

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ  
ESCOLA DE ARQUITETURA E DESIGN  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO URBANA**

**VALTER CEZAR CAMPAGNOLO**

**SERVIÇOS PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SAÚDE  
E SUAS RELAÇÕES COM A CIDADE DIGITAL ESTRATÉGICA:  
ESTUDO DE CASO EM ARAUCÁRIA – PR**

**CURITIBA**

**2018**

**VALTER CEZAR CAMPAGNOLO**

**SERVIÇOS PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SAÚDE  
E SUAS RELAÇÕES COM A CIDADE DIGITAL ESTRATÉGICA:  
ESTUDO DE CASO EM ARAUCÁRIA – PR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Urbana (PPGTU) da Escola de Arquitetura e Design da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Gestão Urbana.

Orientador:  
Prof. Dr. Denis Alcides Rezende

**CURITIBA**

**2018**

## DADOS DE CATALOGAÇÃO

Campagnolo, Valter Cezar

C186s      Serviços públicos municipais de saúde e suas relações com a cidade digital  
2018      estratégica: estudo de caso em Araucária - PR / Valter Cezar Campagnolo;  
orientador: Denis Alcides Rezende. – 2018.  
99 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná,  
Curitiba, 2018

Bibliografia: f. 91-99

1. Planejamento urbano - Paraná. 2. Serviço Público. 3. Planejamento  
estratégico. 4. Eficiência (Serviço público). I. Rezende, Denis Alcides.  
II. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós-Graduação  
em Gestão Urbana. III. Título.

CDD 20. ed. – 711.4098162

TERMO DE APROVAÇÃO

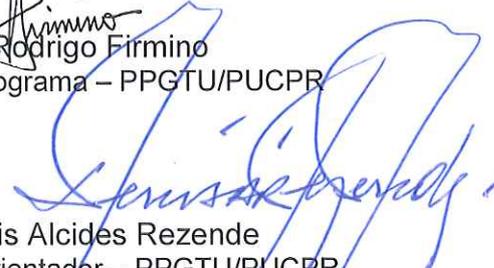
**“SERVIÇOS PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SAÚDE E SUAS RELAÇÕES COM  
CIDADE DIGITAL ESTRATÉGICA”**

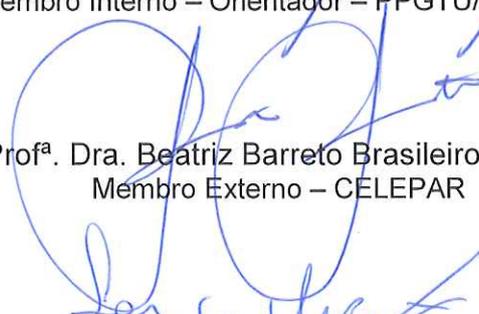
Por

**VALTER CEZAR CAMPAGNOLO**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Gestão Urbana, área de concentração em Gestão Urbana, da Escola de Arquitetura e Design, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

  
Prof. Dr. Rodrigo Firmino  
Coordenador do Programa – PPGTU/PUCPR

  
Prof. Dr. Denis Alcides Rezende  
Membro Interno – Orientador – PPGTU/PUCPR

  
Profª. Dra. Beatriz Barreto Brasileiro Lanza  
Membro Externo – CELEPAR

  
Prof. Dr. Ivan Carlos Vicentin  
Membro Externo – UTFPR

Curitiba, 27 de fevereiro de 2018.

## AGRADECIMENTOS

A Deus,  
criador do universo e da vida.

À minha mulher, Claudia,  
por seu imenso amor.

Aos meus filhos Mariana e João Vítor,  
ao futuro genro Fernando e futura nora Militza,  
que me incentivaram nesta caminhada.

Aos meus irmãos Jaime, Roberto (*in  
memoriam*), Irineu, Judite, Rosa,  
Marlis, Cecilia e Celina pelo apoio.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao orientador e professor Dr. Denis Alcides Rezende, pelas instruções e orientações.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Gestão Urbana (PPGTU) da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, pela dedicação e por transmitirem o conhecimento de forma eficiente.

À PUCPR pela bolsa de estudos concedida, sem a qual este trabalho não teria sido possível.

À secretária da PPGTU, Pollyana Mara Schlenker, pelo apoio gentil.

Ao professor, irmão de fé e amigo José Eduardo Nasser, pelo incentivo que me trouxe até aqui.

Aos amigos Alessandro Albini e Jeferson Ferrari, que contribuíram significativamente para a realização deste trabalho.

A toda a equipe da Prefeitura Municipal de Araucária, em especial: Genildo Pereira Carvalho, Carlos Alberto de Andrade, Paulo Cesar Sabim, Regina Mendonça de Carvalho, Rosimeri Luciana da Silva, Herivelto Emilio Montowski e Alexandro Radin, pela colaboração, pela presteza e pelo tempo dedicado, que muito ajudaram na concretização desta dissertação.

Aos meus irmãos de fé e amigos, pelo carinho e compreensão.

Aos colegas de turma.

Muito obrigado a todos!

E Jesus disse-lhe:  
“Amarás o Senhor teu Deus de todo o teu coração,  
e de toda a tua alma, e de todo o teu pensamento.  
Este é o primeiro e grande mandamento.  
E o segundo, semelhante a este, é:  
Amarás o teu próximo como a ti mesmo”.

Evangelho de Mateus, 22:37-39

## RESUMO

A prestação de serviços públicos municipais de saúde evoluiu após a Constituição Federal de 1988, quando o Governo Federal implantou o Sistema Único de Saúde. No entanto, as demandas legais, econômicas e sociais crescentes impuseram aos gestores públicos a necessidade de incorporar melhorias na gestão dos serviços prestados. O objetivo desta pesquisa foi analisar os serviços públicos de saúde e suas relações com a cidade digital estratégica. Como metodologia de pesquisa, optou-se por um estudo de caso na Prefeitura de Araucária/PR, por intermédio de protocolo de pesquisa, com dois constructos: serviços públicos de saúde e cidade digital estratégica. Os resultados auferidos permitiram constatar que as estratégias da cidade e os recursos da Tecnologia da Informação e Comunicação propiciam aumento da efetividade dos serviços públicos de saúde. As análises demonstram o impacto do absenteísmo nas filas de espera para atendimento nos serviços públicos municipais de saúde. A conclusão reitera que a incorporação de recursos tecnológicos e estratégicos na gestão municipal pode proporcionar um atendimento mais eficiente à população.

**Palavras-Chave:** Serviços Públicos; Eficiência; Planejamento Estratégico; Cidade Digital Estratégica; Gestão Urbana.

## ABSTRACT

The provision of municipal public health services evolved, after the Federal Constitution of 1988 that through Federal Government issued policies implemented the Unified Health System. However, increasing legal, economic and social demands imposed on public managers the need to incorporate improvements in the management of the services provided. The objective of this research is to analyze the public health services and their relations with the strategic digital city. As a research methodology, a case study was chosen in the city of Araucária/PR, through a research protocol, with two constructs: public health services and strategic digital city. The results shows that the strategies of the city and the resources of information and communication technology make it possible to increase the effectiveness of public health services. Analysis demonstrates the impact of absenteeism on waiting lines for municipal public health services care. The conclusion reiterates that the population can be better served with the incorporation of technological and strategic resources in the municipal management.

**Keywords:** Public Services; Efficiency; Strategic Planning; Strategic Digital City; Urban Management.

## LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAD WEB	Sistema do Cartão Nacional de Saúde
CAPS	Centro de Atendimento Psicossocial
CDE	Cidade Digital Estratégica
CETIC	Centro de Estudos sobre Tecnologias da Informação e Comunicação
CF	Constituição Federal do Brasil
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFSPC	Conselho Federal do Serviço Público Civil
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DASP	Departamento Administrativo do Serviço Público
e-Gov	Governo Eletrônico
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESUS	Sistema de Gestão do SUS
GIIG	Sistema Integrado de Informações Gerenciais
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MIS	Ministério da Saúde
MPE	Ministério Público Estadual
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
PMA	Prefeitura Municipal de Araucária/PR
PNS	Plano Nacional de Saúde
PPA	Plano Plurianual
RMC	Região Metropolitana de Curitiba
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SIPNI	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização
SISLOG	Sistema de Controle Logístico de Insumos Laboratoriais
SISCAN	Sistema de Informação do Câncer

SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer de Colo de Útero
SISMAMA	Sistema de Informação do Câncer de Mama
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde de Araucária
SUS	Sistema Único de Saúde
TI	Tecnologia da Informação
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Cálculo para índice de absenteísmo – Opção 1.....	38
Figura 2: Cálculo para índice de absenteísmo – Opção 2.....	38
Figura 3: Cálculo para índice de absenteísmo – Opção 3.....	39
Figura 4: Cálculo para índice de absenteísmo – Opção 4.....	39
Figura 5: Resumo das solicitações de informações da Portaria nº 2.135.....	54

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Objetivos de Desenvolvimento Sustentável .....	24
Quadro 2: Percentuais mínimos a serem aplicados na saúde .....	32
Quadro 3: Variáveis para análise do constructo 1 – Serviços Públicos Municipais de Saúde.....	62
Quadro 4: Variáveis para análise do constructo 2 – Cidade Digital Estratégica.....	63
Quadro 5: Sistemas de informações da saúde.....	84

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Número de consultas agendadas na UBS Colônia Cristina em 2017 .....	65
Tabela 2: Número de consultas agendadas na UBS Costeira em 2017 .....	66
Tabela 3: Número de agendamentos, atendimentos e faltas na UBS Colônia Cristina em 2017 .....	67
Tabela 4: Número de agendamentos, atendimentos e faltas na UBS Costeira, Medicina Generalista em 2017.....	68
Tabela 5: Número de agendamentos, atendimentos e faltas na UBS Costeira, Ginecologia .....	69
Tabela 6: Número de agendamentos, atendimentos e faltas na UBS Costeira, Pediatria.....	69
Tabela 7: Número de agendamentos de consultas aos serviços médicos especializados.....	72
Tabela 8: Número de faltas às consultas aos serviços médicos especializados – 1º semestre de 2017 .....	74
Tabela 9: Número de pacientes em fila de espera para consulta nos serviços médicos especializados .....	76
Tabela 10: Tempo médio de espera para consulta nos serviços médicos especializados.....	78

# SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
1.1. LINHA DE PESQUISA .....	18
1.2. PROBLEMAS DA PESQUISA .....	19
1.3. OBJETIVOS DA PESQUISA .....	23
1.4. JUSTIFICATIVAS DA PESQUISA .....	23
1.5. ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO .....	27
<b>2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>28</b>
2.1. SERVIÇOS PÚBLICOS MUNICIPAIS.....	28
2.1.1 <i>Serviços públicos municipais de saúde</i> .....	29
2.1.2 <i>Princípios da Participação, Atualidade e Eficiência</i> .....	33
2.1.3 <i>Absenteísmo dos usuários aos serviços públicos de saúde</i> .....	36
2.1.4 <i>Classificações dos serviços públicos</i> .....	39
2.2. CIDADE DIGITAL ESTRATÉGICA .....	46
2.2.1 <i>Cidade digital</i> .....	46
2.2.2 <i>Componentes da cidade digital estratégica</i> .....	48
<b>3. METODOLOGIA DA PESQUISA.....</b>	<b>56</b>
3.1. MÉTODO DA PESQUISA .....	56
3.2. TÉCNICAS DE PESQUISA.....	57
3.3. FASES DA PESQUISA .....	58
3.4. ABRANGÊNCIA DA PESQUISA .....	60
3.5. UNIDADE DE OBSERVAÇÃO .....	61
3.6. PROTOCOLO OU CRITÉRIO DE ANÁLISE DE PESQUISA .....	61
<b>4. ANÁLISE DOS SERVIÇOS PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SAÚDE E SUAS RELAÇÕES COM A CIDADE DIGITAL ESTRATÉGICA.....</b>	<b>64</b>
4.1. ANÁLISE DOS SERVIÇOS PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SAÚDE.....	64
4.1.1 <i>Análise da variável número de consultas agendadas na Atenção Primária</i> .....	64
4.1.2 <i>Análise da variável número de faltas às consultas agendadas na Atenção Primária</i> .....	66
4.1.3 <i>Análise da variável nome do procedimento em caso de faltas na Atenção Primária</i> .....	70
4.1.4 <i>Análise da variável nome do procedimento de divulgação do índice de absenteísmo na Atenção Primária</i> .....	70
4.1.5 <i>Análise da variável número de consultas agendadas na Atenção Especializada</i> .....	71
4.1.6 <i>Análise da variável número de faltas na Atenção Especializada</i> .....	73
4.1.7 <i>Análise da variável número de pessoas em fila de espera para atendimento na Atenção Especializada</i> .....	74
4.1.8 <i>Análise da variável tempo de espera para atendimento na Atenção Especializada</i> .....	76

4.1.9	<i>Síntese das análises do constructo 1 – Serviços públicos municipais de saúde</i> .....	78
4.2	ANÁLISE DA CIDADE DIGITAL ESTRATÉGICA .....	80
4.2.1	<i>Análise da variável nome das estratégias relacionadas aos serviços públicos municipais de saúde</i> .....	80
4.2.2	<i>Análise da variável nome das informações para a gestão da saúde</i> .....	82
4.2.3	<i>Análise da variável nome das Tecnologias da Informação para a gestão da saúde</i> .....	83
4.3	ANÁLISE DAS RELAÇÕES DOS SERVIÇOS PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SAÚDE COM A CIDADE DIGITAL ESTRATÉGICA .....	85
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>87</b>
5.1	RESGATE DOS OBJETIVOS DA PESQUISA .....	87
5.2	RESULTADOS AUFERIDOS .....	88
5.3	CONTRIBUIÇÕES DA PESQUISA .....	88
5.4	LIMITAÇÕES DA PESQUISA .....	89
5.5	TRABALHOS FUTUROS .....	89
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>91</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988 (CF/88), incorporou um conceito de seguridade social que incluiu direitos sociais referentes à cidadania, integrando saúde, previdência e assistência. Segundo Paim (2013), a CF/88 assimilou proposições formuladas pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira, reconheceu o direito à saúde e o dever do Estado, mediante a garantia de um conjunto de políticas públicas econômicas e sociais, incluindo a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com as características de ser um sistema universal, público, participativo, descentralizado e integral. Antes da promulgação da CF/88, os serviços de saúde eram destinados apenas às pessoas que poderiam de alguma forma contribuir, ficando de fora aqueles que não possuíam condições financeiras para custear seu tratamento e os que não contribuía para a Previdência Social (MOURA, 2013).

A CF/88, conforme Aragão (2009), é resultado de uma Assembleia Nacional Constituinte caracterizada pela pluralidade e participação dos mais diversos atores sociais. Em consequência, direitos que anteriormente não eram assegurados pelo Texto Constitucional passaram a fazer parte do ordenamento jurídico brasileiro, como é o caso do direito à saúde. Pela primeira vez, uma constituição brasileira prevê que a saúde é um direito fundamental (art. 6º, “e”, da CF/88) e, para sua implementação, deve ocorrer por meio de políticas públicas. Ainda segundo o autor, a CF/88 tornou-se uma constituição de comprometimento, que busca conciliar os diversos interesses públicos e privados e ideologias envolvidas em sua elaboração e na sua posterior aplicação.

Segundo Carvalho (2003), o art. 6º da CF/88 estabelece que a saúde é um direito social, isto é, um direito que deve ser assegurado, como também promovido pelo Estado. O autor também reforça que a CF/88, em seu art. 197, considera os serviços de saúde como de relevância pública. Entende-se por relevância pública tudo que se refere à dignidade da pessoa humana, à construção de uma sociedade justa, livre e solidária, à promoção do bem comum e à erradicação da pobreza.

Art. 6º – São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 1988).

O art. 197 da CF/88 trata da relevância pública em relação às ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou por meio de terceiros e também por pessoa física ou jurídica, de direito privado.

Ao tratar de serviços públicos de saúde, remete-se às diferentes áreas da ciência voltadas ao estudo, planejamento e desenvolvimento de políticas e procedimentos específicos ao bem-estar da população. O envolvimento da sociedade organizada no planejamento e desenvolvimento da saúde depende da aceitação e iniciativa dos órgãos de gestão municipal. Tal gestão pode tomar iniciativas que possibilitam maior participação da sociedade na discussão das problemáticas da saúde. Rezende (2012) argumenta que o alinhamento entre os interesses dos gestores municipais e as necessidades da sociedade é fundamental para o sucesso da administração pública.

Os serviços públicos, incluindo-se os serviços de saúde, são considerados um conjunto de atividades e serviços ligados à administração estatal, prestados por meio de seus agentes e representantes do governo. Também, segundo Di Pietro (2015), são exercidos por outras entidades, mesmo que particulares, sempre visando promover o bem-estar da população. Para Rezende (2012), os serviços públicos são aqueles prestados pela administração pública ou por seus delegados, segundo normas e controles estatais, estabelecidos para suprir as necessidades da coletividade ou a simples conveniência do Estado.

Os serviços públicos municipais, no âmbito da gestão pública, buscam solucionar determinadas necessidades da população, especialmente aquelas estabelecidas legalmente. Rezende (2012) salienta que os serviços prestados procuram atender a diversos objetivos, tais como: satisfazer às necessidades dos habitantes; propor apropriada qualidade de vida no município; estar em permanente desenvolvimento; prestar serviços municipais pertinentes às necessidades locais; facilitar a geração de empregos; buscar crescimento e buscar a modernidade.

A CF/88 definiu princípios norteadores para os serviços públicos a serem prestados para a população, como os Princípios da: Generalidade, Continuidade, Modicidade, Atualidade, Cortesia e Segurança. Figueiredo (2006) destaca, ainda, que a Emenda Constitucional nº 19, de 04/06/98, alterou a redação do art. 37, inserindo o

Princípio da Eficiência entre os itens a serem observados em toda administração pública.

Art. 37 – A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos Princípios de Legalidade, Impessoalidade, Moralidade, Publicidade e Eficiência [...]. (BRASIL, 1988)

Gabardo (2002) considera a eficiência como um dos princípios que norteiam toda a atuação da administração pública. Tal princípio impõe, entre outras exigências, a de rapidez e precisão, rebatendo a lentidão, o descaso, a negligência e a omissão. Segundo Di Pietro (2015), o Princípio da Eficiência apresenta dois aspectos: pode ser considerado em relação ao modo de atuação do agente público, do qual se espera o melhor desempenho possível de suas atribuições, para obter os melhores resultados, e em relação ao modo de organizar, estruturar e disciplinar a administração pública, também com o mesmo objetivo de alcançar os melhores resultados na prestação do serviço público.

Neste contexto de busca por maior efetividade nos serviços públicos, aliado à evolução da tecnologia disponível, surge o governo eletrônico (*e-Gov*). Segundo Medeiros (2004), o governo eletrônico é um conjunto de atividades relacionadas à dinamização de serviços e informações por meio do uso da tecnologia da informação. Ainda conforme o autor, o *e-Gov* refere-se a uma política de gestão pública em que cidadãos e organizações querem ter acesso ao governo de modo cada vez mais rápido e facilitado.

Em face deste cenário, o presente trabalho discute a gestão dos serviços públicos municipais de saúde e suas relações com a cidade digital estratégica.

### 1.1. LINHA DE PESQUISA

A linha de pesquisa Políticas Públicas enfatiza pesquisas sobre planejamento, gestão e governança, enfocando os arranjos institucionais e as práticas de articulação e participação de atores sociopolíticos na elaboração, implementação e monitoramento em diferentes áreas de políticas públicas. O objetivo da linha de pesquisa é analisar a transformação das práticas de atuação da administração pública e da sociedade civil, enfatizando o uso de instrumentos de planejamento, de sistemas e tecnologias da

informação e comunicação e de gestão em diferentes escalas: comunitária, municipal, intermunicipal, metropolitana, estadual e em redes nacionais e internacionais.

O projeto de pesquisa Cidade Digital Estratégica tem como objetivo elaborar modelos e analisar formas de implantação e projetos de cidade digital estratégica em municípios e prefeituras, como ferramentas que possibilitam organizar dados, sistematizar informações, disseminar conhecimentos, oferecer serviços públicos e integrar seus instrumentos de planejamento municipal com os recursos da tecnologia da informação (TI) e também realizar estudos, análises de relações e comparações entre cidades brasileiras e de outros países. Contempla os projetos: planejamento estratégico do município com os objetivos e estratégias do município por meio das funções ou temáticas municipais; planejamento de informações municipais; planejamento de serviços públicos; e planejamento dos recursos da tecnologia da informação do município, prefeitura e organizações públicas municipais envolvidas.

## 1.2. PROBLEMAS DA PESQUISA

A Constituição Brasileira de 1988, no art. 196, estabelece que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Não obstante à boa intenção da legislação, é de conhecimento público que, na prática, o acesso aos serviços de saúde é atualmente um dos problemas mais graves da administração pública. O Estado assumiu para si a responsabilidade do fornecimento de determinados serviços públicos, em decorrência da importância política e econômica da universalização dos serviços públicos e dada a ineficiência ou o desinteresse do mercado privado em fazê-la. Porém, as crises fiscais e a ineficiência da burocracia pública resultaram na precarização dos serviços sociais (MORALES, 1998).

Dados publicados pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), em 1º de dezembro de 2017, demonstraram que a fila de espera para cirurgias eletivas chegou a aproximadamente 904 mil procedimentos. Esse é o resultado da soma das informações repassadas por 16 secretarias estaduais de saúde, além de 10 capitais dos Estados. “Ainda que parciais, os números impressionam, já que os Estados que prestaram as informações representam metade de todo o volume de cirurgias efetivamente realizadas na rede pública em 2016”, informa o presidente da autarquia, Carlos Vital, na referida publicação. No mesmo levantamento, o CFM identificou que 746 pedidos de

cirurgias eletivas constam pendentes na lista de regulação dos Estados e capitais há mais de dez anos (CFM, 2017).

