26.1 Conferir se o formulário foi preenchido corretamente

1.26.2 Secretário Defere ou Indefere

1.26.3 Comunicar ao servidor para protocolar o documento na SMA

- Na segunda solicitação o RG poderá protocolar o pedido para o servido no SMA

1.27 LICENÇA PRÊMIO PARA SERVIDORES DO ESTADO

1.27.1 Levar para o Secretário assinar

- Tirar cópia e arquivar

1.27.2 Solicitar que o servidor retire no RH

- Assim que o formulário for assinado, entramos em contato com o servidor para retirar em nosso protocolo. Ele mesmo dá entrada no pedido.
- Ficamos com o CI original (cas haja) e a cópia do formulário

1.28 VALE TRANSPORTE SERVIDORES

1.28.1 Receber formulário de solicitação do VT

- Quando admitido o servidor preenche o formulário de solicitação do VT, colhe as assinaturas e ele mesmo entrega no setor de Vale Transporte da SMA;
- Conforme cronograma do setor de VT, o valor do vale transporte dos servidores é creditado automaticamente no cartão, disponibilizado ao servidor pela SMA

1.28.2 RH retira na SMA e confere o VT de papel

- SMA - Setor de Vale Transporte

1.28.3 Separar a quantidade de VT de cada servidor

1.28.4 Disponibilizar para as chefias imediatas retirarem no RH

1.28.5 Conferir a devolução das chefias imediatas (caso houver)

- O RH define a data limite de devolução para que as chefias retornem os formulários assinados pelos servidores e o que sobrou de VT (geralmente sobra porque o servidor estava de férias ou licença saúde, ou ainda por ter mudado de endereço e não ter atualizado na SMA).

1.28.6 Preencher o formulário de VT da SMA

- Incluindo os passes devolvidos
- Arquivar Cópia enviada pela SMA

1.29 HORA EXTRA

*Só podem ser computadas mediante autorização do Secretário da Saúde e do Prefeito. Geralmente são realizadas em campanhas de vacinação, pela Vigilância em Saúde, pelo Departamento de Logística e Transporte, Campanha da Dengue, pelo Programa Capital Criança.

Cronograma:

- Da previsão: a planilha deve ser enviada por e-mail até o dia 20 de cada mês;
- Do registro: as chefias deverão lançar no RHWEB até o 2º dia útil de cada mês, as horas extras realizadas pelos servidores do setor;
- Da entrega: a planilha de HEs, assinada pela chefia imediata, deverá ser entregue até o 3º dia útil de cada mês no Departamento de Administração de Pessoal

1.29.1 Conferir tabelas de HE enviadas pelas chefias imediatas

- As hora extras lançadas para os servidores devem ser conferidas com as previsões de horas extras

1.29.2 Elaborar protocolo de pagamento

- Verificar se as horas estão dentro dos limites. O servidor pode realizar no máximo 48 horas, sendo 24 a 100% e 24 a 200%. Os motoristas podem realizar até 60 horas (100% ou 200%). O limite para toda a SMS é de 2704 horas (sem campanha de vacinação), sendo 1898 horas a 200% e 806 horas a 100%. Quando houver campanha de vacinação a previsão deve ser encaminhada ao comitê gestor com trinta dias de antecedência da data da realização da campanha, para autorização do total de horas para a referida campanha. Geralmente as campanhas ocorrem nos meses de abril, maio e agosto, mas podem mudar. A GVE é que tem o calendário anual;
- Conferir se não há horas lançadas em dia com afastamento. Conferir as horas extras lançadas para os médicos. Os médicos das UPAs podem receber HE após o décimo segundo plantão, ou seja, devem ter cumprido os onze plantões da carga horária mensal (para servidor com quarenta horas). Servidor com trinta horas deve cumprir nove plantões de carga horária mensal e servidor com vinte horas deve cumprir cinco plantões e meio;
- Após finalizar as conferências, deve-se gerar um arquivo excel em formato csv para hora 50%, 100% e 200%. Antes de salvar a planilha csv, excluir a plan 2 e plan 3 da referida planilha. O arquivo CSV deve conter quatro colunas obrigatórias: matrícula, referência, valor e observação. No caso da HE o campo referência é a quantidade de horas a serem pagas ao servidor e a coluna do valor e observação devem ficar em branco (preencher com espaço). Após finalizar cada uma das planilha csv (50%, 100% e 200%) estas devem ser importadas para o sistema Joaquina. Para importar a planilha, acessar o Joaquina Branco, clicar em folha de pagamento e em lançamento em folha. Clicar em novo e iniciar a importação;
- Para importar a HE 50%, clicar em folha de pagamento, clicar em lançamento em folha, clicar em novo. Preencher todos os dados. A folha a ser selecionada é sempre

a que vai ser fechada. O campo “unidade” é em horas. Preencher apenas a matrícula do secretário. O evento de hora extra 50% é o 2320. O evento de hora extra 100% é o 2330. O evento de hora extra 200% é o 2340. Selecionar a planilha (uma de cada vez) e importar. Verificar as críticas do sistema e corrigir. Antes de finalizar, verificar se o total de horas está conferindo e só depois fechar o protocolo, imprimir e salvar;

- Não esquecer que a cada alteração ou inclusão é preciso salvar o protocolo. Para o protocolo de horas 200%, para os servidores que realizam horas no capital criança, quem ultrapassaram as 24 horas, anotar no referido protocolo, no campo observação de cada servidor, a quantidade de horas a incluir e o total realizado, mencionando que é capital criança. Não esquecer de enviar o ofício para inclusão dessas horas que ultrapassaram o limite de 24 até 60 horas extras 200%;

- Os empregados públicos realizam horas a 50% em dias úteis e ponto facultativo e a 100% em finais de semana e feriados. Já os servidores realizam horas a 100% em dias úteis e ponto facultativo e a 200% em finais de semana e feriados.

1.29.3 Levar para o Secretario assinar

- Tirar cópia e arquivar. Após encaminhar para a Secretaria de Administração o original

1.29.4 Fazer um ofício, para juntar ao protocolo

- Após a assinatura do Secretário, o Protocolo de Pagamento deverá ser encaminhado juntamente com um ofício que descreve os protocolos encaminhados para pagamento, endereçado ao Secretario de Administração, mas entregues e protocolados na DGP/SMA.

1.30 HORA PLANTÃO

- Só recebem os servidores lotados nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e SAMU. Não é cumulativa com a hora extra, e possui limite de 120 horas por mês. Segue o mesmo cronograma das horas extras e do sobreaviso

- Os servidores terão direito ao pagamento de hora plantão após cumprirem a carga horária do mês, qual seja: servidor com quarenta horas semanais deve realizar onze plantões de doze horas cada; servidor com trinta horas semanais deve realizar nove plantões de doze horas cada; e servidor com vinte horas semanais deve realizar cinco plantões e meio de doze horas cada;

- Para receber HP o servidor deve ter lotação ou atuação no JOAQUINA em uma das UPAS. Se precisar alterar a lotação ou incluir a atuação, o caminho no JOAQUINA PRETO é o seguinte: 1/6/3/1/A, digitar a matrícula, digitar enter, na lotação principal

digitar 01 e dar enter. Aí é só acrescentar a atuação em uma das UPAs, sendo os códigos 407401 e 407402, Digitar enter e depois F10 para conformar

1.30.1 Conferir se todos os servidores estão recebendo HP devidas.

- As hora plantão lançadas para os servidores devem ser conferidas com as previsões de horas plantão

- Conferir se todos os servidores estão recebendo horas HP devidas. SAMU e LOGÍSTICA não batem ponto, então a conferencia só pode ser realizada com as folhas entregues ao final de cada mês e em caso de inclusão indevida, pedir para a GFP não pagar. Se os relógios estiverem funcionando, somente pagar HP se tiver o registro ponto na frequência. Para confirmar as batidas dos servidores lotados fora das UPAs que fazem plantão durante a semana e que não aparecem na folha ponto, entrar no RHWEB, na aba frequência, entrar em afastamentos, digitar a matrícula e ir na aba exclui ponto, digitar o mês de referência das horas realizadas e digitar “tab”. Pronto, é só verificar se o servidor tem registro ponto de plantão. Fazer isso sempre que não for possível visualizar o ponto na folha impressa

1.30.2 Fazer lançamentos no Joaquina Branco

- Após todas as conferências, entrar no JOAQUINA BRANCO, clicar em folha de pagamento, clicar em lançamento em folha, clicar em novo. Preencher todos os dados. No campo NOME digitar “HORAS PLANTÕES REALIZADAS EM XX/2014”. No campo DESCRIÇÃO digitar “SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE”. No campo FOLHA selecionar a próxima folha que vai ser fechada. O campo “UNIDADE” digitar “HORAS”. Preencher apenas a matrícula do secretário que é “195103”. No campo EVENTO digitar “2601”. Selecionar a planilha de HP no formato CSV e importar.

