

Valdecir Carlos Tadei

Impacto Regional da Implantação do Ambulatório
Médico de Especialidades (AME) de Votuporanga
na Resolubilidade e Qualidade no Atendimento

São José do Rio Preto

2009

Valdecir Carlos Tadei

Impacto Regional da Implantação do Ambulatório
Médico de Especialidades (AME) de Votuporanga
na Resolubilidade e Qualidade do Atendimento

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina de São José do Rio Preto
para obtenção do título de Doutor no
Programa de Pós-Graduação em
Ciências da Saúde, Eixo Temático
Medicina Interna.

Orientador: Prof. Dr. Domingo Marcolino Braile

São José do Rio Preto

2009

Ficha Catalográfica

Tadei, Valdecir Carlos

Impacto Regional da Implantação do Ambulatório Médico de Especialidades (AME) de Votuporanga na Resolubilidade e Qualidade do Atendimento / Valdecir Carlos Tadei.

São José do Rio Preto, 2009,

69 p.

Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
Eixo Temático: Medicina Interna

Orientador: Prof. Dr. Domingo Marcolino Braile

1. Saúde Pública; 2. Atendimento médico; 3. Qualidade.

Valdecir Carlos Tadei

Impacto Regional da Implantação do Ambulatório
Médico de Especialidades (AME) de Votuporanga
na Resolubilidade e Qualidade no Atendimento

BANCA EXAMINADORA

TESE PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE DOUTOR

Presidente e Orientador: Prof. Dr. Domingo Marcolino Braile

2º Examinador: Prof. Dr. José Carlos Seixas

3º Examinador: Prof. Dr. Edmur Flávio Pastorelo

4º Examinador: Prof. Dr. Olimpio José Nogueira V. Bittar

5º Examinador: Prof. Dr. Dulcimar Donizete de Souza

Suplente: Prof. Dr. Antonio Carlos Meinberg

São José do Rio Preto

2009

SUMÁRIO

Dedicatória.....	i
Agradecimentos	ii
Epígrafe	v
Lista de Figuras	vi
Lista de Tabelas	vii
Lista de Abreviaturas e Símbolos	ix
Resumo	x
Abstract.....	xii
1- INTRODUÇÃO.....	1
1.1- Objetivo.....	7
2- CASUÍSTICA E MÉTODO.....	8
2.1- Área de Abrangência do Estado – Departamento Regional de Saúde XV (DRS V).....	8
2.2- Local do Estudo.....	12
2.3- Casuística.....	13
2.4- Coleta de Dados.....	15
2.5- Análise de Dados.....	16
3- RESULTADOS.....	17
3.1- Avaliação da Resolubilidade.....	17
3.2- Satisfação dos Usuários do AME.....	19

4- DISCUSSÃO.....	30
4.1- Avaliação da Resolubilidade.....	31
4.2- Satisfação dos Usuários do AME.....	33
5- CONCLUSÕES.....	37
6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	38
7- APÊNDICES.....	44
8- ANEXOS.....	48

À minha esposa Lucia, pelo incentivo de vida.

Ao meu filho Guilherme, razão maior de todos os meus esforços e conquistas.

Aos meus pais Mario (in memorian) e Anunciata, pela minha existência.

Aos meus irmãos Valdir e Wilson (in memorian), Wladimir, Vanderli e Vera pela perseverança na minha formação pessoal e profissional.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Domingo Marcolino Braile, Diretor de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), pela orientação, amizade, apoio e constante incentivo durante a realização deste trabalho.

Aos Profs. Drs. José Carlos Seixas, Edmur Flávio Pastorelo, Olimpio José Nogueira Vianna Bittar e Dulcimar Donizete de Souza pelas sugestões, correções e críticas apresentadas na defesa da tese.

Aos Profs. Drs. Moacir Fernandes de Godoy e Eliane Márcia Sotello Cabrera, pelas sugestões e críticas dadas no exame geral de qualificação.

Ao Dr. Luiz Roberto Barradas Barata, Secretário de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), pela preocupação com a melhoria na saúde pública, idealizando as Organizações Sociais de Saúde (OSS) em nosso Estado, que possibilitou o desenvolvimento desta pesquisa.

Ao Dr. Márcio Cidade Gomes, Coordenador da Coordenadoria de Contratação de Serviços de Saúde da SES-SP, pela implantação e desenvolvimento das OSS, incentivo e apoio durante o transcorrer deste trabalho.

À Enfermeira Aparecida Teruko Yamada, Assistente Técnica de Gabinete da SES-SP, pela contribuição fundamental na implantação do Ambulatório Médico de Especialidades (AME) de Votuporanga.

À Dra. Marizete Medeiros da Costa Ferreira, Assistente Técnica de Gabinete da SES-SP, pela valiosa colaboração no levantamento bibliográfico.

À Sra. Silvia Regina Oliveira da Coordenadoria de Contratação de Serviços de Saúde da SES-SP, pelo imprescindível auxílio na busca de dados.

À equipe do Departamento Regional de Saúde de São José do Rio Preto XV (DRS XV), em especial a Izaíra Madalena da Silva Aquino, Diretora Técnica de Divisão de Saúde, pela inestimável colaboração em diversas fases deste estudo.

Ao Administrador de Empresas Ricardo Zaccarelli Lopes, Gerente Administrativo do AME de Votuporanga, SP, pela colaboração e apoio.

À Dra. Fabiana Arenas Stringari de Parma, Gerente Médica do AME de Votuporanga, pela atenção e apoio em vários momentos deste trabalho.

À Analista de Sistemas Marilza Cardi da Controladoria e Central de Agendas do AME de Votuporanga, pela importante colaboração na coleta de dados.

Ao Srs. Luiz Alberto Mansilha Bressan e Mário César Homsí Bernardes, respectivamente Provedor e Administrador da Santa Casa de Misericórdia de Votuporanga, pela disponibilidade e colaboração.

Ao Prof. Dr. Humberto Liedtke Junior, Diretor Geral da FAMERP, pela amizade, colaboração e estímulo.

Ao Prof. Dr. Dulcimar Donizete de Souza, Diretor Adjunto de Pessoal da FAMERP, pela amizade, apoio e incentivo.

Ao Prof. Dr. Moacir Fernandes de Godoy do Departamento de Cardiologia e Cirurgia Cardiovascular da FAMERP, pela orientação no estudo estatístico.

A todos os meus professores da pós-graduação que contribuíram com o conhecimento científico e suas experiências.

Aos colegas da Disciplina de Anestesiologia do Departamento de Especialidades Cirúrgicas da FAMERP, pelo apoio e estímulo.

Aos funcionários da pós-graduação, em especial ao José Antonio Silistino pela presteza e profissionalismo em diversos momentos deste trabalho.

À Zélia Régis da biblioteca da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, pela eficiente colaboração no levantamento bibliográfico.

À Deus por iluminar os meus caminhos.

*“Talvez não tenhamos conseguido fazer o
melhor,
mas lutamos para que o melhor fosse feito...
Não somos o que deveríamos ser, não somos
o que iremos ser, mas, graças a Deus,
não somos o que éramos.”*

Martin Luther King

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Mapa do Estado de São Paulo com divisão por Departamento Regional de Saúde..... 8
- Figura 2 - Mapa do Departamento Regional de Saúde XV com divisão por Colegiados de Gestão Regional..... 11
- Figura 3- Distribuição percentual da redução do custo operacional dos pacientes para realização de consultas e exames agendados no Ambulatório Médico de Especialidades de Votuporanga..... 18
- Figura 4- Tempo de espera entre a chegada do paciente ao Ambulatório Médico de Especialidades de Votuporanga e a realização da consulta médica nos meses de fevereiro, março, julho e outubro/2008 (primeira consulta)..... 19
- Figura 5 - Tempo de espera entre a chegada do paciente ao Ambulatório Médico de Especialidades de Votuporanga e a realização da consulta médica nos meses de fevereiro, março, julho e outubro/2008 (retorno)..... 20
- Figura 6 - Resultados da avaliação sobre a localização da ouvidoria quando o paciente não é bem atendido no Ambulatório Médico de Especialidades de Votuporanga nos meses fevereiro (n = 977), maio (n = 876), julho (n = 863) e outubro (n = 686) de 2008 (primeira consulta)..... 27
- Figura 7 - Resultados da avaliação sobre a localização da ouvidoria quando o paciente não é bem atendido no Ambulatório Médico de Especialidades de Votuporanga nos meses fevereiro (n= 505), maio (n= 704), julho (n= 826) e outubro (n= 714) de 2008 (retorno)..... 28

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 - Distribuição do número de pacientes por idade e sexo atendidos no Ambulatório Médico de Especialidades (AME) de Votuporanga, no período de dezembro/2007 a dezembro/2008..... 14
- Tabela 2 - Estatística descritiva para tempo médio de realização de consulta e exame (em dias) no Ambulatório Médico de Especialidades de Votuporanga (dp = desvio padrão, min = valor mínimo, max = valor máximo)..... 19
- Tabela 3 - Resultados da avaliação da recepção do Ambulatório Médico de Especialidades de Votuporanga (em porcentagem) pelos pacientes na primeira consulta e retorno nos meses fevereiro (F), maio (M), julho (J) e outubro (O) de 2008..... 21
- Tabela 4 - Resultados da avaliação dos serviços médicos do Ambulatório Médico de Especialidades de Votuporanga (em porcentagem) pelos pacientes na primeira consulta e retorno nos meses fevereiro (F), maio (M), julho (J) e outubro (O) de 2008..... 23
- Tabela 5 - Resultados da avaliação do serviço de enfermagem do Ambulatório Médico de Especialidades de Votuporanga (em porcentagem) pelos pacientes na primeira consulta e retorno nos meses fevereiro (F), maio (M), julho (J) e outubro (O) de 2008..... 24
- Tabela 6- Resultados da avaliação da limpeza dos ambientes do Ambulatório Médico de Especialidades de Votuporanga (em porcentagem) pelos pacientes na primeira consulta e retorno nos meses fevereiro (F), maio (M), julho (J) e outubro (O) de 2008..... 25

- Tabela 7 - Resultados da avaliação do conforto dos ambientes do Ambulatório Médico de Especialidades de Votuporanga (em porcentagem) pelos pacientes na primeira consulta e retorno nos meses fevereiro (F), maio (M), julho (J) e outubro (O) de 2008..... 26
- Tabela 8 - Quantidade total de pacientes, médicos e funcionários do Ambulatório Médico de Especialidades de Votuporanga e porcentagem de usuários que sabiam onde reclamar quando não eram bem atendidos na primeira consulta e retorno no período de fevereiro a outubro de 2008..... 29

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

AME	Ambulatório Médico de Especialidades
CGR	Colegiados de Gestão Regional
DRS XV	Departamento Regional de Saúde de São José do Rio Preto
ESFs	Equipes de Saúde da Família
et. al	e outros
FAMERP	Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
HB	Hospital de Base
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
n	número
OSS	Organização Social de Saúde
p	nível de significância
SES-SP	Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde

RESUMO

Introdução: A busca de novos modelos e estratégias para o aperfeiçoamento da gestão pública dos serviços de saúde tem sido objeto de discussão no Brasil desde a implantação do SUS. As parcerias “público-privadas” estão entre as alternativas existentes na busca de maior eficiência na prestação de serviços públicos de saúde. **Objetivo:** O objetivo desta pesquisa foi estudar o impacto regional da implantação do Ambulatório Médico de Especialidades (AME) de Votuporanga, SP, considerando-se resolubilidade de procedimentos ambulatoriais no AME, e satisfação dos usuários do SUS com relação à qualidade do atendimento. **Casuística e Método:** Este estudo foi realizado no AME de Votuporanga, SP, no período de fevereiro a outubro de 2008. A resolubilidade de consultas e exames no AME foi avaliada por meio de questionário aplicado junto aos secretários municipais de saúde de 30 cidades da região de Votuporanga. A satisfação dos usuários quanto à qualidade do atendimento foi avaliada por meio de questionário aplicado na primeira consulta e no retorno. **Resultados:** Na maioria dos municípios (70%) houve redução do custo operacional dos pacientes para realização de consultas e exames agendados no AME. A quantidade de reclamações após a implantação do

AME diminuiu em 93% dos municípios. O agendamento de consultas e exames no AME e em outros serviços ambulatoriais é feito por 97% das secretarias municipais de saúde. O grau de resolubilidade desses procedimentos foi maior no AME (97%) do que em outros serviços. O tempo médio para realização de consultas e exames no AME foi 20,2 e 20,8 dias, respectivamente. A satisfação do usuário foi elevada na primeira consulta e no retorno quanto ao tempo de espera entre a chegada do paciente e a realização da consulta médica, recepção, serviços médicos e de enfermagem, limpeza e conforto dos ambientes e localização da ouvidoria. Observou-se leve redução na satisfação do usuário à medida que a quantidade de pacientes aumentou. **Conclusões:** O impacto regional da implantação do AME de Votuporanga foi bem-sucedido, com indicadores positivos de eficiência e qualidade de atendimento. Houve melhora na resolubilidade de consultas e exames no AME em relação a outros serviços ambulatoriais. Houve alto grau de satisfação dos usuários com relação à qualidade do atendimento.

ABSTRACT

Introduction: The search for new models and strategies for the improvement of public management of health services has been a subject of debate in Brazil since the establishment of SUS. Public-private partnerships are among the alternatives used in an attempt at greater efficiency in the implementation of public healthcare services. **Objective:** The purpose of this research was to assess the regional impact of the establishment of Specialty Outpatient Clinics (AME) of Votuporanga considering: 1- resolution of outpatient procedures in the AME, and 2- user satisfaction of the Unified Health System (SUS) regarding the quality of health care provided by Specialty Outpatient Clinics. **Casuistic and Method:** This research was carried out at the AME of Votuporanga, SP, from February to October 2008. The resolution of consultations and exams in the AME was evaluated using questionnaire applied to the municipal secretaries of health of 30 municipalities of the region of Votuporanga. User satisfaction regarding the quality of health care was assessed through questionnaire applied in the first consultation and recall. **Results:** In most municipalities (70%) there was decrease in the operational cost of patients in performance of consultations and exams in AME. The quantity of complaints after establishment of AME reduced in 93% of municipalities.

The schedule of consultations and exams in the AME and other outpatient services was

xiii

done by 97% of the municipal secretaries of health. The degree of resolution of these outpatient procedures was higher in AME (97%) than in other services. Mean time in performance of consultations and exams in AME was 20.2 and 20.8 days, respectively. User satisfaction was high in the first consultation and recall with respect to waiting time between patient arrival and performance of medical consultation, reception, nursing and medical services, clearness and comfort of environment, and location of ombudsman. A slight reduction in user satisfaction was noted as the quantity of patients increased. **Conclusions:** The regional impact of the establishment of Specialty Outpatient Clinics of Votuporanga was successful with positive indicators of efficiency and quality of care. There was improvement in the resolution of consultations and exams in the AME in relation to the other outpatient services. A high level of user satisfaction regarding the quality of care was verified.

INTRODUÇÃO

1- INTRODUÇÃO

Os sistemas de saúde, que se constituíram enquanto tal em muitos países ao longo da segunda metade do século XX, enfrentaram gradativamente o desafio de garantir a sua viabilidade e sustentabilidade social, política e econômica.⁽¹⁾ Para isso esses sistemas tiveram que demonstrar o seu desempenho quanto à acessibilidade, efetividade, segurança, eficiência e equidade na atenção à população, com o desenvolvimento de sistemas de avaliação.⁽²⁾

A crescente importância nas sociedades modernas da idéia da necessária estreita articulação entre “conhecer” e “agir”, isto é, de que é preciso conhecer para poder agir, (informação), constitui-se em elemento central no desenvolvimento da avaliação em saúde, e da legitimidade de propostas de avaliação e gestão da qualidade em serviços de saúde, assim como avaliação e desempenho de programas e sistemas de saúde.⁽³⁾

A promoção da saúde emergiu como marco norteador da saúde pública a partir dos anos 70 e, desde então, vem evoluindo e consolidando-se como um modelo das ações de saúde. No cenário mundial, a discussão acerca da promoção da saúde foi fortalecida por meio de eventos internacionais, lançando novas propostas na redefinição das políticas públicas, direcionando uma nova visão para o contexto da saúde.

No Brasil, a luta pela construção de um sistema de saúde universal, acessível e de qualidade se confunde, num primeiro momento, com a própria luta pela redemocratização do país, e assume, no presente, contornos de resistência à conduta conservadora com relação às políticas públicas da última década.⁽⁴⁾ Desse momento político, o movimento de Reforma Sanitária Brasileira foi pautado em uma mobilização reivindicatória com base na necessidade popular de reconstruir uma estrutura normativa que atendesse as reais necessidades da população nas questões de saúde enquanto direito de cidadania. Nesse cenário, nasce uma concepção integradora, alvo de grandes revoluções na compreensão do processo saúde-doença, culminando com o estabelecimento de uma “rede de proteção social”.