As filas de espera para atendimento dos usuários que necessitam de serviços médicos representam uma condição em que a demanda apresenta-se maior do que a oferta. Segundo Sarmiento, Tomita e Kos (2005, p. 256), a fila de espera para cirurgias representa apenas “a ponta do *iceberg*”. Além da fila de espera para procedimentos cirúrgicos eletivos, existem também filas de espera para consultas, exames e procedimentos na Atenção Primária e na Atenção Especializada.

Conforme o Plano Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (2016), o Brasil dispõe de um amplo conjunto de estabelecimentos de saúde, por meio dos quais é prestado um elenco diversificado de ações e serviços. Contudo, há grande desigualdade no acesso, resultante, entre outras, da concentração de profissionais e serviços em determinadas regiões, bem como da carência ou mesmo inexistência em vários municípios. Essa desigualdade de disponibilidade de serviços tem provocado a necessidade da criação de consórcios intermunicipais de saúde para ampliação da oferta de serviços de saúde (BRASIL, 2016).

Nos últimos anos, o Brasil vem enfrentando uma forte crise econômica e política e o setor de saúde sofre importantes consequências. Segundo Santos (2016), uma das consequências ocorre no mercado de planos privados de saúde, com perda de quase dois milhões de clientes entre dezembro de 2014 e junho de 2016, provenientes de dois grupos populacionais. Um desses grupos é formado pelos que pagavam planos de saúde e tiveram que reduzir gastos para sobreviver diante do aumento de custos ou, muitas vezes, por causa da redução do orçamento diante do desemprego de algum membro da família que deixa de contribuir e ainda requer apoio. O outro grupo é composto por pessoas que perderam o emprego e, com isso, deixaram de ter apoio do empregador para pagar o plano. Invariavelmente, grande parte desse contingente populacional passou a utilizar os serviços de saúde do SUS para suprimento das suas necessidades.

No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde no relatório do Plano Nacional de Saúde (PNS), existem 40.475 Unidades Básicas de Saúde (UBS), que realizaram, no ano de 2014, 1,45 bilhão de atendimentos na Atenção Básica e na Atenção Especializada, referentes a consultas, atendimentos e acompanhamentos. No total, segundo o relatório, os gastos com ações e serviços de saúde no Brasil, no ano de

2014, totalizaram R\$ 215,3 bilhões de reais, se somados os gastos da União, Estados e Municípios. Esses gastos aumentaram em média 13% ao ano, no período de 2002 a 2014. O aumento dos gastos com ações e serviços traduz-se na ampliação da disponibilidade de estruturas e facilidade de acesso, o que, por sua vez, resulta na melhoria da saúde da população (BRASIL, 2016).

Sabe-se, porém, que o aumento dos investimentos não acompanha a exigência da população por mais agilidade no atendimento e resolutividade dos problemas de saúde. Para Mechling (2002), um dos problemas da sociedade atual é que as pessoas estão muito ocupadas. A partir do momento em que um problema pode ser resolvido por telefone ou que uma conta pode ser paga por meio de cartão de crédito de qualquer lugar do mundo, as pessoas esperam que seus problemas, inclusive os de saúde, sejam resolvidos com a mesma efetividade.

Fernandes e Cordeiro (2018) observam que a falta de uma rede informatizada é outro grande problema que dificulta a inserção de dados dos relatórios do Sistema Único de Saúde, o E-SUS. Isso impossibilita a análise das condições de saúde da população com base em dados epidemiológicos, além de impedir o acesso a outros pontos da rede. Nas metas do Conselho Nacional de Saúde 2016-2019 (BRASIL, 2016), consta que o Governo Federal pretende custear a conectividade de banda larga de 25 mil Unidades Básicas de Saúde (UBS). Se considerarmos que no mesmo relatório consta que existem 40.475 UBS no Brasil, deduzimos que a meta visa à instalação de banda larga em apenas 62% do total das UBS.

Atualmente, o Brasil ainda não resolveu seus problemas de infraestrutura de tecnologia da informação (TI), sendo que metade de sua população ainda não tem acesso à internet. A TI pode acelerar a prestação de serviços, o que representa uma diferença importante entre os serviços públicos em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Tais tecnologias poderiam estar no centro das operações governamentais, mas isso também requer uma visão integradora de longo prazo, que inclui não só desafios de infraestrutura, mas também a disponibilidade de informações, prestação de serviços e maior interação com cidadãos e outras partes interessadas (GIL-GARCIA; LANZA, 2016).

No que se refere à prestação de serviços públicos, para Modesto (2000), exemplos não faltam de ineficiência, como: compra de remédios em excesso, com imediato vencimento do prazo de validade; obras inacabadas; compras superfaturadas;

subsídios a setores econômicos específicos, sem contrapartidas sociais; compras de itens tecnologicamente defasados. Gasparini (1992) considera importante a avaliação periódica dos serviços prestados para a população. A avaliação pode gerar alterações na forma da prestação dos serviços, como ampliação, redução de gastos ou adequação da demanda.

As deficiências na gestão de serviços públicos contribuem para o agravamento da situação, uma vez que não são percebidas ações efetivas no sentido de reduzir ou mitigar seus impactos negativos. Cria-se assim um paradoxo, em que há escassez de recursos públicos e, ao mesmo tempo, a sua subutilização. Nesse cenário, ganhos de eficiência na administração de serviços públicos tornam-se fator crítico para alcançar melhores níveis de atendimento à população (OLESKOVICZ *et al.*, 2014).

Para Castor (2000), os governantes e a burocracia do Estado brasileiro sempre se consideraram como mentores ou tutores da nação e nunca como instituições a ela subordinados. A população, ainda assim, age de maneira respeitosa ao Estado, aceitando como natural o fato de ter de recorrer a ele para fazer valer os seus direitos mais elementares. A população tem de tolerar serviços públicos precários, entrar em filas para obter uma senha de consulta médica gratuita, doentes e acidentados esperam para receber atenção médica em hospitais públicos e pais passam dias em vigília na frente das escolas públicas para conseguirem uma vaga para seus filhos.

Segundo Bahiense (2002), a maior parte dos custos indiretos dos serviços públicos sempre ficou com os usuários: perda de tempo, custos de informações desconstruídas, retrabalhos, idas e vindas aos meandros da burocracia. Isso representa um dos maiores empecilhos para a implementação de tecnologias para a melhoria dos serviços públicos.

A cada dia, novas ferramentas e soluções informatizadas são disponibilizadas. No entanto, em virtude de o cuidado com a saúde da população no Brasil ser incumbência do setor público, recaindo a responsabilidade maior, em geral, sobre os municípios, parece insignificante a capacidade das cidades de serem eficientes por falta de recursos humanos e financeiros. Não há recursos suficientes nos orçamentos das cidades, Estados e União para introduzir inovações tecnológicas na gestão pública da saúde. Também não há profissionais devidamente capacitados para utilizar as facilidades dos serviços eletrônicos de forma adequada. A população, por sua vez, desconhece os trâmites da burocracia gerencial dos municípios, além de não ter

acesso às informações que poderiam lhe permitir uma participação efetiva. Pressionados pela necessidade de apresentarem resultados rápidos, gestores públicos tentam implementar inovações nos processos organizacionais sem que haja a devida preparação e estruturação da instituição pública e, por isso, acabam colhendo resultados catastróficos (REZENDE; MADEIRA, 2017).

Apresentados os problemas acerca dos serviços públicos municipais de saúde, o problema de pesquisa aponta para as seguintes questões: existem relações entre os serviços públicos municipais de saúde e a cidade digital estratégica? Se existem relações, qual a contribuição da cidade digital estratégica para a gestão dos serviços públicos municipais de saúde?

### 1.3. OBJETIVOS DA PESQUISA

O objetivo geral deste trabalho é analisar os serviços públicos municipais de saúde e suas relações com a cidade digital estratégica.

Ao longo do estudo, foram desenvolvidos os seguintes objetivos secundários:

- a) Analisar a gestão do absenteísmo na Atenção Primária e na Atenção Especializada dos serviços de saúde;
- b) Analisar o impacto do absenteísmo dos usuários nas filas de espera dos serviços de saúde.

### 1.4. JUSTIFICATIVAS DA PESQUISA

A proteção constitucional à saúde, destacada na CF/88, seguindo o direcionamento do direito internacional, passou a contemplar a promoção, a prevenção e a correção da saúde, cabendo ao Estado o dever de tornar possível e acessível à população a busca por melhor qualidade de vida. Neste sentido, o atendimento à população passou a incluir todas as pessoas, independentemente de serem contribuintes da previdência social (MOURA, 2013).

O direcionamento do direito internacional, acima mencionado, tem origem principalmente na Declaração Universal dos Direitos Humanos, aprovada na Organização das Nações Unidas (ONU) em 1948, que já afirmava que toda pessoa tem direito à saúde. No art. 25, declara que:

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle (ONU, 1948).

Em 2015, os Estados-membros da ONU aprovaram medidas para colocar o mundo em um caminho sustentável. Cento e noventa e três países aprovaram uma nova agenda global comprometida com as pessoas, o planeta, a promoção da paz, da prosperidade e de parcerias, denominada Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (ONU, 2015).

A Agenda 2030 engloba 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), os quais, por sua vez, contêm 169 metas, orientadas a traçar uma visão universal, integrada e transformadora para um mundo melhor. Os ODS foram construídos de forma participativa, tendo como base a bem-sucedida experiência dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), responsável por grandes avanços na promoção do desenvolvimento humano entre 2000 e 2015.

É importante destacar que vários dos objetivos pactuados pelos Estados-membros da ONU referem-se de forma direta ou indireta à temática saúde. O Quadro 1 demonstra os 17 ODS aprovados pela maioria dos países integrantes da ONU, incluindo o Brasil (ONU, 2015).

Quadro 1: Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

Nº	Objetivos
1	Acabar com a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares.
2	Acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar e melhoria da nutrição e promover a agricultura sustentável.
3	Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.
4	Assegurar a educação inclusiva, equitativa e de qualidade, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos.
5	Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas.
6	Assegurar a disponibilidade e gestão sustentável da água e saneamento para todos.
7	Assegurar o acesso confiável, sustentável, moderno e a preço acessível à energia para todos.
8	Promover o crescimento econômico sustentado, inclusivo e sustentável, emprego pleno e produtivo e trabalho decente para todos.
9	Construir infraestruturas resilientes, promover a industrialização inclusiva e sustentável e fomentar a inovação.
10	Reduzir a desigualdade dentro dos países e entre eles.
11	Tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis.
12	Assegurar padrões de produção e de consumo sustentáveis.
13	Tomar medidas urgentes para combater a mudança do clima e seus impactos.
14	Conservação e uso sustentável dos oceanos, dos mares e dos recursos marinhos para o desenvolvimento sustentável.
15	Proteger, recuperar e promover o uso sustentável dos ecossistemas terrestres, gerir de forma

	sustentável as florestas, combater a desertificação, deter e reverter a degradação da terra e deter a perda de biodiversidade.
16	Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis.
17	Fortalecer os meios de implementação e revitalizar a parceria global para o desenvolvimento sustentável.

Fonte: ONU (2015), adaptado pelo autor (2017).

Em 2017, o governo brasileiro emitiu o Relatório Nacional Voluntário, demonstrando os avanços ocorridos nos dois primeiros anos da vigência dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. No mesmo relatório, o governo enfatizou os desafios relacionados com questões que têm se mostrado de difícil solução, como a elevada incidência de doenças transmitidas por mosquitos e o aumento contínuo de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes (BRASIL, 2017).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o Brasil possui uma população estimada, para o ano de 2017, de 207,7 milhões de habitantes, distribuídos por 5.570 municípios (IBGE, 2017). O número de usuários do SUS aumentou significativamente com a crise econômica. Conforme pesquisa realizada pelo IBGE, em parceria com o Ministério da Saúde, a maioria dos brasileiros procura pelas unidades públicas quando apresenta algum problema de saúde. Os resultados mostraram que 71,1% da população foi a estabelecimentos públicos de saúde para ser atendida. Desse total, 47,9% apontaram as Unidades Básicas de Saúde (UBS) como sua principal porta de entrada aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Depois das UBS, os serviços públicos mais procurados pela população são os de emergências, como as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) ou emergência de hospital público (11,3%), seguidos pelos hospitais e serviços especializados: do total, 10,1% da população vai até um hospital público ou ambulatório quando tem um problema de saúde e 1,8% vai aos Centros de Especialidades e Policlínicas Públicas. Os consultórios e clínicas particulares atraem 20,6% dos brasileiros e 4,9% buscam emergências privadas (BRASIL, 2015).

Para fazer frente a essas demandas, os municípios têm adotado novas políticas públicas, métodos e tecnologias para mudar seus processos, melhorar serviços e apoiar outras mudanças organizacionais que se façam necessárias para aumentar a eficiência. Para Rezende e Madeira (2017), o tema serviços públicos de saúde, sob a ótica municipal, ganha proporções singulares na medida em que os avanços tecnológicos ampliam as possibilidades de soluções para o desafio de propiciar

conforto humano e rapidez no atendimento das necessidades de uma sociedade que evolui rapidamente, exigindo dos governos serviços com um nível satisfatório de qualidade.

Leite e Rezende (2010) destacam que a necessidade de alinhamento das estratégias do gestor municipal com os anseios dos cidadãos tornou-se um dos grandes desafios das administrações públicas municipais. A solução pode ser a adoção de novas formas de gestão que redesenhem os processos nas suas várias dimensões: tecnológica, humana e organizacional. Essas soluções devem ser formuladas de acordo com os anseios da população, desafio este que pode ser superado com a aproximação entre administração pública e cidadãos. Essa aproximação pode ser viabilizada com a disponibilização de novos canais de comunicação, que aproveitem os recursos das novas tecnologias de informação e comunicação (TIC).

Souza e Lima (2014) consideram que a melhoria da eficiência na saúde provocaria um aumento da efetividade nos serviços prestados para a população, uma vez que as pessoas não necessitariam mais se deslocar até os postos de saúde repetidas vezes para terem seus problemas de saúde resolvidos. A modernidade, conforme Pinto (2008), pode proporcionar melhorias no bem-estar da população. A atualização das tecnologias oportunizam ganhos tanto para os governos quanto para os usuários dos serviços públicos. Mintzberg (2014) concorda ao argumentar que a internet contribui para que as pessoas cumpram com suas obrigações com maior facilidade.

Uma administração pública que tenha o Princípio da Eficiência como norteador de suas ações e voltada para o cidadão deve livrar o usuário da infinidade de formulários, documentos e critérios processuais para desfrutar dos benefícios a que tem direito (COUTINHO, 2000).

Diante do exposto, a temática de saúde relacionada com a cidade digital estratégica justifica a importância da pesquisa no que se refere às iniciativas voltadas para a melhoria da saúde da população, além da necessidade de haver relações de comunicação efetiva entre a prefeitura e os cidadãos. A seguir, será discutida a estrutura da dissertação, detalhando-se o que será abordado em cada seção do trabalho.

## 1.5. ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

Este estudo está organizado em cinco seções. Na primeira, apresenta-se uma visão geral da dissertação, descrevendo-se o tema, os problemas, os objetivos e as justificativas para a realização da pesquisa.

A segunda seção apresenta a fundamentação teórica, com os conceitos sobre as temáticas que têm relação com o objeto da pesquisa.

Na terceira seção, é descrita a metodologia utilizada neste trabalho.

Na quarta seção, apresentam-se as análises e a interpretação dos dados coletados.

A quinta seção apresenta a conclusão do trabalho, fazendo um resgate dos objetivos propostos, as contribuições da pesquisa, as limitações e as sugestões para os trabalhos futuros.

## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo é destinado aos conceitos adquiridos por meio das pesquisas bibliográficas e documental para obter conceitos adequados e, assim, realizar as discussões necessárias dos temas propostos neste trabalho. A apresentação dos tópicos da fundamentação teórica partiu da abordagem geral para a mais específica.

### 2.1. SERVIÇOS PÚBLICOS MUNICIPAIS

Segundo Di Pietro (2015), serviço público é toda atividade material que a lei atribui ao Estado para ser exercida diretamente ou por meio de seus delegados, com o objetivo de satisfazer concretamente às necessidades coletivas, sob regime jurídico total ou parcialmente. Para Cançado e Santo (2004), os serviços públicos municipais são aqueles que a administração pública presta à comunidade e seus mais diversos grupos sociais, admitindo que seja essencial para a sociedade ou por interesse próprio, sempre com base em normas do direito público. Para Rezende (2012), serviço público é todo aquele prestado pela administração pública ou por seus delegados, sob normas e controles estatais, para satisfazer às necessidades essenciais ou secundárias da coletividade ou simples conveniências do Estado.

França (2011) lembra que o conceito de serviço público não é estático, que sofre constantes variações em função de inúmeros fatores, tais como o momento histórico e o lugar em que é prestada determinada atividade que demonstre a existência de funcionalidade à coletividade, justificando sua execução pelo Estado, de forma direta ou indireta.

A prestação de serviços públicos no Brasil, segundo Rabelo (2011), surgiu na década de 1930, quando uma elite especializada uniu o espírito de reformas com uma nova visão da administração pública. Conjugando os interesses desse corpo de funcionários federais e do governo, em 1936 foi criado o Conselho Federal do Serviço Público Civil (CFSPC), que posteriormente transformou-se no Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP). A racionalização do serviço proposta pelo DASP defendia que os ocupantes de cargos no serviço público tivessem qualificação técnica como pré-requisito para a ocupação da função. Os principais objetivos do DASP foram: a busca por eficiência, a racionalização do serviço público, além da

formação de servidores provenientes de um quadro qualificado e detentores de conhecimento técnico.

O início da prestação de determinados serviços pela administração pública é identificado a partir da Constituição de 1934. O Estado, além de sua posição de guardião da ordem pública, passa a atuar também no campo da saúde, higiene, educação, economia, assistência e previdência social. Organiza-se o funcionalismo por meio do estatuto funcional, previsto no art. 170 da referida Constituição. Ao funcionalismo, passou a assegurar direitos básicos, até hoje existentes, como a estabilidade, a aposentadoria e a reintegração em caso de invalidação de demissão por decisão judicial; também foi prevista a exigência de concurso público para a primeira investidura nos postos de carreira das repartições administrativas (DI PIETRO, 2002).

### 2.1.1 Serviços públicos municipais de saúde

Para auxiliar na compreensão da magnitude do desafio de estruturar um sistema único de saúde num país de dimensões continentais, é necessário analisar o Princípio da Descentralização Político-Administrativa. A CF/88, também conhecida como Constituição Municipalista, passou a considerar os municípios como entes federativos. Após esse marco constitucional, inúmeras medidas foram tomadas e efetivadas visando garantir a autonomia dos municípios. Para tanto, foram definidos diversos mecanismos de repasse de verbas federais aos municípios e, junto a isso, vários serviços foram transferidos para a responsabilidade do Executivo Municipal. A CF/88 transferiu para as cidades a responsabilidade e os recursos necessários para exercerem plenamente as funções de coordenação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria da saúde local, controlando os recursos financeiros, as ações e os serviços de saúde prestados em seu território (ARAÚJO, 2014).

A municipalização dos serviços públicos de saúde, como processo de descentralização administrativa e fiscal, foi concebida partindo do princípio de que os governos locais estão mais próximos da população e que, por isso, melhor conhecem as preferências e necessidades de seus cidadãos. Também foi baseada na intenção de que os cidadãos têm poder de influir sobre as decisões dos governos locais, definindo as prioridades de gastos. Essa concepção de descentralização também previa a

possibilidade de crescimento da eficiência dos governos locais e a melhoria da qualidade dos serviços públicos (ARAÚJO, 2014).

A CF/88 definiu responsabilidades atribuídas aos municípios em relação à prestação de serviços públicos. No art. 30, § 5º, consta: “Organizar e prestar, diretamente ou sob um regime de concessão ou permissão, os serviços públicos de interesse local, incluído o de transporte coletivo, que tem caráter essencial”. No inciso VII, consta: “Prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população”. O art. 34 da CF/88 discorre sobre situações em que a União pode intervir nos municípios. A Emenda Constitucional nº 29, de 2000, alterou o § 7º, alínea “e” do referido artigo, acrescentando a possibilidade de intervenção, caso o município não venha a aplicar o percentual mínimo exigido da receita municipal na manutenção e no desenvolvimento das ações e serviços públicos de saúde.

Tratando-se das leis que fundamentam e regulamentam os serviços públicos, ressaltam-se inicialmente as leis constitucionais referentes ao tema. A temática saúde foi objeto de normatização em âmbito federal, com estabelecimento de normas aplicáveis em esfera estadual e municipal. Foi instituído pela CF/88 e consolidado pelas Leis nº 8.080 e nº 8.142 o Sistema Único de Saúde (SUS). A Emenda Constitucional nº 90, de 2015, deu nova redação ao art. 6º da CF/88, definindo como direitos sociais dos brasileiros: a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados. Qualquer pessoa tem direito a usufruir dos serviços do SUS, tenha ou não condições econômicas para arcar com os gastos da saúde de forma privada. O art. 196 da CF/88 dispõe que a saúde é direito de todos e dever do Estado, não cabendo à Lei restringir a extensão desse direito fundamental. Do mesmo modo, não se autoriza interpretação que reduza o direito ao atendimento do SUS a apenas uma categoria de pessoas.

Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

O art. 197 definiu que as ações e serviços de saúde são de relevância pública. O art. 198 estabeleceu que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede

regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. Vale dizer que a execução de um serviço público por meio de delegação à iniciativa privada ainda está sob a responsabilidade do poder público, ou seja, a execução delegada de um serviço público não o transforma em tarefa privada (BITENCOURT NETO, 2009).