1.30.3 Verificar as críticas do sistema e corrigir

1.30.4 Fechar protocolo, imprimir e salvar

1.30.5 Levar para o Secretario assinar

1.31 ADICIONAL NOTURNO

- O adicional noturno somente pode ser computado para servidores lotados nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), SAMU, VE e VISA, que realizam plantão entre 22h e 6h. Segue o mesmo cronograma das horas extras, hora plantão e sobreaviso.

1.31.1 Salvar as planilhas recebidas por e-mail

- Salvar na planilha do Excel na pasta de Adicional Noturno

1.31.2 Abrir pasta com o mês de referência da folha de pagamento

- Salvar as planilhas enviadas por e-mail pelos 5 setores na pasta de Adicional Noturno e abrir uma pasta com o mês de referência da folha de pgto. Obs: O adicional noturno é sempre referente ao mês anterior. Ex. folha de pgto de maio, adicional realizado em abril.

1.31.3 Conferir planilha impressa com a do e-mail

- Conferir a planilha impressa com a do e-mail salva na pasta do AN, se estão corretas as quantidades de horas com a folha ponto e ajustar o que for necessário. O que estiver a mais, cortar com o que realmente foi efetuado pelo servidor, conforme folha ponto.

1.31.4 Fazer ajustes (só na planilha impressa)

- Se estiver menos horas lançadas ajustar somente na planilha impressa, como controle, caso o servidor entre com revisão de pgto, para explicar que sua chefia só autorizou aquelas horas, conforme planilha assinada pela mesma e encaminhada para o RH.

- O máximo de adicional noturno é de 160 horas/mês.

1.31.5 Compilar tudo em uma planilha do Excel

- Excluir os zeros e salvar em formato CSV.

1.31.6 Conferir afastamentos com a folha ponto

- As críticas, geralmente quando aparecem são matrículas erradas ou duplicadas e o sistema gera sempre pela quantidade menor de horas. Conferir se o servidor realizou plantão com adicional noturno em mais de uma unidade e somar.

1.31.7 Fazer lançamento no Joaquina Branco

- Lançamento do protocolo de pagamento: abrir o Joaquina branco, opção novo, preencher nome secretaria, nome do protocolo, evento 0901, escolher o arquivo e importar os dados.

1.31.8 Conferir divergências e fazer ajustes

1.31.9 Salvar e imprimir protocolo de pagamento

1.31.10 Levar para o Secretario assinar

Tirar cópia e arquivar. Após encaminhar para a Secretaria de Administração o original

1.32 SOBREAVISO (ISA)

- São realizadas pelas unidades de respostas rápidas (vigilância em saúde); UPAS, SAMU e motoristas. Possui limite de 100 horas e segue o mesmo cronograma das horas extras e hora plantão.

1.32.1 Receber os lançamentos da ISA e escala de plantão

- Recebido por email até o dia 20/25 de cada mês

1.32.2 Conferir lançamento de ISA com a escala

- As hora sobreaviso lançadas para os servidores devem ser conferidas com as escalas sobreaviso
- Os servidores da coordenação das UPAs recebem ISA. Conferir a escala para ver se não tem dois servidores de plantão no mesmo período. Lembrar dos servidores da SMS que recebem ISA

1.32.3 Conferir Afastamentos

- Conferir todos os servidores com afastamento para ver se as horas de ISA foram inclusas em dias com afastamento, e corrigir possíveis falhas.
- Lembrar que o dia tem 24 horas, então é impossível o servidor ter realizado 12 HP e ter 24 ISA no mesmo dia

1.32.4 Fazer lançamentos no Joaquina Branco

- Após todas as conferências, entrar no JOAQUINA BRANCO, clicar em folha de pagamento, clicar em lançamento em folha, clicar em novo.
- Preencher todos os dados. No campo NOME digitar “HORAS INDENIZAÇÃO SOBRE AVISO REALIZADAS EM XX/2014”. No campo DESCRIÇÃO digitar “SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE”. No campo FOLHA selecionar a próxima folha que vai ser fechada. O campo “UNIDADE” digitar “HORAS”. Preencher apenas a matrícula do secretário que é “195103”. No campo EVENTO digitar “2701”.

1.32.5 Importar planilha ISA para o Joaquina Branco

- Selecionar a planilha de ISA no formato CSV e importar.

1.32.6 Verificar críticas do sistema e corrigir

- Antes de finalizar, verificar se o total de horas está conferindo

1.32.7 Fechar protocolo, imprimir e salvar

1.32.8 Levar para o Secretario assinar

- Tirar cópia e arquivar. Após encaminhar para a Secretaria de Administração o original

2 C O N T R A T A Ç Ã O

2.1 CONTRATAÇÃO POR MEIO DE CONCURSO PÚBLICO

2.1.1 Autorização do SMA para a chamada do Candidato

2.1.2 Confirmar informações com a SMA

- Confirmar o número do edital, o cargo, a classificação e o nome do próximo candidato a ser chamado.

2.1.3 Buscar contato do Candidato

- Isso será feito através do Joaquina Preto (campos do sistema: 7(Concursos) /3 (candidatos) /8 (Consulta por nome).

2.1.4 Convocar o candidato

- A convocação do candidato deverá ser feita por telegrama oficial, por e-mail e telefone. A convocação deverá constar a data, local e hora para repassar todas as informações para o candidato.

2.1.5 Se não conseguir entrar em contato

2.1.6 Pedir a publicação no Diário Oficial

- Quando não localizar o candidato, solicitar a SMA que publique a convocação em Diário Oficial. Transcorrido os trinta dias, se o candidato não aparecer solicita-se a convocação de novo candidato.

2.1.7 Voltar ao início

2.1.8 Se conseguir entrar em contato

2.1.9 Repassar informações ao candidato

- Na data marcada da convocação, repassar todas as informações relativas a contratação para o candidato (salário, benefícios, lotação, carga horária).

2.1.10 Colher assinatura do candidato

2.1.11 Se o candidato não aceitar a vaga

2.1.12 Preencher o Formulário de Desistência

- Solicitar que o candidato preencha o Formulário de Desistência

2.1.13 Enviar e-mail informando a desistência

- Ou solicitar que o candidato envie e-mail formalizando sua desistência naquele cargo.

2.1.14 Encaminhar as cópias para o GDS

2.1.15 Solicitar autorização para SMA

- Solicitar autorização da SMA para chamar o próximo candidato (no lugar do que desistiu).

2.1.16 Voltar ao Início

2.1.17 Se o candidato aceitar a vaga

2.1.18 Entregar a relação de documentos e exames necessários

- Se o candidato aceitar a vaga, entregar para o mesmo a relação dos documentos e exames médicos a serem providenciados até a data estipulada, conforme a publicação da sua portaria de nomeação.

2.1.19 Encaminhar pra o GDS

- Encaminhar CI (Comunicação Interna) cujos modelos encontram-se na pasta de Comunicação Interna do ano vigente, para a Gerência de Desenvolvimento do Servidor (GDS/SMA) com a cópia da convocação (telegrama, email e controle de convocação) para a GDS publicar a portaria de nomeação do candidato.

2.1.20 Cadastro e Lotação

- Após o candidato passar pela Perícia Médica da SMA e fazer sua admissão na GDS, o mesmo retorna a SMS (Secretaria Municipal de Saúde) para fazer seu cadastro e lotação.

2.1.21 Entrega de Formulários

- Dependendo do cargo será entregue ao novo servidor formulários de PSF (Gratificação do Programa Saúde da Família), GEMO (Gratificação de Especialidade Médica Odontológica, NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), Auxílio Combustível (Decreto nº 378/92) para que o mesmo preencha e providencie as assinaturas das chefias imediatas e Diretorias (quando necessário) para devolução ao RH.

2.1.22 Servidor assina Termo de Posse

2.1.23 Arquivar Documentos

- Arquivar as cópias da CI, Termo de Posse e Encaminhamento nas pastas suspensas, em ordem alfabética.