Em 1986, ocorreu o evento político-sanitário mais importante da segunda metade do século XX, a VIII Conferência Nacional de Saúde. Nesse evento foram lançadas as bases de um novo sistema público de saúde que tinha como temas oficiais: saúde como dever do Estado e direito do cidadão, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento setorial.⁽⁵⁾ Os desdobramentos desse evento foram imediatos e o resultado foi um texto constitucional sobre saúde moderno e abrangente, um dos mais avançados do mundo, na Constituição Brasileira de 1988.⁽⁶⁾

Assim, a luta pela reforma sanitária foi responsável pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 como um processo social e

político que requer um ambiente democrático para a sua construção na arena sanitária, cuja implantação teve nítido caráter de mudança cultural.⁽⁷⁾

Embasado a partir de uma dimensão ideológica, foi alicerçado em uma concepção ampliada do cuidado em saúde do indivíduo, família e comunidade.⁽⁸⁾

Do SUS emergem princípios básicos: acesso universal e igualitário a ações e serviços; integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; participação comunitária; rede regionalizada e hierarquizada; e descentralização, cujas ações de saúde devem ser desenvolvidas de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda a princípios como universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário; equidade, que consiste na priorização daqueles com piores condições sociais e de saúde, isto é, “dar mais a quem mais precisa”, reduzindo as desigualdades existentes⁽⁹⁻¹⁷⁾. Atualmente, 28,6% dos brasileiros são usuários exclusivos do SUS, 61,5% são usuários não exclusivos e apenas 8,7% são não-usuários⁽¹⁸⁾. De acordo com Barata⁽¹⁹⁾, o SUS é um dos projetos sociais mais importantes do mundo, pois vem contribuindo de forma significativa para melhorar os indicadores de saúde

e a qualidade de vida da população. A rede pública de saúde nacional conta com 2,5 milhões de profissionais e realiza, anualmente, 252 milhões de consultas básicas, 3 milhões de cirurgias, 345 milhões de exames e 2,3 bilhões de procedimentos ambulatoriais^(19,20).

Nesse contexto, o governo do Estado de São Paulo regulamentou, por meio da Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998 (Anexo 1), a parceria do Estado com entidades filantrópicas, estipulando em relação a elas que tivessem, no mínimo, 5 anos de experiência na administração de serviços próprios de saúde, reconhecida qualidade e compromisso firmado com a população atendida⁽²¹⁾. As entidades interessadas que cumpriram esses pré-requisitos foram qualificadas como Organizações Sociais de Saúde (OSS) e conquistaram o direito de serem habilitadas para firmar contrato de gestão com a Secretaria de Estado da Saúde com a finalidade de gerenciamento, operação de hospitais e outros equipamentos públicos de saúde, mediante convocações públicas. Recentemente, foi regulamentada a Lei Complementar nº 1095, de 18 de setembro de 2009 (Anexo 2), permitindo que fundações de apoio a hospitais de ensino existentes há mais de 10 anos poderão qualificar-se como OSS.

Na área de saúde, esse modelo já é consolidado em países como Espanha⁽²²⁾ e Canadá⁽¹⁷⁾. Tal como o SUS, o sistema canadense é financiado mediante tributação geral (impostos), porém os serviços de saúde são prestados e administrados por entidades sem fins lucrativos, de

acordo com as premissas do setor público, que mantém controle sobre todo o sistema^(23,24).

No Brasil esse modelo constitui alternativa pioneira, implantada pelo Governo do Estado de São Paulo, através da Coordenadoria de Contratação de Serviços de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo⁽²⁵⁾. Outros Estados brasileiros têm estudado esse modelo ou já possuem hospitais gerenciados por OSS: Bahia, Minas Gerais, Pará, Espírito Santo (refazendo lei) e Mato Grosso (estudando a legislação)⁽¹⁷⁾.

A busca de novas estratégias para o aperfeiçoamento da gestão pública dos serviços de saúde tem sido objeto de discussão no Brasil desde a implantação do SUS. As parcerias público-privadas estão entre as alternativas existentes na busca de maior eficiência na prestação de serviços públicos de saúde. A experiência da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo com novo modelo de gestão em saúde por meio de Organizações Sociais de Saúde (OSS) têm mostrado bons resultados, com indicadores bastante positivos de eficiência, qualidade de atendimento e economia de recursos financeiros, tornando-se uma experiência bem-sucedida de gestão pública de saúde no SUS/SP^(17,26).

Resultados de estudo realizado pela equipe da Unidade de Redução da Pobreza e Gestão Econômica da Região da América Latina e Caribe do Banco Mundial demonstraram a eficiência e qualidade das OSS no Estado de São Paulo quando comparada com hospitais estaduais da administração

direta, sendo esse modelo de gerenciamento importante instrumento para auxiliar o aperfeiçoamento da assistência hospitalar no Brasil⁽²⁷⁾.

Atualmente, 19 hospitais, 3 ambulatórios, 2 farmácias e 1 laboratório de análises clínicas, distribuídos em todo o Estado de São Paulo, são administrados por essa modalidade de gerenciamento⁽²⁸⁾. Esses novos hospitais disponibilizaram, para o SUS, cerca de 4.300 leitos e produziram, em 2006, cerca de 219 mil internações, além de 2,1 milhões de consultas ambulatoriais (com 23,6 mil cirurgias ambulatoriais), 23 mil procedimentos odontológicos, 1,8 milhão de consultas de urgência e 5,4 milhões de exames laboratoriais⁽²⁸⁾.

Recentemente, foi celebrado contrato entre a Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo e a Santa Casa de Misericórdia de Votuporanga, SP, qualificada como OSS, para regulamentar o desenvolvimento de ações e serviços de saúde no primeiro Ambulatório Médico de Especialidades (AME) do Estado (Anexos 3 e 4).

Considerando a relevância da necessidade regional de atendimento por médicos especialistas, justifica-se o presente estudo, pois com a implantação do AME em Votuporanga, princípios como universalidade, integralidade e equidade no atendimento poderão ser obtidos, uma vez que todos os pacientes são atendidos no mesmo ambiente físico com resolubilidade imediata de média e alta complexidade ambulatorial e

encaminhamento para centros médicos hospitalares de média e alta complexidade, quando necessário⁽²⁹⁾.

1.1- Objetivo

O objetivo desta pesquisa foi avaliar o impacto regional da implantação do Ambulatório Médico de Especialidades (AME) de Votuporanga, SP, considerando-se:

- 1- Análise da resolubilidade de procedimentos ambulatoriais (consultas e exames) no AME;
- 2- Análise da satisfação dos usuários do SUS com relação à qualidade do atendimento no AME.

*CASUÍSTICA E
MÉTODO*

2- CASUÍSTICA E MÉTODO

2.1- Área de Abrangência do Estudo – Departamento Regional de Saúde XV (DRS XV)

A Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo está organizada em 17 Regionais Administrativas, sendo a vinculada à região de São José do Rio Preto denominada como Departamento Regional de Saúde de São José do Rio Preto XV (DRS XV), localizada na região Noroeste do Estado de São Paulo (Figura 1).

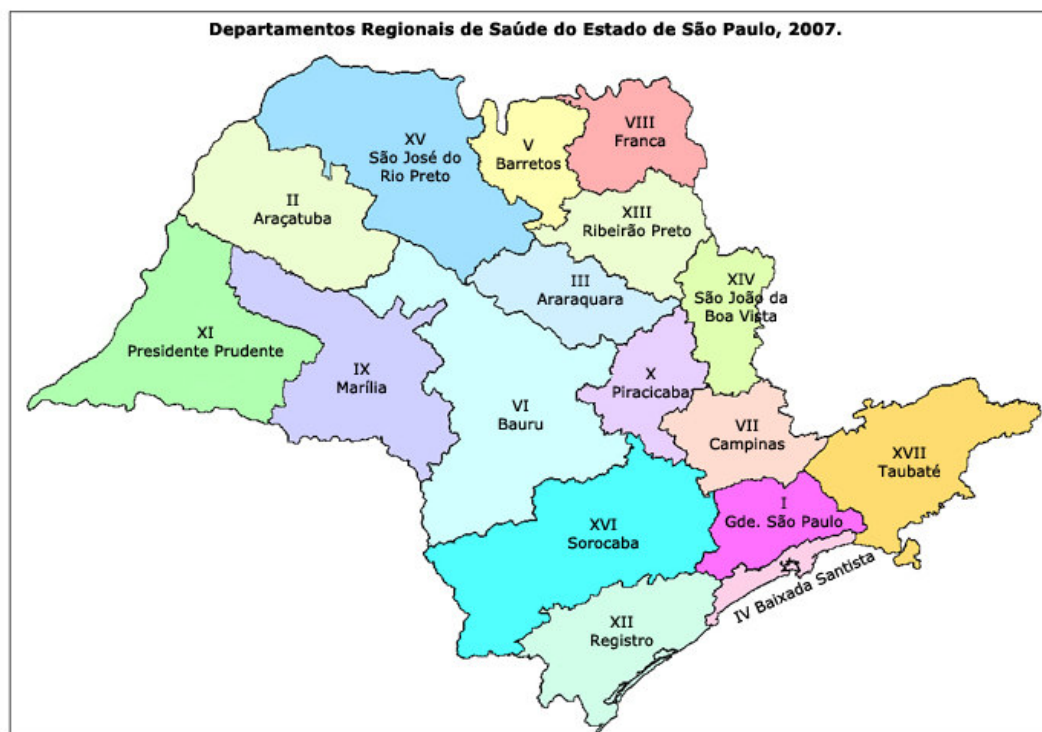


Figura 1 - Mapa do Estado de São Paulo com divisão por Departamento Regional de Saúde.

O DRS XV é dividido em 7 Colegiados de Gestão Regional (CGR) que compreendem os seguintes municípios⁽³⁰⁾ (Figura 2):

- CGR Rio Preto: com uma população de 664.397 habitantes, compreende 20 municípios (Bady Bassitt, Bálsamo, Cedral, Guapiaçu, Ibirá, Icém, Ipiguá, Mirassol, Mirassolândia, Nova Aliança, Nova Granada, Neves Paulista, Onda Verde, Orindiúva, Palestina, Paulo de Faria, Potirendaba, São José do Rio Preto, Uchoa, Tanabi) e conta com 20 hospitais, sendo o Hospital de Base, situado no município de São José do Rio Preto, referência para os 101 municípios que compõem o DRS XV;

- CGR Bonifácio: distante cerca de 35 km de São José do Rio Preto, possui uma população de 89.270 habitantes e compreende 11 municípios (Adolfo, Jaci, José Bonifácio, Mendonça, Monte Aprazível, Nipoã, Planalto, Poloni, Ubarana, União Paulista, Zacarias), contando com 3 hospitais;

- CGR Jales: distante cerca de 160 km de São José do Rio Preto, possui população de 103.888 habitantes e compreende 16 municípios (Jales, Pontalinda, Dirce Reis, Palmeira D'Oeste, Marinópolis, Aparecida D'Oeste, São Francisco, Urânia, Santa Salete, Santana da Ponte Pensa, Aspásia, Santa Albertina, Mesópolis, Paranapuã, Dolcinópolis e Vitória Brasil), contando com 4 hospitais;

- CGR Catanduva: cerca de 42 km de São José do Rio Preto, possui população de 287.123 habitantes e compreende 18 municípios

(Catanduva, Catiguá, Pindorama, Ariranha, Santa Adélia, Fernando Prestes, Itajobi, Marapoama, Elisiário, Tabapuã, Novais, Paraíso, Pirangi, Palmares Paulista, Urupês, Irapuã, Sales e Novo Horizonte), contando com 11 hospitais;

- CGR Fernandópolis: distante cerca de 120 km de São José do Rio Preto, possui população de 110.790 habitantes e compreende 13 municípios (Fernandópolis, Meridiano, Pedranópolis, Macedônia, Mirastrela, Indiaporã, Ouro Oeste, Populina, Turmalina, Guarani D'Oeste, Estrela D'Oeste, São João das Duas Pontes e São João de Iracema), contando com 4 hospitais;

- CGR Votuporanga: distante cerca de 80 km de São José do Rio Preto, possui população de 179.676 habitantes e compreende 17 municípios (Votuporanga, Valentim Gentil, Parisi, Álvares Florence, Cardoso, Riolândia, Ponte Gestal, Américo de Campos, Cosmorama, Sebastianópolis do Sul, Macaubal, Nhandeara, Monções, Floreal, Gastão Vidigal, Magda e General Salgado), contando com 7 hospitais;

- CGR Santa Fé: cidade distante cerca de 200 km de São José do Rio Preto, possui população de 43.634 habitantes e compreende 6 municípios (Santa Fé do Sul, Santa Rita D'Oeste, Santa Clara D'Oeste, Rubinéia, Três Fronteiras e Nova Canaã), contando com 1 hospital;

De acordo com estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2007 na região do DRS XV a população é de aproximadamente 1.475.767 habitantes⁽³¹⁾.

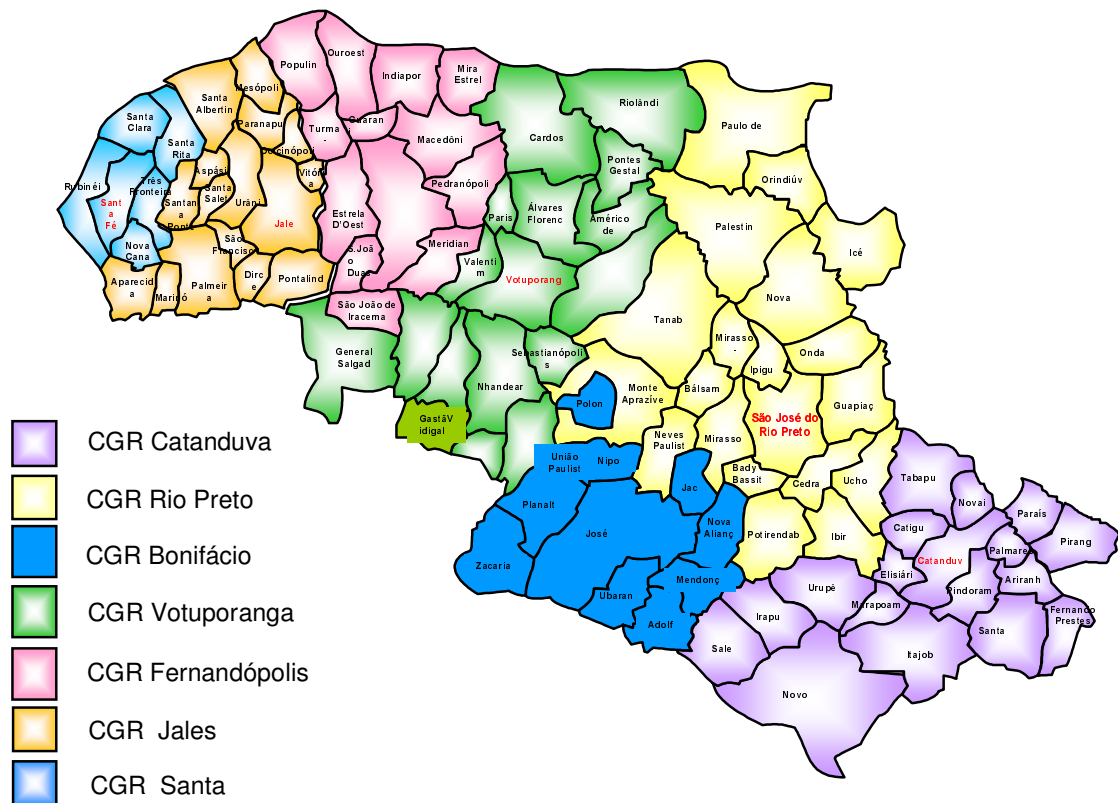


Figura 2 - Mapa do Departamento Regional de Saúde XV com divisão por Colegiados de Gestão Regional.

2.2- Local do Estudo

O presente estudo foi realizado no Ambulatório Médico de Especialidades (AME) de Votuporanga, SP, no período de fevereiro a outubro de 2008. Inaugurado em novembro de 2007, o AME atende uma população de aproximadamente 300 mil habitantes, proveniente de 30 municípios dos CGR de Votuporanga e Fernandópolis.

Os usuários do AME são encaminhados por meio de Equipes de Saúde da Família (ESFs) e Unidades Básicas de Saúde (UBS), que utilizam sistema informatizado de gestão ambulatorial. Esse sistema interliga todos os municípios da rede de atendimento assistencial. O agendamento de consultas e exames é feito via *internet*, não havendo a necessidade do paciente comparecer ao local. Eventualmente, o agendamento pode ser feito pelo *Call Center*, que funciona 12 horas por dia de segunda a sexta-feira.

