



ÉRIKA FERNANDES TRITANY



MECANISMOS DE AVALIAÇÃO DE
DESEMPENHO DAS
ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE
SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA



EDITORIA INOVAR

**MECANISMOS DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DAS
ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA**

Érika Fernandes Tritany

MECANISMOS DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE NA ATENÇÃO
BÁSICA

1.^a edição

MATO GROSSO DO SUL
EDITORA INOVAR
2020

Copyright © da autora.

Todos os direitos garantidos. Este é um livro publicado em acesso aberto, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que sem fins comerciais e que o trabalho original dos autores e autoras seja corretamente citado.

Érika Fernandes Tritany.

Mecanismos de avaliação de desempenho das organizações sociais de saúde na atenção básica. Campo Grande: Editora Inovar, 2020. 108p.

ISBN: 978-65-86212-45-7.

DOI: 10.36926/editorainovar-978-65-86212-45-7.

1. Gestão em saúde. 2. Serviços de saúde. 3. Indicadores de serviços. 4. Autora. I. Título.

CDD – 614

Os conteúdos dos capítulos são de responsabilidades da autora.

Conselho Científico da Editora Inovar:

Franchys Marizethe Nascimento Santana (UFMS/Brasil); Jucimara Silva Rojas (UFMS/Brasil); Maria Cristina Neves de Azevedo (UFOP/Brasil); Ordália Alves de Almeida (UFMS/Brasil); Otília Maria Alves da Nóbrega Alberto Dantas (UnB/Brasil), Guilherme Antônio Lopes de Oliveira (CHRISFAPI - Cristo Faculdade do Piauí).

Editora Inovar

www.editorainovar.com.br

79002-401 - Campo Grande – MS

2020

A meus pais, Elaine e Cláudio,
por me ensinarem que nosso lar mais sincero e acolhedor está dentro de nós mesmos.

AGRADECIMENTOS

No encerramento deste ciclo de espanto e encantamento que é a graduação, seria injusto se não considerasse os amigos queridos cativados durante minha trajetória, sem os quais meus dias não teriam sido tão coloridos.

Antes de tudo, sou grata aos meus pais, Elaine e Cláudio, que, de tanto amor, conseguiram traduzir para o nós o mundo com os olhos de quem está sempre em trânsito, sorvendo a metamorfose intrínseca e necessária à vida, crescendo com as adversidades, assentando suas bases sobre os sonhos e desejos mais puros e essenciais à alma e alimentando nossos dias de curiosidade e afeto. Obrigada, mãe; obrigada pai, a vocês devo meu olhar perante a vida, a garra para batalhar pelos meus sonhos e a intempestiva atitude a qual os Homens chamam Liberdade. Eu chamo de “sentir os pés descalços”.

A Gui e Rafa, meus maiores amores, agradeço pelo companheirismo dos dias, pela amizade infalível e inquebrantável. Que difícil seria a vida no Rio sem ter vocês para contar...

Agradeço aos inúmeros amigos que conheci ao longo da graduação; às possibilidades trazidas pela universidade; ao choque cultural que me aproximou de uma consciência de classe e de uma noção – ainda instável – de meu lugar no mundo.

Em especial, dedico meu carinho aos amigos Felipe Cezário e Nathália Combat, pela incrível parceria acadêmica e o afeto construído com base no cuidado e no carinho que transformaram os dias longos e pesados em dias mais doces e mais alegres. Tenho imenso respeito e admiração pela história de vida e garra de cada um.

Aos queridos amigos Marcelo, Malena, Roberto e Raquel, meu MUITO obrigada. Amigos para todas as horas e todos os problemas. Conhecer um pouco de cada um compreendendo suas particularidades e preciosidades foi muito importante para tornar os dias no IESC mais alegres. As conversas de corredor, os desabafos, as ajudas “milagrosas” foram essenciais. Obrigada por serem pessoas incríveis e profissionais talentosos.

Aos professores que muito contribuíram para minha formação, sou-lhes imensamente grata. Apesar dos problemas que um curso como este pode ter, confio na competência com que os conteúdos foram ministrados e, sobretudo, na forma como as reflexões foram conduzidas. Sei que ainda há muito a que se construir e batalhar – conjuntamente - pois a Saúde Coletiva não é um campo que permite acomodações.

E, por fim, mas não menos importante, agradeço ao professor Paulo Mendonça por todo o carinho e confiança em mim depositados. É preciso muito pouco para ser um professor, mas é preciso muita humanidade para ser um mestre. Obrigada por compartilhar esta minha última ráfaga da graduação em Saúde Coletiva.

“Family Medicine Should Shape Reform, Not Vice Versa”

Barbara Starfield

RESUMO

Os reflexos da Reforma do Estado no setor saúde impulsionaram a criação de novas relações entre o Setor Público e o Setor Privado: com a flexibilização das estruturas foi estimulado um processo de contratualização da gestão dos serviços de saúde que, em sua maioria ficou a cargo das Organizações Sociais em Saúde (OSS). Como um imperativo das relações contratuais, as competências do Município passaram a se relacionar com a fiscalização e avaliação do desempenho destas entidades. A materialização dos parâmetros e protocolos exigidos aos serviços de saúde na figura do contrato de gestão cria a expectativa de impulsionar uma cultura gerencial nas unidades de saúde, estimulando sua eficiência e autonomia; no entanto, impele o setor público, sobretudo os organismos voltados para os processos fiscalizatórios da coisa pública à análise das medidas propostas para avaliação da gestão destas entidades, sobretudo por se referirem a um direito essencial da vida humana – a saúde. Este estudo tem por objetivo analisar os indicadores propostos pelo Município do Rio de Janeiro para compor a Avaliação de Desempenho das OSS contratadas para gestão da Atenção Básica das áreas programáticas no município do Rio de Janeiro. Para tanto, a metodologia de análise baseou-se em critérios estabelecidos pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, os quais definem as Propriedades Essenciais dos Indicadores, quais sejam utilidade, validade, confiabilidade e disponibilidade. Além disso foram utilizadas referências de documentos oficiais expedidos pelas três esferas de governo e literatura obtida a partir das bases de dados científicas.

Palavras-chave: Gestão em saúde. Reforma do Estado. Indicadores de serviços. Indicadores de gestão. Avaliação de resultados da assistência ao paciente. Avaliação de desempenho profissional. Atenção primária a saúde. Serviços de saúde. Serviços básicos de saúde. Terceirização.

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	11
2 INTRODUÇÃO	12
3 REFERENCIAL TEÓRICO	14
3.1 A Reforma Gerencial do Estado.....	14
3.2 Impactos da Reforma do Estado no Setor Saúde	17
3.3 As Organizações Sociais de Saúde (OSS)	19
3.4 O Modelo do Contrato de Gestão	20
3.5 A Avaliação por Desempenho: Os Incentivos Profissionais na Produção do Cuidado em Saúde.....	21
3.6 A Atenção Básica em Saúde	23
4 ANÁLISE DOS INDICADORES DO CONTRATO DE GESTÃO.....	23
4.2 Indicadores: Orientações Básicas Aplicadas à Gestão Pública	24
4.3 Análise dos Indicadores do Contrato de Gestão	26
4.3.1 <i>Indicadores da Parte Variável 01: Incentivo à Gestão do TEIAS</i>	26
4.3.2 <i>Indicadores da Parte Variável 02: Incentivo à Qualificação das Unidades de Saúde</i> ..	47
4.3.2.1 <i>Indicadores de Acesso</i>	48
4.3.2.2 <i>Indicadores de Desempenho Assistencial</i>	54
4.3.2.3 <i>Indicadores de Qualidade Percebida</i>	63
4.3.2.4 <i>Indicadores de Desempenho Econômico</i>	64
4.3.3 <i>Indicadores da Parte Variável 03</i>	69
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	91
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
REFERÊNCIAS	98
A autora.....	106

1 APRESENTAÇÃO

No ano de 2016, em virtude de convênio estabelecido entre o Ministério Público do Rio de Janeiro (MPRJ) e o Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (IESC/UFRJ), atuei como estagiária na 2ª Promotoria de Justiça da Capital responsável pela Tutela Coletiva da Saúde do Município do Rio de Janeiro. A partir deste período de experiência, foi-me proporcionado contato com as relações existentes entre o Município do Rio de Janeiro e as entidades por ele contratadas para prestação de serviços assistenciais e de gestão da saúde.

É importante considerar as tensões subjacentes a estas relações. Na medida em que o Poder Público transfere parte de suas atribuições para entes privados, faz-se necessária, por parte da gestão municipal, a criação - e atualização e aperfeiçoamento periódico - de instrumentos de acompanhamento e avaliação dos atos praticados por estes entes.

Ao Ministério Público cabe o zelo para com os assuntos de relevância pública e a garantia dos direitos constitucionais pela fiscalização da implementação e execução das políticas públicas (BRASIL, 1988). No que tange a saúde, é assegurado, ao cidadão, o acesso às ações e serviços de saúde na medida em que este é considerado um direito fundamental da pessoa humana, atuando no sentido de garantir oferta e acesso aos serviços de saúde, de modo a garantir premissas de universalidade, integralidade, equidade (BRASIL, 1988; 1990), e qualidade dos serviços de saúde.

Neste sentido, este trabalho surge como uma busca por respostas frente ao contexto político vivido, de grande expansão do fenômeno da contratualização entre municípios e Organizações Sociais de Saúde e os problemas inerentes a estes acordos, sobretudo no âmbito da avaliação e monitoramento das ações e transparência. Apresento a público este trabalho com a esperança de que se possa contribuir na discussão sobre os processos de terceirização da saúde e a manutenção deste direito fundamental à população assim como subsidiar futuras ações do Ministério Público e Prefeitura do Rio de Janeiro na formulação, acompanhamento e avaliação de políticas públicas.

2 INTRODUÇÃO

Com a Reforma do Estado, iniciada no governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), a estrutura de gestão dos serviços de saúde foi modificada: ampliaram-se as possibilidades de operacionalização dos serviços públicos através do estabelecimento de contratos de gestão com entidades privadas sob a premissa de aumento da eficiência do Estado. Dentre os modelos de contratualização firmados destacam-se, no setor saúde, aqueles destinados à operacionalização e desenvolvimento dos equipamentos e serviços voltados para a Atenção Básica (ou Atenção Primária em Saúde) - a relação estabelecida entre os municípios e as Organizações Sociais de Saúde (OSS) (ANDRADE, 2015).

Como resultado desta forma de capilarização da gestão do Estado houve uma ampliação da disponibilidade de serviços ofertados, de cobertura assistencial e do acesso da população aos serviços de saúde. No entanto, tal situação de possível melhoria na garantia do bem fundamental da vida humana – a saúde – trouxe consigo a necessidade de acompanhamento e fiscalização, por parte do Estado, das atividades desempenhadas pelas entidades privadas com fins de assegurar os serviços necessários para a proteção do direito a saúde, conferir transparência e publicidade ao processo de contratação e gestão pelas entidades, averiguar a veracidade das premissas de eficiência, efetividade e economicidade da adoção do modelo, acompanhar a conformidade dos atos praticados, diagnosticar irregularidades e aperfeiçoar métodos e instrumentos de avaliação.

O contrato, por sua vez, conforma um instrumento-diretriz das ações a serem desempenhadas pelo ente contratado. É a partir dele que se dispõe as exigências e requisitos mínimos a serem implementados e também é nele que estão dispostos o método de avaliação do ente contratado pelo ente público. Nesse sentido, a forma de avaliação, e a escolha dos indicadores para tanto, favorecer ou prejudicar o fornecimento de ações e serviços de saúde, uma vez que pode servir de um balizador dos serviços ofertados.

Nesse ínterim, o presente trabalho objetiva analisar os indicadores de avaliação de desempenho do contrato de gestão firmado entre Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e a OSS SPDM (Associação Paulista para Desenvolvimento da Medicina) para desenvolvimento e

execução das ações e serviços de Saúde da Família no território da AP 3.2 do município do Rio de Janeiro.

Para tanto, os objetivos específicos foram: (1) identificar, no referido contrato, os indicadores de avaliação de desempenho e avaliar se, de fato, se referem a indicadores; (2) analisar os indicadores propostos no contrato quanto as Propriedades Essenciais dos Indicadores (utilidade, validade, confiabilidade e disponibilidade) e critérios, normas e parâmetros estabelecidos por instâncias do governo federal, estadual e municipal; (3) discutir a pertinência das medidas propostas pelo município do Rio de Janeiro como avaliação do desempenho da OSS.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A Reforma Gerencial do Estado

No contexto nacional, os anos 50, até a década de 70, foram marcados pelo surgimento, no Brasil, de um modelo nacional desenvolvimentista, calcado na substituição das importações e empreendedorismo do Estado. Na década de 1980, como propagação da conjuntura política e econômica vivida no cenário internacional, emerge a crise social, econômica e a inflação, evidenciando o esgotamento do modelo desenvolvimentista anteriormente adotado no país (FARIAS, 2002).

A década de 1980 trouxe à tona a segunda grande reforma da gestão pública do capitalismo. A primeira ocorreu, na segunda metade do século XIX, nos países desenvolvidos e, nos anos 30, no Brasil: foi a reforma burocrática como uma superação da Administração Patrimonialista. Naquele momento, o Estado se orientou a estabelecer uma distinção entre “*res pública*” e a “*res principis*” na medida em que a Administração Pública se colocou contra os interesses particulares de mandatários políticos e colaborou para o surgimento do Estado tutelador, executor direto e onipresente baseado em estruturas burocráticas e verticalizadas e comportamento orientado pelo paradigma racional - legal, pela supremacia da técnica e impessoalidade de procedimentos (BRESSER-PEREIRA, 1995).

De acordo com Bresser-Pereira (2002), que atuou como ministro do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) no primeiro mandato do governo FHC, a segunda reforma vivida no capitalismo, a reforma da gestão pública gerencial, começou a ser discutida nos anos 1980 nos países desenvolvidos e, em 1990, no Brasil. A reforma recebeu inúmeras críticas à época as quais caracterizaram-na como conservadora e neoliberal.

Assim, apoiado na teoria Administrativa da Nova Gestão Pública (NGP), foi aprovado, em Setembro de 1995, o Plano Diretor da Reforma do Estado elaborado pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE). Segundo este documento, a conjuntura de crise econômica, política e fiscal enfrentada pelo país, naquele momento, tornava inadiável o estabelecimento das medidas:

(1) o ajustamento fiscal duradouro; (2) reformas econômicas orientadas para o mercado, que, acompanhadas de uma política industrial e tecnológica, garantam a concorrência interna e criem as condições para o enfrentamento da competição internacional; (3) a reforma da previdência social; (4) a inovação dos instrumentos de política social, proporcionando maior abrangência e promovendo melhor qualidade para os serviços sociais; e (5) a reforma do aparelho do Estado, com vistas a aumentar sua “governança”, ou seja, sua capacidade de implementar de forma eficiente políticas públicas (BRASIL, 1995, p. 11) .

É demasiado simplista definir a “Nova Gestão Pública” como um modelo único de “Teoria da Administração Pública”, haja vista seu desenvolvimento em diversos países os quais implementaram-na com base em distintas práticas e características mais adequadas ao contexto em que eram inseridas. Entretanto, sinteticamente, a NGP refere-se a um conjunto de ideias cujo enfoque principal centra-se nas premissas: qualidade da gestão, avaliação de desempenho; desagregação das burocracias em agências que se relacionam em bases contratuais - e se possível monetárias (*user pay basis*); uso de “quasemercados” e terceirização para estimular a competição; redução de custos e um estilo de gestão que enfatiza metas, contratos periódicos e autonomia gerencial. (RHODES, 1999, apud Costa, 2002).

Em 1998, o Conselho Latino-Americano para o Desenvolvimento (CLAD), divulgou um documento de apoio à implementação da NGP nos países Latino Americanos e apresentou características pertinentes ao modelo e que deveriam ser observadas para sua efetivação. São elas (CLAD, 1999):

- a) Profissionalização da alta burocracia afim de que seja constituído um núcleo estatal estratégico, fundamental na formulação, supervisão e regulação das políticas, formado por uma elite burocrática tecnicamente preparada e com capacidade de responsabilização pelo sistema político;
- b) Transparência da administração pública e responsabilização de seus administradores;
- c) Descentralização da execução dos serviços públicos;

- d) Administração das atividades exclusivas do Estado baseada na desconcentração organizacional, estabelecendo uma separação entre as estruturas responsáveis pela formulação de políticas e as unidades descentralizadas e autônomas, executoras dos serviços;
- e) Controle a posteriori dos resultados a partir da aferição do efetivo cumprimento de metas;
- f) Inserção de novos tipos de controle: controle de resultados, a partir da aferição de indicadores de desempenho estipulados nos contratos de gestão; controle contábil de custos, com vistas para a eficiência; controle por competição administrada (quase-mercados), estimulando a competição entre as agências e, assim, o aperfeiçoamento dos serviços contratados; e o controle social, por meio da participação popular;
- g) Distinção de dois modelos de unidades administrativas autônomas e descentralizadas: uma que envolve as agências que realizam atividades exclusivas do Estado, e aquelas que atuam nos serviços sociais e científicos, atividades não exclusivas do Estado;
- h) Orientação da prestação dos serviços para o cidadão-usuário;
- i) Democratização do poder público a partir da responsabilização do servidor público.

Nesse sentido, segundo Paz (2000), a estratégia de transição do modelo burocrático para o gerencial, no Brasil, foi concebida a partir de três dimensões, que possuem modo de operação complementar:

1. institucional-legal, a qual refere-se à reforma do sistema jurídico e das relações de propriedade; Opera no sentido de permitir mudanças estruturais no funcionamento do aparelho do Estado haja vista sua atuação no sentido de eliminar entraves do sistema jurídico-legal;

2. cultural, na medida em que aborda a transição da cultura burocrática para a cultura gerencial, viabilizando a operacionalização da cultura gerencial centrada em resultados a partir de um controle a posteriori;

3. concebe a gestão pública a partir do aperfeiçoamento da administração burocrática e, paralelamente, a introdução da administração gerencial, adicionando àquela aspectos da estrutura

organizacional e dos métodos de gestão desta. Esta última dimensão atuará no sentido de possibilitar a concretização das práticas gerenciais a despeito de entraves legais que ainda existam.

Tabela 1: Objetivos da Reforma Gerencial para os Setores do Estado

	Estatal	Pública Não Estatal	Privada	Burocrática	Gerencial
NÚCLEO ESTRATÉGICO Legislativo, Judiciário, Presidência, Cúpula dos Ministérios, Ministério Público	○				○
ATIVIDADES EXCLUSIVAS Regulamentação Fiscalização, Fomento, Segurança Pública, Seguridade Social Básica	○				○
SERVIÇOS NÃO- EXCLUSIVOS Universidades, Hospitais, Centros de Pesquisa, Museus		Publicização → ○			○
PRODUÇÃO PARA O MERCADO Empresas Estatais			Privatização → ○		○

Fonte: (MARE. Plano Diretor da Reforma do Estado, 1995, p. 48)

3.2 Impactos da Reforma do Estado no Setor Saúde

Os movimentos de reforma influenciados pelos fundamentos da NGP delinearão a configuração de diversos modelos adaptados ao contexto social, econômico e político de cada país, demonstrando uma tendência mundial de adoção da cultura gerencial nos diversos contextos políticos institucionais. (COSTA & SILVA; ESCOVAL; HORTALE, 2014).

No que tange os impactos da reforma do Estado no setor saúde, foram implementadas diversas iniciativas cujo objetivo foi a flexibilização do padrão de destinação de recursos estatais na relação público privada e modificação do papel do Estado no fornecimento dos serviços

públicos. Para tanto, foi estimulado um amplo processo de criação das agências regulatórias e o Estado, de acordo com Costa e Melo (1998) toma forma organizacional através dos entes autárquicos – representados pelas agências executivas -, dos entes públicos não estatais – as organizações sociais (OSS) – e dos agentes privados – empresas prestadoras de serviços.

Está prevista, no Plano Diretor da Reforma do Estado, a descentralização dos serviços que necessitam do financiamento estatal mas não exigem o exercício direto do Estado, como a saúde, a cultura, a educação e a pesquisa científica. Tais serviços seriam passados para a gestão do setor público não estatal e este processo seria conhecido como “publicização” (BRASIL, 1995).

Em 1993, o Ministério da Saúde já havia implementado a NOB 93 a qual enfatizou a descentralização da gestão das ações e serviços de saúde e conferiu maior autonomia para estados e municípios decidirem o modelo de gestão mais eficiente. Este é um dos motivos da existência de ampla diversidade de modelos de gestão nas diferentes esferas de governo (BRASIL, 1993b).

De acordo com Salgado (2008), a existência de várias alternativas gerenciais envolveram a criação das fundações de apoio, organizações sociais, adoção de sistemas de cooperativas de profissionais de saúde e terceirização da gestão de hospitais. Todas essas alternativas - cada qual com seu modelo de gestão específico adotada pelo ente federativo responsável pela contratualização – têm em comum o fato de serem reguladas pelo Estado e, para tanto, foi necessário um fortalecimento dos mecanismos de regulação e a criação aparatos regulatórios que funcionassem de forma satisfatória.

A Lei 8.666 de 21 de Junho de 1993 já existia como mecanismo para regular os contratos e licitações da Administração Pública: sob esta lei ficam subordinados, além dos órgãos da Administração Direta, também as autarquias, os fundos especiais, as fundações públicas, as empresas públicas, as sociedades de economia mista e demais entidades controladas por qualquer dos entes federativos (BRASIL, 1993a).

De acordo com a Lei nº 11.079, de 30 de Dezembro de 2004, foram instituídas normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da Administração Pública. Define que a parceria público-privada é o contrato administrativo de concessão, na modalidade patrocinada ou administrativa. Na modalidade patrocinada, refere-se à concessão de serviços ou obras públicas de que trata a lei nº 8.987, de 13 de fevereiro de 1995; já na modalidade

administrativa relaciona-se com a realização de contrato de prestação de serviços em que a Administração Pública seja usuária direta ou indireta. Para as duas formas, são instituídas as seguintes diretrizes (BRASIL, 2004b):

- I – eficiência no cumprimento das missões de Estado e no emprego dos recursos da sociedade;
- II – respeito aos interesses e direitos dos destinatários dos serviços e dos entes privados incumbidos da sua execução;
- III – indelegabilidade das funções de regulação, jurisdicional, do exercício do poder de polícia e de outras atividades exclusivas do Estado;
- IV – responsabilidade fiscal na celebração e execução das parcerias;
- V – transparência dos procedimentos e das decisões;
- VI – repartição objetiva de riscos entre as partes;
- VII – sustentabilidade financeira e vantagens socioeconômicas dos projetos de parceria (BRASIL, 2004).