2.2 CONTRATAÇÃO POR MEIO DE PROCESSO SELETIVO

2.2.1 Autorização do SMA para contratação de Candidato

2.2.2 Verificar qual o próximo candidato

Procurar na pasta do respectivo processo seletivo qual o próximo candidato a ser chamado.

2.2.3 Buscar contato do Candidato

- Buscar o contato dos candidatos no site formSUS: www.formsus.gov.br (entrar com usuário e senha; selecionar o edital; Busca ficha, seleciona formato excel, depois os dados do candidato necessários para localização/impressão), nos Processos Seletivos que a Secretaria realizou. Depois de homologado o edital do Processo Seletivo é possível buscar os dados dos candidatos e salvar em um arquivo no Excel;

2.2.4 Convocar o candidato

- A convocação do candidato deverá ser feita por telegrama oficial, por e-mail e telefone. A convocação deverá constar a data, local e hora para repassar todas as informações para o candidato.

2.2.5 Se não conseguir entrar em contato

2.2.6 Arquivar documentos

Caso o candidato não seja localizado, que não retorne os emails, arquivar os documentos/provas na pasta do Processo Seletivo.

2.2.6 Informar a GDS através de e-mail

2.2.7 Voltar ao início

2.2.8 Se conseguir entrar em contato

2.2.9 Repassar informações ao candidato

2.2.10 Se o candidato não aceitar a vaga

2.2.12 Preencher o Formulário de Desistência

- Caso o candidato não aceite a vaga, solicitar que preencha o formulário de Desistência.

2.2.13 Enviar e-mail informando a desistência

- Ou solicitar que o candidato envie e-mail formalizando sua desistência naquele cargo.

2.2.14 Arquivar documentos da desistência

- Arquivar os documentos da desistência do candidato na pasta de Processo seletivo.

2.2.15 Informar ao GDS

2.2.16 Voltar ao início

2.2.17 Se o candidato aceitar a vaga

2.2.18 Entregar a relação de documentos necessários

- Se o candidato aceitar a vaga, entregar para o mesmo a relação dos documentos e do exame médico (atestado admissional) a serem providenciados até a data estipulada pelo RH.

2.2.19 Encaminhar para o GDS

- Encaminhar CI (Comunicação Interna) cujos modelos encontram-se na pasta de Comunicação Interna/Contratação do ano vigente para a Diretoria de Gestão de Pessoas (DGP/SMA)

2.2.20 Cadastro e Lotação

- Após o candidato passar pela GDS/SMA e fazer sua admissão, o mesmo retorna a SMS (Secretaria Municipal de Saúde) para fazer seu cadastro e lotação.

2.2.21 Entrega de Formulários

- Dependendo do cargo será entregue ao novo servidor formulários de PSF (Gratificação do Programa Saúde da Família), GEMO (Gratificação de Especialidade Médica Odontológica, NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), Auxílio Combustível (Decreto nº 378/92) para que o mesmo preencha e providencie as assinaturas das chefias imediatas e Diretorias (quando necessário) para devolução ao RH.

2.3 ORGANIZAÇÃO DE CONCURSO PÚBLICO

2.3.1 Levantamento de priorização de cargos

- Diretores passam a necessidade de cargos a serem contratados.
- As diretorias, o gabinete e o RH definem os cargos que serão ofertados no edital

2.3.2 Pesquisar Bancas e Solicitar Orçamento

- Pesquisar bancas conceituadas na realização de concursos públicos;
- Encaminhar por e-mail solicitação de orçamento para realização de concurso;

2.3.3 Encaminhar para a Assessoria Jurídica analisar

- Após receber as propostas, encaminhar para a Assessoria Jurídica analisar o processo e verificar a idoneidade das bancas.

2.3.4 Disponibilizar rascunho do edital para as diretorias

- As diretorias ficam responsáveis por retirar ou acrescentar critérios, referentes ao cargo, ao edital

2.3.5 Conferir Edital e Passar o esboço aos Diretores

- Passar o esboço do edital aos Diretores para conferirem as informações pertinentes à sua Diretoria.

2.3.6 Encaminhar a SMA para análise e após andamento a publicação do edital

2.4 ORGANIZAÇÃO DE PROCESSO SELETIVO

2.4.1 Definir a Comissão Organizadora

2.4.2 Pedir Publicação da Comissão

- Pedir ao gabinete a publicação da Comissão Organizadora em Diário Oficial.

2.4.3 Definir os cargos

- Definir, junto as Diretorias interessadas, os cargos que serão abarcados pelo Processo Seletivo.

2.4.3 Iniciar esboço do Edital

- Acessar os Editais dos processos seletivos anteriores e alterar os cargos, datas e demais informações.

2.4.4 Pedir ao Gabinete a publicação do Edital

- Em Diário Oficial e no Site da SMS

2.4.6 Elaborar formulário de inscrição

- Acessar a FormSUS e elaborar o formulário de inscrição para o Processo Seletivo.

2.4.7 Acompanhar as inscrições pelo site FormSUS

2.4.8 Elaborar um arquivo com as inscrições Homologadas

2.4.9 Pedir pro Gabinete publicar no site do SMS

2.4.10 Agendar as Entrevistas

- Convocação feita por e-mail, telefone ou telegrama.

2.4.11 Aguardar a Classificação

- Aguardar o envio da classificação dos candidatos pela Comissão Organizadora.

2.4.12 Publicar a Classificação dos Aprovados no site do SMS

2.4.13 Abrir prazo para Recurso

2.4.14 Elaborar formulário de Recurso

- Acessar a FormSUS e elaborar o formulário de recursos para o Processo Seletivo.

2.4.15 Encaminhar recursos a Comissão

Após o término do prazo para recursos, encaminhar os mesmos para a Comissão Organizadora avaliar.

2.4.16 Publicar Resultado Final

- Após análise de recursos, publicar no site a homologação do resultado final no Diário Oficial e no Site do SMS.

2.5 MUDANÇA DE LOTAÇÃO

2.5.1 Formulário de Mudança de Lotação preenchido e assinado

- O servidor preenche formulário próprio de Mudança de lotação, colhe assinatura da chefia imediata, do Distrito e da diretoria e encaminha para o RH;

2.5.2 Conferir preenchimento e assinaturas

- O RH quando recebe o formulário de Mudança de lotação, confere se o mesmo está preenchido e assinado corretamente e alimenta a planilha em Excel.

2.5.3 Abertura da Vaga

2.5.4 Entrar em contato com o servidor

- Quando abre a vaga, o RH entra em contato com o servidor para verificar se o mesmo ainda tem interesse e dá os andamentos necessários.
- Ex. A vaga priorizada é no CS Saco Grande e tem um servidor do Rio Vermelho que tem mudança de lotação para essa unidade. É oferecido a vaga do Rio Vermelho para o candidato novo e quando este chega na unidade, o servidor que pleiteou a vaga do Saco Grande é atendido.
- Quando se tem mais de um servidor solicitando a mesma vaga o critério é o tempo de casa.

MAPEAMENTO DE PROCESSOS NA DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS

Lucas Gil Rimbau
Márcio Almeida de Sousa
Márcio Graciosa
Vitor Leal Freitas

1. Introdução

Este relatório visa apresentar à Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis o resultado da consultoria de procedimentos, realizada nesta Secretaria no período de abril a junho de 2016, por acadêmicos do 8º termo do curso de Administração Pública da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC.

No desenvolvimento deste trabalho, e sua consecução, a equipe de consultoria teve a colaboração e a disponibilidade de funcionários da Diretoria de Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde e das Unidades Básicas de Saúde visitadas, e também o acompanhamento e orientação da Professora Sullivan Desirée Fischer.

O trabalho objeto desta consultoria tem como meta a análise dos meios de acesso do cidadão à Unidade Básica de Saúde, buscando diagnosticar gargalos no processo de atendimento e sugerir alterações que aperfeiçoem o funcionamento da unidade de saúde, tanto na perspectiva do cidadão-usuário, quanto da Administração Pública prestadora do serviço, com o intuito de aprimorar o modelo de acesso existente.

Para o atingimento dos objetivos propostos, a equipe consultora optou por mapear os processos que envolvem diretamente a chegada do cidadão a Unidade Básica de Saúde, bem como as relações interpessoais com servidores administrativos e técnicos da unidade.

Sob outra perspectiva, a equipe consultora buscou ilustrar a atuação destes servidores através do redesenho de processos, apontando situações-chave que podem definir a melhora na ação das unidades de saúde.