O SUS foi organizado para funcionar em rede, com ações, serviços, clínicas, postos de saúde, hospitais, centros de serviços de apoio à diagnose e terapia. Sozinhos esses pontos não formam uma rede; somente quando seus pontos são interligados (com sistema de informação, logística, comunicação etc.) é que constituem um sistema (SANTOS, 2016).

Para a Atenção Básica, o SUS apresenta dois modelos de Unidades Básicas de Saúde (UBS). O primeiro, Tradicional ou de Programação em Saúde, no qual a organização dos serviços acontece por meio de demanda espontânea ou programada. Nesse modelo, os atendimentos são feitos por profissionais como médicos generalistas, pediatras, ginecologistas e obstetras, enfermeiros, assistentes sociais e dentistas. O outro modelo, denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), foi criado em 1993, visando à reorganização do modelo de saúde. Desde seu surgimento, tem caráter multidisciplinar, inicialmente com as formações de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde nas equipes de referência. Esse modelo busca atender famílias de um território delimitado. As equipes são compostas por médicos de família e comunidade, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas, técnicos em higiene dental e auxiliares de consultório dentário (TRINDADE, 2012).

Para que os serviços públicos de saúde sejam prestados em âmbito municipal, foram definidos procedimentos de repasse de recursos financeiros para as prefeituras. A Lei Complementar nº 141/2012 regulamenta o § 3º do art. 198 da CF/88 e dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo. Nesta lei foi definido que o Governo Federal aplicará em saúde recursos financeiros no montante

correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Já os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% da arrecadação dos impostos. Os municípios aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos. No Quadro 2 consta a descrição dos valores acima mencionados (BRASIL, 2012).

Quadro 2: Percentuais mínimos a serem aplicados na saúde

Lei Complementar nº 141/2012	Teor
Art. 5º	“A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.”
Art. 6º	“Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% da arrecadação dos impostos.”
Art. 7º	“Os municípios aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos.”

Fonte: Lei Complementar nº 141/2012 (BRASIL, 2012).

Vieira e Benevides (2016) apontam que as despesas primárias da União cresceram 6% acima da inflação entre 2008 e 2015, um índice superior ao aumento da arrecadação do Governo Federal. Para conter esse aumento das despesas, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 95/2016, que estabeleceu um limite para o aumento dos gastos, a partir de 2017. Essa decisão impacta o orçamento dos gastos públicos, inclusive os investimentos em saúde. Os autores consideram que a desvinculação das despesas com ações e serviços públicos de saúde da receita corrente líquida provoca a redução do gasto público *per capita* com saúde e a desobrigação dos governos de alocarem mais recursos em saúde, em contextos de crescimento econômico.

Segundo Vieira e Benevides (2016), é consenso que os principais problemas do SUS são financiamento e gestão. O financiamento do SUS tem sido tema recorrente em debates desde a CF/88, por ser considerado insuficiente para atender às necessidades de saúde da população brasileira, levando-se em conta os Princípios de Universalidade, Integralidade e Igualdade no acesso a bens e serviços inscritos na Constituição. Em relação à gestão, observa-se a existência de déficit na oferta de serviços em diversas regiões do país, refletido nas intermináveis “filas de espera”,

sobretudo no tocante ao atendimento especializado e à realização de exames de diagnóstico e terapia.

### 2.1.2 Princípios da Participação, Atualidade e Eficiência

Segundo Di Pietro (2002), a Constituição de 1934 trouxe o Estado Social de Direito, um Estado prestador de serviços, que foi ampliando sua atuação na vida econômica e social. Já na CF/88, optou-se pelos princípios próprios do Estado Democrático de Direito, que inclui, entre outras características, referência a valores e princípios. Entre os princípios enfatizados pela autora, destacam-se os da Moralidade, Impessoalidade, Razoabilidade, Segurança Jurídica, Economicidade, Interesse Público, Motivação e Participação do Cidadão na Gestão e no Controle da Administração Pública, no processo político, econômico, social e cultural.

O Princípio da Participação pode ser observado em diversos artigos, como o direito à informação (art. 5º, § 33); a participação dos trabalhadores e empregadores nos colegiados dos órgãos públicos em que seus interesses profissionais sejam objeto de discussão e deliberação (art. 10); o direito de denunciar irregularidades perante o Tribunal de Contas (art. 74, § 2º); a participação do produtor e trabalhador rural no planejamento e execução da política agrícola (art. 187); a participação da sociedade e dos poderes públicos nas iniciativas referentes à seguridade social (art. 194) – em especial de trabalhadores, empresários e aposentados – na seguridade (art. 194, § 7º), na saúde (art. 198, § 3º) e na assistência social (art. 204, § 2º), na gestão democrática do ensino público (art. 206, § 6º), entre outros. O incentivo à participação do cidadão é reforçado com a Emenda Constitucional nº 19, de 1998, com a inclusão do § 3º ao art. 37, prevendo lei que discipline as formas de participação do usuário na administração pública direta e indireta, de modo a facilitar as reclamações contra os serviços ineficientes e o acesso a registros administrativos e a informações sobre atos de governo (DI PIETRO, 2002).

Outro princípio que merece destaque é o Princípio da Atualidade. Figueiredo (2006) e Pinto (2008) ponderam que a prestação do serviço público seja sempre atualizada e modernizada, tornando-se eficiente, e que o prestador do serviço deve manter-se plenamente informado e atualizado das permanentes evoluções tecnológicas, proporcionando melhor atendimento às necessidades dos usuários. A Lei nº 8.987/95, que dispõe sobre o regime de concessão e permissão da prestação de

serviços públicos previsto no art. 175 da CF/88, menciona o Princípio da Atualidade. No primeiro parágrafo, define: “Serviço adequado é o que satisfaz as condições de regularidade, continuidade, eficiência, segurança, atualidade, generalidade, cortesia na sua prestação e modicidade das tarifas” (BRASIL, 1988). No segundo parágrafo conceitua que “a atualidade compreende a modernidade das técnicas, do equipamento e das instalações e a sua conservação, bem como a melhoria e expansão do serviço” (BRASIL, 1988).

A partir da década de 1980, diversos países passaram a implementar um modelo de gestão pública caracterizado pela administração pública gerencial, cujo pressuposto fundamental refere-se à busca de eficiência como critério para o alcance dos objetivos das organizações públicas. Conforme Oliveira e Paula (2014), a reforma gerencial tinha por objetivos: reduzir os custos do Estado, auxiliando no alcance do ajuste fiscal, e modernizar as formas de administrar os recursos públicos para tornar o Estado mais eficiente e voltado ao atendimento das demandas da sociedade.

A CF/88 não mencionava inicialmente o Princípio da Eficiência. Esse princípio passou a fazer parte da Constituição somente após dez anos de sua vigência, por meio da Emenda Constitucional nº 19, de 1998. Com a aprovação da Emenda, o art. 37 da CF/88 passou a ter a seguinte redação:

A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios obedecerá aos Princípios de Legalidade, Impessoalidade, Moralidade, Publicidade e Eficiência (BRASIL, 1988).

A Lei nº 8.987/95, que dispõe sobre o regime de concessão e permissão da prestação de serviços públicos, no art 6º também menciona o Princípio da Eficiência: “Serviço adequado é o que satisfaz as condições de [...] eficiência [...]” (BRASIL, 1995).

A administração pública tem avançado no objetivo de atender ao interesse público de maximizar o bem-estar social. A Emenda Constitucional nº 19, de 1998, que deu nova redação ao art. 37 da CF/88, consagrou o Princípio da Eficiência no serviço público. Em decorrência disso, a eficiência adquiriu força constitucional e passou-se a exigir dos agentes públicos que, além de desempenharem suas atividades com legalidade e moralidade, apresentem resultados positivos e satisfatórios nos serviços prestados aos cidadãos, agora clientes-cidadãos (MORAES, 2008). Conforme Santos,

Serrano e Neto (2015), a análise de eficiência verifica se os recursos mobilizados produziram os resultados, efeitos e impactos pretendidos.

A eficiência em saúde é pensada como a relação entre o custo e o impacto dos serviços sobre a saúde da população, mantido um nível de qualidade determinado (VIACAVA *et al.*, 2012). Cambi e Souza (2017) ponderam que a inserção do Princípio da Eficiência revela o descontentamento da sociedade diante de sua antiga impotência para lutar contra deficiências na prestação dos serviços públicos, que incontáveis prejuízos já causaram aos usuários.

Em que pese seja correto considerar que o Princípio da Eficiência resulta de novos aportes técnicos extrajurídicos (ciências da administração e da economia), sua elevação a princípio constitucional como valor fundante da administração pública representou o apogeu de uma série de reformas do Estado empreendidas na década de 1990 em vários países, sobretudo no Brasil (CAMBI; SOUZA, 2017). É evidente que de nada adianta a referência expressa na Constituição decorrente da mera inserção de uma palavra no texto constitucional “se não houver por parte da administração a efetiva intenção de melhorar a gestão da coisa pública e dos interesses da sociedade” (CARVALHO FILHO, 2015, p. 32). Segundo o autor, não existe fórmula mágica para que um órgão público torne-se eficiente da noite para o dia, por ter sido a eficiência enxertada como princípio na Constituição.

Conforme Souza e Lima (2014), observa-se atualmente o retorno dos pacientes para repetir consultas, exames e medicação. É possível perceber, mediante esse fato, que o tratamento não foi efetivo, e eventualmente essa responsabilidade pode vir a ser atribuída ao sistema. Independentemente da atribuição da responsabilidade, foram gastos vários atendimentos com o mesmo paciente. Ou seja, dadas as proporções, isso acontece com milhares de pessoas, provocando gastos desnecessários aos cofres públicos. Segundo os autores, o principal problema não é a falta de verbas, mas sim a falta de efetividade.

Entre os princípios relacionados na Constituição, o Princípio da Eficiência tem sido objeto de discussão, graças às reivindicações por parte da população, que exige melhores condições de atendimento. As prefeituras necessitam racionalizar e aumentar a efetividade nos seus processos por meio do emprego de métodos eficazes e científicos, bem como pela eliminação de repetições e pela diminuição da incompetência nos serviços da gestão local (REZENDE, 2012).

Ainda segundo Oliveira e Paula (2014), no setor público não há como determinar com precisão que um resultado de uma política pública foi alcançado em decorrência de uma ação específica. A redução da mortalidade infantil, por exemplo, pode estar associada a uma ação da área da saúde, como a realização de campanhas de vacinação, mas também a grandes investimentos efetuados pelo governo no saneamento básico. Logo, a utilização perfeita da eficiência como critério balizador de uma decisão apresenta limitações, uma vez que nem sempre é possível a comprovação da relação direta entre recursos e fins.

### 2.1.3 Absenteísmo dos usuários aos serviços públicos de saúde

Um dos indicadores que demonstram a perda de eficiência nos serviços públicos municipais de saúde é o índice de absenteísmo dos usuários. O absenteísmo traz inúmeras consequências e prejuízos para a organização, pois a ausência pode ocasionar atrasos, perdas na qualidade e no atendimento. Segundo Chiavenato (2009), o absenteísmo, também denominado ausentismo, é uma expressão utilizada para designar as faltas ou ausências dos funcionários ao trabalho, seja por falta, atraso ou decorrente de algum outro motivo. Robbins (2002) vai na mesma linha e conceitua absenteísmo como o não comparecimento do funcionário ao trabalho, gerando elevados custos ao empregador, redução da eficiência e aumento da carga de trabalho do supervisor.

Segundo Oleskovicz *et al.* (2014), observa-se, em estudos mais recentes, uma ampliação na aplicabilidade desse termo, estendendo-se também ao fenômeno das faltas dos usuários aos serviços de saúde. Nota-se a ocorrência de absenteísmo dos usuários em todos os níveis de atendimento dos serviços de saúde, iniciando-se pelas faltas às consultas agendadas na Atenção Básica, nas consultas aos serviços especializados de saúde e também em exames e cirurgias previamente agendados.

Sobre o absenteísmo na Atenção Básica, Bender, Molina e Mello (2010) ressaltam como consequências dessa prática os prejuízos que ocorrem na continuidade da assistência e resolubilidade das demandas de saúde, bem como o aumento na fila de espera e nas demandas por urgência. A desatenção em relação à data da consulta; o fato de haver outro compromisso ou de não estar se sentindo bem no mesmo dia do atendimento; não ter conseguido identificar o local da consulta apropriadamente e não possuir recursos financeiros suficientes para realizar o

deslocamento são as explicações mais corriqueiras dadas pelos usuários para justificar as ausências.

Além dos serviços de atendimento médico, determinadas UBS prestam serviços de odontologia, que também apresentam índices de absenteísmo. Miotto, Santos e Farias (2016) observam que um dos principais motivos para o absenteísmo nos serviços de odontologia é o esquecimento do procedimento agendado, bem como o elevado tempo de antecedência na marcação do atendimento. A incompatibilidade de horário com o trabalho ou escola também foi relatada como motivo de falta. Segundo os autores, as sugestões para diminuição do absenteísmo seriam a disponibilização de atendimentos fora do tempo comercial e a marcação nos primeiros horários do dia, ou aos sábados para os usuários que, por incompatibilidade de horário, apresentarem dificuldade no comparecimento.

Em relação ao atendimento nos hospitais, para a realização de cirurgias, Souza *et al.* (2010) ponderam que os cancelamentos implicam significativos prejuízos, pois haverá perda de tempo e aumento de gastos com profissionais e materiais preparados para a cirurgia. Esse aumento de gastos vem pressionando as finanças dos municípios.

A perda de eficiência provocada pelo absenteísmo dos usuários é uma realidade nos serviços públicos e privados de saúde no Brasil e tem se revelado um problema crônico. O número de consultas e exames agendados e não realizados, devido ao não comparecimento dos pacientes, atinge índices significativamente altos e que podem ser percebidos em todas as regiões do Brasil e em diversos tipos de atendimento e especialidades médicas (OLESKOVICZ *et al.*, 2014). Santos (2008) relata que o índice de absenteísmo para consultas e procedimentos no SUS representa desperdício de recursos, menor utilização da capacidade instalada e retroalimentação das filas de espera para atendimento.

Para mensurar a perda de eficiência provocada pelo absenteísmo dos funcionários, Chiavenato (2009) propõe duas opções de equação, com pequenas diferenças entre elas. A Figura 1 demonstra a fórmula de cálculo que leva em consideração o número de funcionários dividido pelo número de dias perdidos. O resultado desse cálculo é dividido pelo número médio de funcionários e, depois, multiplicado pelo número de dias trabalhados. Para se obter o percentual de absenteísmo, multiplica-se por 100.

Figura 1: Cálculo para índice de absenteísmo – Opção 1

$$\text{Índice de Absenteísmo} = \frac{\text{Nº de funcionários / dias perdidos por ausência ao trabalho}}{\text{Efetivo médio x Nº de dias de trabalho}} \times 100$$

Fonte: Chiavenato (2009).

Na segunda opção, Chiavenato (2009) propõe uma equação cujo cálculo é mais refinado, incluindo atrasos de meios dias e atrasos de funcionários, em que se substituem os dias por horas. A Figura 2 demonstra a fórmula de cálculo, que leva em consideração o número de funcionários dividido pelo número de horas perdidas. O resultado desse cálculo é dividido pelo número médio de funcionários e, depois, multiplicado pelo número de horas trabalhadas. Para se obter o percentual de absenteísmo, multiplica-se por 100. Esta fórmula representa um avanço em relação ao proposto inicialmente, pois nem sempre o funcionário falta um dia inteiro e sua ausência ocorre por determinada quantidade de horas no dia.

Figura 2: Cálculo para índice de absenteísmo – Opção 2

$$\text{Índice de Absenteísmo} = \frac{\text{Nº de funcionários / horas perdidas}}{\text{Total de homens / horas trabalhadas}} \times 100$$

Fonte: Chiavenato (2009).

Numa variação da fórmula, Marras (2016) propõe que o cálculo do índice de absenteísmo leve em conta o número total de horas perdidas no período considerado, dividido pelo número total de horas planejadas. Para se obter o percentual de absenteísmo, multiplica-se por 100. A Figura 3 demonstra a fórmula que representa um avanço em relação ao proposto por Chiavenato (2009), pois simplifica o cálculo ao considerar o número total de horas perdidas em relação ao total de horas planejadas.

Figura 3: Cálculo para índice de absenteísmo – Opção 3

$$\text{Índice de Absenteísmo} = \frac{\text{Nº de horas perdidas}}{\text{Nº de horas planejadas}} \times 100$$

Fonte: Marras (2016).

Para o cálculo do índice de absenteísmo dos usuários dos serviços de saúde pública é possível adaptar a fórmula proposta por Marras (2016), substituindo o número de horas pelo número de consultas. A fórmula de cálculo do índice de absenteísmo passa a considerar o número de consultas perdidas pela ausência dos usuários dividido pelo número total de consultas planejadas. Para se obter o percentual de absenteísmo, multiplica-se por 100, conforme Figura 4.

Figura 4: Cálculo para índice de absenteísmo – Opção 4

$$\text{Índice de Absenteísmo} = \frac{\text{Nº de consultas perdidas}}{\text{Nº de consultas planejadas}} \times 100$$

Fonte: Marras (2016), adaptado pelo autor (2017).

As ausências inesperadas tornam-se onerosas para a organização, pois elevam os custos, com perda de produtividade dos funcionários, redução da produtividade total, insatisfação do cliente, entre outros. Para compensar esses déficits de trabalho, as organizações tendem a ampliar seu quadro de funcionários para minimizar a perda de eficiência, aumentando ainda mais seus custos (NUNES; FRANÇA; REIS, 2013).

#### 2.1.4 Classificações dos serviços públicos

Os serviços públicos podem ser classificados de diferentes formas, dependendo da perspectiva com que são analisados. Para Meirelles (2013), na classificação dos serviços públicos, deve-se levar em conta a essencialidade, a adequação, a finalidade e os destinatários dos serviços. Para Cunha (2004), os serviços públicos podem ser classificados como:

- a) Serviços de utilidade pública: são serviços que a administração pública presta, diretamente ou por delegação, a terceiros, sob seu controle e por

condições regulamentadas, mas por conta e risco dos prestadores, mediante remuneração ao usuário;

- b) Serviços próprios: são serviços que se relacionam diretamente com as atribuições do poder público e são, exclusivamente, prestados por ele, caracterizando sua predominância sobre os administrados (segurança, polícia, higiene, saúde pública, entre outros);
- c) Serviços impróprios: são serviços que não possuem como objetivo as necessidades básicas da população. São aqueles que a Administração presta remuneradamente por seus órgãos ou entidades descentralizadas (autarquias, empresas públicas, entre outros);
- d) Serviços administrativos: são os serviços pelos quais a administração atende às suas necessidades internas ou organiza outros serviços prestados pelo poder público (imprensa oficial, entre outros);
- e) Serviços industriais: são serviços que produzem renda para quem os presta, mediante remuneração da utilidade usada. São considerados impróprios e são utilizados pelo Poder Público somente quando necessários aos imperativos da segurança nacional ou relevantes ao interesse coletivo;
- f) Serviços *uti universi*: considerados como serviços públicos gerais, são prestados pelo poder público sem a prévia identificação individual do usuário. Dessa forma, atendem a um número indeterminado de destinatários, satisfazendo às necessidades da coletividade (segurança pública, saúde, entre outros);
- g) Serviços *uti singule*: são aqueles prestados a um número determinado ou determinável de usuários, têm utilidade particular e mensurável (telefone, água e energia elétrica domiciliar, entre outros).

Com a inserção tecnológica, a energia elétrica e a telefonia passaram a ser consideradas serviços públicos essenciais, assim como a água, o saneamento básico e o transporte público (CUNHA, 2004).

Os serviços públicos também podem ser classificados de acordo com as funções ou temáticas. Segundo Rezende (2012), as funções ou temáticas são macroatividades que fazem parte de todos os municípios, prefeituras e organizações públicas, sendo

necessárias para seu funcionamento integrado e efetivo. Entre as temáticas presentes nos municípios, citam-se aqui a administração, agricultura, ciência, comércio, cultura, marketing, educação, esportes, finanças, governo, habitação, indústria, jurídico-legal, lazer, materiais ou logística, meio ambiente, planejamento, recursos humanos, temática rural, saneamento, saúde, segurança, serviços municipais, social, trânsito, transportes e urbana.

Com relação à forma de disponibilização, os serviços públicos podem ser prestados de forma presencial ou em meio eletrônico, que serão detalhados a seguir.

#### 2.1.4.1 Serviços públicos em meio eletrônico

A evolução digital dos últimos anos, associada às transformações ocorridas na sociedade, levam-nos a refletir sobre a prestação dos serviços públicos e todas as suas promessas de facilitação. As pessoas não apenas fazem uso da *web* para apresentar suas proposições e seus valores, como também são eles próprios referência das novas dinâmicas sociais e políticas características da pós-modernidade (WU, 2013). Ao abordar a evolução das formas de trabalho, Castells e Cardoso (2002) já previam uma nova maneira de execução das atividades dos escritórios automatizados, o escritório móvel, onde os trabalhadores de uma mesma estrutura organizacional não precisariam mais estar presentes no mesmo espaço físico para a execução de atividades comuns.

Akutsu (2002) considera que o uso da tecnologia da informação e comunicação (TIC) facilita a relação Estado-Cidadão, no que se refere ao exercício dos direitos da democracia, da transparência nas ações e na aplicação dos recursos públicos. O autor informa que o uso da internet está contribuindo para ampliar a participação democrática e que, na medida em que os governos intensifiquem seu uso para a disponibilização de informações e serviços ao cidadão, essa participação tende a aumentar. Rech (2004) argumenta que a internet permite que se disponham aplicações para prestação de serviços que podem lidar tanto com o conceito privado, da diferenciação dos clientes, quanto com o conceito de igualdade, presente no setor público.