3.3 As Organizações Sociais de Saúde (OSS)

Segundo o Manual de Implementação de Organizações Sociais elaborado pelo MARE , as Organizações Sociais são definidas como:

Um modelo de organização pública não-estatal destinado a absorver atividades publicizáveis mediante qualificação específica. Trata-se de uma forma de propriedade não-estatal, constituída pelas associações civis sem fins lucrativos, que não são propriedade de nenhum indivíduo ou grupo e estão orientadas diretamente para o atendimento do interesse público (BRASIL, 2002).

No governo federal, foram regulamentadas em 1998, com adoção do modelo principalmente na atenção hospitalar (COSTA & SILVA; ESCOVAL; HORTALE, 2014).

O MRJ e, com a Lei Ordinária nº 5.026 de 19 de maio de 2009, regulamenta a contratação de OSS, “pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura, à saúde e ao esporte” (RIO DE JANEIRO, 2009). No âmbito da saúde,

ficou estabelecido sua atuação nas unidades de saúde criadas a partir da entrada em vigor da Lei, no Hospital Municipal Ronaldo Gazolla e nos equipamentos do Programa Saúde da Família, que foi onde tiveram maior inserção e representaram grande expansão do programa no município (RIO DE JANEIRO, 2009).

3.4 O modelo dos Contratos de Gestão

A adoção do uso dos contratos de gestão é vista como uma das principais estratégias da NGP. A intenção, como já mencionado, é favorecer a flexibilização da gestão de modo a permitir maior autonomia às entidades prestadoras de serviço e, com isso, maior eficiência e efetividade das ações e serviços oferecidos. A pactuação dos resultados, metas, objetivos e indicadores e a prestação de contas por parte dos entes contratados configuram-se como mecanismos de controle do Estado (DITTERICH; MOYSÉS; MOYSÉS, 2012).

Percebe-se, portanto, que este modelo implica numa separação institucional das funções do Estado de financiamento e prestação de serviços (COSTA & SILVA; ESCOVAL; HORTALE, 2014). Ao Estado cabe o fortalecimento dos mecanismos de controle que, diferentemente da administração burocrática que se detinha à avaliação dos processos, na NGP, o controle se centrará nos resultados.

Nesse sentido, Costa e Silva, Escoval e Hortale (2014) ressaltam a importância da pactuação conjunta, entre os entes contratantes, dos objetivos, indicadores, metas e mecanismos de avaliação e monitoramento como base para o desenvolvimento da cultura gerencial nas instituições e criação de parcerias.

Estes autores, ao analisar as experiências portuguesa e brasileira com a contratualizações com entidades privadas na Atenção Básica¹, pontuaram semelhanças e diferenças relacionadas às particularidades de cada conjuntura política e social e especificidades atreladas ao conjunto das práticas que necessitariam de aperfeiçoamento.

1. A importância do estudo que estabelece comparações entre os modelos de contratualização em Portugal e no Brasil reside no fato de que o município do Rio de Janeiro utiliza-se da experiência Portuguesa, descrita na Missão da Reforma de Cuidados Primários (2002), como base conceitual para a metodologia de pagamento variável descrita nos contratos de gestão firmados entre o MRJ e as OSS.

O primeiro problema identificado refere-se ao fato de que a contratualização no setor saúde prescinde da criação de políticas de desestatização dos serviços. Dessa forma, ao citarem Skellarides (2010, *apud* COSTA & SILVA, ESCOVAL; HOTALE, 2014), alertam para a irreversibilidade das implicações deste processo, o qual implica ao financiador (Estado) a importância de se adquirir experiência e agir com “bom senso” ao estabelecer tais compromissos, afim de que o processo de contratação público-privado se converta em uma oportunidade de aprendizado que permita o desenvolvimento institucional.

O Segundo problema apontado relaciona-se com a própria complexidade do processo de contratualização que, de acordo com Ferreira et al. (2010, *apud* COSTA & SILVA, ESCOVAL; HOTALE, 2014), torna-se ainda mais exigente na medida em que estão a ele incorporados conceitos pouco tangíveis e de difícil mensuração como “necessidades”; “capacidade instalada”, “fixação de objetivos”, “resultados”. Aliado a isto, reside o fato de que a produção dos serviços e dos cuidados em saúde, em suas diferentes dimensões, não define linearmente o resultado, ou seja, os ganhos em saúde.

Cecílio e Matsumoto (2006), ao realizar uma avaliação da operacionalização do Plano de Atenção à Saúde (PAS) de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de São Paulo, sob a óptica do atendimento das necessidades em saúde, constroem uma taxonomia das necessidades de saúde tomando por base quatro conceitos: (1) necessidade de boas condições de vida; (2) necessidade de ter acesso garantido a todas as tecnologias de atenção à saúde que melhorem e prolonguem a vida; (3) necessidade de ter vínculo com uma equipe ou profissional de saúde, e (4) necessidade de ter autonomia no “modo de andar a vida”. A utilização desta taxonomia demonstrou a precariedade da atenção às necessidades em saúde no PAS e vem sendo aprimorada em outros serviços como uma forma de ampliar os serviços ofertados.

3.5 A Avaliação por Desempenho: Os Incentivos Profissionais na Produção do Cuidado em Saúde

De acordo com Ditterich, Moysés e Moysés (2012) para que uma avaliação de desempenho a partir de um programa incentivos seja eficaz para os trabalhadores em saúde,

devem ser consideradas as premissas: apresentar objetivos claros; o plano deve se basear em medidas realistas que tenham a possibilidade de ser aplicados; refletir necessidades e preferências dos profissionais de saúde; ter um bom desenho estratégico; adequação ao contexto local; obedecer aos princípios de justiça, equidade e transparência; ser possível seu acompanhamento e aferição e incorporar incentivos financeiros e não financeiros.

Os incentivos financeiros são bonificações que tem por objetivo motivar os trabalhadores para alcance de metas ou para reforçar alguns comportamento; porém, não podem ser utilizadas para equiparação salarial entre categorias profissionais diferentes, ou como compensações de defasagens nos rendimentos oferecidos aos trabalhadores (DITTERICH; MOYSÉS; MOYSÉS, 2012).

Além disso, segundo Cecílio *et al* (2002 *apud* DITTERICH; MOYSÉS; MOYSÉS, 2012), programas de incentivos financeiros baseiam-se em uma cadeia de apostas em que, caso seja cumprida determinada conduta é possível que seja alcançado determinado resultado que pode desencadear um novo processo ou produto em saúde. Mas é preciso ressaltar que a concessão de benefícios para os trabalhadores não pode ser tratada como uma lógica de mercado, principalmente por se tratar de um bem essencial a vida humana. Esses sistemas devem apontar para a satisfação dos usuários, atendimento às suas necessidades em saúde e efetividade das ações e serviços ofertados.

Outra questão levantada é o simples fato de se bonificar determinadas atitudes e atividades não é garantia de uma automática melhora na oferta e qualidade dos serviços oferecidos e nem de que irá provocar mudanças duradouras nas práticas do cuidado em saúde (FEKETE, ALMEIDA, 2000 *apud* DITTERICH; MOYSÉS; MOYSÉS, 2012).

Nesse sentido, é aconselhada a adoção de uma estratégia de acompanhamento avaliativo com base na aferição do atingimento de metas não apenas num processo fiscalizatório que oscila entre o binômio atingiu x não atingiu; mas que impulse a realização de avaliações capazes de possibilitar a compreensão dos motivos pelos quais as metas foram ou não alcançadas e a criação de mecanismos de aperfeiçoamento dos processos das unidades de saúde e do próprio processo avaliativo (DITTERICH; MOYSÉS; MOYSÉS, 2012).

3.6 A Atenção Básica em Saúde

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, a Atenção Básica é caracterizada pelo conjunto de ações, individuais e coletivas, com vistas à promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. Está assentada sobre os princípios da equidade, atenção integral e universalidade dos serviços, acessibilidade, coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade da atenção à saúde com vistas a promover a autonomia dos sujeitos e criando estratégias que tenham impacto sobre os determinantes e condicionantes da saúde. (BRASIL, 2012b).

É desenvolvida com alto grau de capilarização e descentralização, com objetivo de estar próxima das pessoas em seus contextos de vida; e é tida como a porta de entrada do sistema de saúde na medida em que se identifica como contato preferencial dos usuários, evidenciando sua posição estratégica no SUS (BRASIL, 2012b).

É importante que esteja estruturada com vistas à sua integração aos demais níveis de complexidade componentes do Sistema Único de Saúde. A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 reforça a atual proposta de organização dos serviços de saúde com fins de promover a integralidade do cuidado na medida em que institui o sistema de saúde num modelo de redes de atenção (BRASIL, 2010). A partir desse modelo, deixa-se para trás a noção de hierarquia entre os serviços de saúde para dar espaço à noção de que cada serviço possui sua função e importância específica utilizando-se de metodologias e densidades tecnológicas próprias e distintas entre si. Tal organização possibilita a horizontalidade dos sistemas (TANAKA, 2011).

4. ANÁLISE DOS INDICADORES DO CONTRATO DE GESTÃO

A metodologia utilizada para elaboração deste trabalho baseou-se em duas fases: na primeira, foi realizado levantamento bibliográfico a fim de compreender o estado da arte da produção científica sobre o tema. As bases de dados utilizadas foram a BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), Scielo e plataformas virtuais das três esferas do governo. Os descritores e palavras chave utilizadas para busca nas bases de dados foram: Reforma Gerencial do Estado; Bresser

Pereira; SUS; Terceirização da Saúde; Organizações Sociais em Saúde; Indicadores de Desempenho; Avaliação de Desempenho; Contratualização; Contratos de Gestão.

A segunda etapa compreendeu a análise dos indicadores presentes no Termo Aditivo nº019/2016 do Contrato de Gestão nº 025/2015. Com este instrumento, celebram a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMSRIO) e a Organização Social SPDM a transferência da gestão, desenvolvimento e execução das ações e serviços de saúde dos equipamentos destinados à Saúde da Família no território da AP 3.2.

A escolha do contrato a ser analisado baseou-se no critério de temporalidade, sendo o escolhido o mais recente dentre os outros contratos firmados entre SMSRIO e diversas OSS para gestão dos equipamentos, ações e serviços de saúde na área da atenção básica.

O Termo Aditivo nº019/2016 substitui o anexo B do contrato trazendo uma adequação dos indicadores e metas do Contrato de Gestão 025/2015, bem como formaliza uma redução do valor do Contrato de Gestão equivalente a R\$19.968.306,62 (o valor total do contrato passa de 286.237.357,95 reais para 266.269.051,33 reais) (RIO DE JANEIRO, 2016i).

A análise dos indicadores presentes no Termo Aditivo supracitado realizou-se com base no documento elaborado pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (2012), a partir da utilização do conceito de Propriedades Básicas dos Indicadores, quais sejam: utilidade, validade, confiabilidade e disponibilidade, assim como o estudo realizado por Andrade (2015); além de serem também utilizados documentos oficiais expedidos por órgãos e entidades governamentais reconhecidos como aporte teórico para discussão.

4.2 Indicadores: Orientações Básicas Aplicadas à Gestão Pública

De acordo com o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BRASIL, 2012g), os indicadores são utilizados na gestão pública como instrumentos que ajudem na identificação e medição de aspectos relacionados a eventos resultantes da ação ou da omissão do Estado. Nesse sentido, seu principal objetivo é permitir que determinado aspecto da realidade seja alvo de mensuração possibilitando sua observação e avaliação.

Há diversas definições existentes que se diferenciam e se aproximam. São, em resumo, informações que permitem descrever, classificar, ordenar, comparar, quantificar questões atinentes à realidade com intuito de atender às necessidades dos decisores. Nesse sentido, é primordial que o indicador tenha a capacidade de refletir a realidade que se deseja medir e esteja imbricado nas diversas fases da elaboração e desenvolvimento de políticas, planos e programas (BRASIL, 2012g).

A partir de uma abordagem baseada em autores como Rua (2004), Januzzi (2005) e Ferreira, Cassiolato e Gonzalez (2009), o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (2012g) propõe a divisão das propriedades dos indicadores em dois grupos: as Propriedades Essenciais e as Propriedades Complementares.

Por Propriedades Essenciais compreendem-se as propriedades que devem ser apresentadas por todos os indicadores sendo consideradas como critérios básicos de escolha dos indicadores a serem utilizados, independente da fase do ciclo de gestão em que se encontra a política sob análise. São elas: Utilidade, Validade, Confiabilidade e Disponibilidade (BRASIL, 2012g):

Utilidade: o indicador deve ser capaz de suportar decisões em diferentes níveis, operacional, tático ou estratégico; ou seja, devem ter como pressuposto as necessidades de seus decisores.

Validade: por validade, compreende-se a capacidade que tem o indicador de representar a realidade que se deseja medir e atuar/modificar. Nesse sentido, ele deve manter significância ao que está sendo medido.

Confiabilidade: um indicador deve se originar de uma fonte confiável, com metodologias reconhecidas e transparentes.

Disponibilidade: os dados utilizados para seu cálculo devem ser de fácil obtenção.

Já as propriedades consideradas pelos autores como complementares refletem outras características importantes a serem consideradas no momento de definição dos indicadores a serem utilizados para avaliação de um programa ou política; no entanto, são passíveis de gerar conflitos no momento da escolha de acordo com as particularidades de cada situação. Por este motivo, não serão consideradas para a análise dos indicadores neste trabalho.

4.3 Análise dos Indicadores do Contrato de Gestão

Nesta seção serão apresentados, um a um, os resultados e a discussão acerca da análise dos indicadores presente no Termo Aditivo nº 019/2016 referente ao Contrato de Gestão nº 025/2015 (2015).

Os indicadores definidos para Avaliação de Desempenho dos equipamentos e serviços destinados à Saúde da Família estão divididos em três blocos de indicadores, os quais correspondem às Partes Variáveis 01, 02 e 03 do contrato (3 blocos de indicadores para avaliação de desempenho), cada qual com seu respectivo objetivo e valor afixado.

4.3.1 Indicadores da Parte Variável 01: Incentivo à Gestão do TEIAS (Território Integrado de Atenção à Saúde)

O objetivo da utilização dos recursos destinados à Parte Variável 01 é induzir boas práticas na gestão da OSS e alinhá-las às prioridades definidas pela SMS. Correspondem a até 2% do percentual do valor total das rubricas “Equipe de Saúde da Família” + “Serviço de Apoio especializado/NASF” e o pagamento é realizado sob a rubrica “Apoio à gestão do TEIAS – OSS”. Para tanto, a entidade contratada deverá apresentar um relatório trimestral contendo os resultados dos indicadores pré estabelecidos pela SMS-RJ no Contrato de Gestão, além de apresentar à CAP (Centro de Atenção Psicossocial) o plano de aplicação do valor a ser recebido (RIO DE JANEIRO, 2016i).

O repasse do valor previsto está condicionado ao atingimento das metas e da apresentação de equipe de saúde da família completa (1 médico 40hrs ou 2 médicos 20 hrs; 1 enfermeiro(a); um técnico de enfermagem e o número mínimo de ACS definido pela CAP para cada território) (RIO DE JANEIRO, 2016i).

Abaixo está descrita a análise de cada um dos indicadores da Parte Variável 01:

Título: Indicador nº.1 da Parte Variável 01

1. Proporções de unidades de saúde da família com comissões de prontuário mantidas	$\frac{(\mathbf{N}) \text{ N}^\circ \text{ de unidades com comissões com atividade mensal}}{(\mathbf{D}) \text{ N}^\circ \text{ de unidades com equipes de Saúde da Família}} \times 100$
Meta: 95%	

Fonte: Termo Aditivo nº 019/2016 ao Contrato de Gestão nº025/2015, Rio de Janeiro (Cidade), 2016.

Não é indicador.

De acordo com a Resolução CFM nº1.638/2002, a existência e manutenção de comissões de prontuário nas unidades de saúde é uma obrigatoriedade do serviço de saúde; configurando-se, portanto, como uma exigência contratual (BRASIL, 2002).

Para além de ser uma exigência contratual, cabe salientar a importância não apenas da existência e manutenção das comissões de revisão de prontuário nas unidades de saúde, mas também do seu correto funcionamento e suas consequências para a correção de erros e aumento da qualidade das informações de saúde inseridas no prontuário médico, o que constitui o cerne da avaliação qualitativa.

Sobre isso, a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMSSP) juntamente com a Coordenadoria de Serviços de Saúde (CSS), com base na Resolução CREMESP nº 70 de 14/11/1995, elaborou um manual para subsídio das comissões de revisão de prontuários baseado em indicadores operacionais para aferição e melhoria da qualidade dos prontuários e padronização dos critérios de produtividade dos trabalhos desenvolvidos pela referida comissão (SÃO PAULO, 2011).

Os indicadores propostos e recomendados pela SMSSP são:

- 1) *Checklist* Estrutural que consiste na aferição da estrutura disponível na unidade de saúde (Sala de reuniões, sala/arquivo de documentos com fácil acesso, secretaria, computador, acesso à internet, profissionais com dedicação exclusiva). A presença ou ausência dos elementos contidos na ficha de *checklist* serão convertidos em um *score* numérico em que a disponibilidade do item corresponderá a 1 e sua indisponibilidade, 0.

2) Indicador: Avaliação de Presença nas reuniões

Objetivo: Avaliar a representatividade da comissão nos serviços da instituição

Fórmula de Cálculo: $\frac{\text{Número de componentes da estrutura técnico-operacional}}{\text{Número total de componentes da estrutura técnico-operacional}} \times 100$

3) Indicador: Avaliação das reuniões realizadas

Objetivo: Avaliar as reuniões realizadas.

Fórmula de cálculo: $\frac{\text{Número de reuniões realizadas}}{\text{Número de reuniões programadas}} \times 100$

4) Indicador: Avaliação de prontuários

Objetivo: Avaliar o percentual de prontuários efetivamente analisados.

Fórmula de cálculo: $\frac{\text{Número de prontuários avaliados}}{\text{Número total de saídas (altas, óbitos, transferências)}} \times 100$

5) Indicador: Avaliação de prontuários completos

Objetivo: avaliar o número de prontuários com documentação e preenchimento completo.

Fórmula de cálculo: $\frac{\text{Número de prontuários completos (checklist)}}{\text{Número total de prontuários avaliados}} \times 100$

Outro estudo, realizado por Rotta, *et al* (2003), centrou-se na criação de mecanismos que solucionassem os diversos problemas encontrados nos prontuários dos pacientes de um hospital privado de médio porte de Ribeirão Preto, SP. Para tanto, foi implantado no hospital um processo para melhoria da qualidade dos prontuários baseado em quatro frentes de ação:

(1) Comissão de Revisão de Prontuários, com equipe multiprofissional e periodicidade mensal que analisa 40 prontuários, por amostragem, de acordo com *checklist* baseado nas não-conformidades mais comuns. Quando encontradas irregularidades, o documento é enviado para o profissional responsável pelo preenchimento para correção.

(2) Serviço de Arquivo Médico e de Estatística (SAME): os profissionais do SAME analisam todos os prontuários e quando encontradas irregularidades convoca o responsável pelo

preenchimento (médico ou enfermeiro) para correção; os prontuários só são arquivados após a correção.

(3) Revisão Interna de Contas Hospitalares: realizada por técnicos de enfermagem que desempenham papel de auditores e analisam todos os prontuários quanto à existência de irregularidades referentes ao faturamento das contas hospitalares. Convoca os profissionais responsáveis para a correção das irregularidades constatadas e emite Boletins Informativos entre a equipe profissional.

(4) Auditoria Interna dos Prontuários: realização de análises diárias de todos os prontuários de pacientes internados, facilitando a identificação de irregularidades e sua correção.

Os resultados obtidos pelo estudo demonstraram que as medidas adotadas pelo Hospital foram eficazes, proporcionando diminuição das irregularidades no preenchimento e, inclusive, uma maior preocupação da equipe profissional com a melhoria da qualidade no preenchimento do prontuário.

O objetivo da exposição dos exemplos acima é demonstrar a existência, na literatura, de produção científica sobre o tema e que é possível fazer com que a necessária avaliação de desempenho das entidades contratadas pelo Estado sirva não apenas como aferição da rotina de procedimentos realizados nas unidades de saúde, mas que se converta na produção de informações oportunas, qualitativas, e que sirvam de subsídio para decisões gerenciais e mudanças de comportamento por parte dos profissionais ou de estratégia, por parte da gestão.

Título: Indicador nº.2 da Parte Variável 01

<p>2. Proporção de profissionais de saúde cadastrados</p>	<p>(N) Nº de profissionais das equipes de SF e SB cadastrados no prontuário com correspondência no SCNES</p> <hr/> <p>(D) Nº de profissionais das ESF e ESB cadastrados no prontuário</p> <p style="text-align: right;">x 100</p>
<p>Meta: 95%</p>	

Fonte: Termo Aditivo nº 019/2016 ao Contrato de Gestão nº025/2015, Rio de Janeiro (Cidade), 2016.

Não é indicador.

A Portaria MS/SAS 376 de 03 de outubro de 2000 instituiu o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. Com a incorporação de sugestões dos gestores estaduais e municipais do SUS e setores da sociedade, editou-se a Portaria GM/MS nº 511 de 29 de Dezembro de 2000, a qual passou a normatizar o processo de cadastramento em todo o território nacional (BRASIL, 2000b; 2000c).

A normatização mais atual vigente é a Portaria SAS/MS nº 134 de 04 de abril de 2011, que constitui como responsabilidade dos gestores municipais, estaduais e do Distrito Federal, quanto à correta atualização do SCNES e dispõe sobre outras normatizações (BRASIL, 2011).

Dessa forma, o cadastramento dos profissionais de saúde da unidade trata-se de obrigatoriedade legal e, por isso, não se afigura como indicador.

Título: Indicador nº.3 da Parte Variável 01

3. Percentual de consultórios com impressora funcionando	<p>(N) N° de consultórios assistenciais com impressora disponível e funcionando nas unidades da área de planejamento</p> <p style="text-align: right;">_____ x100</p> <p>(D) N° de consultórios assistenciais nas unidades da área de planejamento</p>
Meta: 95%	

Fonte: Termo Aditivo nº 019/2016 ao Contrato de Gestão nº025/2015, Rio de Janeiro (Cidade), 2016.

