



Recebido em 26/09/2018. Aprovado em 25/09/2019. Publicado em 15/07/2020.

Editor: Dr. Ivano Ribeiro

Processo de Avaliação: *Double Blind Review* - SEER/OJS

e-ISSN: 2359-5876



BENEFÍCIOS DA INFORMATIZAÇÃO PARA A GESTÃO DOS FUNDOS DE SAÚDE MUNICIPAIS

Sheila Marcia Eler Vargas¹

Marcio Nakayama Miura²

RESUMO

Este relato técnico descreve o processo de informatização da Secretaria de Saúde de Cascavel, sob a perspectiva do princípio da eficiência, dos princípios do SUS – Sistema Único de Saúde e das RASs – Redes de Atenção à Saúde. Essa concepção leva em consideração o fato da Atenção Primária estar constituída como porta de entrada pela qual a população tem acesso ao sistema público de saúde. Estão apresentadas as dificuldades pelas quais passam a maioria dos Municípios, principalmente de pequeno e médio porte, e que levaram a gestão do Fundo de Saúde a propor a intervenção, que se percebe, ser inevitável e necessária na busca da reformulação da gestão pública. As fases de implantação do sistema foram apresentadas de modo a refletir a importância da sistematização dos processos de trabalho, estabelecendo a padronização e normatização dos fluxos de atendimento, bem como, o controle e o planejamento que venha de encontro à otimização do custo benefício dos recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis. Estes, constituem-se cada vez mais escassos frente às responsabilidades que legalmente configuram o campo de atuação da gestão pública, tanto de maneira geral quanto em áreas consideradas de primeira necessidade como é o caso da saúde.

Palavras-chave: informatização; saúde; controle; planejamento; gestão.

BENEFITS OF COMPUTERIZATION FOR THE MANAGEMENT OF MUNICIPAL HEALTH FUNDS

ABSTRACT

The following technical report describes the computerization process of the Secretariat of Health of Cascavel, under the perspective of the efficiency principle, the principles of SUS – *Sistema Único de Saúde* and RASs – *Redes de Atenção à Saúde*. This conception considers the fact that primary care is constituted as a gateway through which the population has access to the public health system. There are presented the difficulties experienced by most of the Municipalities, especially small and medium-sized ones, that have led the management of Health's Fund to propose the intervention, which is perceived to be inevitable and necessary in the search for reformulation of public management. The implementation phases of the system were presented in order to reflect the importance of the systematization of the work processes, establishing the standardization of service flows, as well as the control and planning that meets the optimization of the cost-benefit of the human, material and financial available resources. These are becoming scarcer in the face of the responsibilities that legally configure the activity field of public management, both in general and in areas considered to be of primary need, such as health.

Keywords: computerization; health; control; planning; management.

¹ Especialista em Regulação em Saúde no SUS – Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – São Paulo, Brasil. E-mail: sheilamarciaeler@gmail.com

² Doutor em Administração e Turismo pela Universidade do Vale do Itajaí, Brasil. E-mail: adm.parana@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

O papel da gestão no setor público vem sendo discutido de forma cada vez mais aprofundada, uma vez que, muitos problemas complexos circundam esse universo. A necessidade de uma profunda mudança estrutural, na qual esteja enfatizado um papel diferenciado do Estado, visa maior transparência, inovação, além de estabelecer um melhor custo benefício e otimização de recursos, tempo, e ainda garantir a soberania do interesse público.

Especificamente no contexto da Gestão em Saúde, o Manual do Gestor Municipal do SUS (Sistema Único de Saúde), descreve a responsabilidade sanitária que o gestor de saúde assume juntamente com sua posição, é "... de agir na garantia da continuidade e consolidação de políticas de saúde de acordo com as diretrizes constitucionais e legais do SUS, e que, portanto, não se encerra no período de um governo" (CONASEMS et al., 2016, p. 28).

Isso pressupõe, que além de haver disponibilidade de recursos financeiros suficientes que dêem cobertura às ações do gestor, deve haver organização dos serviços meio através de fluxos e rotinas pertinentes à cada área. Isso possibilita coordenar adequadamente as implementações necessárias que tornam possíveis movimentos de inovação e o desenvolvimento e consolidação de processos de trabalho mais efetivos.

Considerando que o Sistema Único de Saúde requer a resolução de problemas emergenciais de forma cotidiana, torna-se primordial estabelecer um processo de planejamento, além de ações padronizadas e sistematizadas estrategicamente. Esse processo visa automatizar e agilizar os encaminhamentos, sem que, contudo, haja perda de controle ou falha de ritos pré-estabelecidos pela legislação que respalda as motivações da área de saúde e os atos da Administração Pública. Um dos fatores que acentuaram tal discussão foi a publicação da Lei n. 101/2000, que estabeleceu um novo panorama administrativo no que diz respeito à qualidade do gasto público. Paralelamente, foram desencadeados na área da Saúde, diversos movimentos que resultaram na publicação da Portaria GM/MS n. 399/2006, responsável pela publicação do Pacto pela Saúde a nível nacional.

Dessa forma, o Pacto pela Saúde representou um marco, na busca de diretrizes de gestão voltadas para o planejamento. O objetivo é representado pela busca do controle genuíno dos mecanismos de movimentação dos usuários dentro das redes de atenção.

Diante disso, o Município de Cascavel se deparou com um contexto problemático crônico: esse processo levou a gestão a buscar a partir de 2009, uma solução para a falta de um sistema de gerenciamento e também de equipamentos de processamento de dados que possibilitassem o registro dos atendimentos e encaminhamentos efetuados dentro das redes de atenção, bem como, a interligação das informações. Havia uma total fragmentação do serviço prestado além de tramitações desconexas dos processos desenvolvidos que eram tratados de forma totalmente dispersa em cada ponto da rede.

Para tanto, o objetivo geral deste relato está voltado a analisar as etapas de implantação da informatização da Secretaria de Saúde, sendo que especificamente, será avaliado o período compreendido entre 2015 e 2018, buscando demonstrar os resultados obtidos por meio do processo.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Segundo Zanatta e Batistella (2013), após o advento da reforma administrativa, foi acentuado o enfoque em torno do controle, assim como do planejamento como norteadores da atividade pública. Paralelo a isso, a Lei de Responsabilidade Fiscal também foi um marco no que se refere às exigências quanto ao âmbito gerencial, objetivando o controle de resultados, o alcance de metas, a avaliação e o controle de custos.