O AME dispõe de modernos equipamentos que permitem ao paciente realizar consultas e exames. Se for necessário tratamento especializado, o encaminhamento é realizado com agilidade. A capacidade de atendimento está diretamente relacionada com a demanda dos municípios.

O ambulatório atende consultas em 31 especialidades (acupuntura, alergologia, cardiologia, cirurgia pediátrica, cirurgia geral, cirurgia plástica, cirurgia torácica, cirurgia vascular, dermatologia, endocrinologia,

endocrinologia infantil, gastroenterologia, geriatria, ginecologia, hematologia, infectologia, mastologia, nefrologia, nefrologia infantil, neonatologia, neurologia, neurologia infantil, obstetrícia de alto risco, ortopedia, otorrinolaringologia, pneumologia, pneumologia infantil, psiquiatria, reumatologia, urologia e uroginecologia). Também são realizados exames de média complexidade (audiometria, broncoscopia, colonoscopia, colposcopia, eletrocardiograma, ecocardiograma, eletroencefalograma, eletroneuromiografia, endoscopia digestiva, espirometria, imitanciometria, mamografia, nasofibrolaringoscopia, raio-X contrastado, raio-X simples, retossigmoidoscopia, teste ergométrico e ultra-sonografia) e alta complexidade (tomografia computadorizada e ressonância magnética). Além disso, realiza procedimentos terapêuticos, pequenas cirurgias e possui laboratório de análises clínicas e patológicas.

2.3- Casuística

No período de dezembro de 2007 a dezembro de 2008 foram atendidos no AME de Votuporanga um total de 131.867 pacientes, com média mensal de 10.988 pacientes, sendo 48.085 (36,5%) do sexo masculino e 83.782 (63,5%) do feminino. Nesse período foi realizado um total de 102.707 consultas em especialidades médicas, com média mensal de 8.558 consultas. Foram feitos 187.377 exames, com média mensal de 15.614 exames.

A faixa etária de maior ocorrência (55,3%) foi entre a quarta e a sexta décadas de vida, com pico na quinta década. A distribuição do número de pacientes por idade e sexo está na Tabela 1. Observa-se predomínio do sexo feminino em todas as faixas etárias, exceto dos 0 aos 9 anos.

Tabela 1 - Distribuição do número de pacientes por idade e sexo atendidos no Ambulatório Médico de Especialidades (AME) de Votuporanga, no período de dezembro/2007 a dezembro/2008.

Faixa etária	M	F	Total
0-9	5.342	4.003	11.108
10-19	4.821	5.159	11.884
20-29	3.500	6.817	12.075
30-39	3.941	10.260	16.675
40-49	7.303	16.367	27.834
50-59	9.043	19.936	34.213
60-69	7.481	12.740	23.873
70-79	5.125	6.623	13.928
80-89	1.429	1.702	3.744
90-99	100	171	308
100-109	0	4	5
Total	48.085	83.782	131.867

M = masculino; F = feminino

2.4- Coleta de Dados

Antes do início da coleta de dados, todos os sujeitos deste estudo foram informados sobre o objetivo da pesquisa e esclarecidos em relação à liberdade de participarem ou não da mesma. Foi mantido sigilo dos participantes, os quais foram informados sobre isso, permanecendo as respostas dos questionários estritamente confidenciais. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Santa Casa de Misericórdia de Votuporanga (Anexo 5).

Foi realizado estudo preliminar para verificar a necessidade de alterações no questionário que pudessem influenciar na adequabilidade e aplicabilidade desse instrumento.

Para avaliar a resolubilidade de procedimentos ambulatoriais (consultas e exames) no AME, os dados foram coletados por meio de aplicação de questionário (Apêndice 1) em julho de 2008, pelo pesquisador e ou profissional devidamente treinado, junto aos secretários municipais de saúde de 30 cidades dos colegiados de Votuporanga e Fernandópolis, SP.

Na análise da satisfação dos usuários do SUS com relação à qualidade do atendimento do AME, foi utilizado questionário (Apêndice 2) que foi aplicado no próprio AME por equipe devidamente treinada na primeira consulta e no retorno. Os dados foram coletados em fevereiro, maio, julho e outubro de 2008.

2.5- Análise de Dados

Os dados foram analisados empregando-se cálculos de estatística descritiva (média, desvio padrão, mínimo e máximo) e frequências absoluta e relativa, visando o diagnóstico das respostas dos secretários municipais e dos usuários do AME de Votuporanga.

A diferença entre os sexos foi calculada utilizando-se o teste Qui-Quadrado⁽³²⁾. Todos os cálculos e análises foram efetuadas usando-se programa GraphPad InStat versão 3.00 (GraphPad Software, San Diego, Califórnia, Estados Unidos).

RESULTADOS

3- RESULTADOS

No período estudado foram atendidos no AME de Votuporanga um total de 131.867 pacientes, sendo 48.085 (36,5%) do sexo masculino e 83.782 (63,5%) do feminino. Analisando a diferença entre os sexos, verificou-se diferença estatisticamente significativa ($\chi^2 = 9663,3$; $p < 0,0001$), sendo o sexo feminino (83.782 pacientes) mais abundante que o masculino (48.085 pacientes).

3.1- Avaliação da Resolubilidade

Os resultados mostram que antes da implantação do AME em Votuporanga existia em algumas especialidades médicas demanda reprimida em 100% dos municípios atendidos. Após a implantação do AME, esse problema foi solucionado em 2 (7%) municípios, está sendo solucionado em 4 (13%) e não foi solucionado em 24 (80%).

Com relação à redução do custo operacional dos pacientes para realização de procedimentos (consultas e exames) agendados no AME, na maioria dos municípios (70%) houve redução desse custo e em 4(13%) não houve (Figura 3).

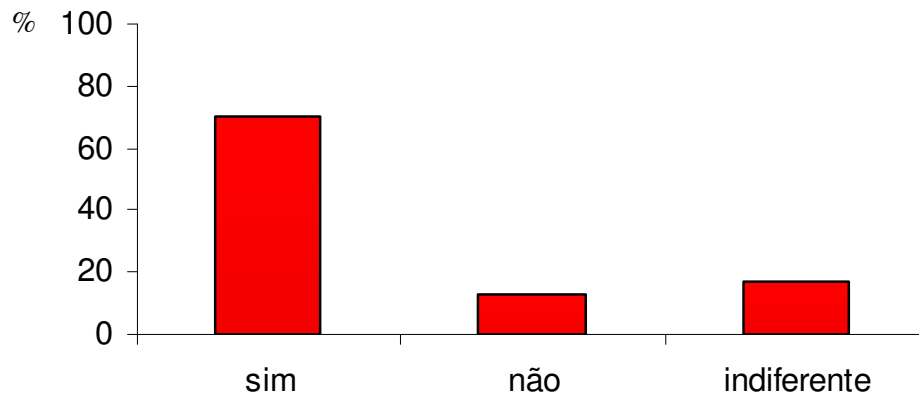


Figura 3 - Distribuição percentual da redução do custo operacional dos pacientes para realização de consultas e exames agendados no Ambulatório Médico de Especialidades de Votuporanga.

A quantidade de reclamações com relação ao atendimento após a implantação do AME diminuiu em 28 (93%) municípios, aumentou em 1 (3%) e foi indiferente em 1 (3%).

O agendamento de procedimentos ambulatoriais (consultas e exames) no AME e em outros serviços ambulatoriais é feito por 29 (97%) das secretarias municipais de saúde. O grau de resolubilidade desses procedimentos foi maior no AME (97%) do que em outros serviços.

O tempo médio para realização de consultas e exames no AME foi $20,2 \pm 10,8$ e $20,8 \pm 10,9$ dias, respectivamente (Tabela 2).

Tabela 2 - Estatística descritiva para tempo médio de realização de consulta e exame (em dias) no Ambulatório Médico de Especialidades de Votuporanga (dp = desvio padrão, min = valor mínimo, max = valor máximo).

Tempo para realização	média	dp	mediana	min	max
Consulta	20,2	10,8	20	7	50
Exame	20,8	10,9	20	7	50

3.2- Satisfação dos Usuários do AME

Com relação ao tempo de espera entre a chegada do paciente ao AME e a realização da consulta médica no período estudado, a maioria dos usuários considerou como “muito bom” e “bom” tanto na primeira consulta (Figura 4) como no retorno (Figura 5).

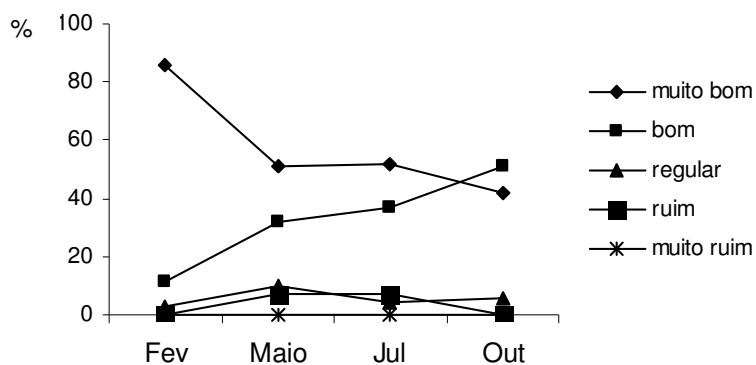


Figura 4 - Tempo de espera entre a chegada do paciente ao Ambulatório Médico de Especialidades de Votuporanga e a realização da consulta médica nos meses de fevereiro, maio, julho e outubro/2008 (primeira consulta).

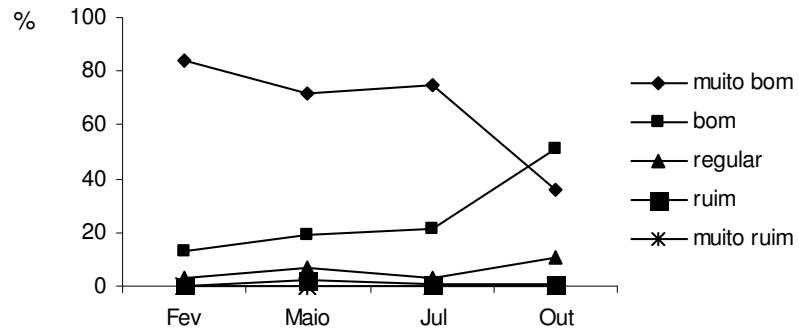


Figura 5 - Tempo de espera entre a chegada do paciente ao Ambulatório Médico de Especialidades de Votuporanga e a realização da consulta médica nos meses de fevereiro, maio, julho e outubro/2008 (retorno).

O resultado da avaliação da recepção do AME pelos pacientes quanto ao tempo de espera, atenção e cordialidade, e informações prestadas mostrou que a grande maioria dos usuários considerou na primeira consulta e no retorno como “muito bom” (Tabela 3).

Tabela 3 - Resultados da avaliação da recepção do Ambulatório Médico de Especialidades de Votuporanga (em porcentagem) pelos pacientes na primeira consulta e retorno nos meses fevereiro (F), maio (M), julho (J) e outubro (O) de 2008.

1ª consulta	tempo de espera				atenção e cordialidade				informações prestadas			
	F	M	J	O	F	M	J	O	F	M	J	O
muito bom	98	98	97	96	98	98	97	96	98	98	97	96
bom	2	1	2	4	2	1	2	4	2	1	2	4
regular	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0
ruim	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
muito ruim	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Retorno												
muito bom	99	98	98	96	99	98	98	96	99	98	98	96
bom	1	1	2	3	1	1	2	3	1	1	2	3
regular	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
ruim	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
muito ruim	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

1ª consulta: fevereiro (n = 977), maio (n = 876), julho (n = 863), outubro (n = 686)
 Retorno: fevereiro (n = 505), maio (n = 704), julho (n = 826), outubro (n = 714)

O resultado da avaliação dos serviços médicos e de enfermagem do AME pelos pacientes quanto à atenção e cordialidade, esclarecimento ao paciente e aos familiares, e cuidados prestados mostrou que na primeira consulta e no retorno esses serviços foram considerados pela maioria dos usuários como “muito bom” (Tabelas 4 e 5).

No período estudado, a limpeza dos ambientes do AME (recepção, corredores, banheiros e consultórios e salas de espera) foi avaliada pela maior parte dos pacientes na primeira consulta e no retorno como “muito bom” (Tabela 6).

Outro aspecto considerado como “muito bom” na primeira consulta e no retorno pela maioria dos usuários foi o conforto dos ambientes (silêncio no ambiente, sala de espera, iluminação ambiente, ventilação e sinalização) (Tabela 7).

Com relação à localização da ouvidoria quando o paciente não é bem atendido no AME, na primeira consulta e no retorno a maioria dos usuários sabia onde reclamar nos meses de fevereiro, maio e julho enquanto em outubro a maioria não sabia onde reclamar (Figuras 6 e 7). A Tabela 8 mostra a quantidade total de pacientes, médicos e funcionários do AME no período de fevereiro a outubro de 2008 em relação à localização da ouvidoria. Nota-se aumento na quantidade desses pacientes e profissionais e redução na quantidade de usuários que sabia onde reclamar.

Tabela 4 - Resultados da avaliação dos serviços médicos do Ambulatório Médico de Especialidades de Votuporanga (em porcentagem) pelos pacientes na primeira consulta e retorno nos meses fevereiro (F), maio (M), julho (J) e outubro (O) de 2008.

1ª consulta	atenção e cordialidade				esclarecimento ao paciente				esclarecimento aos familiares				cuidados prestados			
	F	M	J	O	F	M	J	O	F	M	J	O	F	M	J	O
muito bom	98	92	84	96	98	92	84	96	98	92	84	96	98	92	84	96
bom	2	6	14	3	2	6	14	3	2	6	14	3	2	6	14	3
regular	0	2	1	1	0	2	1	1	0	2	1	1	0	2	1	1
ruim	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0
muito ruim	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Retorno																
muito bom	98	83	82	95	98	83	82	95	98	83	82	95	98	83	82	95
bom	2	14	15	4	2	14	15	4	2	14	15	4	2	14	15	4
regular	0	2	2	1	0	2	2	1	0	2	2	1	0	2	2	1
ruim	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0
muito ruim	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

1ª consulta: fevereiro (n = 977), maio (n = 876), julho (n = 863), outubro (n = 686)

Retorno: fevereiro (n = 505), maio (n = 704), julho (n = 826), outubro (n = 718)

Tabela 5 - Resultados da avaliação do serviço de enfermagem do Ambulatório Médico de Especialidades de Votuporanga (em porcentagem) pelos pacientes na primeira consulta e retorno nos meses fevereiro (F), maio (M), julho (J) e outubro (O) de 2008.

1ª consulta	atenção e cordialidade				esclarecimento ao paciente				esclarecimento aos familiares				cuidados prestados			
	F	M	J	O	F	M	J	O	F	M	J	O	F	M	J	O
muito bom	98	92	91	95	98	92	91	95	98	92	91	95	98	92	91	95
bom	2	8	9	5	2	8	9	5	2	8	9	5	2	8	9	5
regular	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ruim	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
muito ruim	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Retorno																
muito bom	98	98	97	95	98	98	97	95	98	98	97	95	98	98	97	95
bom	2	2	3	5	2	2	3	5	2	2	3	5	2	2	3	5
regular	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ruim	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
muito ruim	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

1ª consulta: fevereiro (n = 977), maio (n = 876), julho (n = 863), outubro (n = 686)

Retorno: fevereiro (n = 386), maio (n = 555), julho (n = 677), outubro (n = 714)

Tabela 6 - Resultados da avaliação da limpeza dos ambientes do Ambulatório Médico de Especialidades de Votuporanga (em porcentagem) pelos pacientes na primeira consulta e retorno nos meses fevereiro (F), maio (M), julho (J) e outubro (O) de 2008.

1ª consulta	recepção				corredores				banheiros				consultórios e salas de espera			
	F	M	J	O	F	M	J	O	F	M	J	O	F	M	J	O
muito bom	100	97	97	100	100	97	97	100	100	97	97	100	100	97	97	100
bom	0	2	2	0	0	2	2	0	0	2	2	0	0	2	2	0
regular	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0
ruim	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
muito ruim	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Retorno																
muito bom	100	98	96	99	100	98	96	99	100	98	96	99	100	98	96	99
bom	0	1	3	1	0	1	3	1	0	1	3	1	0	1	3	1
regular	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0
ruim	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
muito ruim	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

1ª consulta: fevereiro (n = 977), maio (n = 876), julho (n = 863), outubro (n = 686)

Retorno: fevereiro (n = 505), maio (n = 704), julho (n = 826), outubro (n = 714)

Tabela 7 - Resultados da avaliação do conforto dos ambientes do Ambulatório Médico de Especialidades de Votuporanga (em porcentagem) pelos pacientes na primeira consulta e retorno nos meses fevereiro (F), maio (M), julho (J) e outubro (O) de 2008.