Não é indicador.

Tal medida não se configura como um indicador e sim como uma exigência contratual.

Título: Indicador nº.4 da Parte Variável 01

4. Proporção de unidades de saúde com declaração de que estão regularmente abastecidas pelo diretor/gerente	$\frac{\text{(N) N}^\circ \text{ de unidades com declaração que estão regularmente abastecidas pelo diretor/gerente}}{\text{(D) N}^\circ \text{ de unidades recebendo apoio à gestão}} \times 100$
Meta: 95%	

Fonte: Termo Aditivo nº 019/2016 ao Contrato de Gestão nº025/2015, Rio de Janeiro (Cidade), 2016.

Não é indicador.

A medida não se configura como um indicador e sim como exigência contratual. Além de ser obrigatoriedade da OSS contratada o abastecimento regular da unidade de saúde, não há uma definição de critérios que definam a regularidade e qualidade do abastecimento. Além disto, há um comprometimento na confiabilidade da informação haja vista ser responsabilidade do gerente da unidade (ou seja, profissional contratado pela Organização Social) quem declara a informação, não havendo uma previsão acerca de uma auditoria física na unidade realizada pela Secretaria Municipal de Saúde.

Título: Indicador nº.5 da Parte Variável 01

5. Proporção de unidades que realizam o fornecimento de medicamentos controlados.	$\frac{\text{(N) N}^\circ \text{ de unidades que realizam o fornecimento registrados pelo prontuário}}{\text{(D) N}^\circ \text{ total de unidades na área}} \times 100$
Meta: 95%	

Fonte: Termo Aditivo nº 019/2016 ao Contrato de Gestão nº025/2015, Rio de Janeiro (Cidade), 2016.

Não é indicador.

Tal medida não se configura como indicador e sim como aferição da rotina de serviços na unidade de saúde.

Título: Indicador nº.6 da Parte Variável 01

6. Proporção de unidades que informaram em dia.	$\frac{(\mathbf{N}) \text{ N}^\circ \text{ de unidades com comprovação de envio de arquivos válidos pelo PEP}}{(\mathbf{D}) \text{ N}^\circ \text{ total de unidades na área}} \times 100$
Meta: 100%	

Fonte: Termo Aditivo nº 019/2016 ao Contrato de Gestão nº025/2015, Rio de Janeiro (Cidade), 2016.

Não é indicador.

A medida refere-se à regularidade no envio da produção (BPA, SISAB e OSINFO), no entanto não é possível compreender, pelo nome dado, a ação a que se destina. Além disto, não se trata de um indicador e sim uma exigência contratual, pois a alimentação dos sistemas de informações é obrigatória no SUS, pelas Secretarias Municipais de Saúde e Distrito Federal e membros das equipes de Atenção Básica, como disposto nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica regulamentada pela Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2012d)

Título: Indicador nº.7 da Parte Variável 01

7. Proporção de profissionais da ESF e ESB que receberam mensalmente por e-mail pelo PEP o resultado de indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3) de sua unidade, SIA e SISAB	$\frac{(\mathbf{N}) \text{ n}^\circ \text{ de profissionais das ESF e ESB que receberam mensalmente por e-mail pelo PEP o envio do resultado de indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3), SIA e SISAB de sua unidade}}{(\mathbf{D}) \text{ n}^\circ \text{ total de profissionais de ESF e ESB na área}} \times 100$
Meta: 100%	

Fonte: Termo Aditivo nº 019/2016 ao Contrato de Gestão nº025/2015, Rio de Janeiro (Cidade), 2016.

Não é indicador. A medida não se caracteriza como indicador e sim como exigência contratual.

Para este quesito, faz-se necessário levantar questionamento acerca da utilidade da medida aferida e se estaria também prevista a elaboração de um espaço para debate, dentro da unidade de saúde com seus profissionais, acerca dos resultados obtidos pela equipe e seus significados. O repasse das informações coletadas dos bancos de dados para os profissionais da unidade não é premissa suficiente na garantia de melhora nos processos de trabalho e resultados obtidos pela equipe. Nesse sentido, é importante que haja espaço para reflexão e discussão acerca dos resultados aferidos bem como dos instrumentos utilizados para avaliação do desempenho da unidade.

Título: Indicador nº.8 da Parte Variável 01

8. Razão de gasto administrativo em relação ao total do gasto	$\frac{(N) \text{ Valor gasto com a rubrica gestão TEIAS-OSS no trimestre}}{(D) \text{ Teto do valor para a rubrica gestão do TEIAS-OSS no trimestre.}} \times 100$
Meta: < ou = 1	

Fonte: Termo Aditivo nº 019/2016 ao Contrato de Gestão nº025/2015, Rio de Janeiro (Cidade), 2016.

Não é indicador.

É também importante considerar que há um erro na formulação do cálculo proposto (valor gasto com a rubrica gestão do TEIAS/ Teto do valor para a rubrica gestão do TEIAS) o qual não se refere ao enunciado. A correta formulação para medição da ação proposta seria pela razão (Gasto com a rubrica gestão do TEIAS/Gasto total da unidade).

Além disso, não é possível afirmar que se alcance qualidade na assistência à saúde com o atingimento do resultado pretendido (gastar a menos do montante disponível na rubrica gestão do TEIAS); para tanto, seria necessária a elaboração de uma análise qualitativa dessas razões levando-se em consideração os motivos pelos quais o gasto administrativo foi menor ou maior do que o previsto (análise de todas as atividades e produtos que compõem o gasto administrativo).

Título: Indicador nº.9 da Parte Variável 01

<p>9. Proporção de itens adquiridos com valor abaixo da média do banco de preços do MS ou SMS</p>	<p>(N) Total de itens comprados abaixo da média de preços _____x100 (D) total de itens adquiridos</p>
<p>Meta: 95%</p>	

Fonte: Termo Aditivo nº 019/2016 ao Contrato de Gestão nº025/2015, Rio de Janeiro (Cidade), 2016.

É indicador (útil, válido, confiável e disponível).

Utilidade: Sim. Permite avaliar se o recurso está sendo utilizado de forma eficiente;

Validade: Sim. É um indicador comparativo utilizado regularmente em administrações públicas. Além disso, há uma adequação entre o que se deseja medir com o instrumento proposto (fórmula para cálculo do indicador);

Confiabilidade: Sim. As informações são coletadas em bancos de dados permanentemente atualizados;

Disponibilidade: Sim. As informações aferidas estão disponíveis em banco de dados interno da unidade de saúde (itens adquiridos) e externos (tabela de preços do MS e SMS).

De acordo com o Decreto Municipal nº41208 de 18 de janeiro de 2016, este indicador deverá corresponder a apenas 1% do valor da parcela do contrato de gestão (RIO DE JANEIRO, 2016a). Além disso, determina (parágrafo único do Art. 1º) multa sobre os itens adquiridos pela OSS acima do preço determinado pela Ata de Registro de Preços da SMSRIO. No entanto, pelo Decreto Municipal nº 41209 de 18 de janeiro de 2016, é autorizada a compra acima dos preços previstos em Ata desde que em caráter de excepcionalidade e com motivos justificados. (Rio de Janeiro, 2016b).

Após a assinatura do Contrato de Gestão, a Organização Social tem o prazo de 90 dias para publicar em Diário Oficial o regulamento de compras da entidade, de elaboração própria. Ou seja, a OSS contratada possui autonomia para elaborar seu regulamento de compras, desde que observadas os limites, prazos e metas estipulados pela prefeitura do Rio de Janeiro (Rio de Janeiro, 2016h).

Ao Município, cabe a fiscalização da conformidade das práticas da entidade com o estabelecido no supracitado regulamento, com a meta estipulada e da idoneidade do processo licitatório no que tange a contratação de serviços de sócios, parentes e cônjuges além de ficar a cargo da CGM, a partir do Decreto 41210 de 18 de janeiro de 2016, o monitoramento dos preços dos medicamentos e insumos hospitalares adquiridos pela organização (Rio de Janeiro, 2016c).

Deste modo, percebe-se que a Organização Social está desobrigada a realizar compras regidas pela Lei 8666 de 21 de junho de 1993. No artigo 3º desta Lei, alterado pela Lei Nº 12.349 de 15 de dezembro de 2010, está disposto que:

A licitação destina-se a garantir a observância do princípio constitucional da isonomia, a seleção da proposta mais vantajosa para a administração e a promoção do desenvolvimento nacional sustentável e será processada e julgada em estrita conformidade com os princípios básicos da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da igualdade, da publicidade, da probidade administrativa, da vinculação ao instrumento convocatório, do julgamento objetivo e dos que lhes são correlatos (BRASIL, 2010a).

A julgar pela pertinência da eficiência prometida pela Organização Social, seria razoável pensar em um modelo em que as compras realizadas pelas entidades ocorressem pelo portal de compras do SUS, pressionando as cotações municipais e implementando eficiência ao processo de compras não apenas das OS mas dos demais organismos da Administração Pública, além de impor a transparência necessária à gestão da coisa pública.

Título: Indicador nº.10 da Parte Variável 01

10. Proporção de gerentes que consideraram de boa qualidade os itens adquiridos e os serviços prestados.	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de itens fornecidos e serviços prestados avaliados com boa qualidade no período de análise}}{(D) \text{ Total de itens e serviços prestados avaliados no período de análise}} \times 100$
Meta: 95%	

Fonte: Termo Aditivo nº 019/2016 ao Contrato de Gestão nº025/2015, Rio de Janeiro (Cidade), 2016.

É indicador (útil e disponível).

Utilidade: Sim. É importante que se conheça a qualidade dos produtos e serviços contratados.

Validade: Não. Não está explícita a metodologia de aferição da qualidade dos produtos e serviços contratados pela OSS.

Confiabilidade: Não. Quem avalia a qualidade dos serviços e produtos é a própria Organização Social. Na medida em que não há uma definição clara dos critérios e métodos para se aferir a qualidade destes itens, a confiabilidade do indicador é comprometida.

Disponibilidade: Sim. Todas as informações necessárias estão em posse da própria unidade, ou seja, da OSS.

Título: Indicador nº.11 da Parte Variável 01

11. Proporção dos casos de tuberculose encerrados como cura no período	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de casos novos de Tuberculose encerrados como cura na área e no período em análise}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de casos novos de Tuberculose encerrados na área e no período em análise}} \times 100$
Meta: 85%	

Fonte: Termo Aditivo nº 019/2016 ao Contrato de Gestão nº025/2015, Rio de Janeiro (Cidade), 2016.

É indicador (útil, válido, confiável e disponível).

Utilidade: além de o aumento de casos de cura por Tuberculose ser um dos objetivos das Metas de Desenvolvimento do Milênio, é de interesse do Estado a redução da morbidade por Tuberculose;

Validade: Sim. A validade deste indicador é influenciada por alguns fatores, quais sejam, a cobertura assistencial da unidade de saúde (quanto maior a cobertura maior a porcentagem de pessoas atendidas e, portanto, maior validade do indicador) e a taxa de detecção da tuberculose (quanto maior a taxa de detecção da doença maior o denominador do indicador e, portanto maior sua representatividade e validade).

Confiabilidade: Sim. Dados empíricos que alimentam os sistemas de informação da unidade de saúde.

Disponibilidade: Sim. Dados provenientes dos Sistemas de Informação da própria unidade.

Seria interessante também pensar em um indicador que aferisse a taxa de abandono de tratamento para a doença. Tal indicador seria uma expressão do vínculo criado entre profissionais e usuários e qualidade do atendimento.

Título: Indicador nº.12 da Parte Variável 01

12. Proporção de Notificações de Sífilis na Gestação com tratamento adequado	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de gestantes residentes na abrangência das equipes notificadas para Sífilis na Gestação com tratamento adequado no período em análise}}{(D) \text{ n}^\circ \text{ de gestantes residentes na abrangência das equipes notificadas para Sífilis na Gestação no período em análise.}} \times 100$
Meta: 90%	

Fonte: Termo Aditivo nº 019/2016 ao Contrato de Gestão nº025/2015, Rio de Janeiro (Cidade), 2016.

É indicador (útil, válido, confiável e disponível).

Utilidade: Sim. Indicador serve como subsídio para decisões gerenciais, processos de educação permanente e intervenções no território.

Validade: Sim. Dados obtidos a partir dos sistemas de informação da própria unidade de saúde, bem como o indicador descreve com clareza a definição de tratamento adequado; dessa forma, o indicador terá maior capacidade de representar a realidade que se deseja medir quanto maior for a cobertura assistencial da unidade de saúde.

Confiabilidade: Sim. Na medida em que há uma definição clara dos critérios do que se julga ser um atendimento adequado, a confiabilidade do indicador aumenta pois não deixa margem para interpretações dúbias e/ou inferências pessoais

Disponibilidade: Sim. Os dados são retirados dos próprios sistemas de informação da unidade de saúde o que demonstra sua fácil obtenção.

Sobre o tema, é interessante comentar sobre a existência de um indicador, proposto pelo Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) sobre a realização de testagem para sífilis na gravidez (BRASIL, 2013d):

Indicador: Número de testes de sífilis por gestantes;

Meta: pelo menos dois testes de sífilis por gestante;

Método de cálculo:

Numerador: número de testes realizados para o diagnóstico da sífilis entre gestantes, em determinado período e local.

Denominador: Número de partos hospitalares do SUS, para o mesmo período e local.

É um indicador relevante na medida em que expressa a qualidade do pré natal haja vista a possibilidade de diagnosticar e tratar a sífilis, pelo menos, em dois momentos, durante a gestação e durante o parto (BRASIL, 2013d).

Percebe-se que o indicador está configurado para utilização a nível hospitalar ou ambulatorial, mas pode ser adaptado para a atenção básica pela modificação do denominador para, por exemplo, “mulheres com gestação finalizada residentes no território em determinado período.

Título: Indicador nº.13 da Parte Variável 01

13. Proporção de gestantes com 7 ou mais consultas de pré natal registradas no PEP	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de mulheres que encerraram o pré-natal com 7 ou mais consultas (médico e/ou enfermeiro) na área no período em análise}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de mulheres que encerraram o pré natal na área no período em análise}} \times 100$
Meta: 80%	

Fonte: Termo Aditivo nº 019/2016 ao Contrato de Gestão nº025/2015, Rio de Janeiro (Cidade), 2016.

É indicador (útil, válido, confiável e disponível).

Utilidade: Sim. O fornecimento de atenção pré natal está em consonância com os princípios e diretrizes estabelecidos na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004d) e outros documentos dela derivados.

Validade: Sim. Com destaque para a questão de o indicador levar em consideração não apenas as mulheres que realizam o pré natal na unidade de saúde e sim todas as gestantes residentes no território de abrangência da unidade, independente de terem realizado o pré natal na unidade adscrita ou em serviço de saúde suplementar.

Confiabilidade: Sim. Os dados são retirados do Prontuário Eletrônico. Embora tais dados sejam de manipulação da própria unidade de saúde, suas informações referem-se à realidade de saúde do território e são extraídas com base nos atendimentos realizados, além de necessitar do preenchimento de diversas variáveis acerca do conteúdo do atendimento; o que reduz a chance de manipulação destes dados

Disponibilidade: Sim. Os dados são retirados dos próprios sistemas de informação da unidade de saúde o que demonstra sua fácil obtenção.

O Manual Técnico do Pré Natal e Puerpério elaborado pelo Ministério da Saúde (2006a) estabelece alguns parâmetros que as unidades de saúde devem seguir; dentre eles, destacam-se (1) a captação precoce das gestantes sendo realizada a primeira consulta de pré natal com até 120 dias do início da gestação e (2) realização de, no mínimo, seis consultas de pré natal durante a gestação que ocorram, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação.

Nesse sentido, é importante atentarmos para a meta estabelecida pelo Município do Rio de Janeiro no contrato de gestão objeto deste trabalho. Haja vista que a meta estabelecida de 80% das gestantes cadastradas na unidade de saúde referem-se à realização de 7 ou mais consultas de pré natal, é possível que o cálculo deste indicador e atingimento da meta estabelecida encubra até 20% de gestantes que podem não estar sendo acompanhadas no pré natal ou com acompanhamento deficitário, ou seja, com menos do mínimo de 6 consultas de pré natal durante o período gestacional.

É compreensível que para a realização de 7 consultas de pré natal a meta estipulada seja de 80% das gestantes do território; no entanto, a realização de, no mínimo 6 consultas de pré natal no território deve ocorrer com 100% das gestantes.

Dessa forma, é preciso considerar que indicador em questão, embora considerado como satisfatório para os quatro critérios das propriedades essenciais dos indicadores, é passível deste viés. É interessante que a Organização Social esteja apta para realizar um quantitativo de procedimentos superior à média preconizada pelo Ministério da Saúde haja vista que seu pressuposto é o da eficiência; no entanto, é necessário que existam mecanismos dentro dos serviços de saúde e da avaliação de desempenho que desvelem o motivo pelo qual as metas não foram alcançadas, nesse caso, o porquê da existência de uma porcentagem de mulheres que podem não estar sendo atendidas no pré natal.

Além disto, é importante salientar que a aferição da realização do pré natal deve estar voltada não apenas para as mulheres que estejam cadastradas na unidade de saúde ou que tenham realizado o pré natal na unidade; o denominador a ser considerado deve ser a totalidade de gestantes residentes no território, independentes de terem realizado seu pré natal na unidade de saúde adscrita ou com um médico da saúde suplementar.

Caso o pré natal seja realizado em serviço de saúde externo, as informações sobre o desenvolvimento da gestação e dos cuidados que a gestante tem recebido em outro estabelecimento vinculado (ou não) ao SUS devem ser conhecidas pela Equipe de Saúde da Família da Área e, por extensão, pela Secretaria Municipal de Saúde e podem ser obtidas com base nas visitas domiciliares, por exemplo, realizadas pelo Agente Comunitário de Saúde ou Equipe de Saúde da Família. Dessa forma, o indicador não deve ser a medida da “Proporção de gestantes com 7 ou mais consultas de pré natal registradas no PEP” e sim da “Proporção de gestantes residentes no território com 7 ou mais consultas de pré natal”.

Título: Indicador nº.14 da Parte Variável 01

<p>14. Proporção de cadastros definitivos com número único em relação ao total de cadastros para pessoas com 16 anos ou mais</p>	<p>(N) N° de pessoas cadastradas no PEP com preenchimento do campo CPF para pessoas com 16 anos ou mais</p> <hr/> <p>(D)N° total de pessoas cadastradas no PEP com mais de 16 anos</p> <p style="text-align: right;">x100</p>
<p>Meta: 90%</p>	

Fonte: Termo Aditivo nº 019/2016 ao Contrato de Gestão nº025/2015, Rio de Janeiro (Cidade), 2016.

É indicador (confiável e disponível)

A geração do cadastro definitivo se faz a partir do número de CPF ou DNV. Caso o usuário não possua esses dados, será gerado um cadastro provisório. No entanto, a inclusão do usuário cadastrado em uma das equipes de saúde da família possibilitando seu acompanhamento periódico só é realizada mediante a existência de cadastro definitivo do usuário, necessitando, assim, da apresentação do registro de CPF ou DNV. Nos casos em que o usuário não possui as certidões, seria interessante que a unidade de saúde o encaminhe a um serviço para emissão de documentos, como o “Poupa Tempo”, por exemplo; no entanto, esta não é uma rotina da unidade, ou seja, inexistem diretrizes de ação estabelecidas nesse sentido. Dessa forma, o indicador foi avaliado como confiável e disponível apenas.

Utilidade: Não. A aferição destas informações não têm pertinência para subsídio de decisões gerenciais no que tange a assistência à saúde e não está previsto mecanismo de cruzamento de informações com outros bancos de dados do governo federal.

Validade: Não. Representa apenas o grupo de pessoas cobertas pela unidade de saúde e não toda a comunidade.

Confiabilidade: Sim. Dados retirados dos sistemas de informação da unidade de saúde a partir de informações fornecidas pelos usuários.

Disponibilidade: Sim. Os dados são retirados dos próprios sistemas de informação da unidade de saúde o que demonstra sua fácil obtenção.

Título: Indicador nº.15 da Parte Variável 01

15. Proporção de cadastros definitivos com número único em relação ao total de cadastros para pessoas com menos de 16 anos.	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de pessoas cadastradas no PEP com preenchimento do campo CPF para pessoas com menos de 16 anos}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de pessoas cadastradas no PEP com menos de 16 anos}} \times 100$
Meta: 90%	

Fonte: Termo Aditivo nº 019/2016 ao Contrato de Gestão nº025/2015, Rio de Janeiro (Cidade), 2016.

É indicador (Confiável e Disponível)

Utilidade: Não. A aferição destas informações não têm pertinência para subsídio de decisões gerenciais no que tange a assistência à saúde e não está previsto mecanismo de cruzamento de informações com outros bancos de dados do governo federal.

Validade: Não. Representa apenas o grupo de pessoas cobertas pela unidade de saúde e não toda a comunidade.

Confiabilidade: Dados retirados dos sistemas de informação da unidade de saúde a partir de informações fornecidas pelos usuários.

Disponibilidade: Sim. Os dados são retirados dos próprios sistemas de informação da unidade de saúde o que demonstra sua fácil obtenção.

Título: Indicador nº.16 da Parte Variável 01

16. Rotatividade (turnover) de profissionais nas equipes de saúde da família	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de profissionais substituídos} + \text{N}^\circ \text{ de profissionais admitidos}}{2}$
$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de profissionais ativos no período}}{\text{N}^\circ \text{ total de profissionais ativos no período}}$	
Meta: < ou = 5%	

Fonte: Termo Aditivo nº 019/2016 ao Contrato de Gestão nº025/2015, Rio de Janeiro (Cidade), 2016.

É indicador (útil, válido, confiável e disponível).

Utilidade: Sim. O serviço de Atenção Básica em Saúde prevê a necessária criação de vínculo entre usuário e serviço de saúde afim de que se garanta a longitudinalidade do cuidado. Uma alta rotatividade profissional compromete a criação deste vínculo.

Validade: Sim.

Confiabilidade: Sim. Dados retirados dos sistemas de informação da unidade de saúde a partir de informações do setor de Recursos Humanos.

Disponibilidade: Sim. Os dados são retirados dos próprios sistemas de informação da unidade de saúde o que demonstra sua fácil obtenção.