Segundo Rezende (2005), os serviços em meio eletrônico podem originar-se na sistematização das informações municipais, no planejamento e disponibilização aos seus diversos tipos de usuários, de forma personalizada e com qualidade, que permitirá ao administrador público atender aos requisitos legais e realizar as políticas públicas,

materializadas em sua gestão, além de facilitar a tomada de decisões e a melhoria dos serviços prestados aos cidadãos.

Possamai (2010) considera que a prestação de serviços públicos por meio digital possa ser classificada em três dimensões: serviços eletrônicos, participação eletrônica e administração eletrônica. Podem ser considerados como serviços eletrônicos aqueles prestados de forma total ou parcial através de meios eletrônicos e digitais. Outra dimensão seria a participação eletrônica, que se baseia em ampliar a transparência das atividades governamentais e a reforçar o controle social. E, por último, tem-se a dimensão da administração eletrônica, que consiste na realização de processos que sustentam as atividades finalísticas dos governos.

A prestação de serviços públicos eletrônicos por meio da internet é usualmente entendida por *e-Gov*. Cunha e Miranda (2013) propõem o termo “e-serviços públicos”, que é menos amplo e mais preciso, sendo que nele podem ser incluídos: a prestação de serviços em portais governamentais; o uso de internet, mas também de outros meios eletrônicos, tais como o telefone celular, o telefone fixo e, no futuro, a televisão digital; a integração na prestação de serviços; centrais de atendimento (local físico, chamado também de agência de atendimento ao cidadão ou lojas de atendimento); e *Call Center* (centrais de atendimento telefônico).

Destacam-se, então, as TIC aplicadas particularmente na administração pública (nas esferas do Governo Federal, estadual ou municipal), enfatizadas pelos portais dos cidadãos ou, no caso dos municípios, portais das prefeituras, os quais têm foco no uso dessas tecnologias, direcionadas às ações e atividades dos governos, seja de governo para governo, ou de governo para com a sociedade e seus cidadãos (CUNHA, 2004; REZENDE, 2005).

Rech (2004) considera que as TIC, centradas na internet, configuram-se como uma oportunidade para o governo melhorar a efetividade dos seus processos e para alavancar a eficiência dos serviços públicos prestados à sociedade. Segundo Zugman (2006), a essência da tecnologia não é a tecnologia em si mesma, mas o fato de que tende a ser um atributo funcional e multidimensional, aplicável a todos os domínios da vida moderna.

Para Weber (2007), o espaço ocupado pelo Estado na comunicação de um país tem sua dimensão potencializada a partir do momento em que se passa a utilizar a internet para reproduzir seus argumentos, tanto pela quantidade de informações

armazenadas em meio eletrônico quanto pela abrangência dessas informações, que podem, a qualquer momento, ser acessadas de qualquer lugar no espaço.

Os serviços oferecidos pelos órgãos públicos em meio digital são uma importante dimensão para a compreensão do desenvolvimento de políticas de governo eletrônico, pois essas iniciativas possuem um enorme potencial para melhorar o modo como os governos entregam seus serviços aos cidadãos (ONU, 2014). Entretanto, é importante compreender quais iniciativas e recursos são oferecidos pelo *website* para que os cidadãos possam interagir com as organizações e ter acesso aos serviços públicos.

#### 2.1.4.2 Serviços públicos em meio eletrônico – Informativos

A disponibilização de informações ou de documentos e formulários, em meio eletrônico, que agiliza a prestação de um determinado serviço público, pode ser denominada como serviço informativo. Dessa forma, a internet se torna uma ferramenta fundamental para que o usuário possa ter acesso a informações prévias sobre o serviço de que necessita, como, por exemplo, endereços e horários de funcionamento das repartições públicas, documentos que devem ser levados para o local, formulários a serem preenchidos, entre outros. Também podem ser citados como exemplos de serviços informativos a publicação na internet do guia de serviços públicos que contém informações sobre todos os serviços ofertados pelo órgão e a possibilidade de preenchimento de formulários *on-line* (CETIC, 2015).

Os serviços públicos informativos em meio eletrônico tiveram incremento, com o aumento das exigências por maior transparência sobre os atos governamentais. Entende-se por transparência governamental a disponibilidade de informações sobre uma agência ou um governo, que pode ser acessada por todos os cidadãos e que permita que estes possam controlar e monitorar o funcionamento dessa agência ou governo. A internet tem proporcionado significativas oportunidades de mudanças no processo de comunicação, de modo que as formas tradicionais podem ser complementadas ou até substituídas por recursos tecnológicos que minimizam distâncias e permitem acesso múltiplo e massivo às informações. No âmbito dos serviços públicos, a internet passou a ser uma grande aliada na divulgação de informações dos atos da administração pública (CRUZ *et al.*, 2012).

A transparência na evidenciação dos atos e das contas da gestão pública ganhou maior notoriedade no Brasil a partir da edição da Lei Complementar nº 101/2000, denominada Lei de Responsabilidade Fiscal. A referida lei estabeleceu limites para despesas com pessoal e encargos em cada período de apuração e em cada ente da federação, de 50% para a União, 60% para os Estados e municípios da receita corrente líquida. Também criou a obrigatoriedade da publicação de relatórios governamentais, inclusive por meio eletrônico (DALMONECH; TEIXEIRA; SANT'ANNA, 2011).

A Lei Complementar nº 131/2009 – denominada Lei da Transparência – alterou a redação da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) no que se refere à transparência da gestão fiscal. O texto inova e determina que sejam disponíveis, em tempo real, informações pormenorizadas sobre a execução orçamentária e financeira da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios. Entende-se por tempo real a disponibilização das informações acima mencionadas, inclusive por meio eletrônico. A divulgação estabelecida na Lei de Transparência deve abranger informações quantitativas e qualitativas, disponibilizadas de forma acessível a todos os atores sociais, em meios de comunicação eficazes, com destaque para a internet (CRUZ *et al.*, 2012).

Porém, conforme Silva (2009), a transparência da gestão pública ainda se encontra em um estágio incipiente, em decorrência da divulgação de tais informações passar-se em um ambiente político e cultural marcado por ideologias e interesses diversos.

#### 2.1.4.3 Serviços públicos em meio eletrônico – Transacionais

Os serviços públicos em meio eletrônico, considerados como transacionais, referem-se a serviços mais sofisticados, que permitem a prestação parcial ou total do serviço público por meios digitais. Referem-se à possibilidade de realizar pelo *website* ações como, por exemplo: agendamento para consultas, serviços e atendimentos; realizar inscrições e matrículas; emitir boletos ou outras guias de pagamento e efetuar pagamentos. As Tecnologias de Informação e Comunicação são reconhecidas como agentes de mudança no setor público e como instrumentos que viabilizam a implementação de processos inovadores na gestão. Por outro lado, também geram

cada vez mais as pressões sobre os gestores públicos para que o governo adapte-se ao novo ambiente da economia digital. Essa pressão pode estar associada ao uso cada vez maior de tecnologias pelos cidadãos e empresas, também à preferência por serviços transacionais *on-line* e à conveniência dos ambientes virtuais (CETIC, 2015).

Henrique (2001) considera que a origem dos serviços transacionais em meio eletrônico ocorreu na década de 1960, quando o Governo Federal implementou uma política de incentivo à concentração bancária por meio de fusões e aquisições, com a qual se esperava que os bancos se tornassem mais eficientes e tivessem condições de expandir suas redes de agências, sobretudo pelo interior do país. Para cumprir esse papel com eficiência, os bancos se viram obrigados a buscar tecnologias que aumentassem sua capacidade produtiva. Diniz (2010) observa que, na década de 1980, a automação deixou os limites das agências bancárias e passou a ser instalada em quiosques 24 horas, permitindo consultar saldos, obter extratos e fazer saques de dinheiro fora das agências. Na década de 1990, a evolução da aplicação de TI aos serviços bancários no Brasil apresentou avanços e permitiu a realização de transações por meio eletrônico que trouxeram mais comodidade para os clientes, que não precisavam mais deixar suas casas e escritórios para realizar operações financeiras.

Um exemplo de serviço transacional é o comércio eletrônico, nome dado ao processo pelo qual é possível realizar transações comerciais e financeiras por meio do uso da internet, sendo que essas transações podem ser de ordem regional, nacional ou mundial. O comércio em meios eletrônicos destaca-se pela alta versatilidade com que este se apresenta ao usuário. Além de compras, é possível efetivar serviços bancários, como transações, pagamentos, investimentos e transferências, a qualquer horário, sem a necessidade de deslocamento da residência ou do seu local de trabalho, aumentando assim a integridade física do usuário, além do conforto (ESPÍNDOLA, 2017).

Os resultados apontados na Pesquisa sobre o Uso das Tecnologias de Informação e Comunicação no Setor Público Brasileiro, realizada em 2015 (CETIC, 2015) para investigar o uso das TIC nos governos brasileiros, mostram que ainda existe uma oferta restrita de serviços transacionais como, por exemplo, o de agendamentos de consultas, atendimentos ou serviços. Das prefeituras que declararam possuir *site*, apenas 16% disponibilizam serviços transacionais em seus portais. Em contrapartida, os serviços relacionados a aspectos informacionais da prestação do serviço foram oferecidos em maiores proporções, como *download* de documentos ou

formulários (77%). A mesma pesquisa apontou a existência de disparidades na oferta de e-serviços, de acordo com o porte do município. Entre as prefeituras de cidades com mais de 500 mil habitantes, 88% permitiram que o usuário emitisse boletos de tributos e guias de pagamentos. Por outro lado, menos da metade das prefeituras com mais de 10 mil até 100 mil habitantes (41%) e apenas 16% das prefeituras com menos de 10 mil habitantes ofereceram esse mesmo recurso.

A Pesquisa sobre o Uso das TIC no Setor Público Brasileiro, realizada em 2015, revelou que os serviços transacionais estão mais disponíveis nos órgãos públicos federais e nos municípios mais populosos. Nos *sites* dos governos estaduais e nos municípios de menor porte, observou-se menor disponibilidade de serviços transacionais (CETIC, 2015).

## 2.2 CIDADE DIGITAL ESTRATÉGICA

Segundo Rezende (2012), a cidade digital estratégica é um projeto mais abrangente do que apenas oferecer internet para os cidadãos por meio de recursos convencionais de telecomunicações. Vai além de incluir digitalmente os cidadãos na rede mundial de computadores. A cidade digital estratégica baseia-se em quatro componentes: a estratégia da cidade, a informação para a tomada de decisão, os serviços públicos oferecidos aos cidadãos e os recursos de Tecnologia da Informação (TI) utilizados na gestão do município. Tem como base as estratégias da cidade para atender aos objetivos das diferentes temáticas municipais. Ser uma cidade digital significa modernizar a gestão pública e oferecer novos serviços e facilidades para as pessoas. Significa, principalmente, levar aos seus habitantes uma nova perspectiva de cidadania.

### 2.2.1 Cidade digital

As cidades digitais podem ter várias definições. Para Silva (2004), as cidades digitais são pessoas, sistemas e instituições que permanecem conectados a uma infraestrutura de comunicação digital. Nas cidades digitais é possível utilizar as “cidades reais” como referências para suas contrapartidas digitais, visando ao

desenvolvimento das relações sociais de diferentes propósitos. Para Guerreiro (2006), os cidadãos têm as tecnologias à disposição e isso pode alterar seus hábitos relacionados ao entretenimento, consumo, trabalho e as configurações internas e externas das cidades. Para o autor, as cidades digitais conectam as pessoas, sistemas e instituições por intermédio da comunicação digital.

Para Rezende (2012), ser uma cidade digital significa modernizar a gestão pública e oferecer serviços e facilidades eficientes para as pessoas. Significa também oportunizar aos cidadãos melhores perspectivas do exercício de cidadania. Os já referidos serviços públicos municipais, disponibilizados de forma eficiente, podem facilitar a vida das pessoas em termos de tempo e espaço, possibilitando, inclusive, a ampliação da participação do cidadão na gestão do município.

Para Lemos (2007), a cidade digital contempla tipos diferentes de relações entre as cidades e as TICs. Em primeiro lugar, a cidade digital baseada em projetos com o propósito de representar uma cidade na internet, prestando serviços e informações para o cidadão, bem como representando o município por meio de um portal institucional. Em segundo, o conceito está relacionado ao acesso público a determinados serviços, oferecendo aos cidadãos telecentros, teleportos, internet sem fio gratuita e quiosques multimídia.

Vale ressaltar que os portais municipais são elementos integrantes de cidades digitais, pois podem ser utilizados para o aprimoramento dos serviços públicos disponibilizados aos cidadãos. Para a implementação de um portal eletrônico de serviços municipais, segundo Rezende (2012), é necessário planejamento participativo e envolvimento dos interessados nos projetos municipais. Também são necessários os recursos da informática, tais como: sistemas de telecomunicações, rede de computadores, *softwares* específicos conectados com a internet, banco de dados e outros recursos tecnológicos. Os sistemas de informação podem ser expressos por meio de portais ou *sítes*, onde os gestores locais, servidores municipais, munícipes ou cidadãos recebem e enviam informações, que podem ser compartilhadas de forma oportuna e personalizada.

Uma das premissas da CF/88, também conhecida como a Constituição da Democratização, é o incentivo à participação dos cidadãos. A cidade digital contribui para essa participação por meio da disponibilização de sistemas, informações e serviços para os cidadãos e gestores. As melhorias na aplicação das TICs em

questões públicas estão sendo impelidas para que a mudança aconteça de forma planejada e para que o poder público também esteja inserido nesse contexto em proporcionar maior transparência de suas ações, informando aos cidadãos assuntos que lhes são pertinentes (FERNANDES; CARNIELLO, 2017).

## 2.2.2 Componentes da cidade digital estratégica

Para Rezende (2012), a cidade digital estratégica é composta principalmente pelos conceitos e aplicações de: estratégia, informações, serviços municipais e Tecnologia de Informação. O componente serviços públicos municipais foi amplamente abordado no item “2.1. Serviços públicos municipais”.

### 2.2.2.1 Estratégias

A constante mudança dos cenários econômicos no mundo, inclusive no Brasil, e também alterações crescentes nas demandas sociais e ambientais exigem reação ou antecipação por parte dos gestores públicos. Alday (2000) pondera que essas mudanças podem estar relacionadas ao reduzido crescimento econômico, globalização, regulamentação, inflação, escassez de alguns recursos e protecionismo internacional, entre outros.

Os gestores atualmente são impactados pelas dificuldades dos recursos financeiros nos municípios, pela necessidade de obediência à Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) e também pelas pressões dos munícipes e outros interessados na cidade. Segundo Rezende e Castor (2006), essas pressões podem ser minimizadas pela elaboração e implementação de um planejamento estratégico participativo nos municípios.

A estratégia pode ser entendida como meios, formas, atividades ou caminhos para atender aos objetivos municipais. As estratégias municipais se constituem numa das atividades mais relevantes, questionadoras e intelectuais na elaboração do planejamento estratégico do município, preconizando o êxito ou sucesso no projeto e na gestão do município (REZENDE, 2012).

Kotler e Keller (2012) contribuem para o conceito de planejamento estratégico ao considerá-lo como uma metodologia gerencial que permite estabelecer a direção a ser

seguida pela organização, visando a um maior grau de interação com o ambiente. A metodologia proposta pelo autor engloba os seguintes itens: âmbito de atuação, macropolíticas, políticas funcionais, filosofia de atuação, macroestratégia, estratégias funcionais, macro-objetivos e objetivos funcionais.

A estratégia compreende um dos vários conjuntos de regras de decisão para orientar o comportamento do município, como uma ferramenta para trabalhar com as turbulências e as condições de mudanças que cercam os municípios (ANSOFF, 1988). É uma forma de pensar no futuro, integrada no processo decisório, com base em procedimentos formalizados e articulados em resultados. Pode-se relacionar a estratégia com a palavra “guerra” e a tática com a palavra “batalha” (MINTZBERG *et al.*, 2001).

Os fundamentos e as premissas para elaborar os planejamentos e os planos municipais devem estar em consonância com a Constituição Federal e com as demais leis aplicáveis aos planos municipais. Para Rezende (2012), o planejamento estratégico é parte das funções da administração pública (planejamento, organização, direção e controle) que devem estar interligadas em ciclo retroalimentado. Entre os planejamentos através dos quais podem ser explicitadas as estratégias das cidades, destacam-se os seguintes:

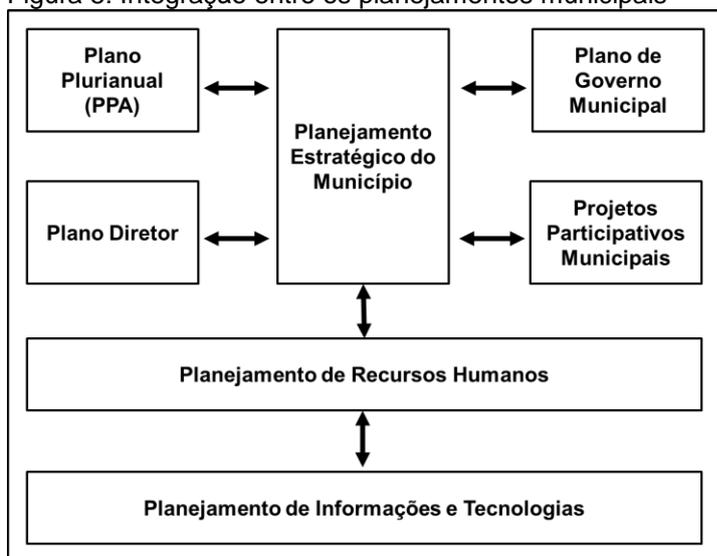
- a) Plano Plurianual (PPA), cuja previsão legal de elaboração está na CF/88, em seu art. 165, § 1º. O PPA deve ser elaborado a cada quatro anos. Sugere Silva (2009) que o PPA, em síntese, represente a visão de futuro do governo municipal, pois sua elaboração, até o primeiro ano de mandato, requer minuciosa análise do plano em andamento, dos problemas vivenciados pela comunidade, da viabilidade de inclusão de projetos, além de informar os principais indicadores de gestão municipal. Os Planos Plurianuais são elaborados no último ano de exercício dos prefeitos, para serem cumpridos nos quatro anos seguintes;
- b) Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), definida na CF/88, art. 165, § 2º, considerada um elo entre o PPA e a Lei Orçamentária Anual (LOA). A LDO, segundo Bernardoni e Cruz (2010), dita as regras para o equilíbrio das receitas e despesas de cada exercício, além de dar mais transparência ao processo orçamentário;

- c) Lei Orçamentária Anual (LOA), definida na CF/88, art. 165, § 5º, constitui-se na proposta de orçamento anual, que apresenta, em termos monetários, as receitas e as despesas públicas de um exercício financeiro que o governo pretende realizar (BERNARDONI; CRUZ, 2010).

Outro planejamento obrigatório a ser elaborado pelos municípios é o Plano Diretor, definido na CF/88, no art. 182. A partir da vigência do Estatuto da Cidade – Lei Federal nº 10.257/2001 –, tornou-se obrigatório o desenvolvimento de Plano Diretor nas cidades com mais de 20 mil habitantes, devendo ser revisado a cada dez anos. Gasparini (2004) considera o Plano Diretor como a lei municipal sistematizadora do desenvolvimento físico, econômico, social e administrativo do município, em função do bem-estar de sua população, abarcando tanto a zona urbana como a rural.

A legislação preconiza o alinhamento entre os planejamentos municipais. Rezende (2012) considera que os municípios, preocupados com seu êxito e com a qualidade de vida dos seus munícipes, devem alinhar e integrar seus diferentes planejamentos e planos. A Figura 5 mostra o alinhamento sugerido, permeado por legislações específicas, incluindo planejamentos não obrigatórios por lei, mas considerados relevantes para o desenvolvimento local e para a melhoria da qualidade de vida dos munícipes ou cidadãos. São eles: Planejamento Estratégico do Município, Projetos Participativos Municipais, Planejamento de Recursos Humanos e Planejamento de Informações e Tecnologias.

Figura 5: Integração entre os planejamentos municipais



Fonte: Rezende (2012).

Em relação aos planejamentos obrigatórios, relacionados aos serviços públicos municipais de saúde, é importante destacar a Portaria nº 2.135, do Ministério da Saúde, de 25 de setembro de 2013, que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS. A portaria tem base nos seguintes pressupostos: o planejamento deve ser desenvolvido de forma contínua, articulada e integrada; devem ocorrer o monitoramento, a avaliação e a integração da gestão do SUS; o planejamento, ascendente e integrado, do âmbito local até o federal, orientado por problemas e necessidades de saúde para a construção das diretrizes, objetivos e metas; é necessário que haja compatibilização entre os instrumentos de planejamento da saúde (Plano de Saúde e respectivas Programações Anuais, bem como o Relatório de Gestão) e os instrumentos de planejamento e orçamento de governo, quais sejam: Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA), em cada esfera de gestão; devem haver transparência e visibilidade da gestão da saúde, mediante incentivo à participação da comunidade; o planejamento deve ser concebido a partir das necessidades de saúde da população em cada região, para elaboração de forma integrada (BRASIL, 2013).