O princípio da eficiência é inserido nesse contexto na medida que busca o alcance da otimização dos resultados, utilizando para tal, os meios disponíveis com o menor custo possível (SOARES; SCARPIN, 2015).

Apesar do princípio da eficiência ter sido incorporado ao caput do Artigo 37 da Constituição Federal, por meio da Emenda Constitucional n. 19 apenas em 1998, Malkut (2012) observa que na primeira redação dada à Constituição Federal, já havia referência à exigência de eficiência. E sua contribuição pode-se dizer, está voltada para o alcance da melhoria da qualidade da gestão pública, algo revisitado constantemente após a intensificação da defesa da reforma administrativa do Estado.

Por sua vez, não há como falar em eficiência sem abordar o estabelecimento de processos de sistematização de fluxos e rotinas, bem como, de normatizações e padronizações. Essa idéia pode ser associada a um contexto estudado por Perrotti (2018), onde a estrutura organizacional se desenvolve e produz valor, por meio de um grupo de pessoas que combinam, coordenam e controlam recursos e atividades de maneira condizente ao ambiente onde a empresa atua.

Especificamente, no que diz respeito ao âmbito da saúde pública, segundo a Lei 8.080, existe um contexto carregado de especificidades, as quais devem ser seguidas devido à instituição de instrumentos de gestão especiais obrigatórios. Discute-se principalmente nesse campo, o acesso da população aos serviços de saúde; ele deve ser universal (BRASIL, 1990). Por conta disso, a gestão deve sempre estar voltada às necessidades da população. O Decreto Presidencial n. 7.508 em 2011, que regulamentou aspectos da Lei 8.080/1990 e a Lei Complementar n. 141/2012 mantiveram e reforçaram esses aspectos.

Dessa forma, esses instrumentos definem a responsabilização da Gestão do SUS em busca de novas formas de governança e financiamento das Redes de Atenção à Saúde (CONASEMS et al., 2016, p. 30).

Mendes (2011, p. 75), baseado em modelos de Atenção à Saúde, testados e comprovados em países como Estados Unidos, Canadá e Inglaterra, afirma que apesar de sempre haver relevância na utilização da economia de escala, na área de saúde “(...) certos serviços operarão em deseconomias de escala porque não se pode sacrificar o direito do acesso aos serviços de saúde a critérios econômicos”.

O autor, reconhecido a nível nacional devido a intervenções de sucesso na área de saúde, voltadas a implementação de um novo modelo de atenção, descreve que “Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde dos cidadãos e, como tal, devem operar em total coerência com a situação de saúde das pessoas usuárias” (MENDES, 2011, p. 18).

Dessa forma, no SUS, o conceito de eficiência segue o pressuposto de que a gestão deve ser realizada buscando sempre o ponto ótimo de atuação, que é atender às necessidades da população.

Torna-se relevante, discriminar os atributos de uma RAS – Rede de Atenção à Saúde:

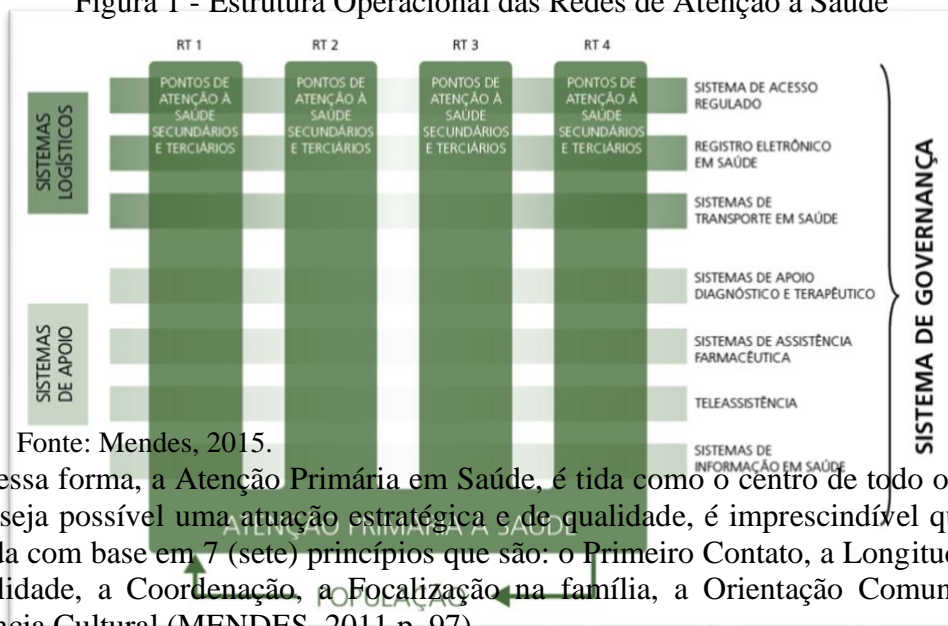
apresentam missão e objetivos comuns; operam de forma cooperativa e interdependente; intercambiam constantemente seus recursos; são estabelecidas sem hierarquia entre os pontos de atenção à saúde, organizando-se de forma poliárquica; implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; convocam uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; funcionam sob coordenação da APS; prestam atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis; focam-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde; têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população; e geram valor para a sua população (MENDES, 2011, p. 82).

Além disso, o autor também reforça que as Redes de Atenção à Saúde devem ser constituídas “(...) de três elementos fundamentais: uma população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde” (MENDES, 2011, p. 85).

Especificamente, no que se refere à estrutura operacional, as Redes de Atenção à Saúde, são resultado da junção de cinco componentes (Figura 1), que são:

(...) o centro de comunicação, a APS; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde); os sistemas logísticos (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança. Os três primeiros correspondem aos nós das redes e, o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós” (MENDES, 2015, p. 22).

Figura 1 - Estrutura Operacional das Redes de Atenção à Saúde



Fonte: Mendes, 2015.

Dessa forma, a Atenção Primária em Saúde, é tida como o centro de todo o sistema, e para que seja possível uma atuação estratégica e de qualidade, é imprescindível que ela seja estruturada com base em 7 (sete) princípios que são: o Primeiro Contato, a Longitudinalidade, a Integralidade, a Coordenação, a Focalização na família, a Orientação Comunitária, e a Competência Cultural (MENDES, 2011 p. 97).

Por sua vez, as funções são: a Resolubilidade, a Comunicação, e a Responsabilização. Destas, faz-se o destaque apenas da função de comunicação. “A função de comunicação expressa o exercício, pela APS, de centro de comunicação das RASs, o que significa ter condições de ordenar os fluxos e contra fluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes” (MENDES, 2011, p.98).