Título: Indicador nº.17 da Parte Variável 01

<p>17. Número de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca (CFC) acompanhadas no período</p>	<p>(N) N° de crianças de até 2 anos e gestantes beneficiárias do CFC acompanhadas</p> <hr/> <p>(D)N° total de crianças até 2 anos e gestantes beneficiárias do CFC</p>
<p>Meta: Janeiro/julho - 20%; Fevereiro/agosto – 30%; Março/Setembro – 40%; – Abril/Outubro - 60%; Maio/Novembro – 80%; Junho/Dezembro –90%.</p>	

Fonte: Termo Aditivo nº 019/2016 ao Contrato de Gestão nº025/2015, Rio de Janeiro (Cidade), 2016.

É indicador (útil, válido, confiável e disponível).

Utilidade: Sim. Sabendo-se que as pessoas beneficiárias do Programa Família Carioca fazem parte de grupos populacionais de alta vulnerabilidade social sendo, portanto, objetos de atenção diferenciada com fins de garantir a equidade no acesso a bens e serviços.

Validade: Sim. Embora a validade do indicador seja influenciado pela cobertura assistencial da unidade de saúde e a periodicidade da aferição das informações (trimestral) represente um tempo muito grande, fazendo com que o serviço perca em oportunidade; o indicador é considerado como válido. É também importante ressaltar que o nome do indicador não está de acordo com o cálculo proposto, a denominação correta do indicador está expressa na ação pois o indicador visa medir a Proporção de beneficiários do CFC acompanhados.

Confiabilidade: Sim. Os dados são obtidos a partir do atendimento dos usuários na unidade e nos sistemas de informação da Prefeitura do Rio de Janeiro.

Disponibilidade: Sim. Informações contidas nos sistemas de informação da unidade de saúde e da Prefeitura do Rio de Janeiro.

O Decreto Municipal nº 32887, de 8 de outubro de 2010, institui o Programa de Transferência Condicionada de Renda, o Cartão Família Carioca (CFC). Para inclusão no programa, as famílias devem atender à premissa e ser caracterizada em situação de pobreza com recebimento de renda familiar per capita mensal considerada abaixo da linha da pobreza, ou seja R\$ 108,00 – cento e oito reais, sendo a renda calculada a partir do Cadastro Único do Governo Federal e somada ao benefício do concedido pelo Programa Bolsa Família. Além disso, serão considerados para recebimento do benefício um máximo de um adulto e três crianças menores de 18 anos por família, estando a manutenção do benefício destas condicionada ao seu desempenho escolar (frequência escolar bimestral mínima de 90% e comparecimento de um responsável em, no mínimo, 3 das 4 reuniões bimestrais, o não cumprimento destas exigências acarretará no bloqueio parcial do benefício). O valor mínimo do benefício, por família, por mês, será de vinte reais. (RIO DE JANEIRO, 2010). Em 2011, a Prefeitura do Rio de Janeiro determinou que os alunos que melhorassem seu desempenho bimestral receberiam um bônus de R\$50 (cinquenta reais) por bimestre, o que poderia equivaler a R\$200 (duzentos reais) por ano por criança (RIO DE JANEIRO, 2011).

Em agosto de 2013, o decreto nº 37621 incorpora condicionalidades de saúde para os beneficiários do CFC, incluindo-os no Programa Saúde Presente. A partir daí, é tornado obrigatório uma série de condições a serem cumpridas pelas famílias no que tange a saúde para cada faixa etária (por exemplo, manter calendário vacinal em dia, realizar mensalmente as consultas de pré natal, realizar avaliação trimestral do estado nutricional, entre várias outros itens). O não cumprimento das condicionalidades implica na notificação, por parte da SMS, seguida de suspensão do benefício. No caso de não cumprimento por parte de beneficiários de 12 a 19 anos haverá suspensão imediata do benefício sem a necessidade de emissão de notificação (RIO DE JANEIRO, 2013).

Para Magalhães *et al.* (2007 *apud* SILVA, ano) o cumprimento das condicionalidades assenta-se na premissa de corresponsabilidade entre famílias e poder público, o que torna imprescindível que este atue de modo a ampliar o acesso daqueles aos serviços assistenciais.

Monnerat *et al.* (2007 *apud* SILVA, 2015) destaca o caminho virtuoso criado por este processo na medida que objetiva a superação das iniquidades que marcam esta parcela da população, baseando-se no princípio da equidade vertical. Por outro lado, conforme argumenta Fonseca e Viana (2007 *apud* SILVA, 2015) o estabelecimento de condições para efetivar um direito social pode ferir os princípios de cidadania, na medida em que o fato de ser beneficiário do programa assistencial não garante o acesso aos serviços assistenciais.

Desta forma, é desejável que Administração Pública considere a existência (ou não) de mecanismos facilitadores para atendimento das condicionalidades. Nesse sentido, é indispensável que sejam levadas em consideração as reais condições existentes para que a população deste segmento social tenha acesso aos serviços assistenciais e que seja fomentada a adoção de estratégias por estes serviços para acolher estas pessoas e facilitar o acesso.

Além disso, a despeito dos benefícios concedidos às famílias, os quais não serão alvo de crítica, é necessário levar em conta a importância do programa à luz de sua representatividade. Percebe-se que os critérios de inclusão condicionam a participação das famílias à uma situação de extrema pobreza a qual não é resolvida com a concessão do benefício. Frente a isto, muitas famílias não conseguem aderir ao programa por muito pouco, o que não significa que não são passíveis de vulnerabilidades sociais semelhantes. É indispensável que os serviços assistenciais, sobretudo da saúde, estejam atentos para estas particularidades.

Título: Indicador nº.18 da Parte Variável 01

18. Proporção de escolas e creches cobertas na área da Unidade de Saúde de referência.	$\frac{(N) \text{N}^\circ \text{ de escolas que receberam no m\u00ednimo uma a\u00e7\u00e3o de sa\u00fade no per\u00edodo}}{(D) \text{ total de escolas da \u00e1rea}} \times 100$
Meta: 90%	

Fonte: Termo Aditivo nº 019/2016 ao Contrato de Gestão nº025/2015, Rio de Janeiro (Cidade), 2016.

É indicador (útil, válido, confiável e disponível).

Utilidade: Sim. Indicadores de processo como o proposto têm competência para aferir a ocorrência (ou não) de determinada atividade; no entanto, não conseguem medir a natureza da atividade ou seus efeitos. Dessa forma, o indicador em questão nos dá uma estimativa acerca da ocorrência de atividades relacionadas à saúde em escolas, no entanto, não nos possibilita dimensionar se ação/intervenção implementada está sendo realizada com vistas a uma real promoção/proteção da saúde das pessoas do território.

Validade: Sim. Indicador baseado em dados empíricos retirados do território adscrito à unidade de saúde.

Confiabilidade: Sim. Informações fornecidas pela unidade de saúde a partir de atividades desenvolvidas no território. É necessário atentar para a importância da ocorrência de auditorias periódicas na unidade de saúde, realizadas por funcionários da Secretaria Municipal de Saúde, com fins de verificar a ocorrência de determinadas atividades descritas nos sistemas de informação da unidade.

Disponibilidade: Sim. Dados retirados dos sistemas de informação da unidade de saúde sendo, portanto, de fácil obtenção.

Título: Indicador nº.19 da Parte Variável 01

19. Proporção de famílias com kits de higiene oral dentre as famílias beneficiárias do programa Bolsa Família.	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de famílias beneficiárias do BF cadastradas na área da ESF com kits individuais entregues para todos os membros pelos ACS ou ESB}}{(D) \text{ Total de famílias beneficiárias do BF cadastradas na área da ESF}} \times 100$
Meta: 100%	

Fonte: Termo Aditivo nº 019/2016 ao Contrato de Gestão nº025/2015, Rio de Janeiro (Cidade), 2016.

É indicador (útil, válido, confiável e disponível).

Utilidade: Sim. Em geral, beneficiários de programas assistenciais como o Bolsa Família pertencem a grupos de elevada vulnerabilidade social. É importante que haja uma aferição do acesso dessas pessoas a bens de consumo e serviços afim de que haja defesa da equidade.

Validade: Sim. Na medida em que se relaciona-se com a cobertura da unidade, é importante perceber que a validade do indicador aumenta na medida em que há uma maior cobertura assistencial da unidade de saúde.

Confiabilidade: Sim. Dados obtidos a partir do registro das atividades realizadas na unidade de saúde.

Disponibilidade: Sim. Dados retirados dos sistemas de informação da unidade de saúde sendo, portanto, de fácil obtenção.

4.3.2 Indicadores da Parte Variável 02: Incentivo à Qualificação das Unidades de Saúde

Conforme especificado no Termo Aditivo nº 019/2016, o cumprimento dos indicadores da parte variável 02 destinará um valor trimestral de, no máximo, R\$3.000, por equipe de saúde da família, a ser aplicado na própria unidade de saúde. Para tanto, deverão ser cumpridos duas exigências (RIO DE JANEIRO, 2016i):

1) atingimento de metas pelas Equipes de Saúde da Família, de modo que será repassado a todas as equipes o valor correspondente ao atingimento das metas da equipe que obteve a menor pontuação. Dessa forma, percebe-se que deve haver uma homogeneidade no desempenho das equipes de saúde da família de uma unidade haja vista que a discrepância de desempenho entre diferentes equipes será considerado no balanço total da unidade.

2) Completude das Fichas de Cadastro do Prontuário Eletrônico: o percentual mínimo de Fichas de Cadastro Individual e Domiciliar com todos os campos preenchidos no PEP é de 90%, em cada um dos meses do trimestre. Somente se este percentual for atingido nos três meses do trimestre, as unidades que atingiram as metas de 17 a 21 indicadores (mínimo para o recebimento de 100% do valor da variável 02) terão 100% do repasse. Se não houver 90% de completude das Fichas de Cadastro, o repasse cairá para a metade do valor.

Os indicadores componentes da Parte Variável 02 estão descritos abaixo:

4.3.2.1 Indicadores de Acesso

Título: Indicador nº.1 da Parte Variável 02

A1. Percentagem de consultas ao paciente pelo seu próprio médico de família	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de consultas médicas realizadas pelo próprio médico da equipe}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ de consultas médicas realizadas a pacientes da equipe na unidade}} \times 100$
Meta: 70 a 95%	

Fonte: Termo Aditivo nº 019/2016 ao Contrato de Gestão nº025/2015, Rio de Janeiro (Cidade), 2016.

É indicador (útil, válido, confiável e disponível).

Utilidade: Sim. Compreender fluxos assistenciais, agenda dos profissionais e subsidiar decisões gerenciais.

Validade: Sim. Uma vez que todas as consultas são registradas no PEP, o indicador apresenta boa representação da realidade.

Confiabilidade: Sim. Dados obtidos a partir do registro de informações empíricas no prontuário eletrônico.

Disponibilidade: Sim. Dados retirados dos sistemas de informação da unidade de saúde sendo, portanto, de fácil obtenção.

Título: Indicador nº.2 da Parte Variável 02

A2. Percentagem de demanda espontânea em relação ao total de atendimentos	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ consultas realizadas sem agendamento prévio (demanda espontânea) por médicos, enfermeiros e dentistas da equipe}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de consultas realizadas por médicos, enfermeiros e dentistas da equipe}} \times 100$
Meta: mínimo 40%; máximo 80%	

Fonte: Termo Aditivo nº 019/2016 ao Contrato de Gestão nº025/2015, Rio de Janeiro (Cidade), 2016.

É indicador (útil, válido, confiável e disponível).

Utilidade: Sim. Detectar falhas no atendimento programado, readequar estratégias de gestão e assistência e preparar a unidade de saúde no que tange o acolhimento das demandas em saúde.

Validade: Sim. Dados registrados no PEP a partir da realidade vivenciada pela unidade de saúde.

Confiabilidade: Sim. Dados obtidos a partir do registro de informações empíricas no prontuário eletrônico.

Disponibilidade: Sim. Dados retirados dos sistemas de informação da unidade de saúde sendo, portanto, de fácil obtenção.

Faz-se necessário tecer alguns comentários sobre a temática: é importante considerarmos que, sozinha, a atenção básica não é capaz de oferecer atenção integral à saúde. Embora ela tenha abrangência sobre grande parte dos problemas, queixas e necessidades em saúde, é imperativo que sua atuação ocorra de forma integrada com outros níveis de atenção e a diversidade de tecnologias em saúde existentes.

Sobre o acolhimento à demanda espontânea, o Ministério da Saúde, nos seus Cadernos de Atenção Básica, aponta para o papel de destaque da Atenção Básica como nível de atenção altamente resolutivo e responsável, inclusive, por colaborar na atenuação do processo de intensa medicalização da vida. Isso ocorre porque a alta procura por serviços de urgência e especializados relaciona-se tanto com a forte influência do complexo médico industrial quanto com a capacidade de cuidado da atenção básica. Portanto, ressalta (BRASIL, 2013b):

Além de ser uma das principais portas de entrada do sistema de saúde, a atenção básica tem que se constituir numa “porta aberta” capaz de dar respostas “positivas” aos usuários, não podendo se tornar simplesmente um lugar burocrático e obrigatório de passagem para outros tipos de serviços. (BRASIL, 2013b, p. 14)

Nesse sentido, a demanda espontânea nos serviços de saúde existe como reflexo das relações sociais, complexas e dinâmicas. O cuidado em saúde na atenção básica envolve um grande comprometimento dos profissionais de saúde uma vez que relaciona-se com várias dimensões da vida das pessoas: físicas, psíquicas, materiais, conjunturais, emocionais. Sempre

haverá intercorrências que demandam atenção dos profissionais de saúde: dúvidas, queixas, mal estar, sofrimento, agudização de quadros crônicos, problemas familiares e emocionais, acidentes, etc.

A despeito da importância da regulação do fluxo dos usuários nas unidades de saúde da família, da rotina de serviços, do acompanhamento periódico, é preciso compreender que o atendimento da demanda espontânea não difere destas categorias e sim incorpora-se a elas; dá forma ao cuidado continuado. Dentro da ampla gama de ações e possibilidades que compõem a atenção básica, atentando-se para as particularidades de cada caso e demanda específica, o melhor atendimento que o usuário (pessoa; indivíduo, com toda sua complexidade e singularidade) pode receber é o proveniente de seu próprio médico de família e da equipe a qual está vinculado; daqueles que conhecem sua história, trajetória, contexto de vida e situação de saúde. Esta é uma expressão do vínculo criado entre a unidade de saúde e a comunidade, ou seja, entre profissionais de saúde e os usuários. De pessoa para pessoa.

Título: Indicador nº.3 da Parte Variável 02

A3. Taxa de visitas domiciliares	(N)Nº de visitas domiciliares realizadas pela equipe em 3 meses (médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem, ACS, CDs, ASB, TSB) _____ x 1.000 (D) Nº total de cadastrados na área da equipe
Meta: mínimo 300/1000 (sem SB) ou 320/1000 (com SB)	

Fonte: Termo Aditivo nº 019/2016 ao Contrato de Gestão nº025/2015, Rio de Janeiro (Cidade), 2016.

É indicador (útil, válido, confiável e disponível).

Utilidade: Sim. Importante para averiguar acesso aos serviços e informações de saúde pela população bem como subsidiar decisões gerenciais e assistenciais.

Validade: Sim. Dados registrados a partir da rotina de serviços da unidade de saúde.

Confiabilidade: Sim. Dados obtidos a partir do registro de informações empíricas no prontuário eletrônico.

Disponibilidade: Sim. Dados retirados dos sistemas de informação da unidade de saúde sendo, portanto, de fácil obtenção.

Título: Indicador nº.4 da Parte Variável 02

A4. Taxa de Grupos Educativos	(N) N° de atividades educativas em grupo realizadas pela equipe em 3 meses (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, ACS, ASB, TSB) _____x1000 (D) Total de cadastrados na área da equipe
Meta: mínimo 6/1000 (sem SB) ou 12/1000 (com SB)	

Fonte: Termo Aditivo nº 019/2016 ao Contrato de Gestão nº025/2015, Rio de Janeiro (Cidade), 2016.

É indicador (útil e disponível)

Utilidade: Sim. Averiguar o acesso da população a atividades educativas e à informação em saúde – importante para fortalecimento do vínculo entre serviço de saúde e usuário e promoção da saúde. Entretanto, assim como o indicador número 18 da Parte Variável 1, é importante ressaltar que indicadores de processo como o proposto têm competência para aferir a ocorrência (ou não) de determinada atividade; no entanto, não conseguem medir a natureza da atividade ou seus efeitos. Dessa forma, o indicador em questão nos dá uma estimativa acerca da ocorrência de atividades educativas com a população cadastrada; no entanto, não nos possibilita dimensionar se ação/intervenção implementada está sendo realizada com vistas a uma real promoção/proteção da saúde das pessoas do território.

Validade: Não. Indicador não explicita critérios para realização das atividades educativas nem dos grupos aos quais está destinada, podendo levar a realização de atividades que não abrangem a comunidade como um todo, ou seja não representativas; e não permite apreciar a qualidade das atividades realizadas.

Confiabilidade: Não. Não há o estabelecimento de critérios para a realização das atividades nem dos grupos a que estará destinada; podendo, assim, criar resultados errôneos que podem comprometer a confiabilidade do indicador.

Disponibilidade: Sim. Dados retirados dos sistemas de informação da unidade de saúde sendo, portanto, de fácil obtenção.

Título: Indicador nº.5 da Parte Variável 02

A5. Proporção de itens da carteira de serviços implementados	(N) N° de itens da carteira de serviços implementados pela equipe de SF e SB _____x100 (D) Total de ações da carteira de serviços
Meta: mínimo 90%	

Fonte: Termo Aditivo nº 019/2016 ao Contrato de Gestão nº025/2015, Rio de Janeiro (Cidade), 2016.

Não é indicador. A medida refere-se à aferição do cumprimento de metas e exigências estabelecidas no Contrato de Gestão.

Título: Indicador nº.6 da Parte Variável 02

A6. Percentagem de consultas agendadas não presencialmente, por telefone, e-mail ou plataforma web do prontuário eletrônico	(N) N° de consultas (médicos, enfermeiros e dentistas da ESF e ESB) agendadas por telefone, e-mail ou plataforma web do prontuário eletrônico _____x100 (D) N° total de consultas (médicos, enfermeiros e dentistas) agendadas no mês pelas ESF e ESB da unidade
Meta: mínimo 10%	

Fonte: Termo Aditivo nº 019/2016 ao Contrato de Gestão nº025/2015, Rio de Janeiro (Cidade), 2016.

É indicador (útil, confiável e disponível).

Utilidade: Sim. Aferir o acesso da população ao serviço a partir de estratégias para sua capilarização

Validade: Sim. Porém, é preciso destacar que acesso aos meios de informação não é homogêneo para a população, o que acarreta em uma representatividade relativa ao nível sócio

econômico da população e sua acessibilidade aos meios de comunicação. No entanto, como o indicador não se refere a uma proposta única de acesso da população ao sistema, e sim a uma proposta alternativa, o indicador foi avaliado como válido.

Confiabilidade: Sim. Dados inseridos no sistema a partir dos atendimentos realizados pela unidade de saúde.

Disponibilidade: Sim. Dados retirados dos sistemas de informação da unidade de saúde sendo, portanto, de fácil obtenção.

Título: Indicador nº.7 da Parte Variável 02

<p>A7. Cobertura de primeira consulta odontológica programática</p>	<p>(N) N° de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas nos últimos 3 meses $\frac{\quad}{\quad} \times 100$ (D) População cadastrada na área da unidade x (N° de ESB + N° de ESF)</p>
<p>Meta: > ou = 3%</p>	

Fonte: Termo Aditivo nº 019/2016 ao Contrato de Gestão nº025/2015, Rio de Janeiro (Cidade), 2016.

É indicador (confiável e disponível).

Utilidade: Não. Interessante seria conhecer a efetividade da cobertura da ESB no território e não a efetividade de cobertura da ESB em relação à ESF. Para tanto, o denominador do indicador deveria ser “população residente no território”.

Validade: Não. Representa apenas as áreas cobertas pela ESB, não sendo, portanto, representativo da totalidade do território adscrito à unidade de saúde. Portanto o indicador não afere cobertura de primeira consulta odontológica programática e sim proporção de atendimentos de primeira consulta programática sobre a população cadastrada.

Confiabilidade: Sim. Dados extraídos a partir das atividades realizadas pela unidade de saúde, ou seja, estão descritas no prontuário do usuário.

Disponibilidade: Sim. Fácil obtenção dos dados.

O indicador é proveniente do conjunto dos 47 indicadores de contratualização indicados pelo PMAQ. No entanto, a formula de cálculo proposta no contrato difere da apresentada no

quadro de indicadores do PMAQ por apresentar, no denominador, o produto [população cadastrada na área da unidade x (Nº ESB + Nº de ESF)].

No anexo do manual instrutivo do PMAQ a fórmula aparece como:

Indicador: Cobertura de Primeira Consulta Odontológica

(N) Nº de primeiras consultas odontológicas programáticas, em determinado local e período	
	x100
(D) População cadastrada no mesmo local e período	

Fonte: BRASIL, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Manual Instrutivo – Anexo: Ficha de Qualificação de Indicadores, 2012.

Este indicador pode contribuir para analisar a cobertura da população que teve acesso a tratamento odontológico e para o planejamento e monitoramento de ações de saúde bucal na atenção básica realizadas pelas equipes, além de subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para o acesso ao atendimento odontológico

4.3.2.2 Indicadores de Desempenho Assistencial

Título: Indicador nº.8 da Parte Variável 02

D1. Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia registrado nos últimos 3 anos	(N) Nº de mulheres entre 25 e 64 anos pertencentes a área de abrangência da equipe com registro de colpocitologia do colo uterino nos últimos 3 anos _____x100 (D) Nº total de mulheres entre 25 e 64 anos cadastradas no PEP residentes na área de abrangência da equipe
Meta: Mínimo 80%	

Fonte: Termo Aditivo nº 019/2016 ao Contrato de Gestão nº025/2015, Rio de Janeiro (Cidade), 2016.

É indicador (útil, válido, confiável e disponível).