1ª consulta	silêncio no ambiente				sala de espera				iluminação ambiente				ventilação				sinalização			
	F	M	J	O	F	M	J	O	F	M	J	O	F	M	J	O	F	M	J	O
muito bom	100	98	99	100	100	98	99	100	100	98	99	100	100	98	99	100	100	98	99	100
bom	0	2	1	0	0	2	1	0	0	2	1	0	0	2	1	0	0	2	1	0
regular	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ruim	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
muito ruim	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Retorno																				
muito bom	100	99	97	100	100	99	97	100	100	99	97	100	100	99	97	100	100	99	97	100
bom	0	1	3	0	0	1	3	0	0	1	3	0	0	1	3	0	0	1	3	0
regular	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ruim	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
muito ruim	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

1ª consulta: fevereiro (n = 977), maio (n = 876), julho (n = 863), outubro (n = 686)

Retorno: fevereiro (n = 505), maio (n = 704), julho (n = 826), outubro (n = 714)

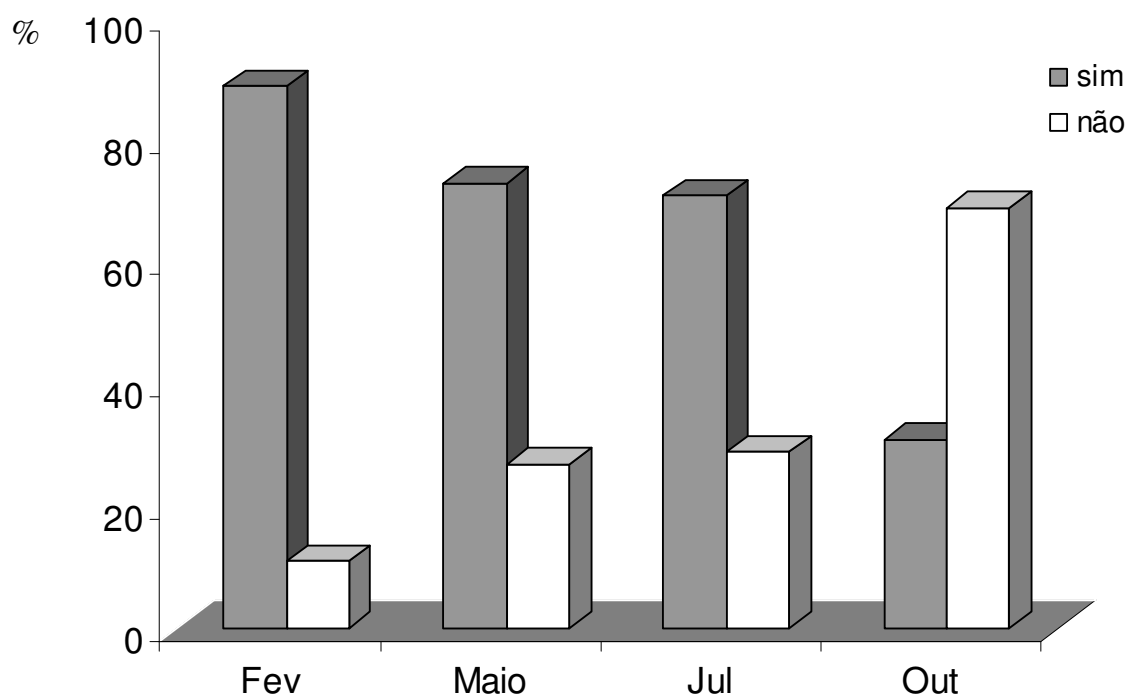


Figura 6 - Resultados da avaliação sobre a localização da ouvidoria quando o paciente não é bem atendido no Ambulatório Médico de Especialidades de Votuporanga nos meses fevereiro (n = 977), maio (n = 876), julho (n = 863) e outubro (n = 686) de 2008 (primeira consulta).

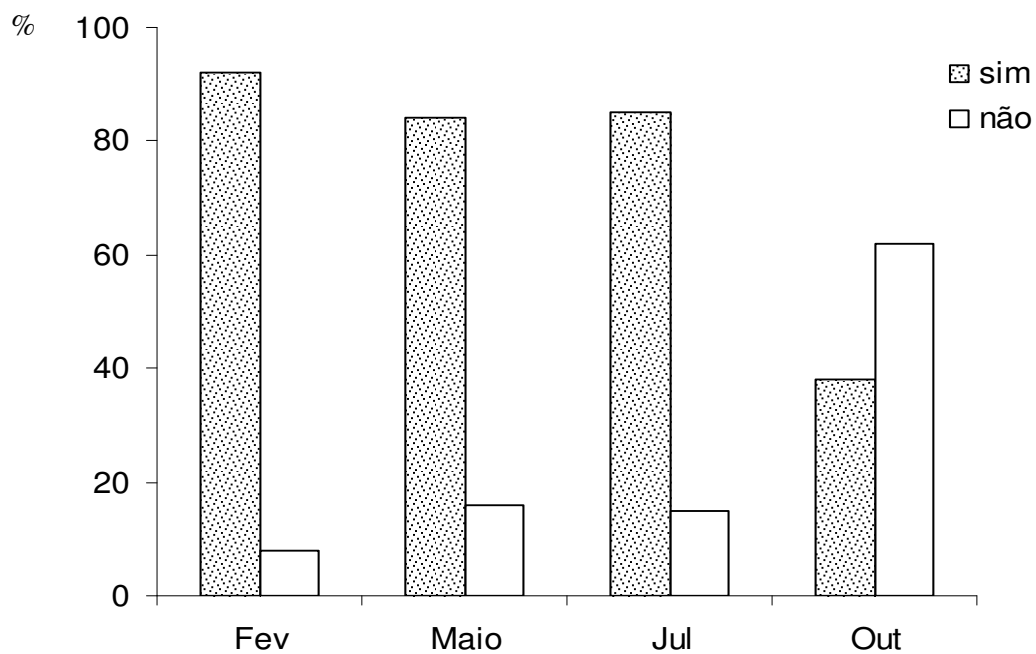


Figura 7 - Resultados da avaliação sobre a localização da ouvidoria quando o paciente não é bem atendido no Ambulatório Médico de Especialidades de Votuporanga nos meses fevereiro (n = 505), maio (n = 704), julho (n = 826) e outubro (n = 714) de 2008 (retorno).

Tabela 8 - Quantidade total de pacientes, médicos e funcionários do Ambulatório Médico de Especialidades de Votuporanga e porcentagem de usuários que sabiam onde reclamar quando não eram bem atendidos na primeira consulta e retorno no período de fevereiro a outubro de 2008.

Mês	Nº pacientes	Nº médicos	Nº funcionários	Localização ouvidoria (%)	
				1ª Consulta	Retorno
Fev	7.497	56	111	89	92
Mai	11.662	64	111	73	83
Jul	14.651	65	121	71	85
Out	16.183	69	124	31	38

DISCUSSÃO

4- DISCUSSÃO

No presente estudo, a faixa etária mais atendida no AME de Votuporanga foi da 4ª a 6ª década de vida. Esse achado sugere que a prestação de serviços na atenção básica em indivíduos mais jovens deve ser melhorada, caso contrário o resultado aqui obtido poderá ser o mesmo nas próximas décadas.

O processo de envelhecimento da população tem levado à mudança nos padrões de morbimortalidade e, conseqüentemente, ao aumento da sobrevida da população e da prevalência de doenças crônicas entre os mais idosos.^(33,34) De acordo com Jóia *et al.*⁽³⁵⁾ a proporção de idosos com 60 anos ou mais vem crescendo no Brasil como na maior parte do mundo, alargando progressivamente o ápice da pirâmide populacional. Segundo levantamento da população brasileira, realizado pelo IBGE em 2007, nosso país tinha 17.110.819 idosos, representando 9,3% da população total.⁽³⁶⁾

Com relação ao sexo, houve predomínio feminino entre os assistidos pelo AME. O maior número de mulheres, como esperado em relação à composição demográfica de idosos (maior probabilidade de longevidade entre as mulheres), foi também semelhante aos resultados encontrados por Lima-Costa *et al.*⁽³⁷⁾. Por outro lado, a maior sobrevida de mulheres em idades avançadas poderia ser decorrente de: (a) diferenças na exposição aos riscos ocupacionais; (b) maiores taxas de mortalidade por causas

externas entre os homens; (c) diferenças no consumo de tabaco e álcool e (d) diferenças de atitudes em relação às doenças, ou seja, as mulheres utilizam os serviços de saúde com maior frequência.⁽³⁸⁾

4.1- Avaliação da Resolubilidade

Antes da implantação do AME em Votuporanga existia em algumas especialidades médicas demanda reprimida em 100% dos municípios atendidos. Após a implantação do AME, até julho de 2008 esse problema não havia sido solucionado em 80% dos municípios. Diversos fatores podem ter influenciado nesse resultado como dificuldades operacionais de implantação da *internet*, pouca familiaridade de funcionários de saúde municipais com o uso da *internet*, *link* das prefeituras com a *internet* de baixa velocidade, falha de comunicação do agendamento para chegada de informações ao paciente pela secretaria municipal de saúde via *call center* e adaptação às novas regras de agendamento com hora marcada. Além disso, em algumas especialidades o número inicial de consultas foi subestimado pelo próprio Colegiado de Gestão Regional (CGR), sendo posteriormente, com o funcionamento do AME, readequada a oferta de consultas nas especialidades com demanda reprimida.

A redução do custo operacional dos pacientes para realização de procedimentos (consultas e exames) agendados no AME ocorreu em 70% dos municípios. Essa diminuição pode ser devido principalmente à redução

de gastos com transporte de pacientes para centros de referência, localizados a mais de 100 km de distância, utilizados anteriormente. Além disso, com a disponibilização de várias especialidades para os municípios houve redução nas ações municipais para viabilização de consultas dessas especialidades, pois antes da implantação do AME alguns municípios, não conseguindo suprir a demanda de consultas e exames de média complexidade nas suas respectivas unidades de referência, contratavam médicos especialistas para atendimento de usuários do SUS.

Quanto ao tempo médio para realização de consulta no AME, é importante ressaltar que antes da implantação desse ambulatório existia fila nos locais de atendimento de especialidades médicas e os pacientes chegavam durante a madrugada para assegurar o atendimento. Além disso, a consulta era longe do município de origem e, dependendo da especialidade médica, como o Hospital de Base (HB) de São José do Rio Preto era a referência na região da DRS XV não raro havia espera de aproximadamente 6 meses para realização de consulta. No presente estudo, de acordo com secretários municipais de saúde de 30 municípios o tempo médio foi 20,2 dias. Esse resultado indica que houve melhora nesse primeiro contato do paciente com o médico.

Nesta pesquisa, o tempo médio para realização de exame no AME (20,8 dias) foi considerado bastante satisfatório. Anteriormente à implantação desse ambulatório, o HB de São José do Rio Preto e a Santa

Casa de Misericórdia de Votuporanga eram referências para exames de alta complexidade como tomografia computadorizada e ressonância magnética, principalmente nas áreas de cardiologia, oftalmologia e ortopedia. Não existem dados oficiais sobre o tempo para realização desses exames no HB, mas alguns demoravam até 12 meses. Portanto, esses achados mostram agilidade desse modelo de atendimento médico à população.

Antes da implantação do AME em Votuporanga, mesmo ocorrendo investimento por parte do município no atendimento de especialidades, o órgão municipal não conseguia estrutura para exames diagnósticos nem linha de atendimento. Com isso existia grande quantidade de reclamações sobre procedimentos de média complexidade. O AME organizou o atendimento de especialidades médicas nos CGR de Votuporanga e Fernandópolis e, por conseguinte, ocorreu aumento de recursos disponíveis nos municípios para atenção básica.

4.2- Satisfação dos Usuários do AME

A satisfação do usuário tem sido incluída em estudos que avaliam a qualidade dos serviços de saúde, pois fornece informações àqueles que administram os serviços e à equipe que presta os cuidados, possibilitando desenvolver estratégias que visem à superação de limitações detectadas.⁽³⁹⁾

A avaliação da qualidade da assistência prestada é imprescindível para o planejamento e gerenciamento dos sistemas de saúde. A mensuração

da satisfação do paciente, a partir da utilização dos serviços de saúde, é um dos componentes dos resultados desejáveis da assistência prestada. No entanto, apresenta limitações como indicador de qualidade pela sua subjetividade, fazendo parte do grupo de indicadores de imagem das instituições de saúde que trabalham principalmente com resultados de pesquisa acerca da satisfação dos clientes externos e internos.^(40,41)

No presente estudo, a satisfação dos usuários do AME de Votuporanga, em seu primeiro ano de funcionamento, foi elevada. Embora sem registro na literatura, antes da implantação do AME a estrutura era precária. Vale ressaltar que o primeiro Ambulatório Médico de Especialidades do Estado foi implantado em Votuporanga,⁽²⁹⁾ dificultando a comparação dos resultados aqui obtidos com os de outros ambulatórios que estão sendo implantados.

O tempo de espera entre a chegada do paciente ao AME e a realização da consulta médica foi considerado pela maioria dos usuários “muito bom” e “bom” na primeira consulta e no retorno. Esse resultado pode ser explicado pelo funcionamento do sistema de consulta com hora marcada.

A recepção do AME quanto ao tempo de espera, atenção e cordialidade, e informações prestadas foi considerada pela grande maioria dos usuários tanto na primeira consulta como no retorno como “muito

bom”. Esse achado pode ser devido ao treinamento e capacitação dos funcionários desse setor.

Com relação à avaliação dos serviços médicos e de enfermagem do AME, os bons resultados indicam que a estrutura organizacional e física incluindo sistema de hora marcada, instalações e equipamentos novos, remuneração adequada, equilíbrio na proporção entre o número de profissionais disponíveis e o número de pacientes atendidos, e sistema de exames complementares (possibilidade de resolução dos casos reduz angústia profissional do médico), propiciam melhores condições de atendimento.

É importante salientar que antes da implantação do AME, havia um total de 38 médicos em 2007 e atualmente existem 57 médicos.⁽⁴²⁾ Apesar da diferença na quantidade de médicos, é inquestionável a mudança de paradigma no atendimento na saúde pública, pois antes do AME não havia resolubilidade e qualidade no atendimento aos usuários do SUS provenientes de 30 municípios da região.

No período estudado, a satisfação dos usuários foi elevada com relação à limpeza (recepção, corredores, banheiros e consultórios e salas de espera) e ao conforto dos ambientes (silêncio, sala de espera, iluminação, ventilação e sinalização). Esses achados estão relacionados à política de qualidade associada a investimentos da Secretaria de Estado da Saúde do

Estado de São Paulo em recursos materiais, incluindo limpeza e projeto arquitetônico de alto padrão oferecido aos usuários do SUS.

Os resultados da localização da ouvidoria quando o paciente não é bem atendido no AME mostram que no período de fevereiro a outubro de 2008 houve redução na quantidade de usuários que sabia onde reclamar enquanto houve aumento na quantidade de pacientes, influenciando o atendimento na ouvidoria. Esses dados sugerem que a resolubilidade e qualidade do atendimento contribuem para o aumento da demanda, sendo necessário seu controle, pois o sistema é dinâmico. Vale destacar que a resposta à demanda quando a administração é direta não possui, conforme legislação estadual, agilidade e flexibilidade necessárias que as Organizações Sociais de Saúde (OSS) possibilitam.

A presente pesquisa, fundamentada na opinião de secretários municipais de saúde de 30 municípios e na satisfação dos usuários do SUS atendidos pelo AME de Votuporanga, apesar de indicadores positivos de eficiência, necessita de mais estudos visando contribuir para aprimorar a resolubilidade e a qualidade no atendimento.

CONCLUSÕES

5- CONCLUSÕES

Com base nos resultados obtidos, pôde-se chegar às seguintes conclusões:

1) O impacto regional da implantação do Ambulatório Médico de Especialidades de Votuporanga foi bem-sucedido, com indicadores positivos de eficiência e qualidade de atendimento;

2) Houve melhora na resolubilidade de procedimentos ambulatoriais (consultas e exames) em relação a outros serviços ambulatoriais;

3) Houve alto grau de satisfação dos usuários com relação à qualidade do atendimento.

***REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS***

6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schout D, Novaes HMD. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. *Ciênc saúde coletiva* 2007;12(4):935-44.
2. Viacava F, Almeida C, Caetano R, Fausto M, Macinko J, Martins M, et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciênc saúde coletiva* 2004; 9(3):711-24.
3. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev Saúde Pública* 2000;34(5):547-59.
4. Camargo Jr KR. Um ensaio sobre a (in) definição de integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, editores. *Construção da integralidade: cotidiano saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO; 2003. p. 35-43.
5. Brasil. Ministério da Saúde. VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília. Relatório. 1986.
6. Buss PM. A IX Conferência Nacional de Saúde. *Cad Saúde Pública* 1991;7(3):297-300.
7. Silva SF. Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. *Saúde em Debate* 2009;33(81):38-46.
8. Mendes EV. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Ed. Hucitec; 1999.