Além disso, Mendes (2015, p. 81), também afirma que no quesito estrutura, “Todos os equipamentos e materiais necessários para o desenvolvimento da carteira de serviços da APS devem ser garantidos”. É importante, ressaltar que esse modelo tem respaldo nos instrumentos normativos do SUS e da Atenção Primária em Saúde já mencionados neste relato.

Fica claro, portanto, que todo esse contexto envolvendo comunicação e eficiência não pode ser completo sem a utilização de sistemas de informação interligados e de tecnologia, mesmo mínima, que possibilite conferir além de eficiência, efetividade a todo o contexto de atuação dentro do sistema Único de Saúde. Daí o estudo focado no processo de informatização, como, uma das ferramentas determinantes no sucesso e avanço tanto da Gestão Pública, quanto da Gestão de Saúde nos Municípios.

3. METODOLOGIA

O relato proposto pode ser classificado como uma pesquisa qualitativa e foi elaborado

com base na coleta de dados primários e secundários, predominantemente. Os dados primários foram coletados pela autora junto à Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel, especificamente no Setor de Informática, na Divisão de Logística e Serviços Gerais e no Departamento de Planejamento, Gestão e Finanças.

Como meio de enriquecimento do relato foi efetuada entrevista com o Secretário de Saúde entre 2012 – 2016, realizada nas dependências da Secretaria de Saúde no dia 10/08/2018. O profissional foi um dos responsáveis pela formatação da proposta de informatização da área no município. Trata-se de servidor com formação na área de administração, com 26 (vinte e seis) anos de carreira na Secretaria Municipal de Saúde e que possui experiência em diversos níveis de hierarquia funcional. Sua contribuição proporcionou uma delimitação precisa dos pontos a serem abordados no relato proposto.

Paralelo a isso, foram utilizadas diversas informações documentais disponibilizadas pelos responsáveis do Setor de Informática e Divisão de Logística e Serviços Gerais (Sistemas IPM Saúde e Atende Net), além de dados disponíveis no Departamento de Planejamento, Gestão e Finanças.

Tal repartição é conduzida pela autora do relato desde 2008, posição que possibilitou a utilização de uma pesquisa participante frente ao escopo traçado para o desenvolvimento do relato. Deve-se ressaltar que compete ao referido departamento, viabilizar por meio de suas divisões e setores os encaminhamentos burocráticos de aquisição, distribuição de equipamentos, treinamento, controle e monitoramento dos processos.

Isso possibilitou um acompanhamento internalizado das etapas da informatização, promovendo interação na construção de possíveis soluções que viessem a otimizar o processo de trabalho em toda a rede de serviços municipais. Com base nestes dados foram filtrados dados e informações utilizados para elaboração das planilhas e gráficos apresentados no corpo do relato.

Já os dados secundários foram coletados por meio de fontes bibliográficas disponíveis na internet. Também foram utilizados manuais de gestão da área de saúde e legislação normativa do SUS. A função está voltada a subsidiar a fundamentação teórica e os procedimentos metodológicos.

A proposta do trabalho foi voltada à observação do resultado do processo de informatização da Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel, iniciado com a implantação de software de gerenciamento a partir de 2012. Entretanto, o intervalo de tempo a ser analisado será o período compreendido entre 2015 e 2018, tendo em vista que foi o período em que houve maior avanço da intervenção proposta.

Salientamos que o processo foi proposto e aplicado para a integralidade das 76 (setenta e seis) Unidades, Serviços e Setores que fazem parte da rede municipal de saúde pública. No entanto, os dados apresentados serão aqueles que se referem às 14 (quatorze) Unidades Básicas de Saúde e 29 (vinte e nove) Unidades Saúde da Família, integrantes da Rede de Atenção Primária em Saúde no Município.

Não foram abordados detalhes quanto às rotinas de trabalho das equipes, uma vez que o foco principal é a demonstração por meio de alguns exemplos da viabilidade de integralização das informações por meio de um processo de informatização da área de saúde.

4. CONTEXTO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

O Setor Público tem sofrido historicamente com a estagnação e a defasagem no que diz respeito aos mecanismos de planejamento, controle, eficiência, monitoramento e inovação da gestão. Isso é refletido de forma clara quando o tema envolve ferramentas disponíveis que possam auxiliar na evolução da tecnologia da informação existente nas diversas áreas da

administração. Tanto que, mesmo no ambiente atual, momento em que processos de inovação surgem espontaneamente, muitos dos processos e rotinas de trabalho dentro da administração pública, ainda continuam sendo elaborados, utilizados e monitorados manualmente.

No Município de Cascavel, por exemplo, a menos de dez anos atrás, o trabalho que é estritamente burocrático devido principalmente ao preconizado pelo princípio da legalidade, ocorria em grande parte por meio da tramitação física de papéis, com pouca intervenção tecnológica. Nesse contexto, acaba sendo exigida uma força de trabalho humana excessiva voltada para atividades puramente operacionais.

Na área de saúde isso também pôde ser observado, sendo que uma das situações típicas se refere ao registro da produção das Unidades de Saúde. A finalidade desse procedimento é o encaminhamento dos dados e informações ao Ministério da Saúde para que seja mantido o repasse de recursos alusivos à habilitação do Município, configurado como Gestor e Responsável pelos atendimentos gerados no âmbito da Atenção Primária em Saúde.

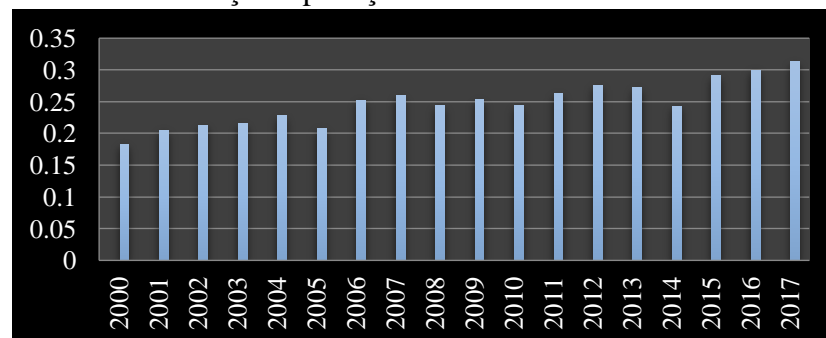
Essa premissa consta da Portaria n. GM/MS 2488/2011, no Anexo I, quando trata dos requisitos mínimos para manutenção da transferência dos recursos, enfatizando a suspensão dos mesmos quando, “não houver alimentação regular por parte dos municípios e do Distrito Federal, dos bancos de dados nacionais de informação, relacionados pela Portaria n. 3462/2010”.