É apresentada neste relatório, a descrição da situação problema com a identificação da demanda; em seguida são apresentadas as alternativas de solução à demanda, bem como as ações priorizadas pela consultoria na resolução da situação problema e, para finalizar, foram descritos os resultados alcançados e perspectivas futuras para novas consultorias.

2. Descrição da Organização

A Secretaria Municipal de Saúde é um órgão da Administração Direta, subordinada ao Chefe do Poder Executivo, e responsável por promover saúde aos cidadãos a partir da humanização do atendimento e da democratização do acesso às unidades. Destacam-se como valores principais o comprometimento com a política do SUS, a ética, o diálogo e o respeito ao cidadão.

No que tange à estrutura organizacional, a Secretaria Municipal de Saúde é composta das seguintes unidades de trabalho: Gabinete do Secretário, Conselho Municipal, Secretário adjunto, assessorias (jurídica; comunicação; vigilância; e técnicas), e seguintes Diretorias: de Atenção Primária a Saúde; de Planejamento, Informações e Captação de Recursos; de Vigilância em Saúde; de Bem Estar Animal; das Unidades de Pronto Atendimento; de Média Complexidade, de Assuntos Especiais e Ações Regionais; do Fundo Municipal de Saúde e Logística; de Alta Complexidade, Controle e Auditoria; e Diretoria das Policlínicas.

Esta consultoria foi realizada especificamente na Diretoria de Atenção Primária à Saúde, com o auxílio do Sr. Igor Tavares da Silva Chaves e demais colaboradores, tendo como intenção também promover o uso das tecnologias disponíveis para minimizar problemas decorrentes de uma rede de saúde hiper utilizada em certos casos. Sendo que há atendimentos básicos e gratuitos em Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem e Odontologia. Os principais serviços oferecidos são consultas médicas, inalações, injeções, área em que foi destinada a consultoria foi a atenção primária, que é constituída pelas Unidades Básicas de Saúde que visa, segundo o Ministério do Planejamento:

“Promover e proteger a saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a 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. A Unidade Básica de Saúde (UBS) é o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. É instalada perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem e, com isso, desempenha um papel central na garantia de acesso à população a uma atenção à saúde de qualidade. Na UBS, é possível receber curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica”.

3. Descrição da Situação Problema

A demanda que motivou essa consultoria ocorreu a partir de uma oferta. Durante o sétimo semestre do curso de administração pública, na disciplina

de Sistemas de Governo Eletrônico (e-Gov), um grupo de alunos - entre os quais os autores desse trabalho - elaborou um projeto de um sistema *on-line* e um aplicativo para smartphones para marcação de consultas nas UBS's (ver apêndice). Tal sistema consiste em um facilitador para os usuários das UBS's que poderão marcar consultas e atendimentos *on-line*, e uma ferramenta valiosa para os gestores da saúde, uma vez que o sistema prevê métricas de satisfação dos usuários, quantidade de consultas marcadas, agenda dos médicos e utilização das unidades. A partir da apresentação do projeto para a diretoria de atenção primária da Secretaria Municipal de Saúde, ficou estabelecido que para uma possível implementação do projeto, seria necessário inicialmente mapear os processos de marcação de consultas e atendimentos nas Unidades Básicas de Saúde, e estabelecer um padrão ideal para o curto prazo. Como amostra para o mapeamento, uma vez que Florianópolis tem 49 UBS's e seria inviável mapear todas as unidades, foram utilizados as UBS's da Agrônômica, João Paulo e Itacorubi.

Através da análise das informações coletadas nestas três UBS's e as informações passadas pelos gestores, verificamos que não existe padronização nos processos no atendimento ao cidadão que acessa a unidade.

Neste contexto, observamos que apesar de a atenção básica alcançar 100% do território de Florianópolis, ainda há um déficit no número de equipes de saúde da família operando nas UBS's, o que faz com que seja importante que toda a rede de unidades de saúde opere no máximo de sua capacidade de atendimento. A possibilidade de implementação de uma ferramenta *on-line* que agilizará o atendimento administrativo, reduzirá as filas físicas e ajudará a diminuir o absenteísmo nas consultas pode ser de suma importância para a saúde básica da capital, tanto no aspecto da qualidade dos serviços segundo a percepção do cidadão, quanto no aspecto de otimização de gasto público.

Ao longo do tempo em que a Consultora esteve envolvida com os processos e procedimentos inerentes à atuação da Diretoria de Atenção Básica no que tange ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, verificou-se que uma das grandes dificuldades encontradas é falta de uniformização ou padronização dos processos internos de cada uma das unidades de saúde.

A Diretoria de Atenção Básica apresenta diretrizes de atuação para as unidades, mas na prática cada uma delas acaba por realizar os processos de forma diferenciada levando em consideração questões que são próprias de cada

localização, como o tamanho da população que acessa a rede de saúde, a quantidade de equipes técnicas disponíveis para atender essa população, o grau de conhecimento das rotinas por parte dos servidores administrativos, entre outros fatores.

4. Identificação das Alternativas de Solução

4.1 - Alternativas de solução propostas a curto prazo

Frente à realidade supracitada, sugere-se que a primeira ação deve ser a elaboração de um plano de atuação para as unidades, usando como base o modelo utilizado no Centro de Saúde do Itacorubi, uma das unidades que teve o maior índice de aprovação por parte dos usuários (cerca de 97% dos usuários responderam que estavam satisfeitos com os serviços prestados em pesquisa realizada em agosto de 2015 pela direção do posto). Entende-se que a Diretoria de Atenção Básica depreende grandes esforços para que os gestores das unidades adiram à uniformização de procedimentos, o que é uma condição fundamental para a aplicação de conceitos relativos à *accountability*. Os gestores apresentam um alto grau de *voice* (Fox, 2014, p. 38), mas uma baixa capacidade de aplicação de *teeth*.

Sob esta perspectiva é fundamental apontar que a padronização (desde que não gere um modelo engessado, incompatível com o caráter dinâmico que envolve uma unidade de saúde) tende a ajudar os gestores da Diretoria a desenvolverem uma maior capacidade de cobrar transparência e aplicar as devidas responsabilizações aos diretores de cada unidade de saúde. A ausência de um processo padrão a ser seguido reforça o entendimento de que cada unidade pode atuar de uma maneira, o que por consequência diminui a possibilidade da Diretoria controlar os resultados de cada unidade. Observamos que as análises sobre a eficiência dos processos mapeados nas UBS's frente aos seus métodos de atuação precisam ser melhoradas, uniformizando o processo de atendimento ao cidadão, dentro do possível, cientes de que é necessário um certo grau de discricionariedade no atendimento devido a peculiaridade das necessidades de cada usuário.

A grande variação na forma de atuar dos servidores acaba por confundir os usuários e dificultar o desenvolvimento de uma cultura adequada nos cidadãos usuários. Na seção 05 (abaixo) foi desenvolvido o desdobramento dos processos que ocorrem quando o cidadão quer acessar a UBS Itacorubi, devendo este modelo servir como embrião para a uniformização das demais unidades.

4.2 - Alternativas de solução propostas a longo prazo (sugestões para trabalhos futuros)

Paralelamente ao processo de uniformização dos procedimentos internos das Unidades Básicas de Saúde, entende-se também, que é necessário promover ao cidadão outros canais de acesso ao Centro de Saúde. Atualmente, somente podem agendar consultas via telefone ou e-mail os usuários que se enquadrem em situação de risco (gestantes, idosos com comorbidades descompensadas, crianças, entre outros), enquanto os demais cidadãos devem seguir o procedimento definido pela unidade. Neste sentido, a consultoria aponta que a interação entre os sistemas da atenção básica e da média complexidade (InfoSaúde e SISREG) deveria ser muito maior, uma vez que para o próprio servidor administrativo a distinção entre dois sistemas representa retrabalho nos casos em que o cidadão passa pela UBS e deve ser encaminhado para algum especialista.