Utilidade: Sim. Segunda o INCA (2014), o indicador contribui na avaliação do alcance da população-alvo às ações preventivas do câncer de colo uterino através de seu rastreamento; e

apresenta também como uma limitação o fato de referir-se apenas à população que fez o exame citopatológico pelo SUS. Para aferir cobertura populacional é necessária a utilização de metodologias de inquéritos populacionais englobando também as mulheres atendidas no setor suplementar.

Validade: Não. O indicador foi avaliado com validade insatisfatória uma vez que possui método de cálculo que não deixa claro seu objetivo: a fórmula de cálculo utiliza duas populações distintas no numerador e denominador. No numerador: nº de mulheres entre 25 e 64 anos pertencentes à área de abrangência da equipe com registro de colpocitologia do colo uterino nos últimos 3 anos (ou seja, mulheres da faixa etária residentes na área que realizaram o exame nos últimos três anos); e no denominador: nº total de mulheres de 25 a 64 anos cadastradas no PEP e residentes na área de abrangência da equipe (ou seja, total de mulheres da faixa etária residentes na área E CADASTRADAS NA UNIDADE).

Confiabilidade: Sim. Dados registrados nos sistemas de informação da unidade referentes às atividades realizadas.

Disponibilidade: Sim. Fácil obtenção dos dados haja vista encontrarem-se nos sistemas de informação internos da unidade.

A meta estipulada pelo município do Rio de Janeiro está de acordo com a preconizada pelo Inca.

Título: Indicador nº.9 da Parte Variável 02

D2. Percentagem de pessoas cadastradas com diagnóstico de diabetes com pelo menos duas consultas, sendo 1 com médico e 1 com enfermeiro, registradas nos últimos doze meses	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de pessoas cadastradas com diagnóstico de diabetes na área de abrangência da equipe com pelo menos duas consultas, 01 com médico e 01 com enfermeiro, registradas nos últimos 12 meses}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de pessoas cadastradas com diagnóstico de diabetes cadastradas na área de abrangência da equipe}} \times 100$
Meta: Mínimo 70%	

Fonte: Termo Aditivo nº 019/2016 ao Contrato de Gestão nº025/2015, Rio de Janeiro (Cidade), 2016.

É indicador (útil, válido, confiável e disponível).

Utilidade: Sim. Importante conhecer a concentração de atendimentos à população com diabetes. Indicador que subsidia decisões gerenciais.

Validade: Sim. Engloba o total de diabéticos diagnosticados na área de abrangência da unidade. Importante ressaltar que o indicador é dependente da cobertura assistencial da unidade; quanto maior a população coberta pela unidade, maior a validade do indicador.

Confiabilidade: Sim. Dados registrados nos sistemas de informação da unidade referentes às atividades realizadas.

Disponibilidade: Sim. Fácil obtenção dos dados

Título: Indicador nº.10 da Parte Variável 02

D3. Percentagem de pessoas cadastradas com diagnóstico hipertensão, com registro de pelo menos 1 consulta médica e 1 consulta de enfermagem no período de 12 meses	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de pessoas cadastradas com diagnóstico de hipertensão na área de abrangência da equipe com pelo menos 01 consulta médica e 01 de enfermagem no período de 12 meses}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de pessoas cadastradas com diagnóstico de hipertensão na área de abrangência da equipe}} \times 100$
Meta: Mínimo 70%	

Fonte: Termo Aditivo nº 019/2016 ao Contrato de Gestão nº025/2015, Rio de Janeiro (Cidade), 2016.

É indicador (útil, válido, confiável e disponível).

Utilidade: Sim. Importante conhecer a concentração de atendimentos à população com hipertensão. Indicador que subsidia decisões gerenciais.

Validade: Sim. Engloba o total de hipertensos diagnosticados na área de abrangência da unidade. Importante ressaltar que o indicador é dependente da cobertura assistencial da unidade; quanto maior a população coberta pela unidade, maior a validade do indicador.

Confiabilidade: Sim. Dados registrados nos sistemas de informação da unidade referentes às atividades realizadas.

Disponibilidade: Sim. Fácil obtenção dos dados.

Título: Indicador nº.11 da Parte Variável 02

D4. Percentual de crianças de até 2 anos com cartão de vacinas atualizados	<p>(N) N° de crianças de até 2 anos pertencentes a área de abrangência da equipe cadastradas com registro de todas as vacinas do calendário vacinal em dia</p> $\frac{\quad}{\quad} \times 100$ <p>(D) N° total de crianças de até 02 anos cadastradas na área de abrangência da equipe</p>
Meta: Mínimo 90%	

Fonte: Termo Aditivo nº 019/2016 ao Contrato de Gestão nº025/2015, Rio de Janeiro (Cidade), 2016.

É indicador (útil, válido, confiável e disponível).

Utilidade: Sim. Importante para conhecer o alcance do programa de vacinação na população cadastrada e também utilizado para subsidiar decisões gerenciais.

Validade: Sim. Engloba o total de crianças de até 2 anos cadastradas na unidade. Importante ressaltar que o indicador é dependente da cobertura assistencial da unidade; quanto maior a população coberta pela unidade, maior a validade do indicador.

Confiabilidade: Sim. Dados registrados nos sistemas de informação da unidade referentes às atividades realizadas.

Disponibilidade: Sim. Fácil obtenção dos dados.

Título: Indicador nº.12 da Parte Variável 02

D5. Percentual de crianças de até 6 anos com cartão de vacinas atualizado	<p>(N) N° total de crianças pertencentes a área de abrangência da equipe cadastradas com registro de todas as vacinas do calendário vacinal em dia</p> $\frac{\quad}{\quad} \times 100$ <p>(D) N° total de crianças até 6 anos cadastradas na área de abrangência da equipe</p>
Meta: Mínimo 80%	

Fonte: Termo Aditivo nº 019/2016 ao Contrato de Gestão nº025/2015, Rio de Janeiro (Cidade), 2016.

É indicador (útil, válido, confiável e disponível).

Utilidade: Sim. Importante para conhecer o alcance do programa de vacinação na população cadastrada e também utilizado para subsidiar decisões gerenciais.

Validade: Sim. Engloba o total de crianças de até 6 anos cadastradas na unidade. Importante ressaltar que o indicador é dependente da cobertura assistencial da unidade; quanto maior a população coberta pela unidade, maior a validade do indicador.

Confiabilidade: Sim. Dados registrados nos sistemas de informação da unidade referentes às atividades realizadas.

Disponibilidade: Sim. Fácil obtenção dos dados.

Título: Indicador nº.13 da Parte Variável 02

D6. Percentual de consultas de pré natal no primeiro trimestre da gravidez	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de gestantes com pré natal encerrado no trimestre pertencentes a área de abrangência da equipe com registro de consulta no primeiro trimestre de gravidez}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de gestantes cadastradas na área de abrangência da equipe com pré natal encerrado no trimestre}} \times 100$
Meta: Mínimo 80%	

Fonte: Termo Aditivo nº 019/2016 ao Contrato de Gestão nº025/2015, Rio de Janeiro (Cidade), 2016.

É indicador (útil, válido, confiável e disponível).

Utilidade: Sim. Aferir a oportunidade do serviço de saúde pela medida da proporção de gestantes pertencentes à área de abrangência da equipe que realizaram pré natal nos primeiros três meses de gestação em relação ao total de gestantes pertencentes à área de abrangência da equipe que realizaram o pré natal no período de análise.

Validade: Sim. O indicador foi considerado válido pois utiliza-se como base de medida o universo de usuárias cadastradas na área de abrangência. A validade do indicador, mais uma vez, encontra-se atrelada à cobertura assistencial da unidade; quanto maior a população coberta pela unidade, maior a validade do indicador.

Confiabilidade: Sim. Dados registrados nos sistemas de informação da unidade referentes às atividades realizadas.

Disponibilidade: Sim. Fácil obtenção dos dados.

É importante ressaltar que a meta estabelecida (mínimo de 80%) foi considerada baixa. Segundo a Portaria GM/MS nº 570, de 1º de Junho de 2000, fica determinada a obrigatoriedade da realização de, pelo menos, uma consulta de pré natal até o 4º mês de gestação.

Título: Indicador nº.14 da Parte Variável 02

D7. Percentual de primeiras consultas de puericultura efetuadas até aos 15 dias de vida	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de crianças que completaram 3 meses no período em análise pertencentes a área de abrangência da equipe cadastradas com registro de 1}^\circ \text{ consulta realizada até 15 dias de vida}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de crianças que completaram 03 meses no período em análise cadastradas na área de abrangência da equipe}} \times 100$
Meta: Mínimo 80%	

Fonte: Termo Aditivo nº 019/2016 ao Contrato de Gestão nº025/2015, Rio de Janeiro (Cidade), 2016.

É indicador (útil, válido, confiável e disponível).

Utilidade: Sim. Importante para subsidiar decisões gerenciais.

Validade: Sim. Engloba todas as crianças de até 3 meses cadastradas na unidade.

Confiabilidade: Sim. Dados registrados nos sistemas de informação da unidade referentes às atividades realizadas.

Disponibilidade: Sim. Fácil obtenção dos dados.

Título: Indicador nº.15 da Parte Variável 02

D8. Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de tratamentos concluídos pelo cirurgião dentista da equipe de SB nos últimos 12 meses}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ de consultas odontológicas programáticas pelo cirurgião dentista da equipe de SB nos últimos 12 meses}}$
Meta: > ou = 0,6	

Fonte: Termo Aditivo nº 019/2016 ao Contrato de Gestão nº025/2015, Rio de Janeiro (Cidade), 2016.

É indicador (útil, válido, confiável e disponível).

Utilidade: Sim. O indicador pode colaborar no planejamento e monitoramento do acesso e da resolubilidade da atenção em saúde bucal e pode contribuir nas ações de planejamento, gestão e avaliação dos serviços de saúde. (BRASIL, 2012e)

Validade: Não. O indicador não apresenta consistência entre sua proposta e a fórmula de cálculo. Para que seja avaliada a “Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas” o denominador deve ser N° de primeiras consultas odontológicas programáticas pelo cirurgião dentista da equipe de SB nos últimos 12 meses.

Confiabilidade: Sim. Dados registrados nos sistemas de informação da unidade referentes às atividades realizadas.

Disponibilidade: Sim. Fácil obtenção dos dados.

O Indicador é proveniente do quadro de indicadores de contratualização do PMAQ. No entanto, a fórmula de cálculo apresentado no contrato de gestão difere da presente no anexo técnico instrutivo do PMAQ onde o indicador está assim disposto:

Título: Indicador Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas

Número de tratamentos concluídos (TC) pelo cirurgião dentista da equipe de saúde bucal, em determinado local e período
Número de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas pelo cirurgião dentista

da equipe de saúde bucal no mesmo local e período

Fonte: BRASIL, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Manual Instrutivo – Anexo: Ficha de Qualificação de Indicadores, 2012.

Outra questão importante de ser pontuada é referente a meta estabelecida. No contrato de gestão, ela foi instituída como $>$ ou $= 0,6$; Já no relatório do PMAQ não está descrito um quantitativo da meta prevista.

A resolução nº 4, de 19 de Julho de 2012, que dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do SUS para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), afirma em seu artigo 9º que “Cabe aos Municípios pactuar na Comissão Intergestores Regional (CIR) as diretrizes, objetivos, metas e indicadores correspondentes à esfera municipal, observadas as especificidades locais.” (CIT, 2012). Os parágrafos correspondentes ao citado artigo esclarecem que tal pactuação será submetida à aprovação do Conselho Municipal de Saúde e que fica sob responsabilidade das Secretarias Municipais de Saúde a formalização das diretrizes, objetivos, metas e indicadores pactuados, devendo serem validados no SISPACTO e, posteriormente, homologados pela SES.

Título: Indicador nº.16 da Parte Variável 02

D9. Percentagem das equipes de Saúde da Família com desempenho acima da média ou muito acima no resultado PMAQ	(N) N° de equipes de Saúde da Família com resultado acima da média e Muito acima da média $\frac{\quad}{\quad} \times 100$ (D) N° total de ESF da unidade de saúde
Meta: Mínimo 80%	

Fonte: Termo Aditivo nº 019/2016 ao Contrato de Gestão nº025/2015, Rio de Janeiro (Cidade), 2016.

É indicador (útil, válido, confiável e disponível).

Utilidade: Sim. Importante para subsidiar decisões gerenciais.

Validade: Sim. Utiliza parâmetros e indicadores fornecidos pelo PMAQ.

Confiabilidade: Sim. Os resultados são fornecidos pelo PMAQ.

Disponibilidade: Sim. Dados obtidos a partir dos resultados do PMAQ.

O Programa de Monitoramento da Qualidade e do Acesso na Atenção Básica (PMAQ), instituído no Brasil pela Portaria nº 1654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, caracteriza-se pela introdução de novos processos com o objetivo de aprimorar a prestação dos serviços e cuidados em saúde através dos contratos de gestão, induzir aprimoramento da capacidade de gestão para os três entes federados; estabelecer padrões de acesso e qualidade na Atenção Primária à Saúde (APS) e promover um ambiente de aprendizado e aprimoramento técnico e metodológico. (COSTA E SILVA; ESCOVAL; HORTALE, 2014)

O PMAQ é proveniente de um longo processo de pactuação entre as três esferas de gestão do SUS com fins de formular soluções que viabilizassem a criação de um programa que pudesse permitir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica. Dentre seus objetivos, destacam-se (BRASIL, 2012f):

- I – Ampliar o impacto da AB sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de facilitação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços e ações da AB;
- II – Fornecer padrões de boas práticas e organização das UBS que norteiem a melhoria da qualidade da AB;
- III – Promover maior conformidade das UBS com os princípios da AB, aumentando a efetividade na melhoria das condições de saúde, na satisfação dos usuários, na qualidade das práticas de saúde e na eficiência e efetividade do sistema de saúde;
- IV – Promover a qualidade e inovação na gestão da AB, fortalecendo os processos de autoavaliação, monitoramento e avaliação, apoio institucional e educação permanente nas três esferas de governo;
- V – Melhorar a qualidade da alimentação e uso dos sistemas de informação como ferramenta de gestão da AB;
- VI – Institucionalizar uma cultura de avaliação da AB no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados; e
- VI – Estimular o foco da AB no usuário, promovendo a transparência dos processos de gestão, a participação e controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários. (BRASIL. Manual do PMAQ, 2012f, p.8)

4.3.2.3 Indicador de Qualidade Percebida

Título: Indicador nº.17 da Parte Variável 02

S1. Percentagem de usuários satisfeitos/ muito satisfeitos	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de usuários satisfeitos/muito satisfeitos atendidos na unidade de saúde}}{(D) \text{ Total de usuários que preencheram o registro de satisfação no período em análise}} \times 100$
Meta: Mínimo 80%	

Fonte: Termo Aditivo nº 019/2016 ao Contrato de Gestão nº025/2015, Rio de Janeiro (Cidade), 2016

É indicador (útil, e disponível).

Utilidade: Sim. Útil para subsidiar decisões gerenciais.

Validade: Não. A avaliação de satisfação do usuário é um dos métodos existentes para aferir a qualidade dos serviços de saúde percebida pelos usuários e é passível algumas críticas por diversos autores. Para o indicador proposto, é importante ressaltar que não há definição clara acerca do tamanho mínimo da amostra populacional a ser submetida ao questionário, o que pode comprometer a representatividade do indicador e, assim, sua validade. Faz-se também necessária a ponderação acerca da resposta ‘não quero avaliar’ como importante resultado obtido pelo indicador e que, para tanto, é importante que a amostra estabelecida seja representativa.

Além disso, segundo Esperidião e Trad (2005), a avaliação de satisfação do usuário pode apresentar, em seus resultados, sensibilidade falha quanto a discriminação de pacientes satisfeitos e insatisfeitos pois, para este tipo de avaliação, pode ocorrer viés de gratidão (*gratitude bias*), causado pelo entrevistador, pelas perguntas do questionário ou relações interpessoais no serviço. De acordo com os autores, este viés trata-se da omissão de questionamentos e críticas negativas do usuário principalmente na avaliação de serviços públicos.

Outro elemento que demonstra a baixa validade (e confiabilidade) do indicador é o fato de que a análise centrada apenas na satisfação do usuário retira o foco do que pode estar ruim ou péssimo no serviço de saúde disponível à população.

Confiabilidade: Não. O indicador não deixa claro a metodologia do questionário a ser empregado nem os critérios para criação da amostra de usuários a ser submetida à pesquisa de satisfações e condições para sua ocorrência; comprometendo, assim, sua confiabilidade.

Disponibilidade: Sim. Fácil obtenção dos dados na unidade de saúde.

4.3.2.4 Indicadores de Desempenho Econômico

Título: Indicador nº.18 da Parte Variável 02

<p>E1. Custo médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia (incluindo medicamentos REMUME) previstos por usuário</p>	<p>(N) Somatório do valor dos exames de SADT e medicamentos REMUME solicitados pelos médicos de cada equipe (fonte valores tabela SIGTAP) no trimestre avaliado</p> $\frac{\text{Somatório}}{\text{(D) N}^\circ \text{ total de usuários atendidos pelos médicos de cada equipe no trimestre avaliado}} \times 100$
<p>Meta: Máximo R\$ 41,80</p>	

Fonte: Termo Aditivo nº 019/2016 ao Contrato de Gestão nº025/2015, Rio de Janeiro (Cidade), 2016.

É indicador (útil, confiável e disponível).

Utilidade: Sim. Estimar gastos em saúde e subsidiar avaliações econômicas

Validade: Não. O indicador não dispõe sobre a metodologia para avaliação econômica da variável, além de haver uma variação considerável no custo de procedimentos realizados e/ou medicamentos prescritos para cada usuário, o que pode acarretar no não atingimento da meta ou apresentação de valores discrepantes. Como dito anteriormente, pela Resolução 4 de 19 de Julho de 2012, da CIT, o município tem autonomia para pactuar na CIR as diretrizes, objetivos, metas e indicadores correspondentes à esfera municipal (CIT, 2012). Neste sentido, não há uma disposição que explique a meta afixada.

Confiabilidade: Sim. Dados registrados nos sistemas de informação da unidade (pressupondo-se idoneidade da organização).

Disponibilidade: Sim. Fácil obtenção dos dados.

Título: Indicador nº.19 da Parte Variável 02

<p>E2. Percentual de medicamentos prescritos da REMUME</p>	<p>(N) N° de itens diferentes de medicamentos pertencentes a REMUME prescritos pelos médicos de cada equipe nos últimos 3 meses</p> $\frac{\text{---}}{\text{---}} \times 100$ <p>(D) N° total de itens diferentes de medicamentos prescritos pelos médicos de cada equipe nos últimos 3 meses</p>
<p>Meta: Mínimo 90%</p>	

Fonte: Termo Aditivo nº 019/2016 ao Contrato de Gestão nº025/2015, Rio de Janeiro (Cidade), 2016.

É indicador (útil, válido, confiável e disponível)

Utilidade: Sim. A importância da utilização das listas de medicamentos essenciais está descrita abaixo.

Validade: Sim, pois considera todas as prescrições realizadas pelos médicos da unidade de saúde no período de análise determinado.

Confiabilidade: Sim. Dados registrados nos sistemas de informação da unidade.

Disponibilidade: Sim. Fácil obtenção dos dados.

De acordo com a Política Nacional de Medicamentos (PNM), aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 3.196/1998, a Assistência Farmacêutica é atividade integrante e indispensável para a efetivação do SUS e está relacionada às ações de assistência à saúde da população (CORADI, 2012). Na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 338/2004, a Assistência Farmacêutica está assim descrita:

A Assistência Farmacêutica trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua

seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia de qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2004).

De acordo com a OMS (2002, *apud* WANNMACHER, 2006, p.2), “Medicamentos essenciais são aqueles que satisfazem às necessidades prioritárias de cuidados da saúde da população.” As políticas voltadas para a seleção de medicamentos essenciais tem por objetivo a promoção de sua disponibilidade, acesso, sustentabilidade, qualidade e uso racional, porque se permite a escolha dos medicamentos que compõe as listas provém de um grande processo de discussão que leva em consideração as doenças prevalentes e de grande magnitude da população, condições organizacionais dos serviços de saúde, a capacitação profissional, a qualidade dos medicamentos disponíveis no país baseados nas evidências científicas e estudos populacionais e a disponibilidade de recursos financeiros destinados à saúde (WANNMACHER, 2006).

A RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais) é utilizada como base para elaboração das listas estaduais e municipais. A REMUME é a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais. No Rio de Janeiro, foi estabelecida pela Resolução SMS nº 2177 de 19 de agosto de 2013, sendo a terceira edição da lista. Seu objetivo é apresentar os medicamentos selecionados e padronizados para uso da SMSRIO de unidades de saúde do município. É importante considerar que os programas de assistência farmacêutica, muitas vezes, são a única forma de acesso de maior parte da população a medicamentos e insumos para uso no cuidado em saúde. A existência destes programas, além de ampliar a disponibilidade destes itens à população confere maior sustentabilidade aos programas e políticas na medida em que trabalham com princípios de economicidade, eficiência e efetividade dos insumos ofertados (RIO DE JANEIRO, 2013).

Título: Indicador nº.20 da Parte Variável 02

E3. Percentual de pacientes encaminhados em relação ao número de pacientes atendidos	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de pacientes atendidos pelo médico de cada equipe (pacientes de área e fora de área) nos últimos 3 meses e que foram encaminhados a algum serviço/especialidade}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de pacientes atendidos pelo médico de cada equipe (da área e fora da área) nos últimos 3 meses}} \times 100$
Meta: Máximo 20%	

Fonte: Termo Aditivo nº 019/2016 ao Contrato de Gestão nº025/2015, Rio de Janeiro (Cidade), 2016.

É indicador (útil, válido, confiável e disponível).

Utilidade: Sim. Mede resolutividade do serviço fornecido na atenção básica.

Validade: Sim.

Confiabilidade: Sim. Dados registrados nos sistemas de informação da unidade.

Disponibilidade: Sim. Fácil obtenção dos dados.

Embora não exista nenhum dado oficial instituído, segundo Almeida, Giovanella e Nunam (2011), existe um consenso de que a resolutividade esperada dos serviços de atenção primária em saúde seria de 85%, ou seja, que redes de atenção integrada em saúde poderiam resolver a grande maioria dos problemas de saúde sem a necessidade de encaminhamento para um especialista.

A meta estipulada no contrato de gestão é justificada, portanto, com base neste consenso.