Tal definição foi ratificada pela Portaria GM/MS n. 2436/2017. A mesma define que o não envio da produção mensal por parte dos municípios ao Ministério da Saúde, acarretará a suspensão de repasse de recursos. Esse fato pode ocasionar inclusive a desabilitação automática do ente no programa.

Apesar do recurso não ser suficiente para o desenvolvimento integral das atividades dessa rede de atenção, sempre foi imprescindível principalmente após o advento da publicação da Lei n. 101/2000. A partir de então, novos parâmetros de responsabilidade foram adotados, significando uma intensificação da descentralização de ações anteriormente de competência federal e estadual, o que sobrecarregou os municípios no que tange ao investimento local.

Tal situação é refletida na evolução de aplicação com recursos próprios em saúde, que atualmente, no Município em questão ultrapassa a marca dos 30% da arrecadação. Sabe-se que os critérios previstos na EC n. 29/2000 e posteriormente regulamentados pela Lei Complementar n. 141/2012, indicam um mínimo de 15% de aplicação na área da saúde (Gráfico 1).

Gráfico 1 -Evolução Aplicação em Saúde -Cascavel – PR / SIOPS



Fonte: Elaborado pela Autora com base no SIOPS, 2018.

Além disso, na área de saúde até 2010, houve grande dificuldade para efetuar controle de estoque. A base existente à época consistia em um sistema construído com base no MS-DOS, onde permaneciam lançadas informações parciais do estoque existente na CAFI – Central de Abastecimento, Farmacêutico e de Insumos, não ocorrendo nenhum controle de saída e encaminhamento de materiais a partir do momento que estes eram destinados e adentravam as

Unidades e Serviços de Saúde.

Nesse contexto, os processos licitatórios também não respeitavam uma padronização definida de produtos, dificultando qualquer normatização no que diz respeito à descritivos técnicos ou quanto à formatação de compras. As planilhas de orçamento que subsidiavam o início das licitações eram manuais, assim como, o controle do saldo dos processos, dos empenhos e aditivos, fato que representava um custo alto anual para investimento em diversos tipos de formulários, dentre os quais também estavam configurados receituários, fichas de notificação, prontuários, dentre outros.

O panorama nas Unidades e Serviços de Saúde refletiu a complexidade desse contexto. A necessidade de registro das informações relativas à produção dos atendimentos mensais, dispndia esforço extra da equipe de saúde, desviando a finalidade do atendimento clínico para compilação de dados e informações administrativas, mas obrigatórias dentro da lógica de pactuação existente entre as esferas de gestão do SUS.

Além disso, a dificuldade na presença de mecanismos que vinculavam o paciente à sua Unidade local era latente. Não existia controle e dispensação individualizada de medicamentos, por exemplo. Outro agravante era refletido na busca atendimento pelo paciente, em diversos pontos da rede de forma concomitante e aleatória.

É claro que sem a existência de um sistema de informação implantado não existe possibilidade nenhuma de controle. Conseqüentemente ocorrem dispensações duplicadas. Da mesma forma, ocorre duplicação do nome do paciente em diversas filas de especialidades concomitantes no encaminhamento para as especialidades, com direcionamento para a mesma área e ao mesmo tempo.

Além disso, toda essa problemática também ocasiona duplicação de prontuários médicos, com informações fracionadas, dificultando a existência de informações coerentes sobre o histórico clínico dos pacientes. Em decorrência disso, os encaminhamentos de referência e/ou contra referência que circulam entre as Unidades e os Serviços por meio de formulário manual impresso, muitas vezes não são atualizados. Isso faz com que as informações importantes referentes aos atendimentos se percam no caminho percorrido entre, as redes de atenção primária e especializada principalmente.

Tal processo faz com que as equipes não tenham conhecimento mínimo da sua população adscrita, e conseqüentemente dos riscos sociais e biológicos a serem abordados, dificultando o conhecimento das necessidades da população e ainda, o monitoramento de indicadores imprescindíveis para medir o nível preventivo do atendimento em saúde, como é o caso da mortalidade infantil.

5. DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO SOBRE A SITUAÇÃO PROBLEMA

Nesta seção será traçado o panorama das Unidades Básicas de Saúde de forma específica. Isso porque, essa rede é responsável pelo ingresso dos pacientes que demandam o atendimento de saúde pública. Sabe-se que a Política Nacional da Atenção Básica, estabelece a Atenção Básica como porta de entrada do SUS.

Nesse contexto, uma das responsabilidades municipais apontadas pela Política Nacional da Atenção Primária à Saúde, definidas pela Portaria GM/MS n. 2488/2011 e reafirmadas pela Portaria GM/MS n. 2436/2017, no art. 10, Inciso XV, reflete-se na garantia do fornecimento de “(...) recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das UBS e equipes” (BRASIL, 2017, p. 05).

Mais que isso, a referida Portaria traz como desdobramento de uma das diretrizes da Atenção Primária em Saúde, a resolutividade como meio pelo qual torna-se possível a articulação de diversas tecnologias, coordenando o cuidado através de fluxos definidos para acompanhar os usuários nos diversos pontos das redes e “atuando como centro de comunicação

entre os diversos pontos de atenção” (BRASIL, 2017, p.07).

Da mesma forma, O Decreto n. 7.508/2011, que regulamentou a Lei n. 8.080/1990, salienta a necessidade de organização da rede de Atenção Básica “em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades das pessoas, com isso fortalecendo o planejamento ascendente” (BRASIL, 2017, p. 10).

Entretanto, o contexto vivido nesse período pelo Município de Cascavel, não permitia a existência de um planejamento adequado ou mesmo o direcionamento das atividades e ações a serem desencadeadas. Isso porque, a falta de sistematização condiciona toda a atuação da Gestão em Saúde ao campo reativo, levando sua intervenção a estar voltada à recuperação da saúde, dificultando o avanço em ações preventivas e de promoção (Quadro 1).