Dentro deste contexto, entende-se que a utilização de Aplicativo para Smartphones, bem como o uso de plataformas *on-line* podem ajudar o cidadão a compreender melhor o funcionamento da Unidade Básica de Saúde que frequenta, além de possibilitar que ele tenha informações reais e rápidas acerca do tempo médio de espera para o agendamento de consultas, exames e outros procedimentos. Assim, busca-se fazer com que se tenha mais transparência nos procedimentos utilizados para marcação de consultas, gerando um maior comprometimento e responsabilização tanto dos cidadãos, usuários das UBS's, tanto quanto da Administração Pública por meio de seus colaboradores, ao entenderem o processo como um todo e mostrando que cada um possui um papel fundamental para que o todo funcione de maneira mais eficiente, eficaz e efetiva, gerando responsabilização constante de todos os envolvidos, e mostrando os custos envolvidos em marcações de consultas em que o usuário deixa de ir no horário agendado, os desdobramentos de uma consulta que foi marcada e o cidadão não compareceu e outra pessoa deixou de utilizar, acarretando em um possível aumento na fila de espera que por ventura possa existir, já que o não comparecimento fez com que outro usuário deixasse de ser atendido naquele horário. Enfim, a transparência tende a fazer com que haja um menor índice de absenteísmo, otimização dos recursos e mais comprometimento em função da própria característica de compartilhar a responsabilidade.

Ainda que no início do processo de consultoria existisse a perspectiva do desenvolvimento de um protótipo do aplicativo ou plataforma *on-line*, o

acompanhamento das atividades das Unidades Básicas de Saúde aliado ao tempo proposto de consultoria acabou por evidenciar outras demandas mais urgentes, como a diagramação dos processos e as sugestões de uniformização.

Durante o processo de consultoria, houve coprodução, junto com a diretoria de atenção básica de novas funcionalidades para o projeto do sistema *on-line*.

“Entende-se coprodução do bem público como estratégia de produção de bens e serviços públicos em redes e parcerias, contando com engajamento mútuo de governos e cidadãos, individualmente ou em torno de organizações associativas ou econômicas. Por meio da coprodução, os cidadãos são ativamente envolvidos na produção e na entrega dos bens e serviços públicos, tornando-se corresponsáveis pelas políticas públicas (Schommer et al, p. 40, 2011)”.

5. Mapeamento e Descrição de Processos *(Desenho dos Processos nos Apêndices)*

5.1 – Atendimento de Pacientes via Demanda Espontânea em Horário Adequado (das 08h às 09h e as 13h às 14h).

Passo 01 – Agente Comunitário de Saúde (ACS): Realização de primeira escuta (por ordem de chegada) na porta do Centro de Saúde, e encaminhamento para retirada de senha/recepção.

Passo 02 – Técnico Administrativo: Realização de cadastro no InfoSaúde e identificação da área.

Passo 03 – Técnico Administrativo: Verificação do limite médio de atendimento de 12 pacientes/dia de demanda espontânea.

Passo 04 – Técnico Administrativo: Colocação do nome do paciente na agenda do médico ou no espaço de urgência do enfermeiro da área (dependendo da condição clínica do paciente).

Passo 05 – Técnico em Enfermagem: Realização de escuta da condição do paciente e tomada de decisão quanto à demanda: (i) se demanda atendimento de enfermagem, resolver. (ii) se apresenta demanda médica aguda, compartilhar com o médico da área. (iii) se há necessidade de agendamento de consulta eletiva, realizar o agendamento no InfoSaúde.

Passo 06 (Facultativo) - Médico da Área: Realização da consulta e liberação do paciente (caso não haja necessidade de encaminhamento ao especialista).

5.2 - Atendimento de Pacientes via Demanda Espontânea Fora do Horário de Adequado

Passo 01 – Técnico Administrativo: Atendimento e cadastro no InfoSaúde, e identificação da área.

Passo 02 – Técnico Administrativo: Encaminhamento para acolhimento com técnico em enfermagem (técnicos administrativos fazem agendamento de consultas apenas para grupos de risco como gestantes e idosos com comorbidades descompensadas).

Passo 03 – Técnico em Enfermagem: Realização de escuta qualificada da condição clínica do paciente e tomada de decisão quanto à demanda: (i) em caso de demanda aguda, inserir o paciente na agenda do enfermeiro e/ou médico da área. (ii) em caso de demanda eletiva, orientar o fluxo de agendamento de consulta.

Passo 04 (Facultativo) - Médico da Área: Realização de consulta e liberação do paciente.

5.3 – Atendimento de Pacientes via Demanda Eletiva nos Horários Preferenciais (08h e 13h)

Passo 01 - Agente Comunitário de Saúde (ACS): Realização de primeira escuta (por ordem de chegada) na porta do Centro de Saúde, e encaminhamento para retirada de senha/recepção.

Passo 02 – Técnico Administrativo: Realização de cadastro no InfoSaúde e identificação da área.

Passo 03 – Médico da Área: Realização da consulta previamente marcada.

Passo 04 - Liberação do paciente pós consulta.

5.4 - Atendimento de Pacientes via Demanda Eletiva Fora do Horário Adequado

Passo 01 - Técnico em Enfermagem: Realização de primeira escuta qualificada.

Passo 02 - Técnico em Enfermagem: Realização de escuta qualificada da condição clínica do paciente e tomada de decisão quanto à demanda: (i) em caso de demanda aguda, inserir o paciente na agenda do enfermeiro e/ou médico da área. (ii) em caso de demanda eletiva, orientar o fluxo de agendamento de consulta.

Passo 03 (Facultativo) - Médico da Área: Realização de consulta e liberação do paciente.

6. Resultados Alcançados e Perspectivas Futuras

Entende-se que os principais resultados não podem ser medidos de imediato por não haver uma aplicação completa e sistêmica das sugestões apontadas por esta Consultoria. No entanto, é possível afirmar que dentre os principais resultados esperados estão: a maior capacidade de controle dos diretores da atenção primária sobre as unidades básicas de saúde, a eficiência de processos e principalmente uma maior clareza dos agentes envolvidos, seus papéis e suas responsabilidades. A delineação clara das atribuições de cada servidor é fundamental para que a diretoria possa implementar políticas de premiação e sanção compatíveis com as atuações de cada unidade.

Apesar de funcionar relativamente bem (embora não exista uma pesquisa formal e periódica da satisfação dos usuários), a marcação de consultas e atendimentos nas unidades de saúde merecem uma atenção por parte dos gestores, para que os cidadãos usuários tenham um atendimento administrativo mais ágil, preciso e personalizado.

Sob esta óptica, esta consultoria teve por objetivo também explicitar uma cadeia lógica que envolve a dificuldade de acesso ao Centro de Saúde e culmina no desperdício de recursos públicos. Com a metodologia vigente, observa-se um índice de absenteísmo nas consultas próximo de 30%, resultado de um modelo que não proporciona ao cidadão escolhas quanto às datas e unidades disponíveis para seu atendimento, além de apresentar particularidades em cada unidade que contribuem para a manutenção de um sistema com baixa capacidade de controle por parte dos responsáveis na diretoria de atenção primária.

A consultoria acredita que a uniformização dos procedimentos nas unidades básicas de saúde que se encontram no mesmo nível hierárquico é o primeiro passo na busca pela diminuição do índice de absenteísmo citado acima, e consequentemente na redução dos gastos desnecessários por parte das unidades de saúde.

Conclui-se que é fundamental a continuidade dessa consultoria para implementação do sistema proposto de integração entre InfoSaúde e SISREG e deve-se considerar como o segundo passo a otimização dos recursos disponíveis às UBS's. Esse estreitamento entre os sistemas utilizados nos Centros de Saúde terá como resultado o fornecimento de informações cruciais acerca das atuações de cada unidade, além de ter reflexo também na melhora da relação entre as ações propostas pela Atenção Primária e pela Média Complexidade.