Título: Indicador nº.21 da Parte Variável 02

<p>E4. Percentual de absenteísmo nas consultas/procedimentos agendados no SISREG</p>	<p>(N) N° de pacientes que faltaram a consulta especializada ou a realização de exame complementar pertencentes a área de abrangência da equipe, nos últimos 3 meses</p> $\frac{\text{---}}{\text{---}} \times 100$ <p>(D) N° total de pacientes agendados para exames ou encaminhamentos especialistas no SISREG (para consultas ou exames) pertencentes à área de abrangência da equipe nos últimos 3 meses</p>
<p>Meta: Máximo 30%</p>	

Fonte: Termo Aditivo nº 019/2016 ao Contrato de Gestão nº025/2015, Rio de Janeiro (Cidade), 2016.

É indicador (útil, válido, confiável e disponível).

Utilidade: Sim. Pode funcionar como um monitoramento da resolutividade da rede assistencial como um todo. É importante que a equipe de Atenção Básica garanta a integralidade da atenção à saúde.

Validade: Sim. Quanto maior a cobertura assistencial da unidade de saúde maior será a validade deste indicador.

Confiabilidade: Sim. Dados registrados nos sistemas de informação do SUS.

Disponibilidade: Sim. Fácil obtenção dos dados.

4.3.3 Indicadores da Parte Variável 03

Título: Grupo de Ações 01 da Parte Variável 03

Grupo de Ações	Descrição	UC
01	Acompanhamento em planejamento reprodutivo de uma mulher em idade fértil, por ano	01
<p style="text-align: center;"><u>Planejamento Reprodutivo I</u></p> <p>Uma usuária é considerada neste grupo se for verdadeira a condição [A e B e C e D e E e F]: uma mulher em idade fértil, por ano</p> <p>A. Ser do sexo feminino</p> <p>B. Ter entre [10;50[anos (idade calculada para o último dia do período em análise)</p> <p>C. Ter realizado pelo menos uma consulta médica ou de enfermagem durante o período em análise (12 meses) com registro parametrizado de um dos códigos do ICPC-2 ou CID que permitem codificar o planejamento familiar (W10, W11, W12, W13, W14 OU W15; Z300-Z309 ou N970-N978).</p> <p>D. Nas mulheres com idades entre [25, 50[anos, ter pelo menos um registro de resultado de colpocitologia nos 36 meses que antecedem a data fim do período em análise.</p> <p>E. Estar cadastrada na unidade.</p> <p>F. Estar com calendário vacinal atualizado e todos os registros no prontuário</p>		

Fonte: Termo Aditivo nº 019/2016 ao Contrato de Gestão nº025/2015, Rio de Janeiro (Cidade), 2016.

Os itens referentes a ações a serem aferidas (indicadores) contidas neste “grupo de ações” são as descritas nos itens C, D e F; as outras configuram-se como critérios de inclusão no grupo e não propriamente ações.

O item C não está previsto nos indicadores das Partes Variáveis 1 e 2 uma vez que se refere à participação de mulheres de [10 a 50[anos em grupos ou ações de planejamento familiar. Embora existam muitos casos de gravidez na infância, é importante ressaltar o fato de não ser muito comum crianças de 10 anos participarem de grupos de planejamento familiar, o que nos faz questionar os critérios adotados para inclusão de usuárias neste grupo de ação bem como a utilidade e validade do indicador proposto. No que se refere à confiabilidade e disponibilidade do indicador é avaliado como satisfatório.

Em relação ao termo “Planejamento Familiar”, de acordo com o art. 2º da Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, o planejamento familiar é “o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal” (BRASIL, 1996, *apud* BRASIL, 2013c). É destacado, no documento do Ministério da Saúde, o fato de que o termo “planejamento reprodutivo” é mais adequado do que a utilização de “planejamento familiar” haja vista que o primeiro refere-se a ações voltadas para homens e mulheres, individualmente ou não, com ou sem intenção de constituir família, inclui jovens, adolescentes e adultos e não pode ser utilizado como sinônimo de controle de natalidade. Assim, conclui que: “As pessoas têm o direito de planejar a vida de acordo com as suas necessidades. O planejamento reprodutivo é um importante recurso para a saúde de homens, mulheres e crianças.” (BRASIL, 2013c).

O item D refere-se ao indicador da Parte Variável 02, no grupo de Desempenho Assistencial, D3. Percentagem de mulheres entre 25 e 64 anos com colpocitologia registrada nos últimos 3 meses; e já foi anteriormente analisado.

O item F não se encontra anteriormente descrito no conjunto de indicadores já analisados nas Partes Variáveis 1 e 2, mas configura-se como um dado útil, válido, confiável e disponível.

Título: Grupo de Ações 02 da Parte Variável 03

Grupo de Ações	Descrição	UC
02	Acompanhamento em planejamento reprodutivo de uma mulher em idade fértil, com inserção de DIU ou realização de esterilização feminina, por ano	01
<p><u>Planejamento Reprodutivo II</u></p> <p>Uma usuária é considerada neste grupo se for verdadeira a condição [A e B e C e D e E e F e G e H]; uma mulher em idade fértil por ano</p> <p>A. Ser do sexo feminino</p> <p>B. Ter entre [10;50[anos (idade calculada para o último dia do período em análise)</p> <p>C. Ter realizado pelo menos uma consulta médica ou de enfermagem durante o período em análise (12 meses) com registro parametrizado de um dos códigos do ICPC-2 ou CID que permitem codificar o planejamento familiar (W10, W11, W12, W13, W14 OU W15; Z300-Z309 ou N970-N978).</p> <p>D. Nas mulheres com idades entre [25, 50[anos, ter pelo menos um registro de resultado de colpocitologia nos 36 meses que antecedem a data fim do período em análise.</p> <p>E. Estar com o calendário vacinal atualizado e todos os registros no prontuário.</p> <p>F. Estar cadastrada na unidade.</p> <p>G. Consulta médica com inserção de DIU (CID: Z30.1 ou 03.01.04.002-8 – ATENDIMENTO CLÍNICO PARA INDICACAO, FORNECIMENTO E INSERCAO DE DO DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)).</p>		

Grupo de Ações	Descrição	UC
	H. Preparação para esterilização feminina (aconselhamento, atividade educativa, consentimento informado, pré operatório para laqueadura tubária) e registro no prontuário da realização do procedimento (CID Z30.2)	

Fonte: Termo Aditivo nº 019/2016 ao Contrato de Gestão nº025/2015, Rio de Janeiro (Cidade), 2016.

Os itens referentes a ações a serem aferidas (indicadores) contidas neste “grupo de ações” são as descritas nos itens C, D, E, G e H; as outras configuram-se como critérios de inclusão no grupo e não propriamente ações.

O item C refere-se à mesma medida descrita no item C do Grupo de Ação nº01; o item D corresponde ao item D da Grupo 01 e o item E ao grupo F do Grupo de Ações nº01. As três medidas já foram anteriormente analisadas.

A saúde sexual e reprodutiva é uma das prioridades de atuação da Atenção Básica e deve ser realizada de modo que leve em consideração o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos. De acordo com o Caderno de Atenção Básica – Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva, o planejamento familiar não refere-se apenas à oferta de métodos e técnicas de concepção e anticoncepção, insere-se também num contexto de fornecimento de informações, acompanhamento e atividades interativas e educacionais que influenciem a escolha livre e informada.

Ressalta também que as ações nesta área acabam voltadas principalmente para a mulher adulta - com predominância das ações relacionadas ao ciclo gravídico puerperal e à prevenção do câncer de mama e de colo do útero – com pouco envolvimento dos homens em tais atividades. Portanto, recomenda a ampliação das abordagens afim de incluir diferentes momentos do ciclo de vida tanto das mulheres e dos homens. Soma-se a isso, a dificuldade dos profissionais de saúde de lidar com o tema haja vista que a compreensão da sexualidade, na sociedade, é marcada por polêmicas e tabus(BRASIL, 2013c).

Na Atenção Básica, as ações de Planejamento Reprodutivo envolvem, basicamente, aconselhamento, atividade educativas e atividades clínicas, a serem desenvolvidas de forma

integradas na rotina de serviços e levando-se em consideração que a presença do usuário no serviço de saúde (ou deste nas residências e no território) configura-se em uma oportunidade para a realização de práticas educativas (BRASIL, 2013c), influenciando uma maior autonomia e empoderamento da população.

No tocante à anticoncepção, reforça a oferta destas atividades bem como uma ampla gama de métodos e técnicas anticoncepcionais existentes cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida das pessoas (métodos temporários, tais como os hormonais; os que impõe barreira física, como DIU, diafragma, espermicida; comportamentais, como coito interrompido; e métodos definitivos, as esterilizações feminina e masculina). A escolha livre e informada dos métodos existentes resulta na adequação destes às necessidades e ciclo de vida de cada um. É frisada também a importância de se trabalhar o planejamento reprodutivo em conjunto com a prevenção às DST/AIDS, o que infere a utilização de uma dupla proteção: aliado ao método contraceptivo escolhido é importante que o serviço de saúde fomente e conscientize a população sobre os benefícios do uso do preservativo (BRASIL, 2013c).

Nesse sentido, é preciso que seja considerado com maior profundidade e amplitude a estratégia de planejamento reprodutivo na Atenção Básica haja vista sua grande possibilidade de levar informações para a população e condicionar hábitos e estilos de vida. É importante que além das estratégias contraceptivas propostas pelos indicadores do contrato, sejam criadas estratégias de aferição da qualidade do cuidado, da periodicidade das atividades educativas, da teor das consultas classificadas no módulo “planejamento familiar” e, sobretudo, do que tange à capacitação profissional com vistas ao fornecimento de atenção a saúde qualificada que supere as barreiras sociais impostas ao debate sobre o tema.

Título: Grupo de Ações 03 da Parte Variável 03

Grupo de Ações	Descrição	UC
03	Acompanhamento de uma gravidez	08
<p style="text-align: center;"><u>Saúde Materna</u></p> <p>Uma usuária é considerada neste grupo se forem verdadeiras a condição [A e B e C e D e E e F e G]:</p> <p>A. Sexo feminino com pré natal encerrado no período de vigência.</p> <p>B. Ter efetuado consulta ou visita médica ou de enfermagem de revisão do puerpério no período em análise e, no máximo, 7 dias após o parto, registrada por qualquer médico ou qualquer enfermeiro, com a descrição de “revisão do puerpério”.</p> <p>C. Ter efetuado a primeira consulta de gravidez antes da 12º semana – [0;12[de gestação.</p> <p>D. Ter realizado pelo menos 7 consultas de pré natal médicas e/ou de enfermagem até à 42º semana – [0;42]: com aferição de PA durante a consulta e ter registro de resultado dos testes/exames anti-HIV, hepatite B e sífilis realizados até a 24º semana de gestação. Estas consultas devem ter registro parametrizado que permitem codificar a gravidez – (W78, W79 ou W84 ou O00-O01, O10-O16, O24-O26.5, O26.8-O26.9, O30-O48, Z321-Z369).</p> <p>E. A usuária deve estar cadastrada na equipe.</p> <p>F. Ter registro de pelo menos 4 visitas do ACS desde o diagnóstico da gravidez, sendo uma delas em até 7 dias após a data do parto.</p> <p>G. Ter realizado pelo menos uma consulta odontológica e/ou procedimento clínico em saúde bucal.</p>		

Grupo de Ações	Descrição	UC
<p>Caso não haja ESB vinculada à equipe, este item não se aplica.</p> <p>Obs 1: Toda gestante com mais de 40 dias da data prevista de parto deve ser automaticamente excluída da lista de gestantes ativas no prontuário.</p> <p>Obs 2: para considerar uma gestante ativa no prontuário, o profissional deve registrar uma consulta com o código do CID10 de gestação e ativar a linha de cuidado.</p>		

Fonte: Termo Aditivo nº 019/2016 ao Contrato de Gestão nº025/2015, Rio de Janeiro (Cidade), 2016.

Os itens referentes a ações a serem aferidas (indicadores) contidas neste “grupo de ações” são as descritas nos itens B, C, D, F e G; as outras configuram-se como critérios de inclusão no grupo e não propriamente ações.

De acordo com os indicadores do SISPRENATAL (2002, *apud* BRASIL, 2004c), apenas 4,07% das gestantes inscritas no Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento (PHPN) realizam o mínimo de seis consultas de pré natal e a consulta de puerpério. Além disso, destaca que o motivo de retorno de grande parte das mulheres ao serviço de saúde no primeiro mês após o parto é com a avaliação do recém nascido e sua vacinação. Tal fato, evidencia que a atenção ao puerpério no primeiro mês após o parto não está consolidada nos serviços de saúde e que há uma carência no repasse de informações às mulheres sobre a importância da consulta após o parto.

A Portaria nº 570 de 1º de junho de 2000 estabelece o Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento; segundo ela, a adesão dos municípios ao Componente I – Incentivo à Assistência Pré Natal será condicionada ao atendimento aos requisitos expostos do Art. 4º da Portaria e da realização dos seguintes procedimentos (BRASIL, 2000d):

1. Realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês da gestação;
2. Realização de, no mínimo, 06 (seis) consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação;
3. Realização de 01 (uma) consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento;
4. Realização dos seguintes exames laboratoriais:

- a - ABO-Rh, na primeira consulta;
 - b - VDRL, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;
 - c - Urina – rotina, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;
 - d - Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;
 - e - HB/Ht, na primeira consulta.
- 4.2 Oferta de Testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de 50 mil habitantes;
- 4.3 Aplicação de vacina antitetânica dose imunizante segunda do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas;
- 4.4 Realização de atividades educativas;
- 4.5 Classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas subsequentes;
- 4.6 Garantir às gestantes classificadas como de risco, atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco (BRASIL, 2000d).

Percebe-se que três dos indicadores propostos no Grupo de Ações estão contidos no PHPN, com modificações:

(1) A consulta de revisão de puerpério é proposta pelo MRJ, no prazo de 7 dias.

Sobre isso, o Ministério da Saúde ressalta a importância das consultas de revisão do puerpério, uma vez que é nesta fase que a mulher está mais sujeita a ocorrência de complicações que, quando não identificadas precocemente podem resultar em morbidade e mortalidade por causas evitáveis. Nesse sentido, ressalta a importância da assistência em dois momentos no período pós parto: a revisão puerperal precoce que deve ocorrer entre o sétimo e o décimo dias e a revisão puerperal tardia, com 42 dias após o nascimento. E frisa que as consultas devem ocorrer tanto na unidade de saúde da família como nas residências por meio das visitas domiciliares (BRASIL, 2001)

(2) Para realização de primeira consulta de pré natal é dado, pela PHPN, o prazo de até o 4º mês de gestação; o município do Rio de Janeiro considera ideal sua realização até o 3º mês.

(3) O quantitativo de consultas de pré natal, como já analisado no indicador nº13 da Parte Variável 1, considerado ideal para a PHPN é igual a 6 e, para o MRJ, 7.

A despeito das diferenças observadas, é importante salientar que são indicadores úteis, válidos, confiáveis e disponíveis, incluindo os itens F e G os quais relacionam-se com a continuidade e integralidade do cuidado, respectivamente.

No entanto, é preciso fazer uma ressalva: o grupo de ação proposto não leva em consideração mulheres que tenham realizado o pré natal fora da unidade de saúde em análise. Não são criados mecanismos, por parte do Município, para aferir se a unidade de saúde está acompanhando estas mulheres, pelas visitas domiciliares e informações colhidas pelos profissionais de saúde com fins de conhecer o cuidado que estão recebendo em outros estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS.

Título: Grupo de Ações 04 da Parte Variável 03

Grupo de Ações	Descrição	UC
04	Acompanhamento de uma criança, no primeiro ano de vida, por ano	06
<p style="text-align: center;"><u>Saúde Infantil – 1º Ano de Vida</u></p> <p>Um usuário é considerado neste grupo se for verdadeira a condição [A e B e C e D e E e F e G e H e I e J]:</p> <p>A. Ter completado um ano de vida durante o período em análise.</p> <p>B. Ter tido a primeira consulta médica ou de enfermagem até ao 15º dia de vida [0, 15 dias].</p> <p>C. Ter realizado pelo menos 5 consultas médicas ou de enfermagem de acompanhamento em saúde infantil (puericultura) até aos 11 meses de vida – [0, 330] dias</p> <p>D. Ter pelo menos 3 registros parametrizado de avaliação do desenvolvimento psicomotor até os 11 meses de vida – [0, 330] dias. Podem ser realizados por médico ou enfermeiro.</p> <p>E. Ter recebido ao menos 5 visitas domiciliares do ACS aos 11 meses de vida, sendo a primeira até o 7º dia de vida – [0, 330] dias.</p>		

Grupo de Ações	Descrição	UC
	<p>F. Estar com o calendário vacinal em dia e todos os registros vacinais devidamente preenchidos no prontuário.</p> <p>G. Ter registro de coleta do teste do pezinho (realizado entre 3º e 5º dias de vida).</p> <p>H. Ter registro de avaliação nutricional com registro de IMC em cada consulta.</p> <p>I. Ter realizado pelo menos uma consulta odontológica ou participação em grupo educativo com dentista, TSB ou ASB. Caso não haja ESB vinculada à equipe, este item não se aplica.</p> <p>J. Não ter recebido UC no grupo de ação 04 para o mesmo paciente.</p>	

Fonte: Termo Aditivo nº 019/2016 ao Contrato de Gestão nº025/2015, Rio de Janeiro (Cidade), 2016.

Os itens referentes a ações a serem aferidas (indicadores) contidas neste “grupo de ações” são as descritas nos itens B, C, D, E, F, G, H e I; as outras configuram-se como critérios de inclusão no grupo e não propriamente ações.

Os indicadores presentes neste grupo de ação podem ser considerados como úteis, válidos, confiáveis e disponíveis.

A primeira semana de vida do recém nascido é importante para o fortalecimento do vínculo entre a família e a criança, oferecimento de apoio, disponibilização de serviços de atenção à saúde e detectar precocemente condições que podem inferir na saúde da criança e da mulher. Na atenção básica, é desejável que se garanta a visita domiciliar do agente de saúde com vistas à orientação sobre cuidados tanto com a saúde de ambos e é importante que, quando possível, seja estimulado o envolvimento do pai; seja realizado aconselhamento sobre aleitamento materno e alimentação; agendamento da consulta na unidade básica de saúde, podendo ser agendada a consulta tanto da mãe quanto da criança na mesma data selecionando dois horários na agenda do médico da equipe

a fim de possuir mais tempo para a realização dos exames (teste do pezinho, imunizações, etc) e atividades de aconselhamento de forma qualificada. (BRASIL, 2012c).

É importante ressaltar que é recomendado, pelo Ministério da Saúde, o aleitamento materno exclusivo até, pelo menos os 6 meses de idade; porém, é previsto um esquema de introdução alimentar às crianças que, por diversos motivos, não amamentam. O serviço de saúde deve estar atento a estes casos, auxiliar a mãe no processo de amamentação e realizar acompanhamento das crianças que não têm acesso ao aleitamento materno (BRASIL, 2012c).

Após este período, até a criança completar dois anos, o objetivo é realizar um acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento, com olhar voltado não apenas para a criança, mas também para o contexto de saúde e de vida de sua família, possibilitando a criação de um projeto terapêutico para cada criança e família (BRASIL, 2012c).

Título: Grupo de Ações 05 da Parte Variável 03

Grupo de Ações	Descrição	UC
05	Acompanhamento de uma criança, no segundo ano de vida, por ano	04
<p style="text-align: center;"><u>Saúde Infantil – 2º Ano de Vida</u></p> <p>Um usuário é considerado neste grupo se for verdadeira a condição [A e B e C e D e E e F]:</p> <p>A. Ter completado dois anos de vida durante o período em análise.</p> <p>B. Ter pelo menos 3 consultas com registros parametrizados de avaliação e desenvolvimento psicomotor, peso e altura (pelo menos 1 consulta do médico e uma consulta com enfermeiro) entre os 12 e os 24 meses de vida – [365, 730] dias.</p> <p>C. Ter recebido pelo menos 2 visitas do ACS entre os 12 e os 24 meses de vida – [365, 730] dias.</p> <p>D. Estar com o calendário vacinal completo e todos os registros vacinais devidamente preenchidos</p>		

Grupo de Ações	Descrição	UC
	<p>no prontuário eletrônico.</p> <p>E. Ter realizado pelo menos uma consulta odontológica ou participação em grupo educativo com dentista, TSB ou ASB. Caso não haja ESB vinculada à equipe, este item não se aplica.</p> <p>F. Não ter recebido UC no grupo de ação 05 para o mesmo paciente.</p>	

Fonte: Termo Aditivo nº 019/2016 ao Contrato de Gestão nº025/2015, Rio de Janeiro (Cidade), 2016.

Os itens referentes a ações a serem aferidas(indicadores) contidas neste “grupo de ações” são as descritas nos itens B, C, D e E; as outras configuram-se como critérios de inclusão no grupo e não propriamente ações.

Os indicadores propostos nos itens B, C, D e E foram avaliados como úteis, válidos, confiáveis e disponíveis.

Cabe salientar a importância de se acompanhar fatores relacionados a peso e altura da criança pois situações de baixo peso e magreza podem estar associada tanto a fatores nutricionais, patológicos quanto a situações vividas na família, devendo ser solicitado acompanhamento do NASF ou de assistente social para determinados casos. Quando detectada situação de baixo peso na criança acima de dois anos, é importante a realização de um acompanhamento quinzenal para avaliação de seu estado nutricional (BRASIL, 2012c).

Título: Grupo de Ações 06 da Parte Variável 03

Grupo de Ações	Descrição	UC
06	Acompanhamento de uma pessoa diabética, por ano	06
<p style="text-align: center;"><u>Diabetes</u></p> <p>Um usuário é considerado neste grupo se for verdadeira a condição [A e B e C e D e E e F e G e H e I]:</p> <p>A. Ter o diagnóstico de Diabetes Mellitus (códigos T89 ou T90 da ICPC-2 ou E10-E14.9) na lista de problemas, com estado ativo e inserção na linha de cuidados correspondente.</p> <p>B. Ter realizado pelo menos uma consulta médica e uma consulta de enfermagem durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.</p> <p>C. Ter pelo menos dois registros de pressão arterial e IMC (realizados em dias diferentes) durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.</p> <p>D. Ter pelo menos um registro de resultado de hemoglobina A1C inferior ou igual a 8%, realizado durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.</p> <p>E. Ter pelo menos 3 visitas do ACS, realizadas durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.</p> <p>F. Ter pelo menos 1 registro de resultado de colesterol total E colesterol HDL E triglicérides realizados durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.</p> <p>G. Ter ao menos uma avaliação dos pés registrada durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.</p>		

Grupo de Ações	Descrição	UC
	<p>H. Ter realizado pelo menos uma consulta odontológica ou orientação em Saúde Bucal por dentista nos últimos 12 meses. Caso não haja ESB vinculada à equipe, este item não se aplica.</p> <p>I. Não ter recebido UC no grupo de ação 06 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.</p>	

Fonte: Termo Aditivo nº 019/2016 ao Contrato de Gestão nº025/2015, Rio de Janeiro (Cidade), 2016.