A Portaria acima mencionada, no art. 2º, define que os instrumentos para o planejamento no âmbito do SUS são o Plano de Saúde, as respectivas Programações Anuais, o Relatório Anual de Gestão e o Relatório Detalhado Quadrimestral Anterior. Esses instrumentos de planejamento e gestão são disponibilizados em meio eletrônico pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

#### 2.2.2.2 Informações municipais

Outro componente da cidade digital estratégica são as informações municipais. Segundo Rezende (2012), a informação é todo dado trabalhado ou tratado. Pode ser entendida como um dado com valor significativo atribuído ou agregado a ele, com um sentido natural e lógico para quem usa a informação. Pode ser definida como algo útil. Como exemplos, podem ser citados: nome do cidadão; data de nascimento do cidadão; cor do prédio do hospital; número de equipamentos; valor total da arrecadação mensal. Quando a informação é “trabalhada” por pessoas e pelos recursos computacionais, possibilitando a geração de cenários, simulações e oportunidades, pode ser chamada de conhecimento.

Os dados, as informações e os conhecimentos não podem ser confundidos com decisões (atos mentais e pensamentos), com ações (atos físicos e execuções), ou com processos ou procedimentos. A informação, para ser útil às decisões, deve conter as seguintes características ou premissas: possuir conteúdo único; exigir mais de duas palavras; não apresentar generalizações; não ser abstrata; não possuir verbos; e ainda ser diferente de documentos, programas, arquivos ou correlatos; pode ser dos tipos convencional, oportuna, personalizada e ainda ser sistematizada em operacional, gerencial e estratégica (REZENDE, 2012).

Para Cordeiro (2002), os sistemas de informações evoluíram significativamente. Na era industrial, as organizações consideravam que os indicadores financeiros eram suficientes para o gerenciamento. Contudo, nesta era da informação ou do conhecimento, as organizações perceberam a grande necessidade de fazer evoluir seus instrumentos de gestão, abrindo espaço para outros indicadores que retratem a situação das diversas atividades, traduzindo-as em informações importantes para a ação gerencial.

Para Laudon e Laudon (1999), as informações podem ser classificadas em três níveis de sistemas: sistemas de informações estratégicas, sistemas de informações gerenciais e sistemas de informações operacionais. Os sistemas de informações estratégicas dão suporte às decisões estratégicas da organização através de informações que abrangem toda a instituição e com visão de longo prazo. Os sistemas de informações gerenciais dão apoio à tomada de decisão do corpo gestor, com efeitos em um prazo menor e com menor impacto. Finalmente, os sistemas de informações operacionais facilitam a realização de trabalhos cotidianos. As informações operacionais contribuem para o funcionamento harmônico do município, pois auxiliam na tomada de decisão do corpo técnico em suas atividades rotineiras.

Em relação às informações gerenciais, Tamaki *et al.* (2012) destacam como característica importante que estas sejam passíveis de monitoramento. O conceito de monitoramento pode ser compreendido como o acompanhamento rotineiro de informações relevantes. O monitoramento limita-se a verificar a ocorrência de mudanças, sem se aprofundar nas razões das ocorrências. Trata-se de um processo sistemático e contínuo de acompanhamento de indicadores sobre determinado tema, visando à obtenção de informações, em tempo oportuno, para subsidiar tomadas de decisão, identificação, encaminhamento de solução e redução de problemas, bem

como a correção de rumos. Os autores consideram como um dos atributos essenciais a governabilidade, ou seja, que as informações possibilitem que o gestor atue nas situações identificadas que não estejam ocorrendo de acordo com os objetivos definidos.

Em relação aos serviços públicos municipais de saúde, Soárez, Padovan e Ciconelli (2005) consideram que os indicadores emergem como valiosas ferramentas, capazes de fornecer informações relevantes para subsidiar a tomada de decisões. Diante da crescente necessidade em medir estados de saúde e comparar os desempenhos dos sistemas e serviços, o acompanhamento do resultado dos indicadores pode revelar o nível de eficiência da gestão. Além do monitoramento do desempenho, existe uma tendência de se utilizar indicadores como *benchmarking*, criando-se, dessa forma, estímulo para uma melhoria contínua dos processos e da gestão. Na prática, os indicadores podem ser aplicados para avaliar a estrutura, os processos e os resultados dos serviços públicos. Eles funcionam como uma referência e servem para acompanhar e orientar a trajetória desses serviços. Mas, para realizar essa função, precisam estar acoplados a uma meta que se deseja atingir. Sem essa meta, perdem o sentido. Assim, indicadores só são úteis quando se sabe onde se quer chegar.

Enquanto as informações operacionais geralmente seguem o fluxo dos processos, as informações gerenciais visam ao apoio à tomada de decisão por parte do corpo gestor. A Portaria nº 2.135, de 2013, publicada pelo Ministério da Saúde, que estabelece as diretrizes para o processo de planejamento do SUS, solicita, em diversos itens, a definição de indicadores para monitoramento das metas, objetivos e diretrizes relacionados aos serviços públicos de saúde, bem como requer a utilização de indicadores para acompanhamento da saúde da população. O art. 3º da referida portaria requer a definição de indicadores das diretrizes, objetivos, metas e indicadores relacionados ao Plano de Saúde do município. O art. 4º requer a identificação dos indicadores que serão utilizados para o monitoramento da Programação Anual de Saúde (PAS). O art. 6º requer a demonstração, no Relatório Anual de Gestão, dos resultados relacionados às diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde. E, finalmente, o art. 7º requer a demonstração dos resultados relacionados à oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial de saúde (BRASIL, 2013).

O resumo dos itens que requerem a definição de indicadores pode ser observado na Figura 5.

Figura 5: Solicitações de informações relacionadas na Portaria nº 2.135

Item do Decreto	Requisito
Plano de Saúde Art. 3º, § 3º, II	Requer a definição das diretrizes, objetivos, metas e <u>indicadores</u>
Programação Anual de Saúde (PAS) Art. 4º, II	Requer a identificação dos <u>indicadores</u> que serão utilizados para o monitoramento
Relatório Anual de Gestão Art. 6º, § 1º	Requer a demonstração dos resultados relacionados às diretrizes, objetivos e <u>indicadores</u> do Plano de Saúde
O Relatório Detalhado do Quadrimestre Art. 7º, III	Requer a demonstração dos resultados relacionados a oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os <u>indicadores</u> de saúde da população em seu âmbito de atuação.

Fonte: Portaria nº 2.135, do Ministério da Saúde (2013); texto adaptado pelo autor (2018).

### 2.2.2.3 Tecnologia da Informação

A informática ou Tecnologia da Informação (TI) pode ser conceituada como recursos tecnológicos e computacionais para guarda, geração e uso de dados, informações e conhecimentos. Para Rezende (2012), a TI está fundamentada nos seguintes componentes: o *hardware*, que contempla os computadores e seus respectivos dispositivos e periféricos. O *software*, que contempla os programas nos seus diversos tipos, tais como o *software* de base ou operacionais, de redes, aplicativos, utilitários e de automação. Os sistemas de telecomunicações são recursos que interligam o *hardware* e o *software*.

Os resultados da Pesquisa sobre o Uso das TIC no Setor Público Brasileiro, realizada pelo Centro de Estudos sobre as Tecnologias da Informação e da Comunicação (CETIC), para investigar o uso de TIC nos governos brasileiros, apontam que os mecanismos de gestão e governança de tecnologia são bem diferentes entre poderes e regiões; 96% dos órgãos federais e 83% dos órgãos estaduais declararam possuir uma área ou departamento de TI. Além disso, entre as organizações que possuem departamento de TI, 89% dos órgãos federais e 57% dos órgãos estaduais contam com um plano estratégico de TI. Já entre as prefeituras, só 46% possui departamento ou área de TI. Ainda que nas grandes cidades haja uma gestão melhor dos recursos de informática, é possível conjecturar que grande parte das prefeituras, de informatização mais recente que o Governo Federal ou que os governos estaduais,

não tem maturidade ou não reúne o conjunto de competências necessárias para um uso mais sofisticado dos recursos do tratamento informacional. Há um consenso de que as TIC favorecem o aumento da transparência governamental, seja ampliando os meios de publicação das informações, automatizando os processos de divulgação ou diversificando os canais de comunicação entre governantes, gestores e cidadãos (CUNHA *et al.*, 2016).

### 3 METODOLOGIA DA PESQUISA

Pesquisa é o procedimento racional e sistemático para obter respostas aos problemas apresentados; realiza-se por meio da aplicação de conhecimentos disponíveis e da utilização de métodos, técnicas ou quaisquer outros procedimentos científicos. A pesquisa desenvolve-se por meio de processo científico composto por várias fases, que vão desde a formulação do problema até a apresentação dos resultados obtidos (GIL, 2002).

Para Silva e Menezes (2005), a pesquisa pode ser definida como a procura de respostas para problemas que são propostos. A pesquisa, segundo as autoras, constitui-se em um processo não totalmente controlável ou previsível, e o caminho a ser seguido para a realização desse trabalho é determinado pela metodologia adotada.

De acordo com Gil (2002), a pesquisa justificada por problemas práticos pode conduzir à descoberta de princípios científicos; da mesma forma, a pesquisa justificada pela expectativa de conhecimento pode fornecer respostas passíveis de aplicação prática.

Ainda Silva e Menezes (2005) enfatizam que o sucesso da pesquisa depende do procedimento seguido e da habilidade de escolher o caminho para atingir os objetivos pretendidos. A elaboração de um projeto de pesquisa e o desenvolvimento da própria pesquisa, seja ela uma dissertação ou tese, necessitam, para que seus resultados sejam satisfatórios, estar baseados em planejamento cuidadoso, reflexões conceituais sólidas e alicerçados em conhecimentos já existentes. Pesquisar significa, de forma bem simples, procurar respostas para indagações propostas. Pesquisa é um conjunto de ações propostas para encontrar a solução para um problema que têm por base procedimentos racionais e sistemáticos. A pesquisa é realizada quando se tem um problema e não há informações para solucioná-lo.

#### 3.1 MÉTODO DA PESQUISA

Para Silva e Menezes (2005), existem várias formas de classificar as pesquisas, podendo ser divididas quanto à natureza (básica ou aplicada); abordagem do problema (quantitativa ou qualitativa); objetivos (exploratória, descritiva ou explicativa); e quanto

aos procedimentos técnicos (bibliografia, documental, experimental, levantamento ou *survey*, estudo de caso, *expost-facto*, pesquisa-ação ou pesquisa participante).

Do ponto de vista da sua natureza, esta pesquisa pode ser classificada como pesquisa aplicada, pois objetiva gerar conhecimentos para aplicação prática e dirigidos à solução de problemas específicos que envolvem verdades e interesses locais. Do ponto de vista da forma de abordagem do problema, este trabalho pode ser classificado como pesquisa qualitativa, pois considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. Em relação aos seus objetivos, esta pesquisa pode ser classificada como estudo de caso, pois envolve o estudo profundo e exaustivo de poucos objetos, de maneira que se permita seu amplo e detalhado conhecimento.

### 3.2 TÉCNICAS DE PESQUISA

Marconi e Lakatos (2008) definem técnica como um conjunto de preceitos ou processos dos quais uma ciência se serve para buscar seus propósitos de conhecimentos.

Neste estudo, os instrumentos para a obtenção de informações foram: documentos disponíveis na internet, pesquisa bibliográfica e pesquisa em publicações administrativas.

Visto que a presente pesquisa enfatiza um estudo de caso, utilizou-se uma abordagem qualitativa para coleta e análise de dados. A coleta dos dados da pesquisa foi realizada por meio de visitas a campo e entrevistas. Para auxiliar a entrevista, foi elaborado um roteiro com base no protocolo de pesquisa (apresentado no subcapítulo 3.6) para direcionar a coleta de dados.

As entrevistas foram realizadas com a finalidade de proporcionar um estudo detalhado da amostra da pesquisa, além de descrever as perspectivas dos entrevistados.

Em relação à análise dos dados coletados, o protocolo de pesquisa serviu de base para comparar os aspectos apontados na literatura com os dados coletados. Desse modo, a análise dos dados reflete a realidade identificada nos locais estudados no que se refere aos objetivos da presente pesquisa.

### 3.3 FASES DA PESQUISA

Para Gil (2010), as fases da pesquisa esclarecem como são processadas as estruturas do projeto de estudo, que será desenvolvido desde sua preparação, coleta e análise de dados, até a apresentação dos resultados obtidos.

Esta pesquisa ocorreu em três fases: decisória, construtiva e redacional, descritas a seguir.

#### 3.3.1 Fase I: Decisória

A Fase Decisória refere-se à escolha do tema, definição, delimitação do problema de pesquisa e elaboração da fundamentação teórica.

- a) Passo 1: Identificar o tema de interesse para pesquisa.

Considerando-se que a linha de pesquisa deste estudo é “Políticas Públicas”, buscou-se observar na prática os usos das Tecnologias da Informação e da Comunicação, ou a falta delas, na gestão dos serviços públicos municipais de saúde na cidade de Araucária/PR.

- b) Passo 2: Elaborar a fundamentação teórica.

Para a elaboração da fundamentação teórica deste estudo foram consultados materiais de diferentes fontes para melhor entender e para adotar os conceitos relacionados ao tema. Para isso, foram consultados materiais como livros e artigos científicos, além dos materiais disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Araucária/PR.

Após o levantamento bibliográfico, foi elaborada a catalogação, contemplando aspectos considerados importantes sobre cada conceito abordado.

A partir da catalogação, foi elaborado o relatório sobre a fundamentação teórica do trabalho, apontando ideias e conceitos, que foram desenvolvidos e analisados na elaboração desta pesquisa (esse relatório é apresentado no capítulo 2).

### 3.3.2 Fase II: Construtiva

A Fase Construtiva refere-se à construção de um plano e à execução da pesquisa propriamente dita. A Fase II foi composta pelos seguintes passos:

a) Passo 1: Elaborar o protocolo de pesquisa.

Para a elaboração do protocolo de pesquisa, a partir da definição do problema e da execução dos passos anteriores, definiram-se dois temas (constructos) principais: serviços públicos municipais de saúde e cidade digital estratégica. Posteriormente, foram apontadas as variáveis sobre cada constructo e foram explicitadas as questões de avaliação com as respectivas unidades de medida.

b) Passo 2: Delimitar a pesquisa.

Uma pesquisa deve ser delimitada em relação ao seu objeto, significando que é necessário selecionar um de seus muitos aspectos para que o trabalho não se torne muito extenso ou complexo, visto que nem sempre é possível abranger todo o âmbito e a complexidade em que os fatos se desenrolam. Ainda devem ser considerados os fatores humanos, econômicos e prazos, entre outros, que forçosamente restringem o corpo de entrevista.

Sendo assim, considerando-se que na cidade de Araucária/PR existem 21 Unidades Básicas de Saúde (UBS), optou-se por dar continuidade à análise das variáveis relacionadas às UBS em duas unidades, sendo uma unidade rural, que é a UBS Colônia Cristina, e uma unidade urbana, que é a UBS Costeira.

c) Passo 3: Elaborar o roteiro de entrevista.

O roteiro de entrevista foi desenvolvido considerando-se os pontos de interesse relacionados com o protocolo de pesquisa, sendo elaborado um relatório semiestruturado, não assumindo uma forma fixa e invariável. Desse modo, os questionamentos foram construídos atentando-se para que todas as variáveis estabelecidas no protocolo fossem contempladas.

d) Passo 4: Coletar os dados.

Após a elaboração do roteiro de entrevista, com base no protocolo de pesquisa, este foi aplicado junto aos gestores e servidores municipais.

Essa técnica possibilitou o tratamento e análise qualitativa dos dados obtidos nas respostas.

As entrevistas foram direcionadas para os gestores e servidores municipais pertencentes à Secretaria Municipal de Saúde de Araucária/PR envolvidos nos procedimentos de elaboração, execução e acompanhamento dos temas propostos na pesquisa.

Além das entrevistas, foram coletados dados públicos no *site* do Ministério da Saúde, no *site* da Prefeitura de Araucária/PR e nos relatórios fornecidos pela Secretaria de Saúde de Araucária/PR.

### 3.3.3 Fase III: Redacional

A Fase III refere-se às análises dos dados coletados e informações obtidas na Fase Construtiva e contemplou os seguintes passos:

- a) Passo 1: Compilar as informações e analisar os dados.

Após as entrevistas, todos os dados foram organizados de acordo com o protocolo de pesquisa para possibilitar facilidade na análise, minimizando os riscos de se omitirem ou se perderem dados coletados, uma vez que foi realizada mais de uma entrevista. Os dados coletados pelos vários meios de pesquisa (bibliográfica, entrevista, documentos, entre outros) foram igualmente analisados e interpretados com base no protocolo.

- b) Passo 2: Elaborar o relatório final da pesquisa (conclusão).

Para concluir a pesquisa, foi estruturado o relatório final, contemplando desde o planejamento e o desenvolvimento até a conclusão do estudo proposto. Ressaltou-se também o alcance dos objetivos, as contribuições e as limitações identificadas durante a pesquisa.

## 3.4 ABRANGÊNCIA DA PESQUISA

A abrangência da pesquisa, também denominada amostra, segundo Silva e Menezes (2005), é parte da população ou do universo a ser estudado, selecionada de acordo com uma regra ou plano. As autoras salientam que deve ser feita a identificação

da população ou universo da pesquisa e da amostra, podendo a amostra ser determinada de forma probabilística ou não probabilística.

O universo da pesquisa constituiu-se por todas as 21 UBS de Araucária/PR, sendo 12 UBS localizadas no perímetro urbano e 9 UBS, na área rural do município. Considerando-se a grande quantidade de UBS, em consenso com o diretor do Departamento de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Araucária/PR, delimitou-se a abrangência da pesquisa, nas variáveis relacionadas aos serviços públicos municipais de saúde prestados nas UBS, a duas unidades, sendo uma unidade rural (UBS Colônia Cristina) e uma urbana (UBS Costeira).

As unidades escolhidas para a pesquisa foram sugeridas pelo diretor do Departamento de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Araucária/PR, que argumentou que estas representam parcela significativa do número de atendimentos realizados nas UBS.

### 3.5 UNIDADE DE OBSERVAÇÃO

Conforme Yin (2005), a unidade de observação pode ser constituída por um evento ou entidade, ou por um indivíduo (ou vários indivíduos), ou ainda por um sistema (programas, processos de implantação ou decisão).

A unidade de observação constituiu-se por duas coordenadoras de Unidades Básicas de Saúde, pelo diretor do Departamento de Atenção Básica e pelo diretor-geral da Secretaria Municipal de Saúde de Araucária/PR, que atuam na prestação de serviços públicos municipais de saúde.

### 3.6 PROTOCOLO OU CRITÉRIO DE ANÁLISE DE PESQUISA

Silva e Menezes (2005) consideram que o protocolo de pesquisa auxilia desde a elaboração da fundamentação teórica da pesquisa até a estruturação do conjunto de questões que refletem sua linha de investigação.

O protocolo de pesquisa foi elaborado contemplando dois constructos que abrangem os dois principais temas desta investigação: serviços públicos municipais de saúde e cidade digital estratégica, visando atender aos objetivos propostos.

Os protocolos são apresentados nos Quadros 3 e 4.

## 3.6.1 Protocolo de pesquisa: serviços públicos municipais de saúde

Quadro 3: Variáveis para análise do constructo 1 – Serviços públicos municipais de saúde

Variável	Fundamentação teórica	Questões	Unidade de medida
A1. Número de consultas agendadas na Atenção Primária	Art. 37 CF/88 (BRASIL, 1988) Lei Federal nº 8.080 (BRASIL, 1990) Lei Federal nº 8.142 (BRASIL, 1990)	Qual é o número de consultas agendadas?	Número
B1. Número de faltas às consultas agendadas na Atenção Primária	Art. 37 CF/88 (BRASIL, 1988) Lei Federal nº 8.080 (BRASIL, 1990) Lei Federal nº 8.142 (BRASIL, 1990) Oleskovicz <i>et al.</i> (2014)	Qual é o número de faltas às consultas agendadas?	Número
		Qual é o percentual de absenteísmo?	Percentual
C1. Nome do procedimento em caso de faltas na Atenção Primária	Viacava <i>et al.</i> (2012) Di Pietro (2015) Cambi e Souza (2017)	Quais são os procedimentos em caso de faltas dos usuários?	Nome do procedimento
D1. Nome do procedimento de divulgação do índice de absenteísmo na Atenção Primária	Figueiredo (2006) Pinto (2008)	Quais são os procedimentos de divulgação?	Nome do procedimento
E1. Número de consultas agendadas na Atenção Especializada	Art. 37 CF/88 (BRASIL, 1988) Lei Federal nº 8.080 (BRASIL, 1990) Lei Federal nº 8.142 (BRASIL, 1990)	Qual é o número de consultas agendadas?	Número
F1. Número de faltas na Atenção Especializada	Art. 37 CF/88 (BRASIL, 1988) Lei Federal nº 8.080 (BRASIL, 1990) Lei Federal nº 8.142 (BRASIL, 1990) Oleskovicz <i>et al.</i> (2014)	Qual é o número de faltas às consultas agendadas?	Número
G1. Número de pessoas em fila de espera para atendimento na Atenção Especializada	Viacava <i>et al.</i> (2012) Souza e Lima (2014) Di Pietro (2015) Cambi e Souza (2017)	Qual é o número de pessoas em fila de espera para consulta na Atenção Especializada?	Número

H1. Tempo de espera para atendimento na Atenção Especializada	Viacava <i>et al.</i> (2012) Souza e Lima (2014) Di Pietro (2015) Cambi e Souza (2017)	Qual é o número de meses de fila de espera para a Atenção Especializada?	Número
---	---	--	--------

Fonte: o autor (2017).