7. Referências:

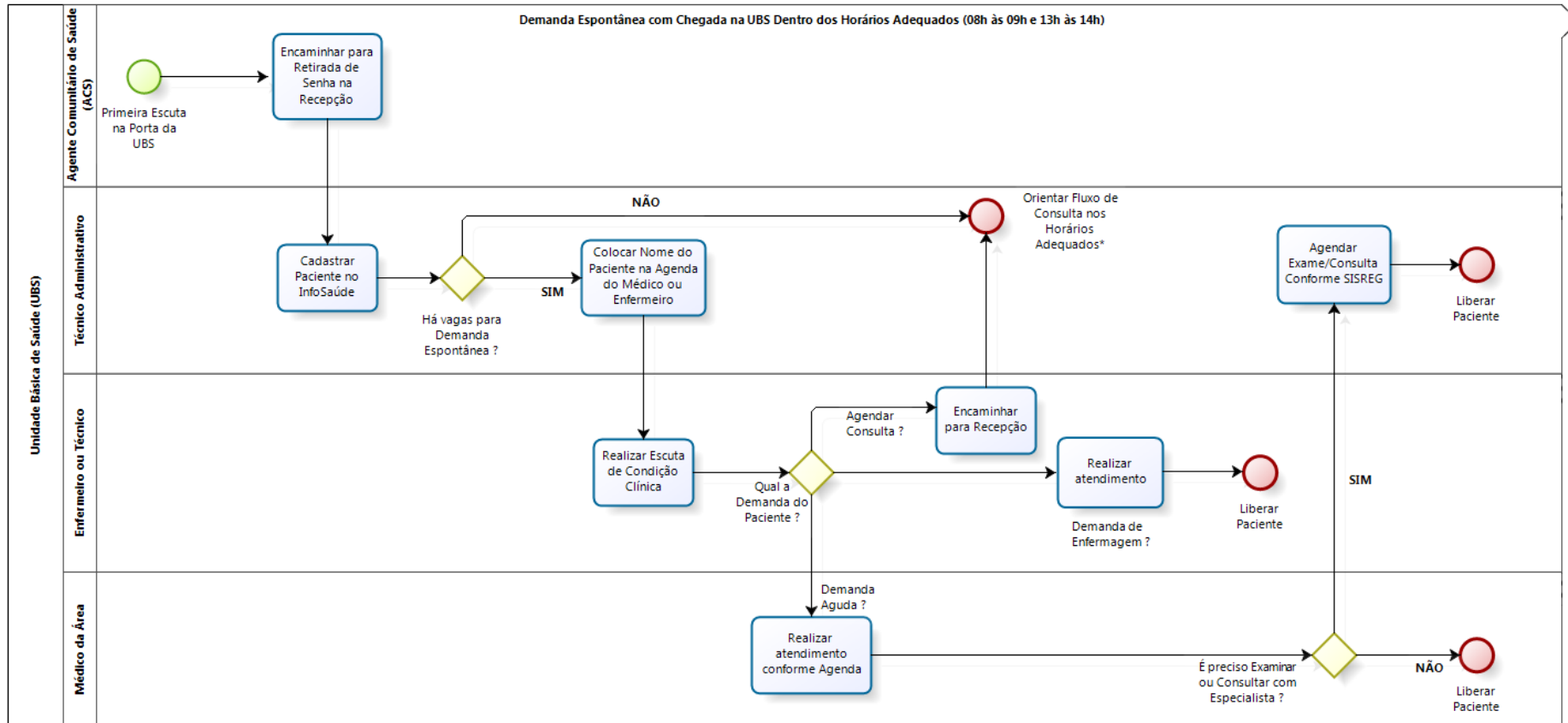
VILLELA, C. S. S. - **Mapeamento de Processos como Ferramenta de Reestruturação e Aprendizado Organizacional**. Florianópolis: Dissertação de M. Sc. PPEP/UFSC, 2000.

SCHOMMER, Paula Chies; BOULLOSA, Rosana de Freitas (Org.); **Gestão social como caminho para a redefinição da esfera pública**. Florianópolis: UDESC Editora, 2011 (Coleção Enapegs; v. 5).

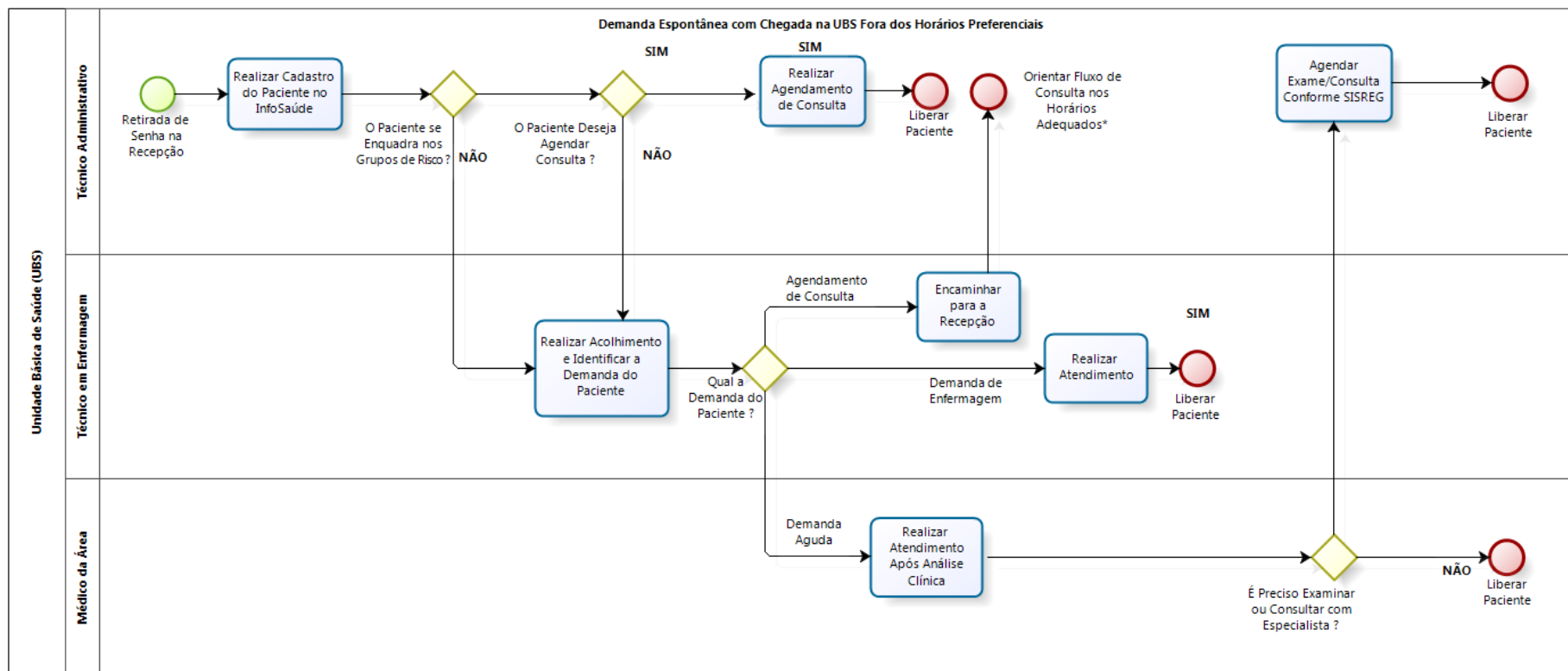
Ministério do Planejamento: Disponível em: www.pac.gov.br. Acesso em: 28/06/2016

8. Apêndices:

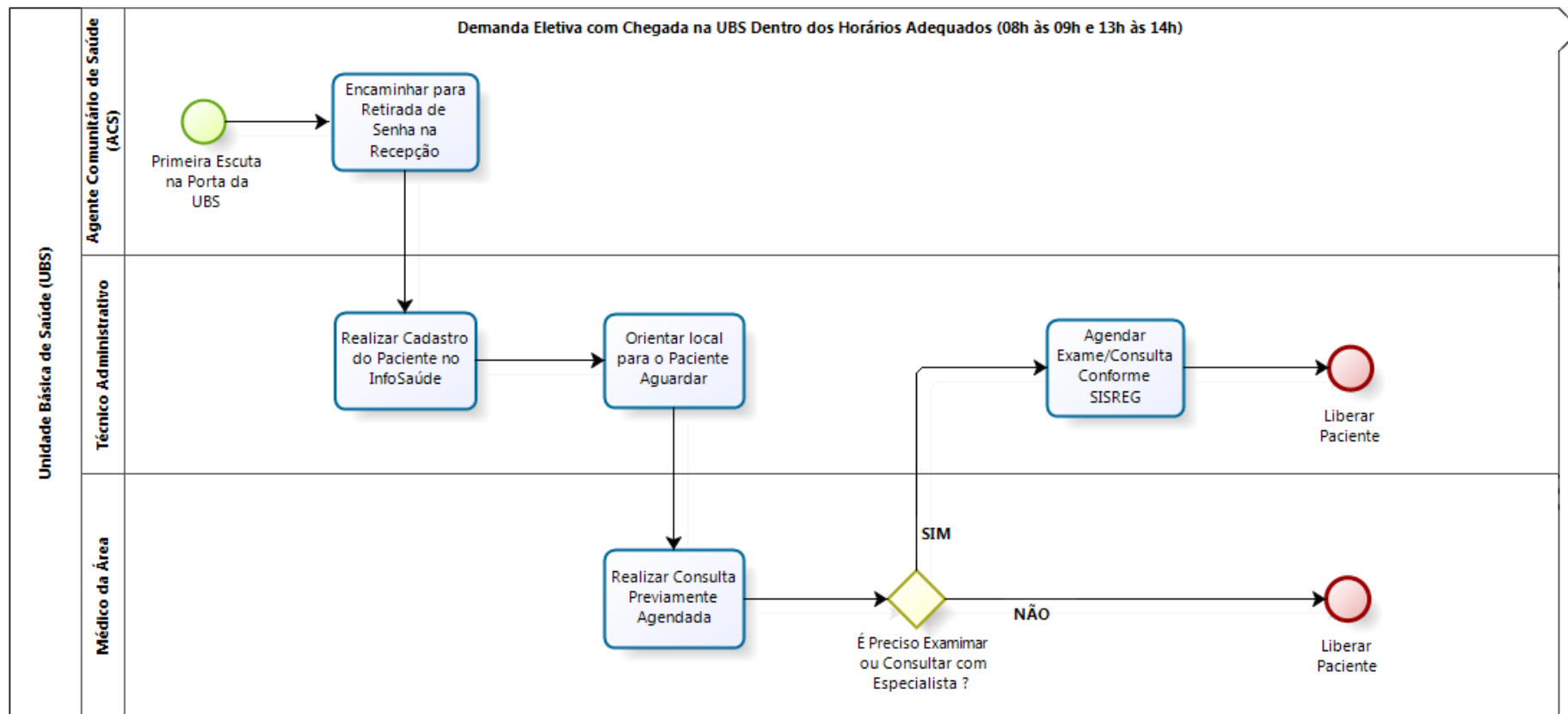
Processo 5.1 – Demanda Espontânea com Chegada na UBS Dentro dos Horários Preferenciais (08h às 09h e 13h às 14h)