Quadro 1 - Contexto Unidades de Saúde Pré - Informatização

Panorama Unidades de Saúde
Inexistência e/ou falta de equipamentos de informática nas Unidades de Saúde
Falta de Sistematização dos processos e registros de produção
Formas de agendamento divergentes entre as Unidades de Saúde
Existência de diversas filas de encaminhamento para consultas e exames especializados
Inexistência de integração dos dados e informações
Utilização de referência e contra referência manuais
Prontuários manuais e fragmentados
Registros de atendimentos manuais
Alto índice de utilização de formulários manuais (impressos ou licitados)
Dispensação de medicamentos aos usuários manual
Falta de controle de estoque (entradas / saídas)

Fonte: Elaborado pela autora com base em entrevista com o Secretário de Saúde entre 2012 – 2016, realizada no dia 10/08/2018.

Dessa forma, o contexto exposto no quadro acima levou à definição da Gestão em investir no processo de informatização na área de saúde, uma vez que houve o entendimento de que não haveria avanços quanto à organização do setor sem o desenvolvimento de ferramentas que possibilitassem agilização e qualificação das rotinas de trabalho.

Ainda assim persistiam as dificuldades quanto à implantação integralizada de ferramentas mínimas de tecnologia que proporcionassem resultados significativos, pois havia necessidade de investimento em grande escala no que se refere à aquisição de equipamentos de informática.

Inicialmente, houve a implantação de um software gratuito, desenvolvido pela cidade de São Paulo em conjunto com o Ministério da Saúde: o SIGA – Saúde. Essa tentativa não avançou além da implantação do controle de estoque de forma parcial, sendo que não houve avanço em outros módulos, devido à defasagem do sistema e a dificuldade interna do município em manter equipe capacitada para o desenvolvimento e aprimoramento do software.

Esse fato foi relevante devido ter fornecido subsídios técnicos para superar obstáculos políticos, levando a uma nova decisão da gestão, que culminou em 2012 na terceirização de um software. Houve então, a definição das áreas a serem informatizadas em cada Unidade e/ou Serviço, sendo iniciada a implantação gradativa dos módulos licitados.

É preciso frisar que inicialmente o custo de implantação do sistema representou um investimento inferior a R\$ 100.000,00, ficando a manutenção mensal abaixo da casa dos R\$ 10.000,00. Além disso, houve um investimento inicial em impressoras nas áreas de recepção e coordenação, interligadas por meio de rede cabeada.

Não obstante, devido à grande dificuldade em obter recursos disponíveis para investimento em computadores, foram necessários alguns anos para possibilitar a disponibilização desse item essencial ao processo. Foram calculados aproximadamente 534 pontos de implantação, sendo que em alguns havia necessidade de mais de um equipamento.

É preciso salientar que ao final de 2014, a Secretaria de Saúde possuía pouco mais de 600 computadores, sendo que destes, um pouco mais de 30% estava concentrado no núcleo sede da Secretaria de Saúde.

Ainda assim, o processo de informatização foi inserido no rol de metas e indicadores de gestão, utilizando para tal o Conselho Municipal de Saúde como *stakeholders* que incorporaram peso de decisão para avanço no cumprimento da proposta. Cumpre salientar que o controle social, na área de saúde, possui poder de deliberação das políticas e ações a serem instituídas. Esse papel é conferido pelas Leis n. 8.142/1990 e 141/2012. Essa lógica é revisitada e atualizada pelos processos de conferência municipal que ocorrem a cada 2 anos.

Após esse primeiro passo, a Secretaria de Saúde, discutiu acerca da formatação do processo, definindo utilizar como balizador os critérios de ambiência estabelecidos pelo item 2 do Anexo 1 da Portaria GM/MS n. 2488/2011, vigente à época. O objetivo estava pautado no estabelecimento de padronização dos locais onde deveriam ser instalados os computadores, ficando o processo subdividido em quatro fases (Apêndice 1 – Modelo de Unidade de Saúde).

A primeira fase, compreendeu a implementação do módulo de controle de estoque. Esse processo foi formatado, partindo da realização de inventário tanto na Central de Abastecimento, quanto nos dispensários nas Unidades e Serviços de Saúde, após recebimento dos computadores adquiridos por meio de processo licitatório, no sistema de Registro de Preços.

O Setor de Informática teve participação de relevância em cada etapa estabelecida, pois procedeu o lançamento inicial das informações no Sistema. Esse processo teve duração de até 15 dias e foi seguido de treinamento voltado à cada equipe; este com prazo estabelecido de aproximadamente 7 dias. Ao final dessas etapas, o apoio continua a ocorrer por meio de *helpdesk* situado dentro do setor de informática. Essa sistemática é praticada até o momento.

Também foi definido um cronograma de instalação partindo da CAFI, que é o núcleo central de transferência de insumos, seguido das Unidades de Saúde situadas no interior, por serem de menor porte, e finalmente chegando às Unidades e Serviços urbanos, um a um, dentro das rotinas já mencionadas (Quadro 2).

Quadro2 - Exemplificação das Etapas em Cada Fase

Fases	Etapas
1, 2, 3 e 4	Aquisição Computadores / Tablets
	Patrimoniamento / Destinação (Cron. Prior.)
	Inventário (apenas na etapa 1)
	Instalação nas Unidades e Serviços
	Cadastramento produtos e/ou pacientes
	Treinamento da Equipe
	Monitoramento

Fonte: Elaborado pela autora, com base em coleta de dados no Setor de Informática, 2018.

Após decorrida a primeira fase, observou-se uma constante instabilidade do sistema, o que acarretou a instalação de fibra ótica em todos os pontos de atenção visando a estabilização e qualidade de conectividade da rede.

Na seqüência, a Secretaria avançou implantando a segunda fase do processo, após terem sido disponibilizados via licitação a quantidade de computadores necessária. O objetivo foi a cobertura completa da recepção e coordenação das Unidades e Serviços. Aqui também foram estabelecidas etapas de instalação, cadastramento dos pacientes e prontuários pelas recepções,

monitoramento presencial e posteriormente a distância pelo Setor de Informática.

Ainda assim, a atualização dos prontuários, atendimentos e procedimentos exigia alimentação manual do sistema, uma vez que os consultórios, em sua maior parte, ainda não possuíam os equipamentos para automação dessa funcionalidade. Entretanto, nesse momento, já foi possível a formatação digitalizada de várias rotinas internas dos serviços.

Na terceira fase, houve foco sobre a automação de procedimentos gerais realizados dentro das Unidades e Serviços, novamente respeitando o ciclo de aquisição, instalação e treinamento. É importante ressaltar que a escolha da realização do processo em uma unidade e/ou serviço por vez, se deve a estratégia de orientação e convencimento da equipe, que no início do processo de mostrou resistente à mudança.