Os itens referentes a ações a serem aferidas (indicadores) contidas neste “grupo de ações” são as descritas nos itens B, C, D, E, F, G e H; as outras configuram-se como critérios de inclusão no grupo e não propriamente ações.

Os indicadores foram avaliados como úteis, válidos, confiáveis e disponíveis; no entanto, cabe uma ressalva sobre o que será feito com as informações registradas a partir das consultas/exames/procedimentos pois, com exceção do item D que afere se o resultado do exame de hemoglobina A1C inferior ou igual a 8%, ou seja, se apresentou-se satisfatório, os outros itens estão centrados no processo da realização do procedimento, mas não apresentam diretrizes claras sobre como atuar frente ao resultado obtido, possibilitando sua melhora.

No Plano de Ação 2008-2013 da OMS em relação às Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) (2008 *apud* SCHMIDT *et al*, 2011) são focalizadas quatro doenças (doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas) as quais são relacionadas com quatro fatores de risco em comum, são eles: tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e uso prejudicial de álcool.

É forte a influência do tabagismo sobre as pessoas com diabetes, podendo causar um aumento no risco de desenvolvimento de doença macro e microvascular e levando a um aumento das concentrações do colesterol total e LDL, diminuição do HDL e acarretando numa maior resistência à insulina. Os mecanismos da influência do tabagismo ainda são desconhecidos, mas há comprovação de que os fumantes apresentam maiores níveis glicêmicos quando comparados a

não fumantes, além de apresentar risco aumentado para neuropatia e doença renal em estágio terminal (INCA, 2010 *apud* BRASIL, 2014b).

Além disso, a oferta de orientação nutricional é útil na promoção de hábitos saudáveis, manutenção do peso desejável e estímulo a um padrão alimentar adequado. Ela deve ser realizada com base no conhecimento da realidade vivida pelo usuário, suas possibilidades financeiras e seus hábitos culturais (BRASIL, 2006 *apud* BRASIL, 2014b).

Dessa forma, percebe-se que é desejável que a atenção ao diabético e ao portador de DCNT que seja realizado um trabalho psicossomático com vistas no reconhecimento da doença e do modo com que o paciente a concebe em sua vida a fim de estimular hábitos saudáveis e atuar, de forma multiprofissional, nas diversas áreas atinentes à promoção da saúde daquela pessoa.

Título: Grupo de Ações 07 da Parte Variável 03

Grupo de Ações	Descrição	UC
07	Acompanhamento de uma pessoa hipertensa, por ano	02
<p style="text-align: center;"><u>Hipertensão</u></p> <p>Um usuário é considerado neste grupo se for verdadeira a condição [A e B e C e D e E e F]:</p> <p>A. Ter o diagnóstico de hipertensão arterial (códigos K86 ou K87 da ICPC-2 ou I10-I15.9) na lista de problemas, com estado ativo e inserção na linha de cuidados correspondente.</p> <p>B. Ter realizado pelo menos uma consulta médica e uma consulta de enfermagem durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.</p> <p>C. Ter pelo menos 2 registros de pressão arterial e IMC (realizados em dias diferentes) durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise, sendo pelo menos um deles com valor de pressão arterial sistólica inferior ou igual a 140mmHg e de pressão arterial diastólica inferior ou igual a 90mmHg.</p>		

Grupo de Ações	Descrição	UC
	<p>D. Ter pelo menos 1 registro de resultado de colesterol total E colesterol HDL E triglicerídeos realizados durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.</p> <p>E. Ter registro de entrada no programa do tabagismo da unidade (CID-10 F17- F17.9; Z72.0; T65.2 e/ou grupo educativo com o tema tabagismo) (caso o paciente não seja tabagista, considerar este item atendido desde que tenha registro de não-tabagismo no prontuário).</p> <p>F. Não ter recebido UC no grupo de ação 07 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.</p>	

Fonte: Termo Aditivo nº 019/2016 ao Contrato de Gestão nº025/2015, Rio de Janeiro (Cidade), 2016.

Os itens referentes a ações a serem aferidas(indicadores) contidas neste “grupo de ações” são as descritas nos itens B, C, D e E; as outras configuram-se como critérios de inclusão no grupo e não propriamente ações. Os indicadores foram avaliados como úteis, válidos, confiáveis e disponíveis. Sobre o item D faz-se necessário fazer uma ressalva acerca de quais medidas são adotadas pela unidade de saúde caso o resultado do exame seja insatisfatório. É desejável que o paciente receba orientações acerca de seus hábitos alimentares e, se possível, seja incluído nos grupos de atividade física promovidos pela unidade de saúde.

O hábito do fumo é considerado fator de risco para desenvolvimento de Doença Cardiovascular (DCV); no entanto, ainda não há uma definição clara acerca da relação do tabagismo como fator de risco para Hipertensão Arterial. Entretanto, é sabido que com o fumo ocorre uma elevação momentânea da pressão arterial que pode se prolongar por até 2 horas (GUPTA; SINGH; GUPTA, 2004 *apud* BRASIL, 2014b). Além disso, o uso do cigarro aumenta a resistência aos medicamentos hipertensivos e o risco do desenvolvimento de complicações cardiovasculares, além de favorecer a progressão da insuficiência renal (FERREIRA *et al.*, 2009 *apud* BRASIL, 2014b).

Nesse sentido, é reforçada a hipótese de que o estímulo à cessação do tabagismo pode ser uma importante estratégia para controle das doenças crônicas, como a hipertensão (BRASIL, 2014b) e é importante que ações de controle ao tabagismo sejam incorporadas aos serviços oferecidos pela Atenção Básica no que se refere ao controle das doenças crônicas não transmissíveis.

Além disso, destaca-se a necessidade do serviço de saúde de apresentar um olhar global sobre os fatores de risco para as doenças haja vista o fato de apresentarem-se de forma agregada: a predisposição genética aliada a fatores ambientais e estilos de vida pouco saudáveis. Entre as principais medidas não medicamentosas para a prevenção da Hipertensão estão a promoção de uma alimentação saudável, fomento a atividade física regular, restrição do consumo de sódio e álcool e combate ao tabagismo (SBS; SBH; SBN, 2010 *apud* BRASIL, 2014b).

Título: Grupo de Ações 08 da Parte Variável 03

Grupo de Ações	Descrição	UC
08	Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de tuberculose	08
<p style="text-align: center;"><u>Tuberculose</u></p> <p>Um usuário é considerado neste grupo se for verdadeira a condição [A e B e C e D e E e F e G e H e I]:</p> <p>A. Ter registro do número do SINAN no PEP para o paciente acompanhado.</p> <p>B. Ter realizado pelo menos 2 consultas médicas e 4 de enfermagem no período do tratamento.</p> <p>C. Ter alta por cura registrada no PEP.</p> <p>D. Ter registro, no campo apropriado do PEP, do resultado de teste rápido molecular e/ou baciloscopia de escarro no momento do diagnóstico.</p>		

Grupo de Ações	Descrição	UC
	<p>E. Ter registro, no campo apropriado do PEP, de resultado de teste/exame anti-HIV até o 2º mês de tratamento.</p> <p>F. Ter registro, no campo apropriado do PEP, de avaliação de todos os contatos com pelo menos uma consulta (CID Z20.1) e registro de raio X dentro dos 6 meses após o diagnóstico do caso índice.</p> <p>G. Ter recebido pelo menos uma visita durante o período de tratamento, com intervalos de 30 dias entre as visitas;</p> <p>H. Ter realizado pelo menos uma consulta odontológica ou participação em grupo educativo com dentista, TSB ou ASB, nos últimos 12 meses. Caso não haja ESB vinculada à equipe, este item não se aplica.</p> <p>I. Não ter recebido UC no Grupo de Ação 08 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.</p>	

Fonte: Termo Aditivo nº 019/2016 ao Contrato de Gestão nº025/2015, Rio de Janeiro (Cidade), 2016.

Os itens referentes a ações a serem aferidas (indicadores) contidas neste “grupo de ações” são as descritas nos itens B, C, D, E, F, G e H. Os indicadores foram avaliados como úteis, válidos, confiáveis e disponíveis.

O item A refere-se a uma obrigatoriedade das unidades de saúde haja vista que, de acordo com a Portaria nº 204 de 17 de fevereiro de 2016, a Tuberculose é uma doença de Notificação Compulsória. Dessa forma, a notificação de todos os pacientes confirmados deve ser realizada com periodicidade semanal (BRASIL, 2016a).

Na Declaração de Amsterdã para Deter a Tuberculose, documento elaborado em conferência ministerial sobre Tuberculose e Desenvolvimento Sustentável, em março de 2000, realizada entre os 20 países que apresentavam 80% da carga mundial de Tuberculose, foi firmada a meta de detecção de 70% dos casos infecciosos, e a cura de, pelo menos, 85% deles. Tais valores entraram na relação dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – objetivo 6 e meta 8 (OMS, 2005 *apud* BRASIL, 2006b). O indicador proporção de cura por Tuberculose refere-se ao indicador nº 11 da Parte Variável 01 e já foi anteriormente analisado.

O Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde - PQA-VS – foi criado no ano de 2013 pela Portaria no 1.378/GM/MS, de 8 de julho de 2013. Desde então, inúmeras outras Portarias foram criadas com fins de regulamentá-lo, atualizá-lo e avaliá-lo. O PQA-VS constitui-se em um conjunto de ações do Ministério da Saúde, capilarizadas pelos componentes estadual e municipal, com o intuito de garantir o acesso integral às ações e serviços de saúde. A esfera federal assume a responsabilidade pelo financiamento e apoio técnico; a estadual e a municipal, trabalham orientadas pela implantação das diretrizes e ações preconizadas afim de garantir o atingimento das metas propostas. (BRASIL, 2013d).

Para o ano de 2013, foi proposta pela Portaria 1708 de 16 de agosto de 2013, pelo menos 80% (oitenta por cento) dos contatos de casos novos de tuberculose pulmonar bacilíferos positivos examinados (meta 11) (BRASIL, 2013d). Já no ano de 2016, a atualização mais recente, a Portaria no 328, de 7 de março de 2016 reduz a meta anteriormente estabelecida para 70% dos contatos dos casos novos de tuberculose com confirmação laboratorial examinados (meta 11) (BRASIL, 2016b).

É interessante e pertinente que se proponha a análise e detecção da doença para todos os contatos do caso índice, mas é preciso que se reflita, a partir das avaliações de desempenho anteriores das unidades de saúde, se a meta proposta é factível.

Título: Grupo de Ações 09 da Parte Variável 03

Grupo de Ações	Descrição	UC
09	Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de hanseníase	10
<p style="text-align: center;"><u>Hanseníase</u></p> <p>Um usuário é considerado neste grupo se for verdadeira a condição [A e B e C e D e E e F e G]:</p> <p>A. Ter registro de alta por cura da hanseníase no PEP.</p> <p>B. Ter realizado pelo menos 3 consultas médicas e 7 de enfermagem para multibacilares e 2 consultas médicas e 4 de enfermagem para paucibacilares no período do tratamento.</p> <p>C. Ter recebido do ACS ao menos uma visita durante o período de tratamento da hanseníase, com intervalos de 30 dias entre as visitas (paucibacilares 6 meses, multibacilares 12 meses)</p> <p>D. Ter registro e encerramento do caso no PEP.</p> <p>E. Ter registro de avaliação de incapacidades físicas.</p> <p>F. Ter registro de exame clínico dos contatos intradomiciliares com vacinação BCG e exame dermatoneurológico.</p> <p>G. Não ter recebido UC no grupo de ação 09 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.</p>		

Fonte: Termo Aditivo nº 019/2016 ao Contrato de Gestão nº025/2015, Rio de Janeiro (Cidade), 2016.

Os itens referentes a ações a serem aferidas(indicadores) contidas neste “grupo de ações” são as descritas nos itens A, B, C, E, F; as outras configuram-se como critérios de inclusão no grupo e não propriamente ações.

Para um paciente com hanseníase ser considerado curado é necessário que seja realizado o tratamento de poliquimioterapia seguindo três critérios: regularidade ao tratamento; número de doses e tempo de tratamento. Para os pacientes paucibacilares é preconizada a administração de 6 doses supervisionadas (6 cartelas PQT/OMS-PB) em até 9 meses. Ao final da 6ª cartela o paciente deve voltar à unidade de saúde para que seja realizada a avaliação do grau de incapacidade, exame dermatoneurológico e seja concedida alta por cura (BRASIL, 2008).

Para os casos multibacilares, o tratamento é realizado a partir da administração de 12 doses supervisionadas (PQT/OMS-MB) em até 18 meses. Ao final da 12ª cartela o paciente deve retornar à unidade de saúde para avaliação dermatoneurológica, grau de incapacidade e ser determinada a alta por cura. Caso não haja melhora, ao final das 12 cartelas, deve ser encaminhado para avaliação em unidade de maior complexidade a fim de que se verifique se é necessária a administração de um segundo ciclo do tratamento.

Em ambos os casos o agendamento para tomada da dose subsequente do medicamento é realizado a cada 28 dias. A cada ida à unidade de saúde para administração da dose dos medicamentos, o paciente será submetido a avaliação do médico e enfermeiro responsáveis pelo monitoramento clínico (BRASIL, 2008).

É importante que sejam fornecidas, ao paciente, informações relacionadas ao autocuidado, aos quais deverão ser observadas, por ele, em casa e reforçadas nas visitas domiciliares. As informações referem-se a cuidados a serem tomados nas regiões dos olhos, nariz, mãos e braços, pés e cuidados com ferimentos (BRASIL, 2008).

É também importante ressaltar que a Hanseníase é uma doença de notificação compulsória, devendo sua ocorrência ser notificada a partir da utilização da Ficha de Notificação e Investigação do Sistema Nacional de Agravos de Notificação nº 03 (BRASIL, 2008).

Percebe-se que o cuidado é realizado pela equipe multiprofissional, a ESB também contribui neste processo na medida em que, ao realizar a avaliação programática ou por demanda, mantém-se atenta às infecções da boca que são fatores de risco para complicações e estados reacionais (BRASIL, 2008).

Nesse sentido, os indicadores propostos neste grupo de ação foram analisados como úteis, válidos, confiáveis e disponíveis.

Título: Grupo de Ações 10 da Parte Variável 03

Grupo de Ações	Descrição	UC
10	Acompanhamento de uma pessoa com transtorno ou necessidades relacionadas ao Consumo de álcool e/ou outras drogas	
<p>Um usuário é considerado neste grupo se for verdadeira a condição [A e B e C e D e E e F]:</p> <p>A. Ter diagnóstico de transtorno mental e comportamental devido ao uso de álcool e/ou outras drogas* (CID F10, F11, F12, F13, F14, F15, F16, F18, F19).</p> <p>B. Ter diagnóstico de tabagismo (CID F17- F17.9; Z72.0; T65.2).</p> <p>C. Ter realizado pelo menos 4 consultas médicas ou de enfermagem ou grupo terapêutico por profissional de nível superior, nos últimos 6 meses.</p> <p>D. Ter recebido do ACS, no mínimo, 3 visitas nos últimos 6 meses.</p> <p>E. Ter registro, no mínimo, de uma avaliação de profissional de saúde mental (psicólogo, psiquiatra ou assistente social) do NASF. Este item não se aplica para equipes que não tenham NASF.</p> <p>F. Ter realizado pelo menos uma consulta odontológica ou orientação em Saúde Bucal por dentista nos últimos 12 meses.</p>		

Fonte: Termo Aditivo nº 019/2016 ao Contrato de Gestão nº025/2015, Rio de Janeiro (Cidade), 2016.

Os itens referentes a ações a serem aferidas (indicadores) contidas neste “grupo de ações” são as descritas nos itens C, D, E, F; as outras configuram-se como critérios de inclusão no grupo e não propriamente ações. Os item C, D e E do grupo de ações, são avaliados como indicadores úteis, válidos, confiáveis e disponíveis; entretanto, convém um comentário:

Para inclusão no grupo de ações, de acordo com os itens A e B, o usuário deve possuir diagnóstico de tabagismo e transtorno causado por álcool e/ou drogas; portanto, é importante que se saiba se o usuário teve entrada no grupo de controle do tabagismo da unidade de saúde, se participa de grupos educativos sobre álcool e drogas bem como a efetividade das ações realizadas de acompanhamento e aconselhamento do paciente em relação a estes temas, seja dentro da unidade de saúde ou fora dela, em sua residência.

As realização das consultas por médicos, enfermeiros e outros profissionais qualificados são de extrema relevância e demonstram o acesso do usuário ao serviço de saúde, mas é importante também que se conheçam os resultados destas atividades, além de saber como estão sendo desenvolvidas as ações de promoção da saúde para aquele usuário e quais os reflexos destas em suas condições de vida.

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Foram analisados 40 indicadores referentes às Partes Variáveis 01 e 02 e 10 Grupos de Ações, constantes na Parte Variável 03, cada um contendo de 3 a 8 indicadores e alguns critérios de inclusão no grupo.

Dos 19 indicadores da Parte Variável 01, 8 foram avaliados como satisfatórios de acordo com a literatura e a análise com base nas Propriedades Essenciais dos Indicadores, apresentando as quatro características essenciais (utilidade, validade, confiabilidade e disponibilidade). Três deles apresentam apenas algumas das propriedades essenciais: o indicador número 10 é apenas Útil e Disponível; e os indicadores 14 e 15 são apenas Confiáveis e Disponíveis. E, por fim, oito das medidas propostas foram avaliadas como não sendo indicadores e sim obrigações das unidades de saúde e, portanto, não deveriam estar contidas no quadro de indicadores apresentado.

Em relação à variável 02, foram analisados 21 indicadores; destes, 16 apresentaram as 4 propriedades essenciais; dois, apenas responderam aos critérios Utilidade e Disponibilidade (S1 e A4); um, apresentou apenas Confiabilidade e Disponibilidade (A7) e um mostrou-se útil, confiável e disponível (E1). Uma medida foi avaliada como não sendo indicador (A5).

Já em relação à Parte Variável 03, é um pouco diferente: a análise é voltada para a avaliação do desempenho profissional a partir da aferição da realização de atividades na unidade de saúde. Os grupos de indicadores, em sua maioria, aferem o acesso da população ao serviço haja vista a maior parte das medidas utilizadas serem indicadores de processo. Poucas ações propostas foram consideradas indicadores de resultado. Referente à Parte Variável 03, são:

(1) Ter registro, no campo apropriado do PEP, de avaliação de todos os contatos com pelo menos uma consulta (CID Z20.1) e registro de raio X dentro dos 6 meses após o diagnóstico do caso índice.

(2) Ter realizado pelo menos 2 consultas médicas e 4 de enfermagem no período do tratamento.

(3) Ter pelo menos 2 registros de pressão arterial e IMC (realizados em dias diferentes) durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise, sendo pelo menos um deles com valor de pressão arterial sistólica inferior ou igual a 140mmHg e de pressão arterial diastólica inferior ou igual a 90mmHg.

(4) Estar com o calendário vacinal completo e todos os registros vacinais devidamente preenchidos no prontuário eletrônico.

(5) Ter pelo menos um registro de resultado de hemoglobina A1C inferior ou igual a 8%, realizado durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.

(6) Ter alta por cura por Tuberculose registrada no PEP.

(7) Ter registro de alta por cura da hanseníase no PEP.

(8) Ter registro e encerramento do caso [de hanseníase] no PEP.

Nas Partes Variáveis 1 e 2 as medidas apresentadas também foram majoritariamente classificados como indicadores de processo. Da Parte Variável 01, duas medidas foram classificados como indicadores de resultado (10 – Qualidade dos itens adquiridos – e 11 – Proporção de cura por tuberculose); e na Parte Variável 02, três (S1 – Percentagem de Usuários Satisfeitos/Muito Satisfeitos; D9 – Percentagem das ESF com desempenho acima ou muito acima da média no PMAQ - e E1 – Custo médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia (incluindo medicamentos REMUME) previstos por usuário.

O intuito não é diminuir a importância dos indicadores de processo e de sua aferição, mas assinalar que a avaliação de desempenho, que promete se pautar nos resultados obtidos pela gestão da OSS, centra-se basicamente na realização dos processos os quais são alvo protocolos clínicos e assistenciais formulados e pactuados entre as três esferas de governo.

Além disso, a aferição apenas dos processos realizados nas unidades de saúde não permite a verificação de como estão sendo realizados, ou seja, uma avaliação da qualidade dos processos, a qual se traduz, sumariamente, nos resultados obtidos; e também não permite às unidades de saúde compreender e corrigir possíveis erros com fins de obter melhoria nos resultados.

Não obstante a esta questão, outras considerações também serão feitas:

Embora muitos indicadores tenham sido considerados com boa confiabilidade, haja vista tomarem por base informações retiradas de dados empíricos da rotina de serviços da unidade de saúde, faz-se necessário ressaltar que é desejável que seja implementado, conjuntamente com a análise dos relatórios de desempenho enviados pelas unidades de saúde, um sistema periódico de auditorias dos processos de trabalho e procedimentos a ser realizado na própria unidade de saúde por um auditor qualificado a serviço do Município.

A pertinência das auditorias reside na necessidade de fortalecimento dos mecanismos de controle e avaliação por parte da Secretaria Municipal de Saúde e Prefeitura do Rio de Janeiro, e a possibilidade de conferir a confiabilidade das informações prestadas nos relatórios de gestão. Sobre isso, Costa e Silva, Escoval e Hortale (2014), ressaltam a importância da transparência e da coerência da condução, por parte dos gestores, com fins não apenas na credibilidade do processo mas também para a motivação dos profissionais envolvidos.