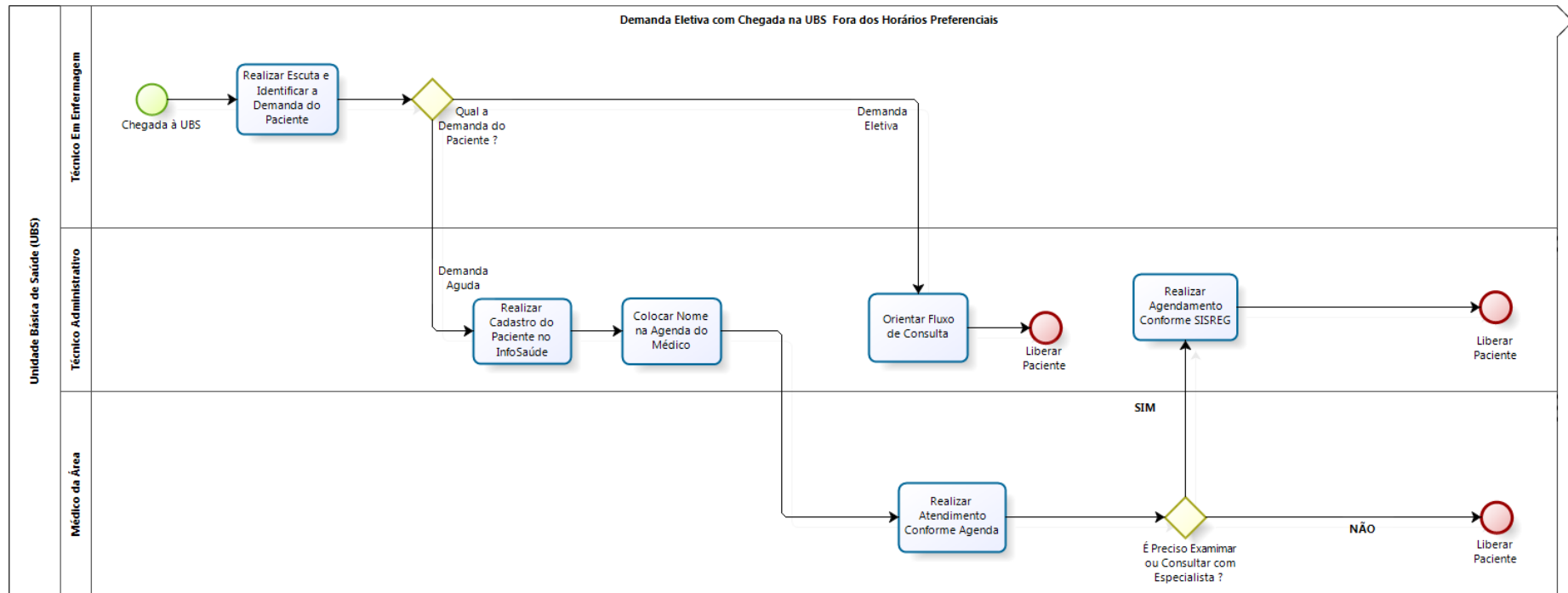
Processo 5.2 – Demanda Espontânea com Chegada na UBS Fora dos Horários Preferenciais



Processo 5.3 – Demanda Eletiva com Chegada na UBS Dentro dos Horários Preferenciais (08h às 09h e 13h às 14h)



Processo 5.4 – Demanda Eletiva com Chegada na UBS Fora dos Horários Preferenciais



PREFEITURA
PUBLIANÓPOLIS
CENTRO DE SAÚDE
ITACORUBI



Percepção do Cidadão sobre os postos de saúde

Chegar cedo para pegar ficha

O cidadão precisa chegar ainda de madrugada no posto de saúde.

Filas físicas para marcação de consultas

O cidadão precisa esperar o posto abrir na rua, a mercê do clima.

Poucas fichas

Nem sempre chegar cedo é garantia de atendimento

Impossibilidade de escolha de horários

Com a ficha na mão o horário do atendimento nem sempre beneficia o cidadão

Impossibilidade de escolha do posto

Muitos cidadãos trabalham longe de sua moradia, seria conveniente consultar perto do trabalho

Taxa de absenteísmo

Quantos cidadãos não comparecem as consultas marcadas?



Percepção do Gestor da Saúde

- Avaliação dos usuários

Necessidade de informações quanto a satisfação dos cidadãos em tempo real

- Custo por consulta realizada

Como calcular o custo do total de consultas/mês, consultas/medico, consulta/posto

- Motivação dos servidores administrativos

Menor carga de trabalho para o setor administrativo

- Desperdício de recursos

Alto índice de absenteísmo nas consultas

PROPOSTA:

- Agilizar o agendamento das consultas.

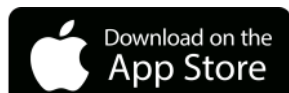
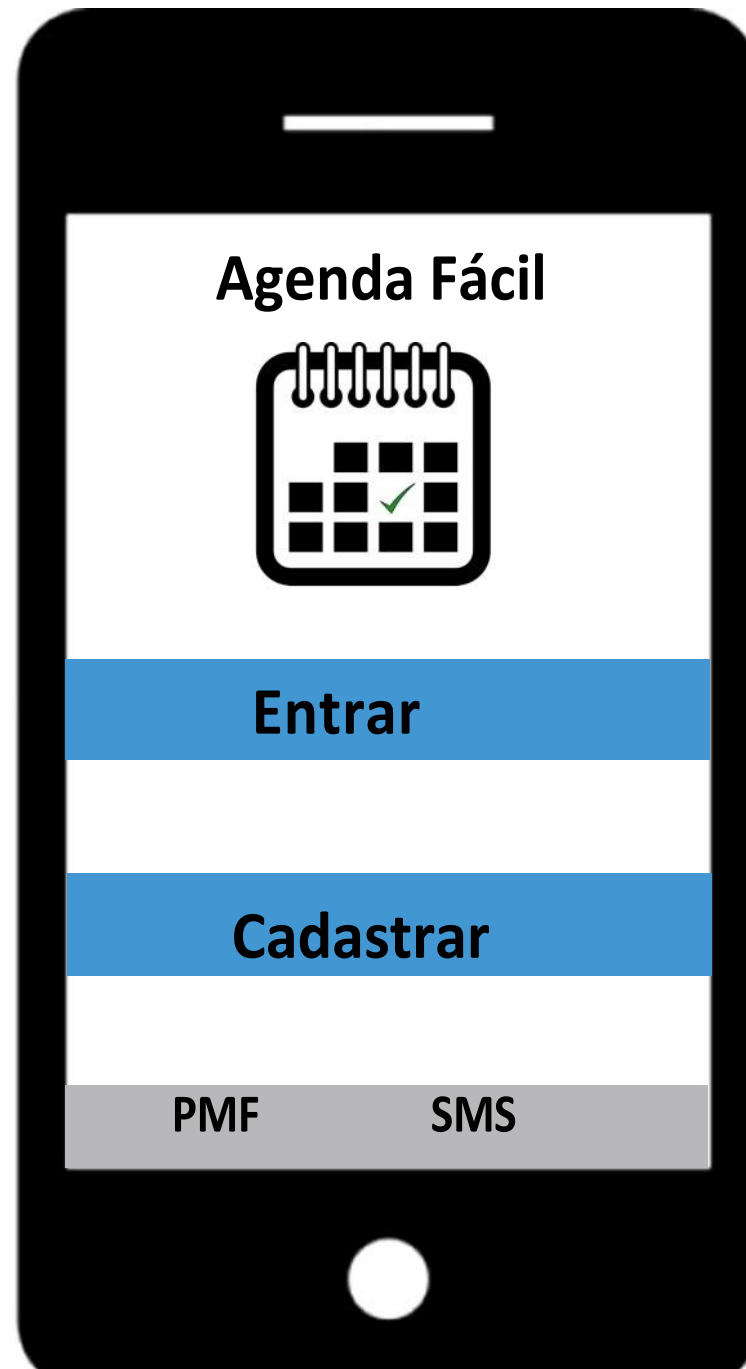
- Reduzir a quantidade de visitas ao posto de saúde.