Por fim, foi dado início à quarta fase, onde foram encontradas diversas dificuldades. Essa etapa envolveu uma grande quantidade de locais pois, haveria necessidade de instalação de computadores em cada consultório, exigindo que cada profissional médico e cirurgião dentista realizasse o atendimento via sistema.

Não houve problemas com a adesão do grupo de profissionais da enfermagem, assistentes sociais e cirurgiões dentistas, os quais nessa fase já possuíam familiaridade com o sistema.

Já no que diz respeito aos profissionais médicos, houve necessidade de um trabalho diferenciado e estratégico pela direção clínica da Secretaria de Saúde, no sentido de garantir a adesão à utilização do sistema. Dessa forma, foram efetuados encontros e reuniões com pequenos grupos reforçando os benefícios do processo, utilizando como apoiadores alguns profissionais que desde o início visualizaram de forma positiva a inovação proposta.

Além disso, houve problemas com a implantação do módulo voltado aos Agentes Comunitários de Saúde - ACS, devido à dificuldade de aquisição e compatibilização de ferramenta manual, a ser utilizada por estes nas visitas externas. É a parcela do atendimento que ocorre fora da unidade e precisa de uma intervenção diferenciada.

A despeito da rotatividade de servidores que existe nas Unidades e Serviços, quando da entrada de um novo profissional, houve definição de realização de treinamento a ser ministrado pelo Setor de Informática no momento das admissões. Esse processo ocorre por meio de articulação conjunta à Gerência de Gestão de Pessoas da Secretaria de Saúde. Além disso, a equipe de informática possui a incumbência de propor a cada ano uma capacitação direcionada às equipes, voltada às principais dificuldades recorrentes.

Esse setor é responsável pelo monitoramento e verificação das necessidades de melhorias do sistema. Estas, por sua vez, são propostas à empresa terceirizada por meio de fluxo estabelecido no edital de licitação, passando finalmente por orçamento, aprovação e implantação definida conjuntamente pelas partes.

Dessa forma, são estabelecidos critérios de prioridade de disponibilização à Secretaria associados ao tempo necessário para desenvolvimento e ao grau de importância frente à realização dos atendimentos e cumprimento das diretrizes estabelecidas pelas Políticas de Saúde e descentralizadas para implantação do Município pelo Governo Federal e Estadual.

Torna-se relevante destacar por fim, que o processo poderia ter sido conduzido por fases voltadas à informatização integral de cada Unidade/Serviço de Saúde de forma sucessiva, o que entende-se totalmente viável, desde que superada a condição de aquisição única da totalidade dos equipamentos necessários. Como no Município de Cascavel, essa condicionante significou um alto investimento desde o início do processo, não foi possível estabelecer um cronograma com esse tipo de formatação. Nesse caso, foram separados em fases distintas, os ambientes conforme índice de prioridade dentro da estrutura dos serviços, partindo do controle de estoque na primeira fase até atingir o prontuário eletrônico na última fase.

6. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DAS CONTRIBUIÇÕES

Após a descrição dos problemas enfrentados devido à falta de informatização na área da saúde, bem como, as fases e etapas estabelecidas para mudar o panorama, pode-se observar um resultado satisfatório do processo, exemplificado por meio da Tabela 1.

Tabela 1 -Evolução Processo de Informatização - Secretaria de Saúde – 2015/2018

Itens	Módulos	Total UBS / Serv.	2015		2016		2017		2018	
			Parcial UBS / Serv.	%	Parcial UBS / Serv.	%	Parcial UBS / Serv.	%	Parcial UBS / Serv.	%
1	Infraestrutura	69	42	60,87%	53	76,81%	54	78,26%	61	88,41%
2	Prontuário Eletrônico	55	18	32,73%	41	74,55%	54	98,18%	53	96,36%
3	Recepção	55	46	83,64%	51	92,73%	55	100,00%	54	98,18%
4	Pré-Consulta	53	17	32,08%	35	66,04%	47	88,68%	51	96,23%
5	Serviço Social	53	23	43,40%	39	73,58%	44	83,02%	51	96,23%
6	Estoque (Farmácias / Administrativo)	67	45	67,16%	64	95,52%	65	97,01%	67	100,00%
7	Enfermagem (Procedimentos)	54	42	77,78%	51	94,44%	52	96,30%	52	96,30%
8	Agentes Comunitários	42	0	0,00%	0	0,00%	25	59,52%	32	76,19%
9	Vacinas (SIPNI)	42	42	100,00%	42	100,00%	42	100,00%	42	100,00%
10	Odontologia	40	13	32,50%	38	95,00%	38	95,00%	40	100,00%
11	VISA	1	0	0,00%	1	100,00%	1	100,00%	1	100,00%
12	VIEP	1	0	0,00%	1	100,00%	1	100,00%	1	100,00%
13	Transporte	1	0	0,00%	1	100,00%	1	100,00%	1	100,00%
14	Laboratório	1	0	0,00%	1	100,00%	1	100,00%	1	100,00%
	Total	534	288	37,87%	418	83,48%	480	92,57%	507	96,28%

Fonte: Elaborado pela autora com base em coleta de informações na Secretaria de Saúde, 2018.

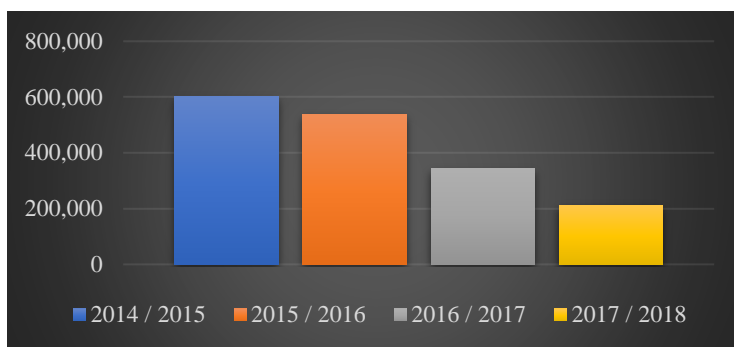
A tabela demonstra que no ano de 2015 apenas 37,87% dos ambientes padronizados para utilização de equipamentos de informática, tinham disponibilidade dessa ferramenta para o desenvolvimento das rotinas e atendimentos. Esse contexto, exigia um esforço das equipes das unidades e serviços para manutenção da alimentação das informações exigidas pelo Ministério da Saúde, além de sobrecarregar o núcleo sede com retrabalho de compilação das informações, o que era mantido de forma manual em arquivos físicos.