### 3.6.2 Protocolo de pesquisa: cidade digital estratégica

Quadro 4: Variáveis para análise do constructo 2 – Cidade digital estratégica

Variável	Fundamentação teórica	Questões	Unidade de medida
A2. Nome das estratégias relacionadas aos serviços públicos municipais de saúde	Alday (2000) Rezende e Castor (2006) Rezende (2012) Kotler e Keller (2012)	Quais são as estratégias focadas na saúde?	Nome das estratégias
B2. Nome das informações para a gestão da saúde	Cordeiro (2002) Soárez, Padovan e Ciconelli (2005) Rezende (2012) Tamaki <i>et al.</i> (2012)	Quais são as informações para a gestão da saúde?	Nome das informações
C2. Nome das tecnologias para a gestão da saúde	Rezende (2012) Rezende e Abreu (2013) Cunha <i>et al.</i> (2016)	Quais são os sistemas utilizados para a gestão da saúde?	Nome dos sistemas
		Existe acesso à internet nas UBS?	Sim/Não

Fonte: o autor (2017).

## **4 ANÁLISE DOS SERVIÇOS PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SAÚDE E SUAS RELAÇÕES COM A CIDADE DIGITAL ESTRATÉGICA**

Nesta seção serão apresentadas as análises dos resultados obtidos na pesquisa, com base nas variáveis definidas na seção “3.6. Protocolo ou critério de análise de pesquisa”. Esta seção é dividida nos subcapítulos: “4.1. Análise dos serviços públicos municipais de saúde”, “4.2. Análises sobre cidade digital estratégica” e “4.3. Análise das relações dos serviços públicos municipais de saúde com a cidade digital estratégica”.

### **4.1 ANÁLISE DOS SERVIÇOS PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SAÚDE**

A análise dos serviços públicos municipais de saúde de Araucária/PR baseou-se no protocolo de pesquisa apresentado no capítulo “3.6.1. Protocolo de pesquisa: serviços públicos municipais de saúde”.

#### **4.1.1 Análise da variável número de consultas agendadas na Atenção Primária**

Para análise desta variável, não foi possível identificar o número de agendamentos de todas as UBS do município de Araucária/PR, em decorrência dos diferentes formatos de registro da informação que cada UBS adota.

Para analisar o número de consultas agendadas, foram tabulados os dados relativos ao primeiro semestre de 2017 das Unidades Costeira e Colônia Cristina. As consultas nessas UBS são agendadas, em sua grande maioria, de forma presencial.

A UBS Costeira iniciou, em maio de 2017, o agendamento de consultas por telefone, que funciona em paralelo com o agendamento presencial. O agendamento presencial acontece quando o usuário dirige-se até a UBS e solicita um atendimento médico. Normalmente ocorre a necessidade de ser feito um agendamento para uma data futura. Se for observada a necessidade de atendimento imediato, o usuário é encaminhado para uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

A opção de marcar consultas por telefone representa um avanço em relação ao procedimento anterior, pois evita que o usuário tenha que obrigatoriamente deslocar-se até a UBS para agendar e, posteriormente, comparecer na data e horário para ser

atendido pelo profissional da saúde. Para os usuários, isso pode vir a representar significativa economia de tempo, redução de gastos com transporte, além de evitar a necessidade de se ausentar do trabalho ou de outros afazeres apenas para agendar consulta.

Na Unidade Colônia Cristina, localizada na zona rural de Araucária/PR, o atendimento médico é realizado por médico generalista, no horário das 8h às 17h. No primeiro semestre de 2017, foram agendadas 2.144 consultas, distribuídas nos meses de acordo com a tabela abaixo:

Tabela 1: N° de consultas agendadas na UBS Colônia Cristina – 2017

Mês	Número de consultas agendadas
Janeiro	366
Fevereiro	291
Março	492
Abril	216
Maio	421
Junho	358
Total 1º semestre	2.144

Fonte: o autor (2017).

Na UBS localizada no perímetro urbano, no bairro Costeira, são disponibilizadas consultas médicas, no período de segunda a sexta-feira, no horário das 8h às 17h. As áreas de atendimento são: clínica geral, ginecologia e pediatria.

No primeiro semestre de 2017, foram agendadas na UBS Costeira 8.140 consultas, sendo 2.695 consultas com médico generalista, 2.651 consultas com ginecologista e 2.794 consultas com pediatra.

Nos dias em que há agendamento, mas o médico não comparece, as consultas marcadas não são incluídas nesta estatística. Nestes casos, a equipe da UBS liga para os usuários para avisar e procurar agendar a consulta para outra data.

Observa-se que em janeiro e fevereiro de 2017 não foram computados atendimentos por médicos generalistas. Segundo o diretor do Departamento da Atenção Básica, o motivo foi uma determinação do Ministério Público Estadual (MPE) proibindo a utilização de médicos terceirizados na Atenção Primária à Saúde. Nesse período, os atendimentos foram transferidos para outras unidades de saúde.

A Tabela 2 apresenta o número de atendimentos distribuídos por área e por meses do primeiro semestre de 2017.

Tabela 2: N° de consultas agendadas na UBS Costeira – 2017

Mês	Médico generalista	Ginecologista	Pediatra	Total
Janeiro	0	99	310	409
Fevereiro	0	155	490	645
Março	292	561	591	1.444
Abril	663	547	427	1.637
Mai	969	520	623	2.112
Junho	771	769	353	1.893
Total 1° semestre	2.695	2.651	2.794	8.140

Fonte: o autor (2017).

Analisando-se a variação na quantidade de consultas da UBS Costeira e da UBS Colônia Cristina, ao longo dos meses, constata-se uma variação significativa em todas as áreas de atendimento. Em relação aos meses com menor número de atendimentos, as coordenadoras informaram que a diminuição ocorreu devido à menor oferta de consultas, ocasionada pela falta de profissionais disponíveis para atender à demanda.

Essa quantidade menor de consultas ofertadas, em determinados períodos, pode ocasionar o crescimento da insatisfação da população, o aumento das filas de espera e, também, a necessidade de os usuários se deslocarem até outras UBS para buscar atendimento mais rápido.

As coordenadoras das UBS Costeira e Colônia Cristina afirmaram que, eventualmente, os usuários avisam antecipadamente que não poderão comparecer às consultas agendadas. Nesses casos, havendo tempo hábil, procede-se o encaixe de outro paciente para otimizar a agenda de atendimentos. Quando ocorrem esses encaixes, essa alteração não é considerada como falta.

#### 4.1.2 Análise da variável número de faltas às consultas agendadas na Atenção Primária

Para análise desta variável, pelos motivos explicados na variável “4.1.1. Análise da variável número de consultas agendadas na Atenção Primária”, foram tabulados os dados da UBS Costeira e da UBS Colônia Cristina.

As informações referentes às faltas dos usuários na UBS Colônia Cristina foram disponibilizadas pela sua coordenadora. Nesta UBS, no primeiro semestre de 2017, foram agendadas 2.144 consultas e, destas, 2.109 foram realizadas. A diferença, de 35

consultas, representa o número de usuários que não compareceram às consultas agendadas anteriormente. Isso representa um índice de absenteísmo no semestre de 1,6%. Esse índice de absenteísmo mostra que a grande maioria dos usuários comparece às consultas agendadas.

Na Tabela 3 constam os dados sobre os agendamentos, atendimentos e faltas na UBS Colônia Cristina. A tabela mostra o absenteísmo dos usuários para cada mês do primeiro semestre de 2017. Observa-se, inclusive, que no mês de janeiro/2017 o índice foi de 3,8% e nos meses de fevereiro e abril não ocorreram faltas dos usuários às consultas agendadas.

Tabela 3: N° de agendamentos, atendimentos e faltas na UBS Colônia Cristina – 2017

UBS Colônia Cristina – Médico generalista				
Mês	Número de consultas agendadas	Número de atendimentos	Número de faltas	%
Janeiro	366	352	14	3,8
Fevereiro	291	291	0	0
Março	492	482	10	2,0
Abril	216	216	0	0
Maio	421	416	5	1,2
Junho	358	352	6	1,7
Total 1º sem.	2.144	2.109	35	1,6

Fonte: o autor (2017).

As informações relacionadas a esta variável, referentes à UBS Costeira, foram obtidas num levantamento dos registros realizados diariamente pela equipe da UBS. Nessa UBS, o procedimento de registro dos comparecimentos e das faltas era realizado em livros, de forma manuscrita, até o mês de maio de 2017. Nessa época, foram realizadas alterações no Sistema Integrado de Informações Gerenciais (GIIG), permitindo que as consultas agendadas constassem num relatório impresso diariamente, onde passaram a ser anotados os comparecimentos e as faltas.

As informações referentes às faltas dos usuários na UBS Costeira foram disponibilizadas pela coordenadora da UBS. Nessa UBS, no primeiro semestre de 2017, foram agendadas 2.695 consultas com médico generalista e, destas, 2.360 foram realizadas.

A diferença, de 335 consultas, representa o número de usuários que não compareceram às consultas agendadas anteriormente. Isso demonstra um índice de absenteísmo no semestre de 12%.

Na Tabela 4 constam os dados sobre os agendamentos, atendimentos e faltas na UBS Costeira. Observa-se na tabela o absenteísmo dos usuários em cada mês do primeiro semestre de 2017. Conforme explicado anteriormente, nos meses de janeiro e fevereiro não ocorreram atendimentos de médico generalista. Na referida tabela observa-se que o índice de absenteísmo no mês de março/2017 foi de 14%; no mês de abril foi de 10%; no mês de maio foi de 9% e no mês de junho/2017 o índice de absenteísmo dos usuários foi de 18%.

Tabela 4: N° de agendamentos, atendimentos e faltas na UBS Costeira, Medicina Generalista – 2017

UBS Costeira – Médico generalista				
Mês	Número de consultas agendadas	Número de atendimentos	Número de faltas	%
Janeiro	0	0	0	0
Fevereiro	0	0	0	0
Março	292	251	41	14
Abril	663	595	68	10
Maió	969	884	85	9
Junho	771	630	141	18
Total 1° sem.	2.695	2.360	335	12

Fonte: o autor (2017).

Verifica-se, na Atenção Primária, que o absenteísmo nas consultas com médico generalista é significativamente menor na UBS rural (Colônia Cristina) em comparação com o índice observado na UBS urbana (Costeira).

Na UBS Costeira também são prestados atendimentos aos usuários na área de ginecologia. No primeiro semestre de 2017 foram agendadas 2.651 consultas com médico ginecologista e, destas, 2.291 foram realizadas.

A diferença, de 360 consultas, representa o número de usuários que não compareceram às consultas agendadas anteriormente. Isso equivale a um índice de absenteísmo médio no semestre de 14%.

A Tabela 5 apresenta os dados coletados sobre o número de atendimentos e faltas na UBS Costeira, na área de ginecologia, referentes ao primeiro semestre de 2017, mês a mês. O índice apurado mostra que o percentual de absenteísmo no semestre foi de 14%, variando de um mínimo de 9% e chegando a 21%.

Tabela 5: N° de agendamentos, atendimentos e faltas na UBS Costeira, Ginecologia

UBS Costeira – Médico ginecologista				
Mês	Número de consultas agendadas	Número de atendimentos	Número de faltas	%
Janeiro	99	78	21	21
Fevereiro	155	136	19	12
Março	561	512	49	9
Abril	547	472	75	14
Maió	520	446	74	14
Junho	769	647	122	16
Total 1° sem.	2.651	2.291	360	14

Fonte: o autor (2017).

Na UBS Costeira, também são disponibilizadas para a população consultas na área de pediatria. No primeiro semestre de 2017 foram agendadas 2.794 consultas com médico pediatra e, destas, 2.451 consultas foram realizadas. A diferença, de 343 consultas, representa o número de usuários que não compareceram às consultas agendadas anteriormente. Isso equivale a um índice de absenteísmo no semestre de 12%.

A Tabela 6 apresenta os dados coletados sobre o número de atendimentos e faltas, na área de pediatria na UBS Costeira, referentes ao primeiro semestre de 2017. O índice apurado mostra que o percentual de absenteísmo no semestre foi de 12%, variando de um mínimo de 9% e chegando a 17%.

Tabela 6: N° de agendamentos, atendimentos e faltas na UBS Costeira, Pediatria

UBS Costeira – Médico pediatra				
Mês	Número de consultas agendadas	Número de atendimentos	Número de faltas	%
Janeiro	310	257	53	17
Fevereiro	490	442	48	10
Março	591	539	52	9
Abril	427	371	56	13
Maió	623	549	74	12
Junho	353	293	60	17
Total 1° sem.	2.794	2.451	343	12

Fonte: o autor (2017).

Os registros dos comparecimentos e faltas dos usuários na Atenção Primária não são digitados em sistema computacional. Sem a tabulação e consolidação das informações, as análises são prejudicadas e dificultam a tomada de ação corretiva.

#### 4.1.3 Análise da variável nome do procedimento em caso de faltas na Atenção Primária

Para análise desta variável, pelos motivos explicados na variável “4.1.1. Análise da variável número de consultas agendadas na Atenção Primária”, foram descritos e analisados os procedimentos adotados nas UBS Costeira e Colônia Cristina.

Tratando-se dos procedimentos adotados em caso de faltas, as coordenadoras entrevistadas salientaram que não possuem informações antecipadas sobre as faltas, para poderem tomar medidas de minimização da perda de eficiência. Nos casos em que o usuário comparece posteriormente à UBS solicitando nova consulta, é necessário que este justifique por escrito o motivo da falta à consulta agendada anteriormente.

Segundo as coordenadoras, uma nova consulta é agendada, independentemente do motivo alegado pelo usuário para a falta ao agendamento anterior. Essas justificativas são arquivadas sem tabulação e análise dos motivos alegados.

A partir dessa realidade, verifica-se que a inexistência de instrumentos que previnam as faltas na Atenção Primária compromete a efetividade, culminando em retrabalhos e, conseqüentemente, no desperdício de recursos públicos.

#### 4.1.4 Análise da variável nome do procedimento de divulgação do índice de absenteísmo na Atenção Primária

Para estudo desta variável, foram analisados o *site* da Prefeitura, os murais instalados na recepção das UBS Costeira e Colônia Cristina e, também, o Relatório Quadrimestral que todos os municípios devem preencher com informações sobre a saúde local.

Tendo em vista que não existe a apuração do índice de absenteísmo na Atenção Primária no município de Araucária/PR, não há disponibilidade e divulgação dessas informações. A disponibilidade e a divulgação de informações sobre o absenteísmo na Atenção Primária mostram-se insatisfatórias e sua ausência prejudica a análise e a tomada de ações corretivas, que visam ao aumento da eficácia na prestação dos serviços de saúde.

O índice de absenteísmo pode ser considerado importante informação gerencial relacionada à eficiência na utilização dos recursos públicos investidos na prestação de serviços de saúde. Tamaki *et al.* (2012) destacam como característica importante nas informações gerenciais que estas sejam passíveis de monitoramento. Esse monitoramento permite verificar a ocorrência de mudanças de forma sistemática e contínua, visando à obtenção de informações, em tempo oportuno, para subsidiar o encaminhamento de solução e redução de problemas, bem como a correção de rumos.

#### 4.1.5 Análise da variável número de consultas agendadas na Atenção Especializada

Para analisar o número de consultas agendadas na Atenção Especializada, foram tabulados os dados relativos ao primeiro semestre de 2017, referentes aos agendamentos realizados pelas UBS Costeira e Colônia Cristina, junto ao Centro de Especialidades Médicas e Odontológicas (CEMO), localizado na área urbana de Araucária/PR.

O processo inicia-se após a consulta na Atenção Primária, na qual o médico que atendeu o usuário, se constatada a necessidade, solicita consulta junto ao CEMO. O médico deve preencher manualmente uma requisição e entregá-la para o usuário; este dirige-se à pessoa responsável pelos agendamentos na UBS. Nas UBS urbanas, que possuem acesso à internet, a requisição é digitada no Sistema Integrado de Informações Gerenciais (GIIG) e, se houver disponibilidade, a consulta é agendada e o usuário recebe imediatamente sua confirmação. Quando não é possível o agendamento imediato, o usuário é avisado que receberá posteriormente a informação por telefone e deverá retornar à UBS com os dados da consulta para buscar autorização.

Nas UBS rurais, que não possuem acesso à internet, a requisição segue via malote para a Central de Regulação de Procedimentos de Saúde, localizada na área urbana de Araucária, que procederá ao agendamento. Após a marcação da data, do horário e do profissional que realizará a consulta, os dados são preenchidos e a requisição é devolvida via malote para a UBS rural solicitante. O responsável pelos agendamentos da UBS rural, ao receber as informações, entra em contato com os usuários via telefone, informando sobre a data, o horário e o responsável pela consulta. Tanto nas UBS rurais como nas urbanas os usuários são alertados sobre a

necessidade de retirarem a respectiva requisição em até 48 horas, sob pena de terem a consulta cancelada.

Para os usuários originários da UBS Costeira, foram agendadas 2.191 consultas médicas junto ao CEMO. Da mesma forma, foram agendadas 723 consultas para usuários encaminhados pela UBS Colônia Cristina. A Tabela 7 apresenta a quantidade de agendamentos por UBS pesquisada.

A análise da variação do número de consultas agendadas na Atenção Especializada, disponibilizadas para as UBS Costeira e Colônia Cristina, demonstra pouca variação entre os meses do primeiro semestre de 2017. Apenas o mês de janeiro de 2017 apresenta uma quantidade de agendamentos menor, ocasionada, segundo as coordenadoras das UBS pesquisadas, pela menor disponibilidade de médicos no período.

Tabela 7: Nº de agendamentos de consultas a serviços médicos especializados

Mês	Agendamentos UBS Costeira	Agendamentos UBS Colônia Cristina
Janeiro	282	89
Fevereiro	383	109
Março	386	148
Abril	317	110
Mai	478	129
Junho	345	138
Total	2191	723

Fonte: o autor (2017). Prefeitura de Araucária/PR – Secretaria Municipal de Saúde.

Segundo Rezende (2012), a TI está fundamentada nos seguintes componentes: *hardware*, *software* e sistemas de telecomunicações que interligam o *hardware* e o *software*. Em decorrência da falta de acesso à internet nas UBS rurais, observou-se que o procedimento de agendamento de consultas originadas nestas UBS junto ao CEMO demanda maior tempo para confirmação e demora na resposta para os usuários.

Da mesma forma, observou-se que a ausência de recursos de telecomunicações entre os usuários e o CEMO aumenta o tempo necessário para agendamento das consultas, além de gerar a necessidade de os usuários se deslocarem até as UBS para retirarem as requisições das consultas.

#### 4.1.6 Análise da variável número de faltas na Atenção Especializada

Para análise da variável número de faltas na Atenção Especializada, foram tabulados os dados da UBS Costeira e da UBS Colônia Cristina, relacionados ao primeiro semestre de 2017.

Foi possível identificar a quantidade de faltas por UBS, pois é na própria UBS que se origina o agendamento das consultas. Tanto os agendamentos quanto o não comparecimento são registrados no Sistema Integrado de Informações Gerenciais (GIIG), que permite a exportação de dados e a configuração de relatórios. Com base no número de agendamentos e no número de atendimentos, é possível identificar o número de faltas e calcular o índice de absenteísmo.

Através da UBS Costeira, conforme analisado no item 4.1.5 desta pesquisa, foram agendadas 2.191 consultas junto ao CEMO. No sistema GIIG consta que ocorreram 210 faltas nesse período, o que representa um índice de 10% de absenteísmo dos usuários encaminhados pela UBS Costeira. Na Tabela 8 é possível observar o índice de absenteísmo do primeiro semestre de 2017, mês a mês, dos usuários encaminhados por esta unidade.

A UBS Colônia Cristina solicitou agendamento de 723 consultas junto ao CEMO no primeiro semestre de 2017. No sistema GIIG consta que ocorreram 74 faltas nesse período, o que corresponde a um índice de absenteísmo de 10%. Na Tabela 8 consta o índice de absenteísmo, mês a mês, dos usuários encaminhados por esta unidade. Diferentemente da UBS Costeira, o índice de absenteísmo na UBS Colônia Cristina apresentou maior variação. No mês de fevereiro/2017, o índice atingiu 16% de absenteísmo, sendo que no mês de abril/2017 o índice foi de 3%.

O índice de absenteísmo na Atenção Especializada reflete a quantidade de faltas de usuários que retiraram as requisições, nas quais constam a data e o horário da consulta, mas que não compareceram nem avisaram antecipadamente sobre a ausência.

As faltas na Atenção Especializada geram perdas de eficiência, pois não existe procedimento para que a agenda de atendimentos seja preenchida por outro usuário que necessite. O índice de absenteísmo de 10% significa que 10% do tempo de

agendamento disponibilizado não é utilizado em atendimentos, em decorrência do não comparecimento dos usuários às consultas agendadas.

Tabela 8: Nº de faltas em consultas a serviços médicos especializados – 1º semestre de 2017

Mês	UBS Costeira			UBS Colônia Cristina		
	Agendamentos	Faltas	F/A	Agendamentos	Faltas	F/A
Janeiro	282	25	9%	89	6	7%
Fevereiro	383	45	12%	109	17	16%
Março	386	44	11%	148	14	9%
Abril	317	27	9%	110	3	3%
Maior	478	42	9%	129	16	12%
Junho	345	27	8%	138	18	13%
Total 1º sem.	2191	210	10%	723	74	10%

Fonte: o autor (2017). Prefeitura de Araucária/PR – Secretaria Municipal de Saúde.

O índice de absenteísmo pode ser considerado importante informação gerencial relacionada à eficiência na utilização dos recursos públicos investidos na prestação de serviços de saúde. Segundo Tamaki *et al.* (2012), o monitoramento das informações gerenciais permite verificar a ocorrência de mudanças de forma sistemática e contínua, possibilitando subsidiar ações corretivas de maior eficiência.

#### 4.1.7 Análise da variável número de pessoas em fila de espera para atendimento na Atenção Especializada

Para análise da variável número de pessoas em fila de espera na Atenção Especializada, foram tabulados os dados de todos os usuários que estão na fila de espera, independentemente da UBS de origem.