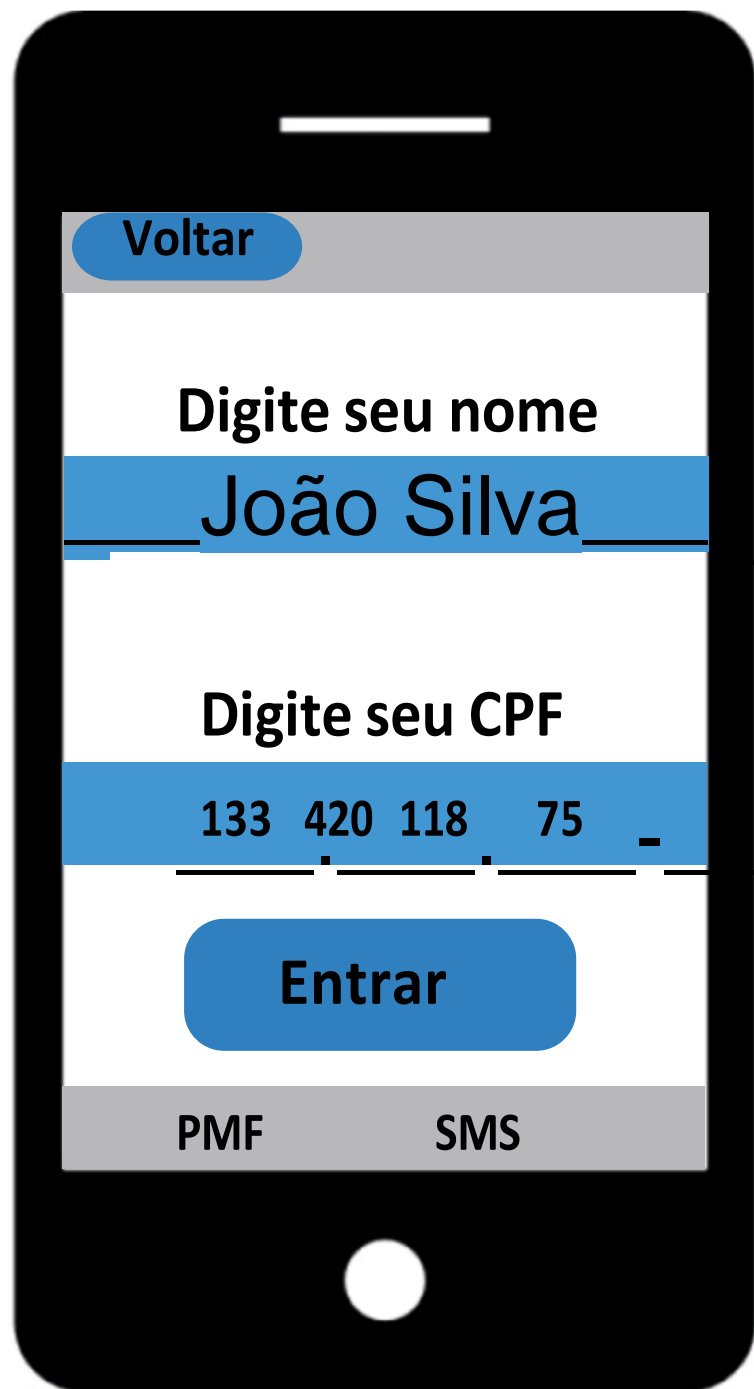
- Acabar com as filas físicas.

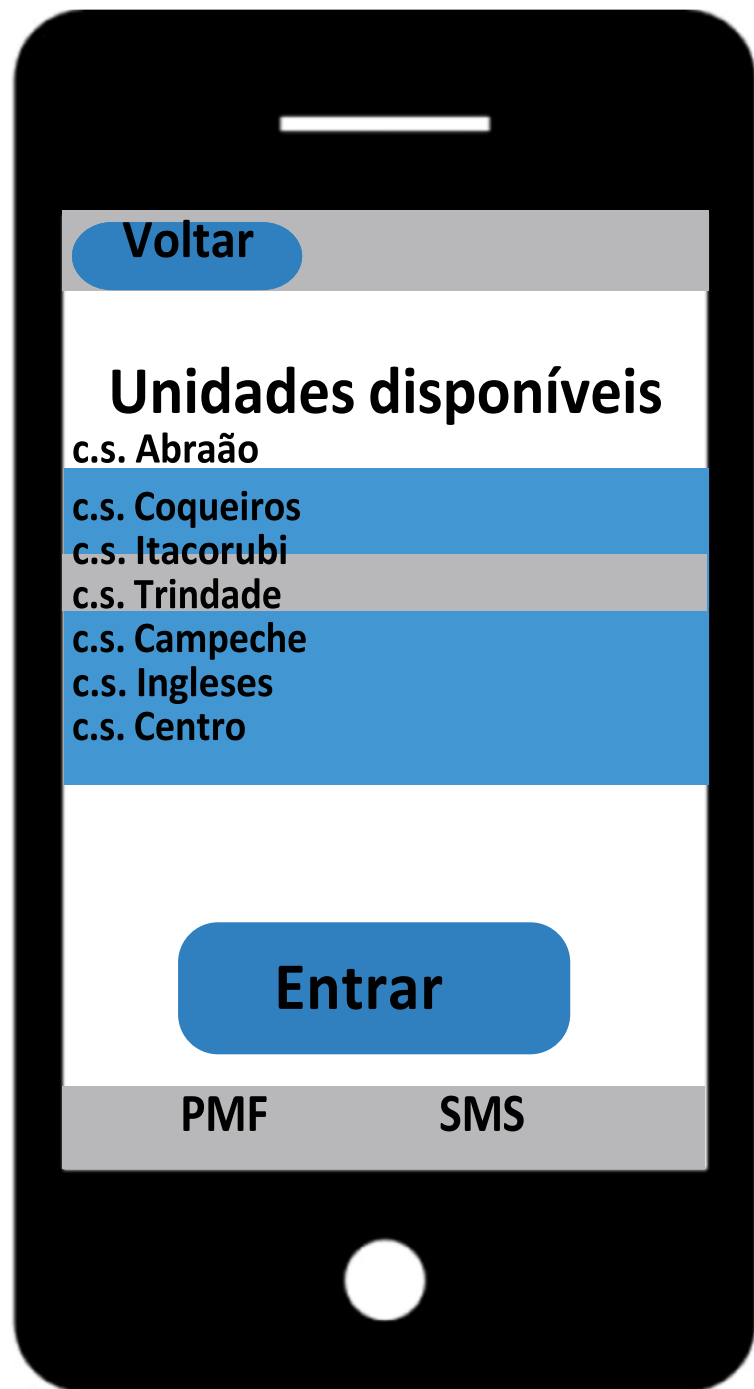
Modernizar o sistema.

Modelo para o APP

- Fácil de usar
- Prático
- Possibilidade de templates
- Acessível para todas as idades











Backoffice para administrador do sistema