9. Brasil. Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal. 1988.
10. Trevisan L. Das pressões às ousadias: o confronto entre a descentralização tutelada e a gestão em rede no SUS. *Rev Adm Pública* 2007;41(2):237-54.
11. Viana ALD, Heimann LS, Lima LD, Oliveira RG, Rodrigues SH. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2002;18(supl):139-51.
12. Mendes NA, Santos SBS. Financiamento descentralizado da saúde: a contribuição dos municípios paulistas. *Saude Soc* 2000;9(1/2):111-25.
13. Braile DM. Opinião. SUS 20 anos. 2008; http://www.diarioweb.com.br/artigos/body_artigos.asp?idCategoria=35&idNoticia=107704.
14. Pinheiro R, Ferla A, Silva Júnior AG. Integrality in the population's health care programs. *Ciênc saúde coletiva* 2007;12(2):343-9.
15. Sisson MC. Considerações sobre o Programa de Saúde da Família e a promoção de maior equidade na política de saúde. *Saúde Soc* 2007;16(3):85-91.
16. Campos GWS. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. *Saúde Soc* 2006;15(2):23-33.

17. Barata LRB, Mendes JDV. Organizações sociais de saúde: experiência bem-sucedida de gestão pública de saúde do Estado de São Paulo. *Rev adm saude* 2006;8(31):47-56.
18. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS: avanços e desafios. 2ª ed. Brasília: CONASS; 2007.
19. Barata LRB. SUS: duas décadas de avanços. In: Souza RR, Mendes JDV, Barros S, organizadores. 20 anos do SUS São Paulo. São Paulo: SES/SP; 2008. p. 9-10.
20. Santos L, Andrade LOM. Vinte anos de SUS: o sistema de saúde no Brasil no século 21. *Saúde em Debate* 2009;33(82):201-13.
21. Gomes MC. Organizações sociais: a experiência da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. In: Levy E, Drago PA, editores. *Gestão pública no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Fundap; 2005. p. 164-84.
22. Labrador JRR, Benedicto AS. Salud pública y sostenibilidad de los sistemas públicos de salud. *Rev Esp Salud Pública* 2006;80:475-82.
23. Quinhões TAT. Novos padrões gerenciais no setor público no sistema de saúde canadense. In: *Cadernos ENAP – Reforma do Estado no setor de saúde: os casos de Catalunha, Canadá, Reino Unido e Estados Unidos*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Administração Pública; 1997. p. 47-71.

24. OPAS - Organización Panamericana de la Salud. Canada: perfil del sistema de servicios de salud. Impreso do Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud da División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Março de 2000.
25. Nascimento ECV. Programa de Comunicação Integrada de Marketing para o modelo Organização Social de Saúde implantado no Estado de São Paulo [monografia]. São Paulo (SP): Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2003.
26. Barata LRB. Entrevista. Rev adm saude 2005;7(28):74-8.
27. Banco Mundial. Unidade de Redução da Pobreza e Gestão Econômica da Região da América Latina e Caribe. Relatório N° 35691-BR. Brasil: Melhorando o desempenho no setor saúde: Lições das inovações do Estado de São Paulo e da Cidade de Curitiba. 29 de Março de 2006.
28. Souza RR, Mendes JDV, Barros S. A eficiência do SUS e a nova modalidade de gestão. In: _____, organizadores. 20 anos do SUS São Paulo. São Paulo: SES/SP; 2008. p. 111-28.
29. Tadei VC, Braile DM. AME: Ambulatório Médico de Especialidades: agilidade com resolutividade. Rev Bras Cir Cardiovasc 2008;23(4):570-1.
30. Oliveira MHCB, Rehem TCMSB, Amaral TCL, Barros S. A atenção à saúde no SUS São Paulo: uma perspectiva regional. São Paulo: FUNDAP; 2008.

31. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. População residente. 2008; <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popnsp.def>.
32. Sokal RR, Rohlf FJ. Biometry: the principles and practice of statistics in biological research. New York: Freeman; 1995.
33. Schouri Jr R, Ramos LR, Papaléo Netto M. Crescimento populacional: aspectos demográficos e sociais. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu, 1994. p. 9-29.
34. Santos KA, Koszuoski R, Dias-da-Costa, JS, Pattussi MP. Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do município de Guatambu, Santa Catarina, Brasil. Cad Saúde Pública 2007;23(11):2781-88.
35. Jóia LC, Ruiz T, Donalísio MR. Grau de satisfação com a saúde entre idosos do município de Botucatu, Estado de São Paulo, Brasil. Epidemiol Serv Saúde 2008;17(3):177-86.
36. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem da População 2007. Rio de Janeiro (Brasil): Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2007.

37. Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Cad Saúde Pública 2003;19(3):735-43.
- 38- Sant'ana AM. A propósito da medicina de família. Rev Bras Med Fam e Com 2000;1(1):24-8.
- 39- Perico GV, Grosseman S, Robles ACC, Stoll C. Percepção de mães sobre a assistência prestada a seus filhos por estudantes de medicina da sétima fase: estudo de caso no ambulatório de pediatria de um hospital universitário. Rev bras educ med 2006;30(2):49-55.
- 40- Bittar OJNV. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. Rev Adm Saúde 2001;3(12):21-8.
- 41- Donabedian A. The seven pillars of quality. Arch Pathol Lab Med 1990;114(11):1115-8.
- 42- Secretaria de Estado da Saúde. Departamento Regional de Saúde de São José do Rio Preto - DRS XV. Lista de médicos e funcionários dos Ambulatórios Regionais de Especialidades (ARE) de Votuporanga e Fernandópolis. 2009.

APÊNDICES



Projeto Avaliação do Ambulatório Médico de Especialidades(AME)

Questionário

1- Em seu município existia demanda reprimida antes da implantação do AME em Votuporanga ? () sim () não

2- Após a implantação do AME em Votuporanga, esse problema:
() foi solucionado () está sendo solucionado () não foi solucionado

3- Como é o agendamento de 1ª consulta e exame de média complexidade no AME ? () lento () rápido

4- Qual o tempo médio para agendamento de consulta e exame no AME ?
R.:.....

5- Houve redução do custo operacional dos pacientes do seu município para realizar procedimentos (consultas e exames) agendados no AME em Votuporanga ?
() sim () não () indiferente

6- Em caso de redução, qual foi a porcentagem média ?
R.:.....

7- Após implantação do AME, a quantidade de reclamações com relação ao atendimento:
() aumentou () diminuiu () indiferente



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DO RIO PETO – DRS XV
Rua Gal Glicério, 3.330, Tel/Fax 3232-0388-cep15.115-400

8- Sua Secretária de Saúde agenda procedimentos ambulatoriais (consultas e exames) no AME e em outros serviços ambulatoriais ?

() sim () não

9- Em qual deles o grau de resolubilidade de procedimentos ambulatoriais é maior ? () AME () outros

10- Como é o agendamento da 1ª consulta e exame de média complexidade no AME:

() 1 – 30 dias () 30-60 dias () 60- 90 dias

11- Outras referências para 1ª consulta:

() 1 – 30 dias () 30 – 60 dias () 60 – 90 dias

12- Outras referências para exame:

() 1 – 30 dias () 30 – 60 dias () 60 – 90 dias

13- Qual é o tempo médio para realização de consulta no AME?

R: _____ dias

14- Qual é o tempo médio para realização de exame no AME?

R: _____ dias

UNIDADE.....: AME- AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES DE VOTUPORANGA
 MÊS REFERÊNCIA.: _____

MUITO BOM BOM REGULAR RUIM MUITO RUIM

1) O que você acha do tempo entre o pedido e a realização desta consulta?

Número de pessoas :

0		0		0		0		0	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

2) O que você acha do tempo de espera entre a sua chegada aqui e a realização da consulta médica?

Número de pessoas :

0		0		0		0		0	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

3) Como você avalia a Recepção deste Ambulatório

Tempo de espera

Número de pessoas :

0		0		0		0		0	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

Atenção e Cordialidade

Número de pessoas :

0		0		0		0		0	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

Informações Prestadas

Número de pessoas :

0		0		0		0		0	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

4) Como você avalia o Serviços Médicos deste Ambulatório

Atenção e Cordialidade

Número de pessoas :

0		0		0		0		0	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

Esclarecimentos ao Paciente

Número de pessoas :

0		0		0		0		0	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

Esclarecimentos aos Familiares

Número de pessoas :

0		0		0		0		0	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

Cuidados Prestados

Número de pessoas :

0		0		0		0		0	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

5) Como você avalia o Serviço de Enfermagem deste Ambulatório

Atenção e Cordialidade

Número de pessoas :

0		0		0		0		0	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

Esclarecimentos ao Paciente

Número de pessoas :

0		0		0		0		0	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

Esclarecimentos aos Familiares

Número de pessoas :

0		0		0		0		0	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

Cuidados Prestados

Número de pessoas :

0		0		0		0		0	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

6) Como você julga a Limpeza dos ambientes

Recepção

Número de pessoas :

0		0		0		0		0	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

Corredores

Número de pessoas :

0		0		0		0		0	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

Banheiros

Número de pessoas :

0		0		0		0		0	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

Consultórios e Salas de Espera

Número de pessoas :

0		0		0		0		0	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

7) Como você julga o Conforto dos ambientes

Silêncio no ambiente

Número de pessoas :

0		0		0		0		0	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

Sala de Espera

Número de pessoas :

0		0		0		0		0	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

Iluminação ambiente

Número de pessoas :

0		0		0		0		0	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

Ventilação

Número de pessoas :

0		0		0		0		0	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

Sinalização

Número de pessoas :

0		0		0		0		0	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

8) Quando não é bem atendido você sabe onde reclamar?

Número de pessoas :

0		0		0		0		0	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

MÊS REFERÊNCIA.:

MUITO BOM BOM REGULAR RUIM MUITO RUIM

Tempo de espera entre a sua chegada aqui e a realização

Número de pessoas :

Recepção deste Ambulatório

Número de pessoas :

Número de pessoas :

Número de pessoas :

Serviços Médicos deste Ambulatório

Número de pessoas :

paciente

Número de pessoas :

famíliares

Número de pessoas :

Número de pessoas :

Serviço de Enfermagem deste Ambulatório

Número de pessoas :

paciente

Número de pessoas :

famíliares

Número de pessoas :

Número de pessoas :

Limpeza dos ambientes

Número de pessoas :

Número de pessoas :

Número de pessoas :

Tempo de Espera

Número de pessoas :

Conforto dos ambientes

Número de pessoas :

Número de pessoas :

Número de pessoas :

Número de pessoas :

Número de pessoas :

marcação de consulta de retorno deste

ANEXOS

LEI COMPLEMENTAR Nº 846, DE 4 DE JUNHO DE 1998
04/06/1998

Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências
O GOVERNADOR DO ESTADO DE SÃO PAULO:

Faço saber que a Assembléia Legislativa decreta e eu promulgo a seguinte lei complementar:

CAPÍTULO I

Das Organizações Sociais

Seção I

Da Qualificação

Artigo 1º. - O Poder Executivo poderá qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas à saúde e à cultura, atendidos os requisitos previstos nesta lei complementar.

Parágrafo único - As pessoas jurídicas de direito privado cujas atividades sejam dirigidas à saúde e à cultura, qualificadas pelo Poder Executivo como organizações sociais, serão submetidas ao controle externo da Assembléia Legislativa, que o exercerá com o auxílio do Tribunal de Contas do Estado, ficando o controle interno a cargo do Poder Executivo.

Artigo 2º. - São requisitos específicos para que as entidades privadas referidas no artigo anterior

habilitem-se à qualificação como organização social :

I - comprovar o registro de seu ato constitutivo, dispondo sobre:

- a) natureza social de seus objetivos;
- b) finalidade não-lucrativa, com a obrigatoriedade de investimento de seus excedentes financeiros no desenvolvimento das próprias atividades;
- c) previsão expressa de ter a entidade, como órgãos de deliberação superior e de direção, um Conselho de Administração e uma Diretoria, definidos nos termos do Estatuto, assegurado àquele composição e atribuições normativas e de controle básicos previstos nesta lei complementar;
- d) previsão de participação, no órgão colegiado de deliberação superior, de membros da comunidade, de notória capacidade profissional e idoneidade moral;
- e) composição e atribuições da Diretoria da entidade;
- f) obrigatoriedade de publicação anual, no Diário Oficial do Estado, dos relatórios financeiros e do relatório de execução do contrato de gestão;
- g) em caso de associação civil, a aceitação de novos associados, na forma do estatuto;

h) proibição de distribuição de bens ou de parcela do patrimônio líquido em qualquer hipótese, inclusive em razão de desligamento, retirada ou falecimento de associado ou membro da entidade;

i) previsão de incorporação integral do patrimônio, dos legados ou das doações que lhe foram destinados, bem como dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, em caso de extinção ou desqualificação da entidade, ao patrimônio de outra organização social qualificada no âmbito do Estado, da mesma área de atuação, ou ao patrimônio do Estado, na proporção dos recursos e bens por este alocados;

j) II - ter a entidade recebido aprovação em parecer favorável, quanto à conveniência e oportunidade de sua qualificação como organização social, do Secretário de Estado da área correspondente e do Secretário da Administração e Modernização do Serviço Público.

k) **Parágrafo único** - Somente serão qualificadas como organização social, as entidades que, efetivamente, comprovarem possuir serviços próprios de assistência à saúde, há mais de 5 (cinco) anos.

Seção II

Do Conselho de Administração

Artigo 3º. - O Conselho de Administração deve estar estruturado nos termos do respectivo estatuto, observados, para os fins de atendimento dos requisitos de qualificação, os seguintes critérios básicos:

I - ser composto por:

a) at 55 % (cinquenta e cinco por cento) no caso de associação civil, de membros eleitos dentre os membros ou os associados;

b) 35% (trinta e cinco por cento) de membros eleitos pelos demais integrantes do Conselho, dentre pessoas de notória capacidade profissional e reconhecida idoneidade moral;

c) 10% (dez por cento) de membros eleitos pelos empregados da entidade;

d) II - os membros eleitos ou indicados para compor o Conselho que não poderão ser parentes consanguíneos ou afins at o 3º. grau do Governador, Vice-Governador e Secretários de Estado, terão mandato de quatro anos, admitida uma recondução;

e) III - o primeiro mandato de metade dos membros eleitos ou indicados deve ser de dois anos, segundo critérios estabelecidos no estatuto;

f) IV - o dirigente máximo da entidade deve participar das reuniões do Conselho, sem direito a voto;

g) V - o Conselho deve reunir-se ordinariamente, no mínimo, três vezes a cada ano, e extraordinariamente, a qualquer tempo;

h) VI - os conselheiros não receberão remuneração pelos serviços que, nesta condição, prestarem à organização social, ressalvada a ajuda de custo por reunião da qual participem; e

i) VII - os conselheiros eleitos ou indicados para integrar a Diretoria da entidade devem renunciar ao assumirem às correspondentes funções executivas.

Artigo 4º. - Para os fins de atendimento dos requisitos de qualificação, devem ser incluídas entre as atribuições privativas do Conselho de Administração:

3

I - aprovar a proposta de contrato de gestão da entidade;

II - aprovar a proposta de orçamento da entidade e o programa de investimentos;

III - designar e dispensar os membros da Diretoria;

IV - fixar a remuneração dos membros da Diretoria;

V - aprovar os estatutos, bem como suas alterações, e a extinção da entidade por maioria, no mínimo, de 2/3 (dois terços) de seus membros;

VI - aprovar o regimento interno da entidade, que deve dispor, no mínimo, sobre a estrutura, o gerenciamento, os cargos e as competências;

VII - aprovar por maioria, no mínimo, de 2/3 (dois terços) de seus membros, o regulamento próprio contendo os procedimentos que deve adotar para a contratação de obras e serviços, bem como para compras e alienações, e o plano de cargos, salários e benefícios dos empregados da entidade;

VIII - aprovar e encaminhar, ao órgão supervisor da execução do contrato de gestão, os relatórios gerenciais e de atividades da entidade, elaborados pela Diretoria; e

IX - fiscalizar o cumprimento das diretrizes e metas definidas e aprovar os demonstrativos financeiros e contábeis e as contas anuais da entidade, com o auxílio de auditoria externa.

Artigo 5º. - Aos conselheiros, administradores e dirigentes das organizações sociais da saúde vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde - SUS.

Seção III

Do Contrato de Gestão

Artigo 6º. - Para os efeitos desta lei complementar, entende-se por contrato de gestão o instrumento firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como organização social, com

vistas à formação de uma parceria entre as partes para fomento e execução de atividades relativas à área da saúde ou da cultura.

§ 1º. - dispensável a licitação para a celebração dos contratos de que trata o "caput" deste artigo.