Em janeiro de 2016, após pressões do Ministério Público o ex prefeito do Rio de Janeiro, Eduardo Paes, editou uma série de Decretos atinentes à regulamentação das atividades das Organizações Sociais. Dentre eles, destacam-se:

(1) Decreto Rio nº 41215 de 18 de Janeiro de 2016: Institui Grupo de Trabalho para elaboração de Projeto de Lei para criação da categoria funcional de Analista de Contratos e Convênios (ACC). A categoria funcional criada integrará o Quadro de Pessoal da CGM. - garantia da eficiência, impessoalidade, boa aplicação dos recursos públicos pela correta execução do objeto contratado(RIO DE JANEIRO, 2016d).

(2) Decreto Rio nº41216 de 18 de janeiro de 2016: institui o Programa de Capacitação de Servidores que atuam na fiscalização dos contratos de gestão (PCFOS). O programa será executado em parceria entre a Controladoria Geral do Município, a Procuradoria Geral do Município e Secretaria Municipal de Administração (RIO DE JANEIRO, 2016e)

(3) Decreto Rio nº 41218 de 18 de Janeiro de 2016: Estabelece a realização de auditorias, por meio de inspeções físicas, em Organizações Sociais, pela Controladoria Geral do Município (CGM). A partir da edição deste decreto, a CGM teria um prazo de 150 dias para a realização de auditorias físicas em todas as organizações sociais que possuíssem relações contratuais com o MRJ com objetivo de verificar a conformidade das ações praticadas (RIO DE JANEIRO, 2016f).

Cabe ao Ministério Público e demais órgãos fiscalizadores garantir que tais medidas sejam de fato implementadas e pressionar por resultados provenientes da Administração Pública.

Outra questão importante de ser observada é o fato de que na Cláusula Quarta do Contrato de Gestão referente ao prazo de vigência do contrato está assim disposto:

O prazo de vigência do presente contrato será de 24 (vinte e quatro) meses a partir da data de assinatura, renovável uma vez por igual período e, outra, pela metade, se atingidas, pelo menos, 80% das metas físicas de número de Equipes de Saúde da Família definidas no Anexo E (RIO DE JANEIRO , 2015, p.14).

Percebe-se que, independente do atingimento das metas estipuladas na avaliação de desempenho, há a possibilidade de renovação do contrato de gestão por mais dois anos. A aferição do atingimento das metas será responsável pela ampliação de 1 ano no tempo do contrato caso sejam atingidas pelo menos 80% das metas.

Frente a isto, no item 8.3.2 do Manual de Fiscalização dos Contratos de Gestão firmados com Organizações Sociais, elaborado recentemente pela prefeitura do Rio de Janeiro e aprovado pela Resolução CGM 1251 de 31 de outubro de 2016, está contida a ressalva de “verificar se a Organização Social atingiu pelo menos 80% das metas definidas para o período anterior ao considerar uma possível prorrogação do contrato de gestão” (RIO DE JANEIRO, 2016h, p.24). A observância desta determinação confere maior idoneidade ao processo de recontração da Organização Social, na medida em que estabelece a prerrogativa de um atingimento satisfatório das metas estipuladas para que seja reconsiderada a renovação do contrato. Além disso, impele os

órgãos gestores a conferir maior transparência ao processo uma vez que os motivos da recontração deverão ser explicitados e a avaliação de desempenho, publicizada.

Sobre a Parte Variável 03 é importante salientar que apenas os profissionais da equipe mínima de saúde da família e de saúde bucal (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes comunitários, dentista, TSB e ASB) têm direito ao recebimento do benefício salarial prometido pelo atingimento das metas (RIO DE JANEIRO, 2016i). Dessa forma, vários profissionais indispensáveis ao cuidado em saúde, como por exemplo o farmacêutico e técnicos de farmácia, os responsáveis pelo acolhimento, etc, não são alvo desta variável e não podem receber o incentivo.

Por fim, cabem alguns comentários acerca do estudo realizado por Melo e Sousa (2011) sobre a contratualização de indicadores de desempenho com as unidades de saúde da família, em Portugal, mas que cabem à nossa discussão e contexto.

Segundos os autores, seria ideal que a avaliação de desempenho tomasse por base a utilização de indicadores que representassem ganhos em saúde e que respeitassem os princípios e a prática da medicina de família. Ressaltam que a partir de indicadores que medem processos e alguns resultados intermediários não é possível aferir a efetividade das ações, sendo indispensável a avaliação com vistas aos ganhos em saúde.

É levantada a preocupação acerca de uma mudança no caráter da atenção como consequência das avaliações de desempenho: em vez de de estimular o desenvolvimento de uma Medicina Centrada no Doente, é possível que se tenha por consequência o crescimento de uma prática de Medicina Baseada em Indicadores, ou seja, em vez de serem atendidas as reais necessidades em saúde apresentadas pelos pacientes serão focalizadas ações de acordo com o que está previsto na avaliação proposta no contrato de gestão, o que pode acarretar em excessos, medicalização, consumismo, iatrogenia e um perigo de afunilamento da atividade médica, com vistas a privilegiar as tarefas contratualizadas em detrimento de outras haja vista que a remuneração depende do atendimento aos indicadores.

Os autores também comentam o fato de que os indicadores elencados para compor a avaliação de desempenho contratualizada devem ser escolhidos com base nas melhores evidências de acordo com o paradigma da Medicina Baseada em Evidências, com o objetivo de maximizar os

ganhos em saúde. E apontam para a fragilidade dos indicadores baseados em consensos como, por exemplo, os indicadores que medem a periodicidade das consultas, periodicidade do pedido de alguns meios complementares de diagnóstico e terapêutica haja vista não apresentarem evidências que garantam sua utilidade. (MELO; SOUSA, 2011). Sobre isso, é importante também ressaltar que, algumas vezes, a periodicidade da realização de consultas e visitas a alguns pacientes deverá, na prática cotidiana, ser realizado num quantitativo muito maior do que o previsto nos protocolos assistenciais com vistas ao fortalecimento do vínculo, garantia de adesão a tratamentos e acompanhamento efetivo.

Outro aspecto importante a ser ressaltado diz respeito ao valor das metas estipuladas. É preciso que sejam feitas com cautela uma vez que a criação de metas muito altas, utópicas, podem acarretar na focalização dos serviços de modo a atingi-las em detrimento de outras. Portanto, é interessante que se questione o método adotado para definição das metas; se houve pactuação entre diferentes setores; se os profissionais da unidade foram envolvidos; se houve estudo acerca das consequências da possibilidade de afunilamento e focalização dos serviços; e se as metas estipuladas levam em consideração a prática clínica, os problemas do cotidiano e a falibilidade das pessoas envolvidas no cuidado (MELO; SOUSA, 2011).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente ao exposto ao longo deste estudo, é preciso que se leve em consideração que a contratualização é um processo tão dinâmico e passível e transformações quanto o cuidado em saúde. Dessa forma, não existem modelos prontos ou acabados, é importante que sejam implementadas medidas que favoreçam seu constante aprimoramento de acordo com as necessidades evidenciadas em cada território e com a experiência obtida de sua utilização, da qualificação, profissionalização da gestão e com a experimentação de novas abordagens (COSTA E SILVA; ESCOVAL; HORTALE, 2014).

A despeito de ter escolhido um contrato de gestão específico para a análise, é importante que se ressalte que os contratos de gestão apresentam os mesmos parâmetros de avaliação e metas

estipuladas para gestão dos equipamentos e ações voltadas para a Atenção Básicas nas diferentes áreas programáticas do Município do Rio de Janeiro.

A criação de mecanismos robustos que garantam a análise do desempenho e da eficiência das unidades de saúde geridas por Organizações Sociais faz parte do compromisso do Município do Rio de Janeiro com a garantia de saúde de qualidade para sua população bem como da elevação dos níveis de saúde e melhoria das condições de vida.

Além disso, a existência de um método para a realização do acompanhamento avaliativo, aferindo o cumprimento das metas não apenas no sentido fiscalizatório mas na busca pelo aperfeiçoamento das ações e atividades das unidades de saúde, com vistas na efetividade das práticas e de melhores resultados, é substancial para o momento político vivido. Outrossim, o estabelecimento de avaliações e a criação de medidas avaliativas baseados em processos participativos, envolvendo gestores, trabalhadores da saúde e usuários é imprescindível para a criação de mecanismos de avaliação robustos, factíveis e que direcionem a prática às reais necessidades da população, evitando o afunilamento de serviços e priorização de interesses externos às comunidades atendidas.

É imperativo, portanto, que se fortaleça a crítica frente às racionalidades produtivistas e se trabalhe ao encontro uma matriz de valores orientada pelos princípios de compromisso, responsabilização, transparência e efetividade do cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando Luiz. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. spe, p. 67-86, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122007000700005&lng=en&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122007000700005>.

ANDRADE, Bárbara Bulhões Lopes. **Contratualização entre OSS e UPA: é possível um olhar transparente?** 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Saúde Coletiva) - Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

AFONSO, Alexandre Borges. Uma Avaliação da Implantação dos Novos Modelos. In BRASIL. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão. **Seminário Balanço da Reforma do Estado no Brasil: a Nova Gestão Pública**. Brasília, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2002. p.67-74. (Coleção Gestão Pública). Disponível em: <http://www.cedec.org.br/files_pdf/balancodareformadoestadonobrasil.pdf>.

ALMEIDA, Patty Fidelis; GIOVANELLA, Lígia; NUNAN, Berardo Augusto. **Atenção Primária Integral para a Saúde: Indicadores para Avaliação**. Rio de Janeiro, RJ, Abril de 2011. Disponível em: <http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/biblioteca_home/Atencao%20Primaria%20Integral%20a%20Saude.pdf>

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 10520: apresentação de citações em documentos: procedimentos. Rio de Janeiro, 1990.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.638 de 9 de agosto de 2002. **D.O.U.** Poder Executivo, Brasília, DF, 9 de agosto de 2002, Seção I, p.184-5

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 338 de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, DF: **Diário Oficial da União** – Seção I nº 96, 20 de maio de 2004a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. Nota Técnica 03/2015. Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde – COAP. **D.O.U.**, Brasília, DF, 02 março de 2015.

BRASIL. Decreto 37621 de 29 de agosto de 2013. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 29 ago. 2013a. Disponível em: <http://smaonline.rio.rj.gov.br/legis_consulta/44938Dec%2037621_2013.pdf>

BRASIL. Lei nº 11079, de 30 de dezembro de 2004. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 30 dez. 2004b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/Lei/L11079.htm>.

BRASIL. Lei nº 12.349, de 15 de dezembro 2010. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 15 dez. 2010a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12349.htm>

BRASIL. Lei 8666 de 21 de junho de 1993. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 21 jun. 1993a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8666cons.htm>

BRASIL. Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF. 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm>.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Secretaria da Reforma do Estado. **Organizações Sociais** (Cadernos MARE da Reforma do Estado; v. 2). Brasília, DF, 1998. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/cadernosmare/caderno02.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. Câmara da Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília, 1995. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/Documents/Mare/Planodiretor/Planodiretor.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). Resolução n. 4, de 19 de julho de 2012a. [Online]. Disponível em: <http://www.cosemsal.org/public/documentos/RESOLUO_N_4_DE_19_DE_JULHO_DE_2012.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. **Fica Técnica de Indicadores da Ação de Controle do Câncer do Colo do Útero**. 2014a. [Online]. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/84f26080469faa79859bed5120665fa8/FICHA+T%C3%89CNICA+Indicadores+Colo+14.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=84f26080469faa79859bed5120665fa8>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. (Série E. Legislação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004c. (Série C: Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada - Manual Técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Caderno 5 (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos). Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1926.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento Demanda Espontânea**. Brasília; Ministério da Saúde, 2013b. n 28, vol. 1 (Cadernos de Atenção Básica). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica** (Cadernos de Atenção Básica nº 35). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2012d. 1º ed. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - Manual Instrutivo – Anexo – Ficha de Qualificação dos Indicadores**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2012e. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/Pmaq/manual_instrutivo_pmaq_site_anexo.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - Manual Instrutivo**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2012f. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. , Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Sexual e Reprodutiva**. 1. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. n. 26. (Cadernos de Atenção Básica n. 26).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose** (Cadernos de Atenção Básica nº 21). 2º ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008, Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad21.pdf>.

-----BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Plano Estratégico para Controle da Tuberculose, Brasil 2007 – 2015**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. **Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) – Fichas de Qualificação dos Indicadores**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013d.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Orçamento Federal. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. **Indicadores: Orientações Básicas Aplicadas à Gestão Pública**. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2012g. 1º ed. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/servicos/central-de-conteudos/publicacoes/121003_orient_indic_triangular.pdf>.

BRASIL. Portaria n. 134 de 04 de abril de 2011. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 04 abr. 2011. Disponível em: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/zip/U_PT-MS-SAS-134_040411.pdf>.

BRASIL. Portaria nº 1708, de 16 de Agosto de 2013e. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 159, p. 44 -45. 16 ago. 2013. Seção 1.

BRASIL. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016a. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 17 fev. 2016.

BRASIL. Portaria nº 328, de 7 de março de 2016b. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 7 mar. 2016.

BRASIL. Portaria n. 376 de 03 de outubro de 2000a. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 03 out. 2000b.

BRASIL. Portaria n. 4279, de 30 de dezembro de 2010. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Portaria nº 511 de 29 de dezembro de 2000. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 29 de dezembro de 2000c.

BRASIL. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 20 mai. 1993b. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html>

Brasil, Portaria n. 570 de 01 de junho de 2000. Institui o Componente I do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento - Incentivo à Assistência Pré-natal no âmbito do Sistema Único de Saúde, Brasília (DF) **Diário Oficial da União**; 2000d.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Uma Resposta Estratégica aos Desafios do Capitalismo Global e da Democracia. In BRASIL. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão. **Seminário Balanço da Reforma do Estado no Brasil: a Nova Gestão Pública**. Brasília, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2002.

CECÍLIO, Luís Carlos de Oliveira; MATSUMOTO, Norma Fumie. Uma Taxonomia Operacional de Necessidades de Saúde in PINHEIRO R; FERLA A F; MATTOS R A (orgs.). **Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio Grande do Sul:Rio de Janeiro: EdUCS/UFRS: IMS/UERJ: CEPESC, 2006. 112p.

CENTRO LATINO-AMERICANO DE ADMINISTRAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO – CLAD. Uma nova gestão pública para a América Latina. In: Revista do Serviço Público, Brasília, ano 50, nº 01, Janeiro / Março, 1999, p.121-144.

CORADI, Ana Elisa Prado. A importância do farmacêutico no ciclo da Assistência Farmacêutica. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v.37, n. 2, p. 62-64, Maio/Ago 2012.

COSTA E SILVA, Vanessa; ESCOVAL, Ana; HORTALE, Virginia Alonso. Contratualização na Atenção Primária à Saúde: a experiência de Portugal e Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3593-3604, ago. 2014. Disponível em:
<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803593&lng=en&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014198.11822013>.

COSTA, Nilson do Rosário; MELO, Marcos André C. de. Reforma do Estado e as Mudanças Organizacionais no Setor Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 3, n. 1, p. 52-67, Jun. 1998 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231998000100052&lng=en&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812319983102812014>.

COSTA, Valeriano Mendes Ferreira. A dinâmica institucional da reforma do Estado: um balanço do período FHC. In: ABRUCIO, Fernando Luiz; LOUREIRO, Maria Rita (Orgs.). **O Estado numa era de reformas: os anos FHC. (Parte 2)**. Brasília: Ministério do Planejamento/Pnud/OCDE, 2002. Disponível em: <http://www.cedec.org.br/files_pdf/OEstadonumaeradereformasOsanosFHCparte2.pdf>

DITTERICH, Rafael Gomes; MOYSES, Simone Tetu; MOYSES, Samuel Jorge. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 28, n. 4, p. 615-625, Abr. 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000400002&lng=en&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000400002>.

ESPERIDIÃO, M.; TRAD, L. A .B. Avaliação da satisfação de usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, sup. 0, p. 303-312, 2005.

FARIAS, Pedro César Lima. Regulação e Modelo de Gestão. In BRASIL. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão. **Seminário Balanço da Reforma do Estado no Brasil: a Nova Gestão Pública**. Brasília, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2002. (Coleção Gestão Pública). Disponível em: <http://www.cedec.org.br/files_pdf/balancodareformadoestadonobrasil.pdf>.

MELO, Miguel; SOUSA, Jaime Correia de. Os Indicadores de Desempenho Contratualizados com as USF: Um ponto da situação no actual momento da Reforma. **Rev Port Clin Geral**, Lisboa , v. 27, n. 1, p. 28-34, jan. 2011 . Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-71032011000100005&lng=pt&nrm=iso>.

PAZ, Lourenço Senne. Apontamentos sobre plano diretor de reforma do Estado, organizações sociais e contratos de gestão. **Revista de Administração**, São Paulo, v. 36, n.3, p.36-39, julho/setembro 2001. Disponível em: <<http://rausp.usp.br/wp-content/uploads/files/v36n3p36a39.pdf>>.

RIO DE JANEIRO (Cidade). Decreto nº 32887 de 8 de Outubro de 2010. **Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, RJ, 8 de out. 2010. Disponível em: <http://smaonline.rio.rj.gov.br/legis_consulta/35373Dec%2032887_2010.pdf>.

RIO DE JANEIRO (Cidade). Decreto nº 41208 de 18 de Janeiro de 2016. **Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, RJ, Ano XXIX, n. 207, p. 3, 19 de Jan. 2016a.

RIO DE JANEIRO (Cidade). Decreto nº 41209 de 18 de Janeiro de 2016. **Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, RJ, Ano XXIX, n. 207, p. 3, 19 de Jan. 2016b.

RIO DE JANEIRO (Cidade). Decreto nº 41210 de 18 de Janeiro de 2016. **Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, RJ, Ano XXIX, n. 207, p. 3, 19 de Jan. 2016c.

RIO DE JANEIRO (Cidade). Decreto nº 41215 de 18 de Janeiro de 2016. **Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, RJ, Ano XXIX, n. 207, p. 4, 19 de Jan. 2016d.

RIO DE JANEIRO (Cidade). Decreto nº 41216 de 18 de Janeiro de 2016. **Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, RJ, Ano XXIX, n. 207, p. 4, 19 de Jan. 2016e.

RIO DE JANEIRO (Cidade). Decreto nº 41218 de 18 de Janeiro de 2016. **Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, RJ, Ano XXIX, n. 207, p. 5, 19 de Jan. 2016f.

RIO DE JANEIRO (Cidade). Decreto 41899, de 24 de junho de 2016. Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, 24 jun. 2016g. Disponível em:
<http://smaonline.rio.rj.gov.br/legis_consulta/52184Dec%2041899_2016.pdf>

RIO DE JANEIRO (Cidade). Lei 5026 de 19 de maio de 2009. **Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, RJ, 19 maio de 2009. Disponível em:
<<http://mail.camara.rj.gov.br/APL/Legislativos/contlei.nsf/bff0b82192929c2303256bc30052cb1c/0d30d23b34229c25032576ac00727b13?OpenDocument>>.

RIO DE JANEIRO (Cidade). Prefeitura do Rio de Janeiro. **Manual de Fiscalização dos Contratos de Gestão firmados com Organizações Sociais**. Rio de Janeiro: Prefeitura do Rio de Janeiro, 2016h. Disponível em:
<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/2904248/4175738/manual_fiscalizacao_organizacoes_sociais.pdf>.

RIO DE JANEIRO (Cidade). Prefeitura do Rio de Janeiro. Prefeitura do Rio anuncia a ampliação do Cartão Família Carioca. 2011 [Online]. Disponível em:
<<http://www.rio.rj.gov.br/web/guest/exibeconteudo?article-id=2366886>>.

RIO DE JANEIRO (Cidade). Prefeitura do Rio de Janeiro. **Relação Municipal de Medicamentos Essenciais – REMUME RIO**. Rio de Janeiro: Prefeitura do Rio de Janeiro, 2013. Disponível em:
<<http://subpav.org/download/assfarm/REMUME-RIO%202013.pdf>>.

RIO DE JANEIRO (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. **Contrato de Gestão 025/2015**. Rio de Janeiro, RJ, 01 set. 2015. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/5449200/4145350/CG_SPDM_CAP3.2.pdf>

RIO DE JANEIRO (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. **Termo Aditivo 019/2016**. Rio de Janeiro, RJ, 19 jul. 2016i. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/73801/4170104/TA_ALTERACAO_ANEXOS_TECNICOS_019_2016.pdf>

ROTTA, Carmem Silvia Gabriel, et al. Diretrizes: metas e medidas para obtenção da qualidade do prontuário. **Revista de Administração em Saúde**, v. 5, n.20, p. 17-22, 2003.

SALGADO, Valeria. **Fundação estatal: fundamentos legais e institucionais**. Brasília, DF :Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2008

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. Autarquia Hospitalar Municipal (AHM). Manual de Comissão de Revisão de Prontuários/ Chart review. São Paulo: Secretaria da Saúde; 2011. 12 p.

SCHMIDT, Maria Inês, et al. **Doenças crônicas não transmissíveis no brasil: carga e desafios atuais**. Publicado Online, 9 de maio de 2011. Disponível em: <<http://dms.ufpel.edu.br/ares/bitstream/handle/123456789/222/1%20%202011%20Doen%E7as%20cr%F4nicas%20n%E3o%20transmiss%Edveis%20no%20Brasil.pdf?sequence=1>>.

SILVA, Rebeca Nascimento Marinho. **Programas de transferência de renda e combate à pobreza no Brasil: um estudo sobre os programas Renda Melhor e Cartão Família Carioca**. 2015. Dissertação (Mestrado em Ciências na Área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. **Saude soc.**, São Paulo , v. 20, n. 4, p. 927-934, dez. 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400010&lng=en&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400010>.

WANNMACHER, L. Medicamentos Essenciais: vantagens de trabalhar neste contexto. **Uso Racional de Medicamentos: Temas Seleccionados**. Brasília, v.3, n.2, p. 1-6, 2006.

A Autora

Sanitarista - Bacharel em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ). Especialização em Gestão de Redes de Atenção à Saúde (ENSP/Fiocruz) e Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (IESC/UFRJ). Atualmente mestranda do Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ) e integrante pesquisadora do Núcleo de Estudos em Cuidados Intermediários e Redes de Atenção à Saúde da Universidade Federal Fluminense, nas linhas de pesquisa Cuidados Intermediários e Atenção Básica; e Cuidados Paliativos.

ISBN 978-65-86212-45-7



9 786586 212457 >