Na pesquisa em Araucária/PR, constatou-se que o município não dispõe de relatórios que demonstrem mensalmente a evolução da quantidade de usuários que estão em fila de espera para atendimento em consultas médicas especializadas.

A Secretaria Municipal de Saúde de Araucária (SMSA), por intermédio do Departamento de Atenção Básica, disponibilizou informações apuradas em quatro datas do ano de 2017. As datas em que foram emitidos os relatórios são: 1º de fevereiro de 2017; 15 de fevereiro de 2017; 27 de outubro de 2017 e 22 de novembro de 2017. Os relatórios apresentam a situação da fila no momento de sua emissão. As informações não são armazenadas, o que impede a recuperação em data posterior. Uma vez que a consulta é solicitada ao serviço de agendamento, a informação é

inserida no GIIG. Essa solicitação somente terá seu *status* alterado por ocasião do atendimento ou não comparecimento do usuário na data e horário agendados.

Após a tabulação das informações da fila de espera nessas datas, por especialidade, foi possível verificar o aumento ou redução da quantidade de usuários aguardando o agendamento para consultas especializadas. O aumento da quantidade ou redução de usuários em fila de espera pode ser um indicativo de que as estratégias e ações se mostraram eficientes ou não.

Para analisar a evolução da fila de espera ao longo do ano, foi calculada a média dos valores nas datas de 1º e 15 de fevereiro de 2017, denominada, na tabela 9, média 1. Também foi calculada a média dos valores nas datas de 24 de outubro de 2017 e 22 de novembro de 2017, denominada, na tabela 9, média 2. Os relatórios de 1º e 15 de fevereiro de 2017 apresentam média (média 1) de 11.858 usuários aguardando consulta médica especializada. Os relatórios de 24 de outubro e 22 de novembro apresentam média (média 2) de 12.187 usuários aguardando consulta médica especializada.

Mediante tal critério, comparando-se o resultado da média 1 com a média 2, observou-se que a quantidade de usuários em fila de espera aumentou 3%.

Na Tabela 9 é possível observar o aumento ou diminuição do número de usuários em fila de espera por especialidade. Observa-se, por exemplo, que na especialidade de otorrinolaringologia o percentual de usuários em fila de espera cresceu 963%, o que demonstra que a quantidade de pessoas aguardando para uma consulta nessa área aumentou quase 10 vezes.

O maior percentual de diminuição de usuários em fila de espera foi na especialidade de pneumologia, cuja redução foi de 82%, o que significa afirmar que o número de pessoas aguardando para consulta nesta especialidade diminuiu 8 vezes.

Bender, Molina e Mello (2010) observam que o aumento nas filas de espera provocam prejuízos na continuidade da assistência e na resolubilidade das demandas de saúde. Os autores consideram que as justificativas mais corriqueiras dadas pelos usuários para justificar as ausências são: a desatenção em relação à data da consulta; o fato de haver outro compromisso ou de não estar se sentindo bem no mesmo dia do atendimento; não ter conseguido identificar o local da consulta apropriadamente e não dispor de recursos financeiros suficientes para realizar o deslocamento.

Tabela 9: Nº de pacientes em fila de espera para consulta nos serviços médicos especializados

Especialidade	Fila de espera (2017)							Percentual variação médias 1 e 2
	Datas do levantamento							
	01/02/17	15/02/17	Média 1	24/10/17	22/11/17	Média 2	Média geral	
Alergologia	871	870	871	944	987	966	871	11%
Angiologia	305	335	320	141	360	251	320	-22%
Cardiologia	1.048	805	927	1.310	1.372	1.341	1.048	45%
Dermatologia	179	224	202	328	459	394	224	95%
Endocrinologia Adulto	1.058	1.136	1.097	1.240	1.310	1.275	1.136	16%
Endocrinologia pediátrica	37	63	50	45	50	48	50	-5%
Gastroenterologia	820	805	813	558	486	522	805	-36%
Hematologia	116	117	117	323	303	313	117	169%
Neurologia pediátrica	389	366	378	410	443	427	389	13%
Oftalmologia	4.496	4.569	4.533	3.549	3.643	3.596	4.496	-21%
Oftalmologia/ Mapeamento de Retina	303	302	303	301	276	289	302	-5%
Ortopedia	385	415	400	490	475	483	415	21%
Otorrinolaringologi a	0	21	11	132	91	112	21	962%
Pneumologia	322	285	304	77	33	55	285	-82%
Reumatologia	322	334	328	223	173	198	322	-40%
Urologia	1.186	1.232	1.209	1.924	1.917	1.921	1.232	59%
Subtotal	11.837	11.879	11.858	11.995	12.378	12.187	11.879	3%

Fonte: GIIG.

#### 4.1.8 Análise da variável tempo de espera para atendimento na Atenção Especializada

Conforme descrito no item “4.1.7. Análise da variável número de pessoas em fila de espera para atendimento na Atenção Especializada”, as informações sobre a fila de espera foram obtidas com base em quatro relatórios disponibilizados pela SMSA. Adicionalmente, foi disponibilizado um relatório com a quantidade total de atendimentos por especialidade, sendo ambas as informações relativas ao primeiro semestre de 2017.

Para analisar o tempo médio de espera para atendimento, calculou-se a média/mês de atendimentos dos serviços especializados, relativos ao primeiro

semestre de 2017. Também foi calculada a quantidade média de usuários em fila de espera, com base nos quatro relatórios anteriormente descritos.

Considerando-se que a média de atendimentos/mês do primeiro semestre de 2017 foi de 4.508 e o número de usuários em fila de espera é de 11.879, verifica-se que a fila de espera média para atendimento nos serviços médicos de saúde especializada é de 2,6 meses.

O índice de 2,6 meses representa a média apurada da espera de consultas nas seguintes especialidades: alergologia, angiologia/vascular, cardiologia, dermatologia, endocrinologia adulto, endocrinologia pediátrica, gastroenterologia, hematologia, neurologia pediátrica, oftalmologia, oftalmologia com mapeamento de retina, ortopedia, otorrinolaringologia, pneumologia, reumatologia e urologia.

Observou-se que existe significativa variação do tempo médio de espera entre as especialidades, podendo ser de algumas semanas (dermatologia) até 11 meses para uma consulta (oftalmologia).

Quanto maior for o tempo de espera para realização das consultas, maiores são as possibilidades de ocorrerem agravamentos do estado de saúde do usuário e retrabalho por parte dos funcionários, devido à necessidade de encaixe por solicitação do coordenador da UBS de origem do usuário. Ocorre também de o usuário, com base na previsão de demora no atendimento, comparecer às Unidades de Pronto Atendimento (UPA) para ser atendido mais rapidamente. Isso compromete a eficiência do atendimento à população, pois as UPA estão estruturadas para atender situações de emergência.

Segundo Castor (2000), mesmo com filas de espera que podem demorar meses, conforme verificado no resultado da pesquisa, a população, ainda assim, age de maneira respeitosa em relação ao Estado, aceitando como natural o fato de ter de recorrer a ele para fazer valer seus direitos mais elementares. Bahiense (2002) menciona que a maior parte dos custos indiretos dos serviços públicos sempre ficou com os usuários: perda de tempo, custos de informações desconstruídas, retrabalhos, idas e vindas aos meandros da burocracia. Por um lado, temos o absenteísmo dos usuários que provoca perdas de eficiência e, por outro, temos as filas de espera que demonstram a insuficiência do número de consultas disponibilizadas.

A Tabela 10 apresenta a síntese das informações anteriormente descritas, com o número de meses de fila de espera para as especialidades disponibilizadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Araucária/PR.

Tabela 10: Tempo médio de espera para consulta nos serviços médicos especializados

Especialidade	Nº médio de pacientes em fila de espera/2017	Nº de atendimentos		Nº de meses para atendimento
		Total 1º semestre 2017	Média/mês	
Alergologia	871	1.711	285	3,1
Angiologia/vascular	320	834	139	2,3
Cardiologia	1.048	2.961	494	2,1
Dermatologia	224	3.534	589	0,4
Endócrino adulto	1.136	2.074	346	3,3
Endócrino pediátrico	50	183	31	1,6
Gastroenterologia	805	2.761	460	1,7
Hematologia	117	248	41	2,8
Neurologia pediátrica	389	735	123	3,2
Oftalmologia	4.496	2.438	406	11,1
Oftalmologia – map. de retina	302	166	28	10,9
Ortopedia	415	3.437	573	0,7
Otorrino	21	2.174	362	0,1
Pneumologia	285	1.113	186	1,5
Reumatologia	322	1.091	182	1,8
Urologia	1.232	1.588	265	4,7
Subtotal	11.879	27.048	4.508	2,6

Fonte da Informação: GIIG.

#### 4.1.9 Síntese das análises do constructo 1 – Serviços públicos municipais de saúde

Finalizando as análises das variáveis do constructo 1, fazem-se, neste item, considerações sobre o conjunto de resultados obtidos.

No capítulo 2, foi apresentada a fundamentação teórica na qual foram tratados conceitos e classificações relacionados aos serviços públicos municipais e os princípios legais que os norteiam. Da mesma forma, foram tratados os conceitos de eficiência, inclusive aplicados à temática de serviços públicos de saúde. Também foram estudados os conceitos de absenteísmo dos usuários, como uma das formas de analisar o nível de eficiência dos serviços prestados.

Os resultados mostraram os índices de absenteísmo dos usuários na Atenção Primária em duas unidades básicas de saúde, sendo uma delas localizada no meio rural e outra, no perímetro urbano. A pesquisa mostrou que os índices permaneceram no mesmo patamar ao longo do primeiro semestre de 2017. Ainda em relação ao absenteísmo na Atenção Básica, verificou-se que não existem procedimentos para incentivar que os usuários comuniquem a ausência com antecedência. Também se verificou a inexistência de divulgação para a comunidade sobre os prejuízos decorrentes das ausências e da falta de comunicação prévia.

Em relação às consultas na medicina especializada, a pesquisa mostrou situação idêntica à Atenção Primária, na qual o índice de absenteísmo varia conforme o mês, podendo atingir o índice de 16% em determinado mês. O absenteísmo dos usuários na Atenção Especializada apresenta prejuízos maiores, visto que impede que outros usuários possam ser agendados, pois as equipes não são avisadas com antecedência sobre a ausência e a disponibilidade daquele determinado horário para atendimento.

Em relação à espera, a pesquisa mostrou um aumento de 3% no total de usuários na fila para atendimento na medicina especializada. Esse índice representa a média de usuários, considerando-se que existem especialidades em que houve aumento significativo na fila; em outras especialidades ocorreu a redução do número de usuários que aguardam consulta.

Em relação à demora na fila para atendimento na medicina especializada, observou-se um tempo médio de 2,6 meses de espera. Foi constatado que em algumas especialidades a espera na fila para atendimento é de até 11 meses.

Constatou-se que os índices de absenteísmo dos usuários representam perda de eficiência na prestação de serviços públicos de saúde, na Atenção Primária e na Atenção Especializada. Os dados obtidos demonstram ainda que o absenteísmo na

Atenção Especializada, além de causar perda de eficiência, também impacta nas filas de espera e na demora para agendamento de consultas.

## 4.2 ANÁLISE DA CIDADE DIGITAL ESTRATÉGICA

As análises deste constructo basearam-se no protocolo de pesquisa apresentado no item “3.6.2. Protocolo de pesquisa: cidade digital estratégica”. Como no constructo 1, aplicou-se análise descritiva dos dados obtidos na pesquisa, relacionados ao estudo de caso na cidade de Araucária/PR.

### 4.2.1 Análise da variável nome das estratégias relacionadas aos serviços públicos municipais de saúde

Para estudar as estratégias da cidade relacionadas aos serviços públicos municipais de saúde, foi analisada a disponibilidade de informações no *site* da Prefeitura de Araucária e também foi entrevistado o diretor-geral da Secretaria Municipal de Saúde de Araucária/PR.

No *site* da Prefeitura não se evidenciou a existência de planos, estratégias ou projetos relacionados à saúde. Na busca na internet foram identificadas informações disponibilizadas pelo Tribunal Superior Eleitoral, referentes ao Plano de Governo, apresentado na campanha eleitoral do então candidato e atual prefeito do município de Araucária/PR. As ações prioritárias apresentadas como propostas de governo para a área da saúde são:

- Priorizar ações de prevenção a doenças e epidemias ao cidadão;
- Valorizar o funcionário e humanizar o atendimento ao paciente;
- Agir em áreas estratégicas na saúde do município, com foco na prevenção e na qualidade de vida do cidadão araucariense;
- Criar o Cadastro Único do Usuário para agilizar os atendimentos nos postos de saúde;
- Garantir o atendimento básico de saúde a todos;
- Garantir o tratamento de doenças aos mais necessitados;
- Manter e ampliar os programas de saúde do município;
- Manter o Hospital Municipal de Araucária (HMA) e ampliar as especialidades;

- Implantar uma nova Unidade de Saúde e Pronto Atendimento;
- Manter os Centros de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento e Centros de Atenção Psicossocial (CAPs);
- Intensificar ações de tratamento odontológico e implantar serviços de prótese dentária, garantindo autoestima ao cidadão;
- Garantir o funcionamento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU);
- Manter os serviços básicos dos agentes comunitários de saúde;
- Garantir o fornecimento ordenado de medicamentos.

Na mesma proposta de governo, no item Desenvolvimento Econômico, Infraestrutura e Mobilidade Urbana, consta uma estratégia que pode contribuir positivamente para a temática da saúde: transformar Araucária numa cidade digital, com acesso gratuito à internet.

O diretor-geral da SMSA disse em uma entrevista que o governo municipal, iniciado em 1º de janeiro de 2017, priorizou as estratégias acima relacionadas para serem executadas ao longo do mandato. O diretor informou ainda que a gestão atual, para o primeiro ano de mandato, definiu também como prioridade o pagamento das dívidas com os fornecedores, herdadas da gestão anterior, além da manutenção do Hospital Municipal de Araucária.

Em relação às estratégias municipais, Rezende (2012) considera que a cidade digital estratégica é um projeto mais abrangente do que apenas oferecer internet para os cidadãos por meio de recursos convencionais de telecomunicações. Vai além de incluir digitalmente os cidadãos na rede mundial de computadores. Tem como base as estratégias da cidade para atender aos objetivos das diferentes temáticas municipais.

A aplicação do conceito de planejamento das estratégias da cidade torna-se fundamental na administração municipal, indicando caminhos e etapas que ampliem as soluções para os problemas públicos. Por sua vez, os avanços tecnológicos ampliam as possibilidades de melhorar o atendimento das necessidades e expectativas de uma sociedade que evolui rapidamente e que exige de seus governantes serviços de melhor qualidade.

#### 4.2.2 Análise da variável nome das informações para a gestão da saúde

Para analisar as informações para a gestão da saúde, foram entrevistadas as coordenadoras das UBS Costeira e Colônia Cristina, além do chefe do Departamento da Atenção Básica. Tratando-se de informações para a gestão da saúde, verificou-se que são praticamente inexistentes no município de Araucária/PR. Nas UBS localizadas na área rural, não existe acesso à internet, o que dificulta a utilização de sistemas que facilitam a gestão e a tomada de decisão. Os sistemas de informação são alimentados de duas formas: as coordenadoras levam as informações para digitar em suas respectivas residências após o expediente, ou então se deslocam até uma UBS urbana, com acesso à internet, para preencher as informações nos sistemas de gestão, relacionados no item “4.2.3. Análise da variável tipo de Tecnologia da Informação para a gestão da saúde”.

Em relação ao preenchimento das informações originadas nas UBS urbanas, estas são alimentadas nos sistemas, por meio de computadores instalados nas próprias UBS. No entanto, verificou-se a inexistência de indicadores consolidados, relacionados à eficiência, ao absenteísmo ou outras informações que possam ser facilmente acessadas e que contribuam para a tomada de ações corretivas.

Em relação à gestão do absenteísmo na Atenção Primária, verificou-se também a inexistência de tabulação da informação e de sua consolidação para subsidiar a análise crítica e tomada de decisão.

No que se refere à gestão do absenteísmo na Atenção Especializada, verificou-se que a informação está disponível no sistema GIIG, mas não é utilizada sistematicamente pelos gestores das UBS para criar estratégias para diminuir as faltas. Ainda em relação ao absenteísmo na Atenção Especializada, verificou-se também que algumas UBS afixaram cartazes na recepção das Unidades na tentativa de conscientizar a população sobre a importância do comparecimento às consultas ou o aviso antecipado para permitir que outro usuário possa ser atendido.

No que diz respeito à existência de informações quanto à fila de espera na Atenção Especializada, verificou-se que o sistema GIIG permite a visualização em tempo real da informação. Quanto à fila de espera, o sistema de informação é utilizado pela Central de Regulação, que procura otimizar a demanda por consultas com a

disponibilidade de médicos para cada especialidade. No entanto, a não emissão de um relatório mensal evidencia que essa informação não é utilizada pela gestão para buscar reduzir as filas.

Soárez, Padovan e Ciconelli (2005) consideram que os indicadores emergem como valiosas ferramentas, capazes de fornecer informações relevantes para subsidiar a tomada de decisões. Além do monitoramento do desempenho, existe a possibilidade de se utilizar indicadores como *benchmarking*, criando-se, dessa forma, estímulo para a melhoria contínua nos processos e na gestão. Na prática, os indicadores podem ser aplicados para avaliar a estrutura, os processos e os resultados dos serviços públicos. Eles funcionam como uma referência e servem para acompanhar e orientar a trajetória desses serviços.

Dessa forma, embora o município possua um sistema próprio de informações, observa-se uma utilização parcial deste e a inexistência de um procedimento relacionado à gestão que faça uso de indicadores dos serviços públicos municipais de saúde.

#### 4.2.3 Análise da variável nome das Tecnologias da Informação para a gestão da saúde

Para analisar a variável relacionada aos tipos de Tecnologia da Informação, utilizadas na gestão da saúde no município de Araucária/PR, a pesquisa procurou obter informações sobre os sistemas de informação que são alimentados com os dados requeridos pelo Ministério da Saúde, além dos sistemas utilizados internamente pela prefeitura.

O Sistema Integrado de Informações Gerenciais (GIIG) foi desenvolvido para atender às demandas dos processos da Prefeitura Municipal de Araucária/PR, incluindo os processos relacionados à gestão dos serviços públicos municipais de saúde. Os demais sistemas mencionados foram desenvolvidos e disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

Na UBS Colônia Cristina, onde não existe acesso à internet, verificou-se que a alimentação das informações nos sistemas do Ministério da Saúde e no Sistema GIIG ocorre através de digitação das informações em outra UBS que tenha acesso à internet, ou então a coordenadora efetua a digitação na sua residência, após o

expediente, utilizando seu acesso particular à internet. O diretor do Departamento de Atenção Básica informou que todas as UBS localizadas na área rural não possuem acesso à internet.

Na UBS Costeira, a alimentação de informações nos sistemas do Ministério da Saúde e no Sistema GIIG ocorrem na própria UBS, onde é possível acessar a internet.

Na entrevista, ambas as coordenadoras destacaram que os sistemas implantados não permitem o aproveitamento das mesmas informações para a alimentação em diversos sistemas. Essa característica gera retrabalhos e perda de eficiência da equipe, que precisa digitar a mesma informação diversas vezes.

Quanto às entrevistas realizadas no município de Araucária/PR, no que se refere à saúde, constata-se que as estratégias municipais, as informações e as tecnologias da informação não estão integradas, o que dificulta o trabalho da gestão municipal.

O Quadro 6 apresenta a relação de sistemas de informação do Ministério da Saúde e do próprio município, os tipos de informação e o procedimento adotado nas UBS urbanas e rurais para seu preenchimento.

Quadro 5: Sistemas de informações da saúde

Sistema	Informações / indicadores são inseridos no sistema	Procedimento de alimentação do sistema	
		Colônia Cristina	Costeira
GIIG	Cadastro dos pacientes	Digitação, por parte das coordenadoras, em suas respectivas residências ou em UBS urbanas	Registro <i>on-line</i> das informações
	Registro de produção (consultas, atendimentos e procedimentos)		
	Agendamento de consultas e exames nas especialidades		
ESUS	Cadastro dos pacientes	Dados enviados no final do mês por <i>pen drive</i> para a Secretaria Municipal de Saúde	Registro <i>on-line</i> das informações
	Registro de produção (consultas, atendimentos e procedimentos)		
	Registro de visitas domiciliares das ACS		
SISCAN	Registro de atendimento de pacientes com resultado de exame citopatológico alterado	Impressão e envio por malote para SMSA	Registro <i>on-line</i> das informações
SISMAMA	Registro de atendimento de pacientes com resultados de exames de mamografia e/ou ecografia mamária alterada	Impressão e envio por malote para SMSA	Registro <i>on-line</i> das informações

CAD WEB	Cadastro ou atualização do Cartão Nacional de Saúde	Digitação por parte das coordenadoras em suas respectivas residências ou em UBS urbanas	Registro <i>on-line</i> das informações
SIPNI	Registro das vacinas aplicadas	Dados enviados no final do mês por <i>pen drive</i> para a Secretaria Municipal de Saúde	Registro <i>on-line</i> das informações
SISLOG	Registro de resultados de testes rápidos	Dados enviados no final do mês por <i>pen drive</i> para a Secretaria Municipal de Saúde	Registro <i>on-line</i> das informações

Fonte: o autor (2017).

#### 4.3 ANÁLISE DAS RELAÇÕES DOS SERVIÇOS PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SAÚDE COM A CIDADE DIGITAL ESTRATÉGICA

As análises individuais sobre os serviços públicos municipais de saúde, através das variáveis definidas no protocolo de pesquisa, buscaram analisar informações e procedimentos sobre o absenteísmo dos usuários na Atenção Primária; informações e procedimentos sobre o absenteísmo na Atenção Especializada e informações sobre a fila de espera.