§ 2º. - A organização social da saúde deverá observar os princípios do Sistema Único de Saúde, expressos no artigo 198 da Constituição Federal e no artigo 7º. da Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990.

§ 3º. - A celebração dos contratos de que trata o "caput" deste artigo, com dispensa da realização

de licitação, será precedida de publicação da minuta do contrato de gestão e de convocação pública das organizações sociais, através do Diário Oficial do Estado, para que todas as interessadas em celebrá-lo possam se apresentar.

§ 4º. - O Poder Público dará publicidade:

I - da decisão de firmar cada contrato de gestão, indicando as atividades que deverão ser executadas; e

II - das entidades que manifestarem interesse na celebração de cada contrato de gestão.

§ 5º. - vedada a celebração do contrato previsto neste artigo para a destinação, total ou parcial,

de bens públicos de qualquer natureza, que estejam ou estiveram, ao tempo da publicação desta

lei, vinculados à prestação de serviços de assistência à saúde.

Artigo 7º. - O contrato de gestão celebrado pelo Estado, por intermédio da Secretaria de Estado

da Saúde ou da Cultura conforme sua natureza e objeto, discriminará as atribuições,

4

responsabilidades e obrigações do Poder Público e da entidade contratada e será publicado na

íntegra no Diário Oficial.

Parágrafo único - O contrato de gestão deve ser submetido, após aprovação do Conselho de Administração, ao Secretário de Estado da área competente.

Artigo 8º. - Na elaboração do contrato de gestão devem ser observados os princípios inscritos no

artigo 37 da Constituição Federal e no artigo 111 da Constituição Estadual e, também, os seguintes preceitos:

I - especificação do programa de trabalho proposto pela organização social, estipulação das metas a serem atingidas e respectivos prazos de execução, bem como previsão expressa dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de qualidade e produtividade;

II - estipulação dos limites e critérios para a despesa com a remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidas pelos dirigentes e empregados das organizações sociais,

no exercício de suas funções;

III - atendimento à disposição do § 2º. do artigo 6º. desta lei complementar; e

IV - atendimento e exclusivo aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS, no caso das organizações sociais da saúde.

Parágrafo único - O Secretário de Estado competente deverá definir as demais cláusulas necessárias dos contratos de gestão de que for signatário.

Seção IV

Da Execução e Fiscalização do Contrato de Gestão

Artigo 9º. - A execução do contrato de gestão celebrado por organização social será fiscalizada pelo Secretário de Estado da Saúde ou pela Secretaria de Estado da Cultura, nas áreas correspondentes.

§ 1º. - O contrato de gestão deve prever a possibilidade de o Poder Público requerer a apresentação pela entidade qualificada, ao término de cada exercício ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, de relatório pertinente à execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro, assim como suas publicações no Diário Oficial do Estado.

§ 2º. - Os resultados atingidos com a execução do contrato de gestão serão analisados, periodicamente, por comissão de avaliação indicada pelo Secretário de Estado competente, composta por profissionais de notória especialização, que emitirão relatório conclusivo, a ser encaminhado àquela autoridade e aos órgãos de controle interno e externo do Estado.

§ 3º. - A comissão de avaliação da execução do contrato de gestão das organizações sociais da

saúde, da qual trata o parágrafo anterior, compor-se-á, dentre outros membros, por 2 (dois) integrantes indicados pelo Conselho Estadual de Saúde, reservando-se, também, 2 (duas) vagas

para membros integrantes da Comissão de Saúde e Higiene da Assembléia Legislativa e deverá encaminhar, trimestralmente, relatório de suas atividades à Assembléia Legislativa.

Artigo 10 - Os responsáveis pela fiscalização da execução do contrato de gestão, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos ou bens de origem pública por organização social, dela darão ciência ao Tribunal de Contas e ao Ministério

Público, para as providências relativas aos respectivos âmbitos de atuação, sob pena de responsabilidade solidária.

Artigo 11 - Qualquer cidadão, partido político, associação ou entidade sindical parte legítima para denunciar irregularidades cometidas pelas organizações sociais ao Tribunal de Contas ou à Assembléia Legislativa.

5

Artigo 12 - O balanço e demais prestações de contas da organização social devem, necessariamente, ser publicados no Diário Oficial do Estado e analisados pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.

Seção V

Do Fomento às Atividades Sociais

Artigo 13 - As entidades qualificadas como organizações sociais ficam declaradas como entidades de interesse social e utilidade pública para todos os efeitos legais.

Artigo 14 - Às organizações sociais serão destinados recursos orçamentários e, eventualmente, bens públicos necessários ao cumprimento do contrato de gestão.

§ 1º. - Ficam assegurados às organizações sociais os créditos previstos no orçamento e as respectivas liberações financeiras, de acordo com o cronograma de desembolso previsto no contrato de gestão.

§ 2º. - Poderá ser adicionada aos créditos orçamentários destinados ao custeio do contrato de gestão, parcela de recursos para fins do disposto no artigo 16 desta lei complementar, desde que haja justificativa expressa da necessidade pela organização social.

§ 3º. - Os bens de que trata este artigo serão destinados às organizações sociais, consoante cláusula expressa do contrato de gestão.

§ 4º. - Os bens públicos de que trata este artigo não poderão recair em estabelecimentos de saúde do Estado, em funcionamento.

Artigo 15 - Os bens móveis públicos permitidos para uso poderão ser substituídos por outros de igual ou maior valor, condicionado a que os novos bens integrem o patrimônio do Estado.

Parágrafo único - A permuta de que trata o "caput" deste artigo dependerá de prévia avaliação do bem e expressa autorização do Poder Público.

Artigo 16 - Fica facultado ao Poder Executivo o afastamento de servidor para as organizações sociais, com ônus para a origem.

§ 1º. - Não será incorporada aos vencimentos ou à remuneração de origem do servidor afastado

qualquer vantagem pecuniária que vier a ser paga pela organização social.

§ 2º. - Não será permitido o pagamento de vantagem pecuniária permanente por organização social a servidor afastado com recursos provenientes do contrato de gestão, ressalvada a hipótese de adicional relativo ao exercício de função temporária de direção e assessoria.

Artigo 17 - São extensíveis, no âmbito do Estado, os efeitos dos artigos 13 e 14, § 3º., para as entidades qualificadas como organizações sociais pela União, pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, quando houver reciprocidade e desde que a legislação local não contrarie as normas

gerais emanadas da União sobre a matéria, os preceitos desta lei complementar, bem como os da

legislação específica de âmbito estadual.

Seção VI

Da Desqualificação

Artigo 18 - O Poder Executivo poderá proceder à desqualificação da entidade como organização

social quando verificado o descumprimento das disposições contidas no contrato de gestão.

§ 1º. - A desqualificação será precedida de processo administrativo, assegurado o direito de ampla defesa, respondendo os dirigentes da organização social, individual e solidariamente, pelos

danos ou prejuízos decorrentes de sua ação ou omissão.

§ 2º. - A desqualificação importará reversão dos bens permitidos e do saldo remanescente dos recursos financeiros entregues à utilização da organização social, sem prejuízo das sanções contratuais penais e civis aplicáveis à espécie.

6

CAPÍTULO II

Das Disposições Finais e Transitórias

Artigo 19 - A organização social fará publicar na imprensa e no Diário Oficial do Estado, no prazo

máximo de 90 (noventa) dias contados da assinatura do contrato de gestão, regulamento próprio

contendo os procedimentos que adotará para a contratação de obras e serviços, bem como para

compras com emprego de recursos provenientes do Poder Público.

Artigo 20 - Os Conselheiros e Diretores das organizações sociais, não poderão exercer outra atividade remunerada com ou sem vínculo empregatício, na mesma entidade.

Artigo 21 - Nas hipóteses de a entidade pleiteante da habilitação como organização social existir

há mais de 5 (cinco) anos, contados da data da publicação desta lei complementar, fica estipulado

o prazo de 2 (dois) anos para adaptação das normas do respectivo estatuto ao disposto no artigo

3º., incisos de I a IV.

Artigo 22 - Fica acrescido parágrafo ao artigo 20 da Lei Complementar Nº 791, de 9 de março de

1995, do seguinte teor:

"§ 7º. - À habilitação de entidade como organização social e à decorrente relação de parceria com

o Poder Público, para fomento e execução de atividades relativas à área da saúde, nos termos da

legislação estadual pertinente, não se aplica o disposto no § 5º. deste artigo."

Artigo 23 - Os requisitos específicos de qualificação das organizações sociais da área de cultura

serão estabelecidos em decreto do Poder Executivo, a ser editado no prazo de 60 (sessenta) dias a contar da publicação desta lei complementar.

Artigo 24 - Esta lei complementar entrará em vigor na data de sua publicação.

Palácio dos Bandeirantes, 4 de junho de 1998

MÁRIO COVAS

Yoshiaki Nakano

Secretário da Fazenda

José da Silva Guedes

Secretário da Saúde

Antonio Angarita

Respondendo pelo Expediente da Secretaria da Cultura

Fernando Gomez Carmona

Secretário da Administração e Modernização do Serviço Público

Fernando Leça

Secretário-Chefe da Casa Civil

Antonio Angarita

Secretário do Governo e Gestão Estratégica

Publicada na Assessoria Técnico-Legislativa, aos 4 de junho de 1998.

Diário Oficial
Poder Executivo
Estado de São Paulo Seção I

Palácio dos Bandeirantes

Av. Morumbi, 4.500 - Morumbi – CEP 05698-900 - Fone: 3745-3344

Nº 176 - DOE de 19/09/09 - Seção 1 - p. 1

LEI COMPLEMENTAR Nº 1095, DE 18 DE SETEMBRO DE 2009

Dispõe sobre a qualificação como organizações sociais das fundações e das entidades que especifica, e dá outras providências

O GOVERNADOR DO ESTADO DE SÃO PAULO:

Faço saber que a Assembleia Legislativa decreta e eu promulgo a seguinte lei complementar:

Artigo 1º - As fundações de apoio aos hospitais de ensino existentes há mais de 10 (dez) anos na

data da publicação desta lei complementar, bem como as entidades sem fins lucrativos cujas atividades sejam dirigidas ao atendimento ou promoção dos direitos das pessoas com deficiência,

poderão qualificar-se como organizações sociais, atendidos os requisitos dos incisos I e II do artigo

2º da Lei complementar nº 846, de 4 de junho de 1998, e alterações posteriores.

Artigo 2º - Os dispositivos adiante enumerados da Lei complementar nº 846, de 4 de junho de 1998, passam a vigorar com a seguinte redação:

I - o artigo 1º:

“Artigo 1º - O Poder Executivo poderá qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de

direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas à saúde, à cultura, ao esporte e

ao atendimento ou promoção dos direitos das pessoas com deficiência, atendidos os requisitos previstos nesta lei complementar.

Parágrafo único - As pessoas jurídicas de direito privado cujas atividades sejam dirigidas à saúde,

à cultura, ao esporte e ao atendimento ou promoção dos direitos das pessoas com deficiência, qualificadas pelo Poder Executivo como organizações sociais, serão submetidas ao controle

externo da Assembleia Legislativa, que o exercerá com o auxílio do Tribunal de Contas do Estado,

ficando o controle interno a cargo do Poder Executivo.” (NR)

II - o “caput” do artigo 6º:

“Artigo 6º - Para os efeitos desta lei complementar, entende-se por contrato de gestão o instrumento firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como organização social, com

vistas à formação de uma parceria entre as partes para fomento e execução de atividades relativas

à área da saúde, da cultura, do esporte ou do atendimento ou promoção dos direitos das pessoas

com deficiência.” (NR)

III - o “caput” do artigo 7º:

“Artigo 7º - O contrato de gestão celebrado pelo Estado, por intermédio da Secretaria da Saúde,

Secretaria da Cultura, Secretaria do Esporte, Lazer e Turismo ou Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência, conforme sua natureza e objeto, discriminará as atribuições,

responsabilidades e obrigações do Poder Público e da entidade contratada e será publicado na

íntegra no Diário Oficial.” (NR)

IV - vetado.

V - o “caput” do artigo 9º:

“Artigo 9º - A execução do contrato de gestão celebrado por organização social será fiscalizada

pela Secretaria da Saúde, pela Secretaria da Cultura, pela Secretaria do Esporte, Lazer e Turismo

ou pela Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência, nas áreas correspondentes.” (NR)

Artigo 3º - Ficam revogados o § 5º do artigo 6º, o § 4º do artigo 14 e o § 2º do artigo 16 da Lei complementar nº 846, de 4 de junho de 1998.

Artigo 4º - Esta lei complementar entra em vigor na data de sua publicação.

Palácio dos Bandeirantes, 18 de setembro de 2009.

JOSÉ SERRA

Luiz Roberto Barradas Barata

Secretário da Saúde

Linamara Rizzo Battistella

Secretária dos Direitos da Pessoa com Deficiência

Cláury Santos Alves da Silva

Secretário de Esporte, Lazer e Turismo

Aloysio Nunes Ferreira Filho

Secretário-Chefe da Casa Civil

Publicada na Assessoria Técnico-Legislativa, aos 18 de setembro de 2009.

Diário Oficial

Poder Executivo

Estado de São Paulo Seção I

Palácio dos Bandeirantes

Av. Morumbi, 4.500 - Morumbi - CEP 05698-900 - Fone: 3745-3344

Nº 63 – DOE de 04/04/08 –p.24

SAÚDE

GABINETE DO SECRETÁRIO

Resolução SS - 39, de 3-4-2008

Cria a Rede de Ambulatórios Médicos Especializados - AME do Sistema Único de Saúde de São Paulo - SUS e

dá outras providências

O Secretário de Estado da Saúde, considerando que:

A integralidade da atenção em saúde é um dos princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, previsto na

Constituição e na Lei Federal nº 8080/90;

Em regiões do Estado de São Paulo ainda são constatadas filas e demora na prestação de atendimento

ambulatorial especializado no SUS/SP;

A ampliação de acesso da população aos serviços que realizam procedimentos ambulatoriais especializados

trará importantes benefícios para a saúde da população e ampliará a resolubilidade da rede de atenção primária

de saúde no SUS;

O investimento em recursos de saúde, de caráter regional e de referência especializada, é parte integrante da

política estadual de saúde;

A incorporação de novas estratégias ou modelos de atendimento, objetivando aperfeiçoar a configuração de

sistemas regionalizados e hierarquizados de saúde, é parte integrante das funções do planejamento estadual de

saúde;

Existem experiências exitosas de gestão pública de saúde do Estado de São Paulo, como as instituídas e

disciplinadas pela Lei Complementar nº 846/1998, que por meio de contratos de gestão, garantem maior

eficiência e resolubilidade aos serviços de saúde, inclusive em unidades ambulatoriais de especialidades,

resolve:

Artigo 1º. - Criar a Rede Estadual de Ambulatórios Médicos Especializados - AME, tendo como principais

objetivos:

1. Ampliar e aperfeiçoar a oferta de atendimento e procedimentos de saúde especializados para as redes

básicas de saúde municipais;

2. Facilitar o acesso da população aos cuidados e procedimentos especializados;

3. Reduzir o tempo de espera para o diagnóstico e o início do tratamento em casos que exigem atenção à saúde

de maior complexidade;

4. Ampliar a realização de cirurgias e outros procedimentos terapêuticos ambulatoriais, com redução de

necessidade de internação;

5. Melhorar a resolubilidade da rede regional de assistência à saúde do SUS/SP, com impactos positivos sobre a situação de saúde da população.

Artigo 2º. - Os Ambulatórios Médicos Especializados – AME são unidades exclusivamente de referência para as

Unidades Básicas de Saúde - UBS dos municípios da correspondente região de abrangência não atendendo demanda espontânea.

Parágrafo Único - Cada Departamento Regional de Saúde - DRS por meio do respectivo Colegiado Gestor

Regional definirá e implementará os necessários mecanismos de referência.

Artigo 3º. - a Coordenação Técnica do processo de planejamento e demais medidas necessárias para o

estabelecimento da Rede Estadual do AME do Estado de São Paulo, será responsabilidade da Assessoria

Técnica do Gabinete da Secretaria de Estado da Saúde.

Parágrafo Único - Todas as Coordenadorias da Secretaria de Estado da Saúde, em especial a Coordenadoria de

Planejamento de Saúde - CPS e a Coordenadoria de Regiões de Saúde - CRS, e os Departamentos Regionais

de Saúde – DRS deverão participar e auxiliar, técnica e administrativamente, o processo de implantação da

Rede Estadual de AME, na medida de suas competências específicas.

Artigo 4º. - As unidades integrantes da Rede Estadual de AME serão mantidas, inicialmente, exclusivamente com

recursos do Tesouro Estadual e, na medida do possível, se buscará a participação de recursos federais do SUS.

Parágrafo Único - o gerenciamento dos AME, que integrarão a Rede Estadual de que trata esta Resolução, será

realizado por entidades parceiras, sem fins lucrativos, definidas pela Secretaria de Estado da Saúde, com a

celebração de convênios/contratos de gestão, nos moldes daqueles já realizados com as Organizações Sociais de Saúde.