Foi possível demonstrar também na Tabela 1, que o maior passo de evolução do processo ocorreu entre o final de 2015 e início de 2016, quando foi possível desencadear as ações simultâneas de aquisição de equipamentos para avanço no processo de informatização. Como mencionado na metodologia, o Município teve dificuldade em direcionar recursos para a aquisição de computadores, tendo em vista a extensão da rede de serviços.

Ainda assim, foi possível automatizar o envio da fatura de produção mensal ao Ministério da Saúde, o que garantiu a realocação de servidores em outras atividades evitando ainda o retrabalho dos setores internos na digitação desses dados.

Também é possível observar que a utilização de impressos de uso interno da Secretaria de Saúde, foram reduzidos drasticamente conforme demonstrado no Gráfico 2. Pode ser observada uma redução gradativa da utilização de formulários impressos, atingindo em 2018, uma redução de 75% na aquisição desses itens.

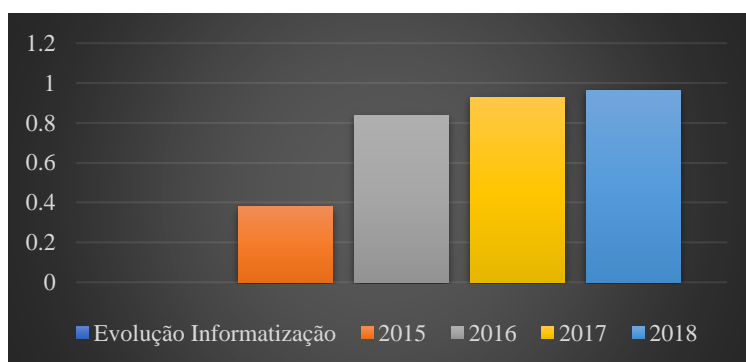
Gráfico 2 - Utilização de Formulários - Anual



Fonte: Elaborado pela autora com base em relatório do sistema IPM/Saúde,2018.

Nesse período, assim como demonstra o Gráfico 3, é possível observar um grande avanço com relação à automatização integral dos procedimentos realizados dentro das Unidades de Saúde, uma vez que, a Secretaria atingiu 94,44% de automatização dos procedimentos e 100% das vacinas.

Gráfico 3 - Evolução Informatização Saúde 2015 - 2018

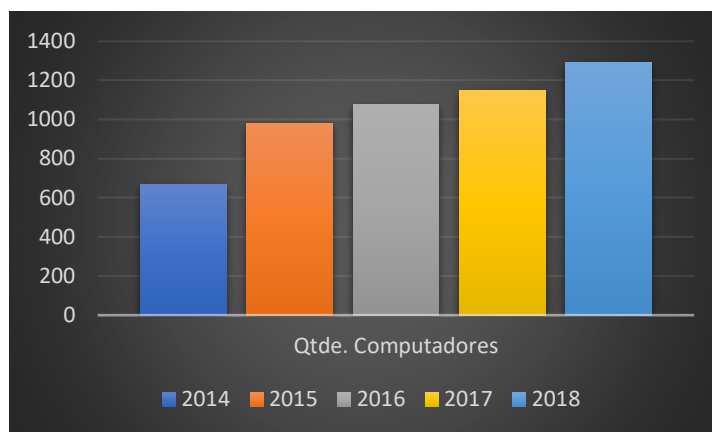


Fonte: Elaborado pela autora com base na Tabela 1.

Além desses módulos, também houve um grande avanço em outras áreas, como a do Prontuário Eletrônico, que atingiu 96,36% do total da meta em 2018. A exceção está posta no módulo dos Agentes Comunitários de Saúde. Nesse caso, houve necessidade de aquisição de dispositivos móveis com tela *touchscreen*, o que foi concluído apenas no início de 2018. A implantação está ocorrendo de maneira escalonada, devido ao cronograma de treinamento dos servidores em cada Unidade, mas já ultrapassou a marca de 76% da meta prevista.

Também é possível constatar com base em levantamento de dados efetuado por meio do Sistema IPM/Saúde (2018), que entre 2015 e 2018, foi investido em aquisição de computadores, o valor de R\$ 1.850.626,10. Isso demonstrou que o Município conseguiu gerir os recursos necessários para o êxito da proposta de informatização da Secretaria de Saúde, mais que dobrando a quantidade de equipamentos disponíveis nos serviços (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Evolução Aquisição de Computadores

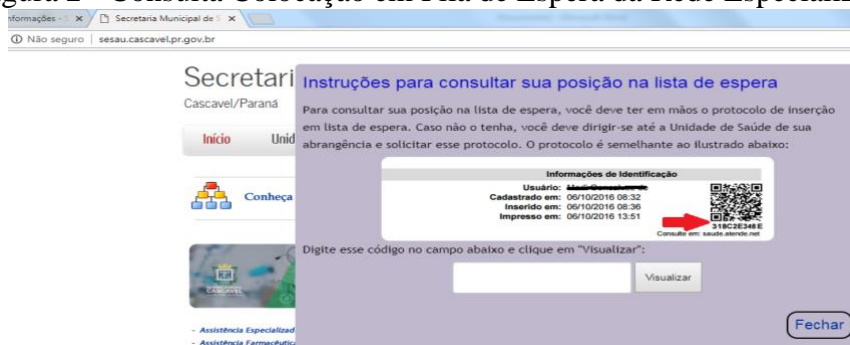


Fonte: Elaborado pela autora, com base no Sistema IPM Atende net, 2018.

É relevante salientar que atualmente, a Secretaria de Saúde possui 1.782 usuários cadastrados no sistema. Considerando o fato que muitos profissionais de saúde possuem 2 vínculos empregatícios, pode-se afirmar que esse número representa quase a totalidade dos servidores ativos.

Também é importante destacar que a partir da implantação das fases 1 e 2 (2015-2016), mesmo que de forma parcialmente automatizada foi possível unificar a fila de pacientes que aguardam o encaminhamento para atendimento de consultas e exames especializados, tendo sido disponibilizado a partir desse momento, consulta online da posição na fila de espera.

Figura 2 - Consulta Colocação em Fila de Espera da Rede Especializada



Fonte: <http://sesau.cascavel.pr.gov.br/>, 2018.

O procedimento além de unificar a fila de espera para consultas e exames especializados, possibilitou a exclusão de cadastros duplicados, qualificando o controle e agilizando os encaminhamentos entre os pontos da rede.

Dessa forma, após observar a exposição dos dados acima, e verificar que o índice de informatização atingiu em 2018, 96,28%, entende-se alcançado o resultado proposto no início do processo.