Artigo 5º. - a definição das unidades integrantes da Rede Estadual de AME, no que se refere ao quantitativo de

unidades, localização, estrutura física e funcional (tipo de especialidade) deverá levar em conta os seguintes

critérios técnicos e de planejamento:

1. Análise do perfil epidemiológico da região de abrangência de cada AME;

2. Análise dos indicadores de saúde e de cobertura dos serviços SUS existentes em cada região;

3. Utilização de Parâmetros de necessidades, em especial os previstos na Portaria MS/GS nº 1.101, de 12 de

junho de 2002 ou outros estudos técnicos pertinentes;

4. Avaliação dos dados de produção, inclusive do levantamento de demanda reprimida em consultas médicas

especializadas, exames e cirurgias eletivas dos municípios da área de abrangência de cada AME;

5. Avaliação da rede instalada nos municípios e dos recursos de saúde já existentes, em especial do quantitativo

das especialidades médicas na área de abrangência de cada AME;

6. Propostas e sugestões dos colegiados regionais da área de abrangência de cada AME, buscando a

adequação com os sistemas municipais de saúde correspondentes;

7. Identificação de edificações adequadas para a finalidade proposta, sendo:

- a. Preferencialmente edificação pública;
 - b. Área física de pelo menos 1.500 a 3.000 m²;
 - 8. Identificação de parceiros que preencham os requisitos exigidos pela Secretaria de Estado da Saúde para gerenciamento das unidades;
 - 9. As disponibilidades orçamentárias e financeiras do Governo do Estado de São Paulo.
- Artigo 6º. - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Diário Oficial

Poder Executivo

Estado de São Paulo Seção I

Palácio dos Bandeirantes

Av. Morumbi, 4.500 - Morumbi - CEP 05698-900 - Fone: 3745-3344

Nº 187 – DOE de 03/10/07

COORDENADORIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Contrato de Gestão

Processo: 001/0100/000.591/2007

Contrato Que Entre Si Celebram o Estado de São Paulo, por Intermédio da Secretaria de

Estado da Saúde, e a Santa Casa de Misericórdia de Votuporanga, Qualificada Como

Organização Social de Saúde, para Regular o Desenvolvimento das Ações e Serviços de

Saúde, no Ambulatório Médico de Especialidade de Votuporanga.

Pelo presente instrumento, de um lado o Estado de São Paulo, por intermédio da Secretaria de

Estado da Saúde, com sede nesta cidade na Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar nº 188, neste

ato representada pelo seu Secretário de Estado da Saúde, Dr. Luiz Roberto Barradas Barata,

brasileiro, casado, médico, portador da Cédula de Identidade RG nº 5.433.764-1, CPF nº

000.187.008-45, doravante denominada CONTRATANTE, e de outro lado a Santa Casa de

Misericórdia de Votuporanga, com CNPJ/MF nº 72.957.814/0001-20, inscrito no CREMESP sob

nº 01.035, com endereço à Rua Minas Gerais, nº 3051 - Votuporanga - SP e com estatuto

devidamente registrados no Cartório do Registro de Imóveis e Anexos da Comarca de Votuporanga sob nº 07 de 14/02/1948, neste ato representada por seu Provedor, Sr.

Luiz

Alberto Mansilha Bressan, RG nº 12.344.588, CPF nº 025.734.658-96, doravante denominada

CONTRATADA, tendo em vista o que dispõe a Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de

1998, e considerando a declaração de dispensa de licitação inserida nos autos do Processo nº 001.0100.000.591/2007, fundamentada no § 1º, do artigo 6º, da Lei Complementar nº 846/98, combinado com o artigo 26, da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e alterações posteriores, e ainda em conformidade com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecidos na Leis Federais nº 8.080/90 e nº 8.142/90, com fundamento na Constituição Federal, em especial no seu artigo 196 e seguintes, e na Constituição do Estado de São Paulo, em especial o seu artigo 218 e seguintes, RESOLVEM celebrar o presente CONTRATO DE GESTÃO referente ao gerenciamento e execução de atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADE DE VOTUPORANGA cujo uso fica permitido pelo período de vigência do presente Contrato, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA

DO OBJETO

1- o presente CONTRATO DE GESTÃO tem por objeto a operacionalização da gestão e execução, pela CONTRATADA, das atividades e serviços de saúde no AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADE DE VOTUPORANGA, em conformidade com os Anexos Técnicos que integram este instrumento.

2- o objeto contratual executado deverá atingir o fim a que se destina, com eficácia e qualidade requeridas.

3- Fazem parte integrante deste CONTRATO:

- a) o Anexo Técnico I - Descrição de Serviços
- b) o Anexo Técnico II- Sistema de Pagamento
- c) o Anexo Técnico III - Indicadores de Qualidade

CLÁUSULA SEGUNDA

OBRIGAÇÕES e RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

Em cumprimento às suas obrigações, cabe à CONTRATADA, além das obrigações constantes

das especificações técnicas nos Anexos e daquelas estabelecidas na legislação referente ao

SUS, bem como nos diplomas federal e estadual que regem a presente contratação, as

seguintes:

1- Prestar os serviços de saúde que estão especificados no Anexo Técnico I -

Prestação de

Serviços à população usuária do SUS - Sistema Único de Saúde, de acordo com o estabelecido neste Contrato;

2- Dar atendimento exclusivo aos usuários do SUS no estabelecimento de saúde cujo uso lhe

fora permitido, nos termos do artigo 8º, inciso IV, da Lei Complementar nº 846/98;

3- Disponibilizar, por razões de planejamento das atividades assistenciais, de informação oportuna

sobre o local de residência dos pacientes atendidos ou que lhe sejam referenciados para

atendimento, registrando o município de residência e, para os residentes nesta capital do

Estado de São Paulo, o registro da região da cidade onde residem (Centro, Leste, Oeste, Norte

ou Sul);

4- Responsabilizar-se pela indenização de dano decorrente de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes, nessa qualidade, causarem a paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a estes vinculados, bem como aos bens públicos móveis e imóveis objetos de permissão de uso, de que trata a Lei Complementar nº 846/98, assegurando-se o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis;

4.1- a responsabilidade de que trata o item anterior estende-se aos casos de danos causados por falhas relativas à prestação dos serviços, nos termos do art. 14 da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor);

5- Restituir, em caso de desqualificação, ao Poder Público, o saldo dos recursos líquidos resultantes dos valores dele recebidos;

6- Administrar os bens móveis e imóveis cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos termos de permissão de uso, até sua restituição ao Poder Público;

6.1- a permissão de uso, referida no item anterior, deverá observar as condições estabelecidas no artigo 6º, §5º, combinado com o artigo 14, §4º, ambos da Lei Complementar nº 846/98;

6.2- Comunicar à instância responsável da CONTRATANTE todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência;

7- Transferir, integralmente, à CONTRATANTE em caso de desqualificação e conseqüente extinção da Organização Social de Saúde, o patrimônio, os legados ou doações que lhe foram destinados, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde no AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADE DE VOTUPORANGA cujo uso lhe fora permitido;

8- Proceder às adaptações das normas do respectivo Estatuto ao disposto no artigo 3º, incisos I a IV, da Lei Complementar nº 846/98, observado o prazo previsto no art. 21, do mesmo diploma legal;

9- Contratar, se necessário, pessoal para a execução das atividades previstas neste CONTRATO DE GESTÃO, responsabilizando-se pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, resultantes da execução do objeto desta avença;

10- Instalar no AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADE DE VOTUPORANGA, cujo uso lhe fora permitido, "Serviço de Atendimento ao Usuário", devendo encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde relatório mensal de suas atividades, conforme o disposto nos Anexos deste CONTRATO DE GESTÃO;

11- Manter, em perfeitas condições de uso, os equipamentos e instrumental necessários para a realização dos serviços contratados;

12- em se tratando de serviços exclusivamente ambulatoriais, integrar o Serviço de Marcação

de Consultas instituído pela Secretaria de Estado da Saúde, se esta assim o definir;

13- Adotar o símbolo e o nome designativo da unidade de saúde cujo uso lhe fora permitido, seguido pelo nome designativo "Organização Social de Saúde";

14- Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou ao seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste Contrato;

15- Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;

16- Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendose sempre a qualidade na prestação dos serviços;

17- Afixar aviso, em lugar visível, de sua condição de entidade qualificada como Organização Social de Saúde, e de gratuidade dos serviços prestados nessa condição;

18- Justificar ao paciente ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato.

19- Esclarecer os pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;

20- Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;

21- Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos pacientes;

22- Assegurar aos pacientes o direito de serem assistidos, religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso;

23- Fornecer ao paciente atendido, por ocasião de sua saída no Ambulatório, relatório circunstanciado do atendimento prestado, denominado "INFORME DE ATENDIMENTO", do qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:

- 1- Nome do paciente
- 2- Nome da Unidade de atendimento
- 3- Localização do Serviço/Ambulatório (enderêço, município, estado)
- 4- Motivo do atendimento (CID-10)
- 5- Data de admissão e data da alta (em caso de internação)
- 6- Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso;

24- o cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento: " Esta conta será paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais".

25- Colher a assinatura do paciente, ou de seus representantes legais, na segunda via do relatório a que se refere o item 23 desta cláusula, arquivando-a no prontuário do paciente, pelo prazo de 05 (cinco) anos, observando-se as exceções previstas em lei;

26- Limitar suas despesas com o pagamento de remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados das Organizações Sociais de Saúde a 70% (setenta por cento) do valor global das despesas de custeio das respectivas unidades.

27- a remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados das Organizações Sociais de Saúde não poderão exceder os níveis de remuneração praticados na rede privada de saúde, observando-se a média de valores de, pelo menos 10 (dez) instituições de mesmo porte e semelhante complexidade dos hospitais sob gestão das Organizações Sociais de Saúde, remuneração esta baseada em indicadores específicos divulgados por entidades especializadas em pesquisa salarial existentes no mercado.

CLÁUSULA TERCEIRA

DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

Para a execução dos serviços objeto do presente Contrato, a CONTRATANTE obriga-se a:

- 1- Prover a CONTRATADA dos meios necessários à execução do objeto deste Contrato;
- 2- Programar no orçamento do Estado, nos exercícios subseqüentes ao da assinatura do presente Contrato, os recursos necessários, nos elementos financeiros específicos para custear a execução do objeto contratual, de acordo com o sistema de pagamento previsto no Anexo Técnico II - Sistema de Pagamento, que integra este instrumento;
- 3- Permitir o uso dos bens móveis e imóveis, mediante a edição de Decreto e celebração dos correspondentes termos de permissão de uso e sempre que uma nova aquisição lhe for comunicada pela CONTRATADA;
- 4- Inventariar e avaliar os bens referidos no item anterior desta cláusula, anteriormente à formalização dos termos de permissão de uso;
- 5- Promover, mediante autorização governamental, observado o interesse público, o afastamento de servidores públicos para terem exercício na Organização Social de Saúde, conforme o disposto na Lei Complementar nº 846/98;
- 6- Analisar, sempre que necessário e, no mínimo anualmente, a capacidade e as condições de prestação de serviços comprovadas por ocasião da qualificação da entidade como Organização Social de Saúde, para verificar se a mesma ainda dispõe de suficiente nível técnico-assistencial para a execução do objeto contratual.

CLÁUSULA QUARTA

DA AVALIAÇÃO

A Comissão de Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão, constituída pelo Secretário de Estado da Saúde em conformidade com o disposto no § 3º do artigo 9º da Lei Complementar nº 846/98, procederá à verificação trimestral do desenvolvimento das atividades e retorno obtido pela Organização Social de Saúde com a aplicação dos recursos sob sua gestão, elaborando relatório circunstanciado, encaminhando cópia à Assembléia Legislativa.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

A verificação de que trata o "caput" desta cláusula, relativa ao cumprimento das diretrizes e metas definidas para a CONTRATADA, restringir-se-á aos resultados obtidos em sua

execução, através dos indicadores de desempenho estabelecidos, em confronto com as metas pactuadas e com a economicidade no desenvolvimento das respectivas atividades, os quais serão consolidados pela instância responsável da CONTRATANTE e encaminhados aos membros da Comissão de Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão em tempo hábil para a realização da avaliação trimestral.

PARÁGRAFO SEGUNDO

A Comissão de Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão referida nesta cláusula, deverá elaborar relatório anual conclusivo, sobre a avaliação do desempenho científico e tecnológico da CONTRATADA.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Os relatórios mencionados nesta cláusula deverão ser encaminhados ao Secretário de Estado da Saúde para subsidiar a decisão do Governador do Estado acerca da manutenção da qualificação da entidade como Organização Social de Saúde.

CLÁUSULA QUINTA

DO ACOMPANHAMENTO

A execução do presente Contrato de Gestão será acompanhada pela Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde, através do disposto neste Contrato e seus Anexos e dos instrumentos por ela definidos.

CLÁUSULA SEXTA

DO PRAZO DE VIGÊNCIA

O prazo de vigência do presente Contrato será de 5 (cinco) anos, tendo por termo inicial a data de sua assinatura, podendo ser renovado, após demonstrada a consecução dos objetivos estratégicos e das metas estabelecidas e havendo concordância de ambas as partes.

PARÁGRAFO ÚNICO

O prazo de vigência contratual estipulado nesta cláusula não exime a CONTRATANTE da comprovação da existência de recursos orçamentários para a efetiva continuidade da prestação dos serviços nos exercícios financeiros subsequentes ao da assinatura deste contrato.

CLÁUSULA SÉTIMA

DOS RECURSOS FINANCEIROS

Pela prestação dos serviços objeto deste Contrato, especificados no ANEXO TÉCNICO I -

Descrição de Serviços, a CONTRATANTE repassará à CONTRATADA, no prazo e condições constantes neste instrumento, bem como no Anexo Técnico II - Sistema de Pagamento, a importância global estimada de R\$ 39.002.244,00 (trinta e nove milhões e dois mil duzentos e quarenta e quatro reais).

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Do montante global mencionado no "caput" desta cláusula, o valor de R\$ 1.356.377,00 (um

milhão trezentos e cinqüenta e seis mil trezentos e setenta e sete reais correspondente a recursos de Custeio para o presente exercício financeiro, onerará a rubrica 090 148, no item 30 90 39, Fonte Tesouro e, o valor de R\$ 1.153.524,00 (um milhão cento e cinqüenta e três mil quinhentos e vinte e quatro reais) correspondente a recursos de Investimento, também para o presente exercício, onerará a rubrica 090 148, no item 44 50 42, Fonte Fundes, cujo repasse dar-se-á na modalidade CONTRATO DE GESTÃO, conforme Aditamento nº 04/2005 à Instrução TCESP nº 01/2002, conforme tabela abaixo:

PARÁGRAFO SEGUNDO

O valor restante correrá por conta dos recursos consignados nas respectivas leis orçamentárias, dos exercícios subseqüentes.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Os recursos repassados à CONTRATADA poderão ser por esta aplicados no mercado financeiro, desde que os resultados dessa aplicação revertam-se, exclusivamente, aos objetivos deste CONTRATO DE GESTÃO.

PARÁGRAFO QUARTO

Os recursos financeiros para a execução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO pela CONTRATADA poderão ser obtidos mediante transferências provenientes do Poder Público, receitas auferidas por serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde, doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações dos ativos financeiros da Organização Social de Saúde e de outros pertencentes ao patrimônio que estiver sob a administração da Organização, ficando-lhe, ainda, facultado contrair empréstimos com organismos nacionais e internacionais.

PARÁGRAFO QUINTO

A CONTRATADA deverá movimentar os recursos que lhe forem repassados pela CONTRATANTE em conta corrente específica e exclusiva, constando como titular o hospital público sob sua gestão, de modo a que não sejam confundidos com os recursos próprios da OSS CONTRATADA. Os respectivos extratos de movimentação mensal deverão ser encaminhados mensalmente à CONTRATANTE.

CLÁUSULA OITAVA

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

No primeiro ano de vigência do presente Contrato, o somatório dos valores a serem repassados fica estimado em de R\$ 2.509.901,00 (dois milhões quinhentos e nove mil novecentos e um reais), sendo que a transferência à CONTRATADA será efetivada mediante a liberação de 03 (três) parcelas mensais, cujo valor corresponde a um valor fixo (1/03 de 90% do orçamento anual, e um valor correspondente à parte variável do contrato (1/03 de 10% do orçamento anual).

PARÁGRAFO PRIMEIRO

As parcelas mensais ficam estimadas, conforme Tabela inserida no Parágrafo Primeiro da Cáusula Sétima e, serão pagas até o 5º (quinto) dia útil de cada mes.

PARÁGRAFO SEGUNDO

As parcelas de valor variável serão pagas mensalmente, junto com a parte fixa do Contrato, e os ajustes financeiros decorrentes da avaliação do alcance das metas da parte variável serão realizados nos meses de Fevereiro, Maio, Agosto e Novembro após análise dos indicadores estabelecidos no Anexo Técnico III - Indicadores de Qualidade.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Os valores de ajuste financeiro citados no parágrafo anterior serão apurados na forma disposta no Anexo Técnico II - Sistema de Pagamento, que integra o presente CONTRATO.

PARÁGRAFO QUARTO

Os indicadores do último trimestre do ano serão avaliados no mes de Janeiro do Contrato no ano seguinte.

PARÁGRAFO QUINTO

Na hipótese da unidade não possuir um tempo mínimo de 3 (tres) meses de funcionamento, a primeira avaliação dos Indicadores de Qualidade para efeitos de pagamento da parte variável do CONTRATO DE GESTÃO, prevista no Parágrafo 2º desta Cláusula, será efetivada no trimestre posterior.

CLÁUSULA NONA

DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL

O presente CONTRATO DE GESTÃO poderá ser aditado, alterado, parcial ou totalmente, mediante prévia justificativa por escrito que conterà a declaração de interesse de ambas as partes e deverá ser autorizado pelo Secretário de Estado da Saúde.

CLÁUSULA DÉCIMA

DA RESCISÃO

A rescisão do presente Contrato obedecerá às disposições contidas nos artigos 77 à 80 da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Verificada qualquer hipótese ensejadora da rescisão contratual, o Poder Executivo providenciará a imediata revogação do decreto de permissão de uso dos bens públicos, a cessação dos afastamentos dos servidores públicos colocados à disposição da CONTRATADA, não cabendo à entidade de direito privado sem fins lucrativos direito a qualquer indenização, salvo na hipótese prevista no § 2º do artigo 79 da Lei federal nº 8.666/93.

PARÁGRAFO SEGUNDO

Em caso de rescisão unilateral por parte da CONTRATANTE, que não decorra de má gestão, culpa ou dolo da CONTRATADA, o Estado de São Paulo arcará com os custos relativos a dispensa do pessoal contratado pela Organização para execução do objeto deste contrato, independentemente de indenização a que a CONTRATADA faça jus.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Em caso de rescisão unilateral por parte da CONTRATADA, a mesma se obriga a continuar prestando os serviços de saúde ora contratados, por um prazo mínimo de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir da denúncia do Contrato.

PARÁGRAFO QUARTO

A CONTRATADA terá o prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data da rescisão do Contrato, para quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão à CONTRATANTE.

CLÁUSULA DÉCIMA-PRIMEIRA

DAS PENALIDADES

A inobservância, pela CONTRATADA, de cláusula ou obrigação constante deste Contrato e seus Anexos, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará a CONTRATANTE, garantida a prévia defesa, a aplicar, em cada caso, as sanções previstas nos artigos 81, 86, 87 e 88 Lei federal nº 8.666/93 e alterações posteriores, combinado com o disposto no § 2º do artigo 7º da Portaria nº 1286/93, do Ministério da Saúde, quais sejam:

- a) Advertência;
- b) Multa;
- c) Suspensão temporária de participar de licitações e de contratar com a Administração, por prazo não superior a 2 (dois) anos;
- d) Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

A imposição das penalidades previstas nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerada sua avaliação na situação e circunstâncias objetivas em que ele ocorreu, e dela será notificada a CONTRATADA.

PARÁGRAFO SEGUNDO

As sanções previstas nas alíneas "a", "c" e "d" desta cláusula poderão ser aplicadas juntamente com a alínea "b".

PARÁGRAFO TERCEIRO

Da aplicação das penalidades a CONTRATADA terá o prazo de 05 (cinco) dias para interpor recurso, dirigido ao Secretário de Estado da Saúde.

PARÁGRAFO QUARTO

O valor da multa que vier a ser aplicada será comunicado à CONTRATADA e o respectivo montante será descontado dos pagamentos devidos em decorrência da execução do objeto contratual, garantindo-lhe pleno direito de defesa.

PARÁGRAFO QUINTO

A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula não elidirá o direito de a CONTRATANTE exigir indenização integral dos prejuízos que o fato gerador da penalidade acarretar para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminal e/ou ética do autor do fato.

CLÁUSULA DÉCIMA-SEGUNDA

DISPOSIÇÕES FINAIS

1- É vedada a cobrança por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares da

assistência devida ao paciente.

2- Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade complementar

exercidas pela CONTRATANTE sobre a execução do presente Contrato, a CONTRATADA

reconhece a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do

SUS - Sistema Único de Saúde, decorrente da Lei nº 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde), ficando

certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de termo aditivo,

ou de notificação dirigida à CONTRATADA.

3- Fica acordado que os direitos e deveres atinentes à entidade privada sem fins lucrativos

subscritora deste instrumento serão sub-rogados para a Organização Social de Saúde por ela

constituída, mediante a instrumentalização de termo de retificação ao presente contrato.

A CONTRATADA poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa apresentada ao Secretário

de Estado da Saúde e ao Governador do Estado, propor a devolução de bens ao Poder

Público Estadual, cujo uso fora a ela permitido e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

CLÁUSULA DÉCIMA-TERCEIRA

DA PUBLICAÇÃO

O CONTRATO DE GESTÃO será publicado no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de

20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.

CLÁUSULA DÉCIMA-QUARTA

DO FORO

Fica eleito o Foro da Capital, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja,

para dirimir quaisquer questões oriundas deste contrato, que não puderem ser resolvidas pelas

partes.

E, por estarem justas e contratadas, assinam o presente contrato em 02 (duas) vias de igual

teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

ANEXO TÉCNICO I

DESCRIÇÃO DE SERVIÇOS

I - CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

A CONTRATADA atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do SUS - Sistema Único de Saúde, oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua

assistência e

sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo

descritas, conforme sua tipologia (unidade hospitalar, exclusivamente ambulatorial, ou outros).

O Serviço de Admissão da CONTRATADA solicitará aos pacientes, ou a seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde. O acesso aos exames de apoio diagnóstico e terapêutico realizar-se-á de acordo com o fluxo estabelecido pela Secretaria Estadual de Saúde. O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pela CONTRATADA serão efetuados através dos dados registrados no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, bem como através dos formulários e instrumentos para registro de dados de produção definidos pela CONTRATANTE.

1. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

O atendimento ambulatorial compreende:

• Primeira consulta

• Interconsulta

• Consultas subseqüentes (retornos)

• Cirurgias Ambulatoriais

• APAC - Autorização de Procedimentos de Alto Custo de Acompanhamento

1.1 Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela rede/UBS -

Unidades Básicas de Saúde, ao Hospital, para atendimento a uma determinada especialidade;

1.2 Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra

especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição;

1.3 Entende-se por consulta subseqüente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em

todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica

de saúde quanto as subseqüentes das interconsultas;

1.4 para os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, tais

como, sessões de Fisioterapia, Psicoterapia, etc., os mesmos, a partir do 2º atendimento,

devem ser registrados como consultas subseqüentes;

1.5 As consultas realizadas pelo Serviço Social não serão consideradas no total de consultas

ambulatoriais, serão apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria da

Saúde;

1.6 Será considerada intervenção cirúrgica ambulatorial aqueles atos cirúrgicos realizados nas

salas de pequenas cirurgias do hospital que não requeiram hospitalização nem a presença

obrigatória do profissional médico anestesista e neles estão incluídos todos os procedimentos

que sejam necessários realizar dentro do período de 15 dias subseqüentes à intervenção

cirúrgica propriamente dita;

1.7 com relação a APAC (Autorização de Procedimentos de Alto Custo) de Acompanhamento,

por exemplo: sessões de Quimioterapia, sessões de Hemodiálise, Hemodinâmica, etc.,

o

volume realizado mensalmente pela unidade será informado com destaque, conforme as normas definidas pela Secretaria de Estado da Saúde.

2. PROGRAMAS ESPECIAIS e NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

Se, ao longo da vigência deste Contrato, de comum acordo entre os contratantes, AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADE DE VOTUPORANGA se propuser a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas especialidades médicas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia ou pela introdução de novas categorias de exames laboratoriais, estas atividades poderão ser previamente autorizadas pela CONTRATANTE após análise técnica, sendo quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da unidade e sua orçamentação econômico-financeira será discriminada e homologada através de Termo Aditivo ao presente contrato.

II - ESTRUTURA e VOLUME DE ATIVIDADES CONTRATADAS

II.1 ATENDIMENTO AMBULATORIAL (serviços ambulatoriais hospitalares ou exclusivamente ambulatoriais)

III - CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES a SEREM ENCAMINHADAS À CONTRATANTE
A CONTRATADA encaminhará à CONTRATANTE toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por esta determinadas.

As informações solicitadas referem-se aos aspectos abaixo relacionados:

- Relatórios contábeis e financeiros;
- Relatórios referentes aos Indicadores de Qualidade estabelecidos para a unidade;
- Relatório de Custos;
- Censo de origem dos pacientes atendidos;
- Pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes;
- Outras, a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: hospital, ambulatório, centro de referência ou outros.

ANEXO TÉCNICO I I

SISTEMA DE PAGAMENTO

I - com a finalidade de estabelecer as regras e o cronograma do Sistema de Pagamento ficam, estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

1. A atividade assistencial da CONTRATADA subdivide-se em 02 (duas) modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no ANEXO TÉCNICO I - Descrição de

Serviços, nas modalidades abaixo assinaladas:

(x) Atendimento Ambulatorial

(x) Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT Externo

() Outros atendimentos

1.1 As modalidades de atividade assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do

atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob gestão da CONTRATADA.

2. Além das atividades de rotina, a unidade poderá realizar outras atividades, submetidas à

prévia análise e autorização da CONTRATANTE, conforme especificado no item 05 do ANEXO

TÉCNICO I - Descrição de Serviços.

3. O montante do orçamento econômico-financeiro do AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADE DE VOTUPORANGA, para o exercício de 2007, nos meses de outubro a dezembro, fica estimado no valor de R\$ 1.356.377,00 (um milhão trezentos e cinquenta e seis

mil trezentos e setenta e sete reais) e compõe-se da seguinte forma:

- 0 % (___ por cento) do valor, R\$ 0,00

(_____ reais), corresponde ao custeio das despesas com o atendimento ambulatorial;

- 0 % (___ por cento) do valor R\$ 0,00

(_____ reais) corresponde ao custeio das despesas com a execução dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico - SADT Externo.

- 0 % (___ por cento) do valor R\$ 0,00

(_____ reais) corresponde ao custeio das despesas com a execução dos serviços de

4. Os pagamentos à CONTRATADA dar-se-ão na seguinte conformidade:

4.1 90% (noventa por cento) do valor mencionado no item 03 (três) serão repassados em 03

(três) parcelas mensais, sendo:

- a 1ª em outubro, no valor de R\$ 296.433,00 (duzentos e noventa e seis mil quatrocentos e trinta e três reais);

- a 2ª em novembro, no valor de R\$ 356.575,50 (trezentos e cinquenta e seis mil quinhentos e

setenta e cinco reais e cinquenta centavos e;

- a 3ª em dezembro, no valor de R\$ 567.730,80 (quinhentos e sessenta e sete mil setecentos e

trinta reais e oitenta centavos;

4.2 10% (dez por cento) do valor mencionado no item 03 (três) serão repassados mensalmente, juntamente com as parcelas, com valor mensal estimativo de:

- a 1ª em outubro, no valor de R\$ 32.937,00 (trinta e dois mil novecentos e trinta e sete reais);

- a 2ª em novembro, no valor de R\$ 39.619,50 (trinta e nove mil seiscentos e dezenove

reais e cinquenta centavos) e;

- a 3ª em dezembro, no valor de R\$ 63.081,20 (sessenta e três mil e oitenta e um reais e vinte

centavos), vinculadas à avaliação dos indicadores de qualidade e conforme sua valoração,

de acordo com o estabelecido no Anexo Técnico III – Indicadores de Qualidade, parte

integrante deste CONTRATO DE GESTÃO;

4.3 a avaliação da parte variável será realizada nos meses de janeiro, abril, julho e outubro,

podendo gerar um ajuste financeiro a menor nos meses subseqüentes, dependendo do

percentual de alcance dos indicadores, pelo AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADE

DE VOTUPORANGA;

5. Visando o acompanhamento e avaliação do CONTRATO DE GESTÃO e o cumprimento das

atividades estabelecidas para a CONTRATADA no ANEXO TÉCNICO I - Descrição de Serviços, a mesma deverá encaminhar mensalmente, até o dia 6 (seis), a

documentação

informativa das atividades assistenciais realizadas pelo AMBULATÓRIO MÉDICO DE

ESPECIALIDADE DE VOTUPORANGA.

5.1. As informações acima mencionadas serão encaminhadas através dos registros no SIA -

Sistema de Informações Ambulatoriais, de acordo com normas e prazos estabelecidos pela CONTRATANTE;

5.2. As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade,

movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas via Internet, através do site www.gestãohospitalar.saude.sp.gov.br, disponibilizado pela CONTRATANTE e de acordo com

normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos;

5.3. O aplicativo disponibilizado na Internet emitirá os relatórios e planilhas necessárias à

avaliação mensal das atividades desenvolvidas pelo AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADE DE VOTUPORANGA e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

6. A CONTRATANTE procederá à análise dos dados enviados pela CONTRATADA para que

sejam efetuados os devidos pagamentos de recursos, conforme estabelecido na Cláusula 8ª

do CONTRATO DE GESTÃO.

7. A cada período de 03 (três) meses, a CONTRATANTE procederá à consolidação e análise

conclusiva dos dados do trimestre findo, para avaliação e pontuação dos indicadores de

qualidade que condicionam o valor do pagamento de valor variável citado no item 04 (quatro)

deste documento.

8. Nos meses de Julho e Dezembro, a CONTRATANTE procederá à análise das quantidades

de atividades assistenciais realizadas pela CONTRATADA, verificando e avaliando os desvios

(para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste CONTRATO DE GESTÃO.

9. da análise referida no item anterior, poderá resultar uma re-pactuação das quantidades de

atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro,

efetivada através de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, acordada entre as partes nas

respectivas reuniões para ajuste semestral e anual do CONTRATO DE GESTÃO.

10. A análise referida no item 08 (oito) deste documento não anula a possibilidade de que

sejam firmados Termos Aditivos ao CONTRATO DE GESTÃO em relação às cláusulas que

quantificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pela CONTRATADA e seu

correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, se condições e/ou

ocorrências excepcionais incidirem de forma muito intensa sobre as atividades do hospital,

inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.

II - SISTEMÁTICA e CRITÉRIOS DE PAGAMENTO

II. 1 AVALIAÇÃO e VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE QUALIDADE

(Parte Variável do Contrato de Gestão)

Os valores percentuais apontados na tabela abaixo, para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago, conforme especificado no item 4.2 (quatro dois) deste documento.

II.2 AVALIAÇÃO e VALORAÇÃO DOS DESVIOS NAS QUANTIDADES DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL

(Parte Fixa do Contrato de Gestão)

1. Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subseqüentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão nos meses de Julho e Dezembro.
2. A avaliação e análise das atividades contratadas constantes deste documento serão efetuadas conforme explicitado nas Tabelas que se seguem. Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial especificada no ANEXO TÉCNICO I - Descrição de Serviços e gerarão uma variação proporcional no valor do pagamento de recursos a ser efetuado à CONTRATADA, respeitando-se a proporcionalidade de cada tipo de despesa especificada no item 03 (três) deste documento.

ANEXO TÉCNICO III

INDICADORES DE QUALIDADE

Os Indicadores estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da unidade. A complexidade dos indicadores, é crescente e gradual, considerando o tempo de funcionamento da unidade. Com o passar do tempo, a cada ano, novos indicadores são introduzidos e o alcance de um determinado indicador no decorrer de certo período, torna este indicador um pré-requisito para que outros indicadores mais complexos possam ser avaliados, desta forma, os indicadores que são pré-requisitos para os demais continuam a ser monitorados e avaliados, porem já não têm efeito financeiro.

IMPORTANTE: Alguns indicadores têm sua acreditação para efeito de pagamento no 2º, ou no 3º ou no 4º trimestres. Isto não significa que somente naquele período estarão sendo avaliados. A análise de cada indicador, a elaboração de pareceres avaliatórios e o encaminhamento dessa avaliação a cada Ambulatório serão efetuados mensalmente, independentemente do trimestre onde ocorrerá a acreditação de cada indicador para o respectivo pagamento. A cada ano é fornecido um Manual que estabelece todas as regras e critérios técnicos para a avaliação dos Indicadores utilizados para o cálculo da parte variável do CONTRATO DE GESTÃO.

PESOS PERCENTUAIS DOS INDICADORES DEFINIDOS PARA o ANO D