No que se refere ao módulo de infraestrutura, que atingiu 88,41% deve-se levar em consideração os fatores exógenos que estão fora do alcance da gestão pública, quanto às unidades do interior. Sabe-se que a extensão do território rural do município é considerável, e até o momento, ainda não existe disponibilidade de rede em todas as comunidades.

Ainda assim, essas Unidades trabalham com links de rede via rádio ou móvel e estão com as demais funcionalidades integralizadas o que não interfere na utilização do software nos

cadastramentos, registros de procedimentos, atendimentos e encaminhamentos.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que a principal mudança esperada de um processo de informatização, é a disponibilização de informações com base em dados padronizados, a serem fornecidos pelo sistema, de forma que possam ser utilizados no planejamento de ações e rotinas de trabalho nos órgãos públicos.

Além disso, esse é um processo que gera eficiência no quesito transparência, agilidade e qualidade no atendimento, assim como proporciona controle e monitoramento mais efetivos, pois podem ser determinantes na garantia do processo democrático de atendimento aos usuários, o qual está pautado nos princípios do SUS.

Puderam ser verificados no relato, avanços imprescindíveis para a Gestão do Fundo de Saúde do Município de Cascavel, quanto ao controle da produtividade através de uma funcionalidade relativamente simples, que possibilitou a automação da fatura SUS.

Também é claro o benefício de otimização da distribuição de insumos direcionados à dispensação gratuita, principalmente no que tange ao controle da movimentação de medicamentos. Isso porque através das funcionalidades disponíveis por meio da informatização, é possível bloquear retirada de produtos em duplicidade pelo usuário, uma vez que o sistema acusa em qualquer ponto da rede se o paciente efetuou retirada de produtos no período além de identificar a data posterior mínima para nova liberação.

Com o cadastramento dos atendimentos em tempo real, também foi possível a implantação do gerenciamento de uma fila de espera única no município para encaminhamentos à rede especializada, dispensando as emissões de referência e contra referência manuais.

Além disso, a instituição de prontuário eletrônico possibilita que qualquer profissional em cada uma das redes possa visualizar a integralidade de informações clínicas dos pacientes, como exames, consultas, encaminhamentos e agendamentos. É ponto pacífico que após a implantação da base apresentada neste relato, novas funcionalidades são integradas de maneira bem mais simples e ágil, uma vez que o processo se auto sustenta e entra em uma fase de manutenção.

Por fim, verifica-se a possibilidade de aplicação da metodologia empregada nesse relato, em outros municípios, mesmo que mediante realização de ajustes para atender a realidade distinta de cada um. Não obstante, independentemente do local onde se aplica uma melhoria nesse campo, entende-se que o processo deve ser cíclico. Deve ser revisitado constantemente, visando manter atualizados os processos de trabalho com as novas demandas e normativas instituídas frente à revolução tecnológica e de inovação latente atualmente.

Entende-se, que o próximo passo relevante em um processo como esse, é a produção e desenvolvimento por meio de equipe técnica própria. Esse movimento pode ocorrer visando não representar grandes investimentos por parte da gestão municipal, podendo reverter gradativamente o custo direcionado à manutenção de software externo em admissões de analistas de sistema.

Tal medida pode contribuir para sedimentação, continuidade e avanço do processo de informatização, sem que haja interferência das mudanças de gestão que ocorrem sazonalmente no setor público.

Nesse sentido, nota-se que os avanços alcançados são visíveis, assim como, também são os desafios a serem vencidos. Por esse motivo, sempre deve haver a busca de efetividade. Esta é aquela que irá consolidar uma gestão ideal, voltada às necessidades da população local, de forma a não incorrer em interrupções ou descontinuidade na prestação de serviços, promovendo de forma organizada, ganhos efetivos e avanços os quais direta ou indiretamente irão refletir nos indicadores de saúde, demonstrando níveis crescentes de cuidado, prevenção e promoção

da saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição Federal, 1988.

_____. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.

_____. Lei nº 8.142 de 31 de dezembro de 1990.

_____. Emenda Constitucional nº 19 de 04 de junho de 1998.

_____. Emenda Constitucional nº 29 de 13 de setembro de 2000.

_____. Lei nº 101 de 04 de maio de 2000.

_____. Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006.

_____. Portaria GM/MS nº 3.462 de 11 de novembro de 2010.

_____. Portaria GM/MS nº 2.488 de 21 de outubro de 2011.

_____. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011.

_____. Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012.

_____. Portaria GM/MS nº 2.436 de 21 de setembro de 2017.

_____. Sistema Tabwin. Disponível em:

<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060805>. Acesso em: 14.08.2018.

CASCADEL. Ipm Atende Net. Disponível em:

<https://cascavel.atende.net/atende.php?rot=1&aca=1#!/sistema/37>. Acesso em: 16.08.2018.

_____. Ipm Saúde. Disponível em: <https://saude.ipm.com.br/>. Acesso em: 15.08.2018.

_____. Sítio Secretaria de Saúde. <http://sesau.cascavel.pr.gov.br/>. Acesso em: 17.08.2018.

CONASEMS. Manual do (a) Gestor(a) Municipal do SUS: “Diálogos no Cotidiano”.

CONASEMS. COSEMS-RJ, LAPPIS/IMS/UERJ – Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ, 2016.

MALKUT, R. A. D. S. O princípio da eficiência na Administração Pública Brasileira. Revista Jurídica, v. 8, n. 07, 2012.

MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. A Construção Social da Atenção Primária à Saúde. Brasília, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

PERROTTI, E. Estrutura Organizacional e Gestão do Conhecimento. Dissertação apresentada ao Departamento de Administração da Escola de Administração, Economia e Contabilidade da Universidade de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do Título de Mestre em Administração, 2004. Disponível

em: <https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=wm#inbox/161b007c0490abeb?projector=1&messagePartId=0.2>. Acesso em: 05.08.2018.

SOARES, M.; SCARPIN, J. E. Controle Interno na Administração Pública: Avaliando sua Eficiência na Gestão Municipal. UNOPAR Científica Ciências Jurídicas e Empresariais = Revista de Ciências Jurídicas e Empresariais, v. 14, n. 1, 2015.



ZANATTA, K.; BATISTELLA, G. L. A relevância do Sistema de Controle Interno para a Administração Pública Municipal. Revista de Administração, v. 11, n. 19, p. 19-33, 2013.



APÊNDICE A – MODELO UNIDADE DE SAÚDE ATENÇÃO PRIMÁRIA