Foram também realizadas análises individuais das variáveis definidas no protocolo de pesquisa sobre os seguintes componentes da cidade digital estratégica: estratégias da cidade, informações e tecnologia da informação.

As relações entre os serviços públicos municipais de saúde e os componentes da cidade digital estratégica foram observadas no decorrer das análises do constructo 1: Serviços Públicos Municipais de Saúde e constructo 2: Cidade Digital Estratégica.

As relações entre os serviços públicos municipais de saúde e as estratégias da cidade podem ser evidenciadas por meio da presença de ações prioritárias, voltadas para a saúde no plano de governo e também nas informações obtidas nas entrevistas com o diretor-geral da Secretaria de Saúde de Araucária. Mesmo que não tenha sido evidenciado um planejamento formal os relatos demonstram que o governo municipal está se propondo a executar estratégias que melhorem a prestação dos serviços públicos de saúde.

No que se refere à relação entre os serviços públicos municipais e as informações para tomada de decisão, observou-se que o trâmite dos processos internos e os procedimentos de gestão das consultas na Atenção Primária e na Atenção Especializada são executados de forma burocrática e morosa, ocasionando perda de eficiência na prestação dos serviços públicos. As novas Tecnologias de Informação e comunicação permitem gerar um grande volume de dados que podem servir de suporte para produzir novos conhecimentos e dispositivos de processamento de novas informações. A estruturação de indicadores operacionais, táticos e estratégicos possibilita uma gestão mais efetiva dos serviços públicos prestados.

Finalmente, a relação entre os sistemas de TI e os serviços públicos municipais de saúde foi identificada por meio das análises, onde se verificou a perda de produtividade por falta de um planejamento integrado de TI aos serviços de saúde prestados. A ausência dessa integração entre recursos de TI e as demandas por informações e velocidade de atendimento tem provocado retrabalhos e insatisfação nos funcionários.

Os Princípios da Atualidade e da Eficiência, observados na CF/88, precisam ser observados em relação à necessidade de modernização da Tecnologia da Informação e Comunicação, para que os serviços públicos municipais de saúde tenham seus níveis de eficiência melhorados.

## 5 CONCLUSÃO

A utilização de Tecnologias da Informação e da Comunicação na gestão municipal possibilita a melhora dos serviços públicos e beneficia toda a sociedade. O trabalho foi desenvolvido com o intuito de compreender a relação dos serviços públicos municipais de saúde e a cidade digital estratégica.

### 5.1 RESGATE DOS OBJETIVOS DA PESQUISA

O objetivo geral da pesquisa foi analisar os serviços públicos municipais de saúde e suas relações com a cidade digital estratégica. Para tanto, foi elaborado um protocolo de pesquisa para auxiliar na obtenção de informações relevantes, imparciais e com dados suficientes para atingir seu propósito.

Para o alcance do objetivo geral do trabalho, foi necessário estabelecer e atingir as seguintes metas secundárias:

- a) Analisar a gestão do absenteísmo na Atenção Primária e na Atenção Especializada dos serviços de saúde;
- b) Analisar o impacto do absenteísmo dos usuários nas filas de espera dos serviços de saúde.

Foram descritos os fenômenos e os procedimentos de gestão relacionados ao absenteísmo dos usuários dos serviços de saúde, na Atenção Primária, na Atenção Especializada e nas filas de espera dos usuários para consultas médicas.

A saúde pública faz parte da relação de serviços prestados pela administração pública municipal. Assim sendo, a saúde pública é também temática abordada pela cidade digital estratégica, juntamente com os demais componentes: estratégias da cidade, informações para tomada de decisão e Tecnologia da Informação.

Ao se resgatarem os objetivos do trabalho, verifica-se que todos foram satisfeitos durante a elaboração da pesquisa. Os componentes da cidade digital estratégica podem contribuir para melhoria da prestação de serviços públicos de qualquer temática, incluindo os de saúde.

## 5.2 RESULTADOS AUFERIDOS

A utilização de Tecnologias da Informação pelos gestores municipais permite melhorias na prestação de serviços públicos municipais e beneficia toda a sociedade. Os resultados auferidos apontam indubitavelmente para a necessidade de integração entre os componentes da cidade digital estratégica. Os benefícios decorrentes da integração entre serviços públicos municipais de saúde e os demais componentes da cidade digital estratégica são inegáveis. A integração pode auxiliar os gestores públicos a aumentar a efetividade do serviço prestado, ou seja, integrar os esforços da busca da eficiência com a eficácia pretendida.

A pesquisa apresentou, entre seus resultados, a importância que deve ser atribuída ao conjunto de informações e infraestrutura de TI nas estratégias do município. Sem essa priorização, os serviços públicos, inclusive os de saúde, podem não atender às exigências legais e às demandas da sociedade.

## 5.3 CONTRIBUIÇÕES DA PESQUISA

Os problemas relacionados à prestação eficiente de serviços públicos municipais de saúde fazem parte das preocupações dos cidadãos e da administração municipal. A presente pesquisa contribui para a melhoria da qualidade de vida da sociedade, para a gestão municipal e para a academia, conforme relatado a seguir.

As contribuições para a gestão municipal referem-se aos resultados auferidos com a pesquisa, com possibilidade de melhoria contínua nos serviços públicos municipais. A oferta de consultas médicas na Atenção Primária e na Atenção Especializada demonstra a intenção da administração municipal em atender às necessidades da população. No entanto, a pesquisa também contribuiu para evidenciar a necessidade de traduzir os pressupostos contidos nos princípios constitucionais de atualidade e eficiência em práticas de gestão. Isso pode ser melhorado através da gestão de indicadores como: índice de absenteísmo, número de usuários em fila de espera e tempo de espera para consultas médicas. Esses indicadores podem auxiliar a administração municipal no atendimento das necessidades da população.

Aos funcionários públicos, oportuniza-se a reflexão sobre a importância de a gestão utilizar determinados indicadores e outras práticas para otimização da prestação dos serviços públicos.

Em relação a outras prefeituras, a pesquisa pode tornar-se uma fonte de consulta, que possibilita comparar resultados de indicadores e, a partir dessas comparações e avaliações, implementar melhorias em seus processos.

Em relação à academia, a contribuição concentra-se na fundamentação teórica, que trata dos conceitos ainda em construção dos temas: serviços públicos municipais de saúde e cidade digital estratégica. A presente pesquisa amplia os estudos realizados sobre os indicadores de excelência nos serviços públicos municipais de saúde e, ainda, pode configurar-se como ponto de partida para novos trabalhos que tenham a finalidade de superar as limitações deste estudo.

#### 5.4 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Esta pesquisa apresenta algumas limitações no que se refere aos procedimentos metodológicos utilizados, que se constituiu de estudo de caso único, realizado no município de Araucária, Estado do Paraná. Dessa forma, os resultados obtidos não podem ser generalizados ou comparados com a situação de outros municípios do Brasil.

No que se refere à abrangência da pesquisa, também denominada amostra, foram analisadas informações e procedimentos de duas unidades básicas de saúde, o que pode não representar a realidade das demais unidades existentes no município.

Em relação à unidade de observação utilizada na coleta de dados, a limitação deve-se ao fato de a pesquisa concentrar-se nas coordenadoras das duas unidades básicas de saúde pesquisadas e seus superiores hierárquicos, não englobando a percepção da população, ou ainda a percepção de outros atores, como gestores da saúde de outros municípios.

#### 5.5 TRABALHOS FUTUROS

Após a apresentação das contribuições e limitações da pesquisa, propõem-se aqui desdobramentos para trabalhos futuros. Sugere-se a incorporação, ao protocolo

de pesquisa, de outros constructos e variáveis relacionadas ao tema, como forma de investigar e analisar com maior amplitude o mesmo assunto.

Podem-se incluir outros tipos de absenteísmo, tais como: absenteísmo nos exames clínicos e de imagem, que também fazem parte da gestão da efetividade nos serviços públicos municipais de saúde. Também se pode ampliar o debate sobre os temas: transparência, prestação de contas para os Conselhos Municipais de Saúde e integração dos planejamentos municipais.

Pode-se ainda ampliar a pesquisa a outras cidades, permitindo análises comparativas, respeitando as especificidades locais que podem enriquecer o debate e a incorporação de melhorias.

Esses possíveis desdobramentos, bem como outros que possam surgir, podem agregar importantes benefícios para a sociedade e para a comunidade científica, oferecendo diferentes abordagens que possibilitem melhorias na prestação dos serviços públicos municipais de saúde.

## REFERÊNCIAS

- AKUTSU, L. Sociedade da Informação, Accountability e Democracia Delegativa: investigação em portais de governo no Brasil. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, p. 723-745, set/out, 2002.
- ALDAY, H. E. C. O Planejamento Estratégico dentro do Conceito de Administração Estratégica. **Revista FAE**. Curitiba: v. 3, n. 2, p. 9-16, mai/ago, 2000.
- ANSOFF, H. I. **The New Corporate Strategy**. New York: John Wiley & Sons, 1988.
- ARAGÃO, A. S. O Conceito de Serviços Públicos no Direito Constitucional Brasileiro. **Revista Eletrônica de Direito Administrativo Econômico**. Salvador: IBDP-Instituto Brasileiro de Direito Público, n. 17, p. 10, fev/mar/abr, 2009. Disponível em: <<http://www.direitodoestado.com/revista/redae-17-fevereiro-2009-alexandre%20aragao.pdf>>. Acesso em: 5 mar 2017.
- ARAÚJO, F. J. A República e as Tensões no Federalismo: o municipalismo pós-1988. **Revista da Faculdade de Direito – JURIS FURG**. Rio Grande: v. 22, p. 91-109, 2014.
- BAHIENSE, G. C. **Alinhamento Estratégico de Tecnologia da Informação no Setor Público: Oferta de Serviços Eletrônicos em Secretarias de Fazenda no Brasil**. Tese (Doutorado em Administração) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo. São Paulo: Fundação Getulio Vargas, 2002.
- BENDER, A. S.; MOLINA, L. R.; MELLO, A. L. S. F. Absenteísmo na Atenção Secundária e suas Implicações na Atenção Básica. **Espaço para a Saúde - Revista de Saúde Pública do Paraná**. Londrina: v. 11, n. 2, p. 56-65, jun, 2010. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/%20article/view/10106/pdf>> Acesso em: 29 jan 2018.
- BERNARDONI, D. L.; CRUZ, J. A. W. **Planejamento e Orçamento na Administração Pública**. 2 ed. Curitiba: IBPEX, 2010.
- BITENCOURT NETO, E. **Devido Procedimento Equitativo e Vinculação de Serviços Públicos Delegados no Brasil**. Belo Horizonte: Fórum, 2009.
- BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, DF, out 1988, Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 20 jan 2018.
- BRASIL. **Lei Ordinária nº 8.987**, de 13 de fevereiro de 1995. Dispõe sobre o regime de concessão e permissão da prestação de serviços públicos previsto no art. 175 da Constituição Federal e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial de União, fev/1995.

BRASIL. **Lei complementar nº 141**, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do Art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, jan/2012.

BRASIL, Portal. **71% dos Brasileiros Têm os Serviços Públicos de Saúde como Referência**. Brasília: jun, 2015. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2015/06/71-dos-brasileiros-tem-os-servicos-publicos-de-saude-como-referencia>>. Acesso em: 20 jan 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde (MIS). **Portaria nº 2.135**, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135\\_25\\_09\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html). Acesso em: 29 jan 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde (MIS). **Plano Nacional de Saúde: PNS 2016-2019**. Brasília: 2016. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2016/docs/planonacionaisaude\\_2016\\_2019.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2016/docs/planonacionaisaude_2016_2019.pdf)>. Acesso em: 20 jan 2018.

BRASIL, Presidência da República do. **Relatório Nacional Voluntário sobre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Brasília: 2017. Disponível em: <[https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/15801Brazil\\_Portuguese.pdf](https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/15801Brazil_Portuguese.pdf)>. Acesso em: 29 jan 2018.

CAMBI, E.; SOUZA, F. M. A Disponibilidade do Interesse Público no Novo Código de Processo Civil e o Princípio da Eficiência na Administração. **Revista da AJURIS**. Porto Alegre: v. 44, n. 142, jun, 2017.

CANÇADO, M. L. F. L. X.; SANTO, L. M. E. Serviço Público. In: MOTTA, C.P.C. (Org.). **Curso Prático de Direito Administrativo**. 2 ed. Belo Horizonte: Editora Del Rey, p. 139-202, 2004.

CARVALHO FILHO, J. S. Manual de Direito Administrativo. 28 ed. **Revista, Ampliada e Atualizada**. São Paulo: Atlas, 2015.

CARVALHO, M. S. A Saúde como Direito Social Fundamental na Constituição Federal de 1988. **Revista de Direito Sanitário**. São Paulo: v. 4, n. 2, p. 15-31, jul, 2003. Disponível em: <<http://www.periodicos.usp.br/rdisan/article/view/81181>>. Acesso em: 8 set 2017.

CASTELLS, M.; CARDOSO, G. (org). **A Sociedade em Rede: do conhecimento à Ação Política**. 6 ed. São Paulo: Paz e Terra, v. 1, 2002.

CASTOR, B. V. J. **O Brasil Não é para Amadores: estado, governo e burocracia na terra do jeitinho**. Curitiba: EBEL – IBQP/PR, 2000.

CENTRO DE ESTUDOS SOBRE AS TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO E DA COMUNICAÇÃO (CETIC). TIC – Governo Eletrônico 2015: pesquisa sobre o uso das

Tecnologias de Informação e Comunicação no setor público brasileiro. **Pesquisa TIC Governo Eletrônico**. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2016.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Crise no SUS**: Brasil tem mais de 900 mil cirurgias eletivas represadas. Brasília: dez, 2017. Disponível em: <[http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=27314:crise-no-sus-brasil-tem-mais-de-900-mil-cirurgias-eletivas-represadas&catid=3](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27314:crise-no-sus-brasil-tem-mais-de-900-mil-cirurgias-eletivas-represadas&catid=3)>. Acesso em: 20 jan 2018.

CHIAVENATO, I. **Recursos Humanos**: o capital humano das organizações. 9 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

CORDEIRO, J. V. B. M. Reflexões sobre a Avaliação Empresarial na Era da Informação: uma comparação entre gestão do capital intelectual e o balanced scorecard. **Revista da FAE**. Curitiba: v. 5, n. 2, p. 61-76, mai/ago, 2002.

COUTINHO, M. J. V. **Administração Pública Voltada para o Cidadão**: quadro teórico-conceitual. *Revista do Serviço Público*. Brasília: 51(3), 40-73, jul/set, 2000.

CRUZ, F. C.; FERREIRA, A. C. S.; SILVA, L. M.; MACEDO, M. A. S. Transparência da Gestão Pública Municipal: um estudo a partir dos portais eletrônicos dos maiores municípios brasileiros. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro: FGV, v. 46, n. 1, p. 153-176, jan/fev, 2012.

CUNHA, R. A. B. **Serviços Públicos Essenciais**: o princípio da continuidade e o inadimplemento do consumidor. Porto Alegre: SAFE, p. 34, 2004.

CUNHA, M. A. V. C.; MIRANDA, P. R. M. O Uso de TIC pelos Governos: uma proposta de agenda de pesquisa a partir da produção acadêmica e da prática nacional. **Revista Organizações & Sociedade**. Bahia: v. 20, n. 66, p. 543-566, 2013.

CUNHA, M. A. V. C.; COELHO, T. R.; SILVA, T. A. B.; CANTONI, S. L.; TEIXEIRA, M. A. C. Transparência Governamental na Federação Brasileira: resultados heterogêneos motivados por diferentes capacidades de TI. *In: Pesquisa TIC Governo Eletrônico*. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2016.

DALMONECH, L. F.; TEIXEIRA, A.; SANT'ANNA, J. M. B. O Impacto da Lei de Responsabilidade Fiscal nº 101/2000 nas finanças dos estados brasileiros. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro: FGV, v. 45, n. 4, p. 1173-1196, jul/ago, 2011.

DINIZ, E. H. **Correspondentes Bancários e Microcrédito no Brasil**: tecnologia bancária e ampliação dos serviços financeiros para a população de baixa renda. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro: FGV EAESP, abr, 2010. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/13365>>. Acesso em: 29 jan 2018.

DI PIETRO, M. S. Z. 500 Anos de Direito Administrativo Brasileiro. **Revista Diálogo Jurídico**. Salvador: n. 10, jan, 2002.

DI PIETRO, M. S. Z. **Direito Administrativo**. 28 ed. São Paulo: Atlas, 2015.

ESPÍNDOLA, M. Segurança em Comércio Eletrônico. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação e Especialização em Gerência de Projetos de Tecnologia da Informação) – Universidade do Sul de Santa Catarina. Florianópolis: RIUNI, 2017.

FERNANDES, C. S.; CARNIELLO, M. F. Análise estrutural do município de Mineiros/GO para implantação da Cidade Digital. R. Tecnol. Soc., Curitiba, v. 13, n. 28, p. 132-151, mai./jun. 2017. <https://revistas.utfpr.edu.br/rts/article/view/5180/3639>. Acesso em: 10 fev 2018.

FERNANDES, J. C.; CORDEIRO, B. C. O Gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde no Olhar dos Enfermeiros Gerentes. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**. Recife: v. 12, n. 1, p. 194-202, jan, 2018. Disponível em:< <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23311/25979>>. Acesso em: 29 jan 2018

FIGUEIREDO, L. V. **Curso de Direito Administrativo**. 7 ed. São Paulo: Malheiros, 2006.

FRANÇA, P. G. **O Controle da Administração Pública**: discricionariedade, tutela jurisdicional, regulação econômica e desenvolvimento. 3 ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2011.

GABARDO, E. **Princípio Constitucional da Eficiência Administrativa**. São Paulo: Dialética, 2002.

GASPARINI, D. **Direito Administrativo**. 2 ed. São Paulo: Saraiva, 1992.

GASPARINI, D. Aspectos Jurídicos do Plano Diretor. **Revista do Curso de Direito**. São Paulo: Universidade Metodista de São Paulo, v. 1, n. 1, 2004.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIL-GARCIA, J. R.; LANZA, B. B. B. **Governo Digital no Brasil, no México e nos Estados Unidos**: esforços iniciais e o status atual. Pesquisa sobre o uso das Tecnologias de Informação e Comunicação no setor público brasileiro, São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil-CGI, p. 45-53, 2016.

GUERREIRO, E. P. **Cidade Digital**: infoinclusão social e tecnologia em rede. São Paulo: Senac, 2006

HENRIQUE, J. L. **Satisfação do Usuário com as Tecnologias da Informação nos Serviços Bancários**. Dissertação (Mestre em Administração em Sistemas de Informação e Apoio à Decisão) – Programa de Pós-Graduação em Administração da Escola de Administração. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), 2001.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Divulga as Estimativas Populacionais dos Municípios para 2017**. Estatísticas Sociais: 2017. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2013-agencia-de-noticias/releases/16131-ibge-divulga-as-estimativas-populacionais-dos-municipios-para-2017.html>>. Acesso em: 20 jan 2018.

KOTLER, P.; KELLER, K. L. **Administração de Marketing**. 14 ed. São Paulo: Pearson, 2012.

LAUDON, K.; LAUDON, J. P. **Sistemas de Informações com Internet**. 4 ed. Rio de Janeiro: LTC – Livros Técnicos e Científicos Editora S.A., 1999.

LEITE, L. O.; REZENDE, D. A. Realizando a Gestão de Relacionamentos com os Cidadãos: proposição e avaliação de um modelo baseado no *Citizen Relationship Management*. **Revista Brasileira de Gestão Urbana**. Curitiba: v. 2, n. 2, p. 247-258, jul/dez, 2010.

LEMONS, A. **Cidade Digital: portais, inclusão e redes no Brasil**. Salvador. EDUFBA, 2007.

MARRAS, J. P. **Administração de Recursos Humanos: do operacional ao estratégico**. 15 ed. São Paulo: Saraiva, 2016.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MECHLING, J. Information age governance: just the start of something big? In: E. C. Kamarck; J. S. Nye Jr. (Org.). **Governance.com: democracy in the information age**. Washington D.C.: Brookings Institution Press, p. 141-160, 2002.

MEDEIROS, P. H. R. **Governo eletrônico no Brasil: aspectos institucionais e reflexos na governança**. Dissertação (Mestrado em Administração) — Universidade de Brasília (UnB), Brasília, 2004. Disponível em <<http://www.repositorio.unb.br/handle/10482/1544>>. Acesso em: 10 fev 2018.

MEIRELLES, H. L. **Direito Administrativo Brasileiro**. 39 ed. São Paulo: Malheiros, 2013.

MINTZBERG, H.; LAMPEL, J.; QUINN, J. B.; GHOSHAL, S. **O Processo da Estratégia: conceitos, contextos e casos selecionados**. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MINTZBERG, H. **Managing: desvendando o dia a dia da gestão**. Porto Alegre: Bookman, 2014.

MIOTTO, M. H. M. B.; SANTOS, L. R.; FARIAS, C. M. L. Absenteísmo de Usuários às Consultas Odontológicas em uma Unidade de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**. Vitória: v. 17, n. 4, p. 121-128, out/dez, 2016. Disponível em:

<<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/14339/10083%3E>>. Acesso em: 29 jan 2018.

MODESTO, P. Notas para um Debate sobre o Princípio da Eficiência. **Revista do Serviço Público**. 2 ed. Bahia: a. 51, 2000. Disponível em: <<https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/328/334/>>. Acesso em: 7 jun 2017.

MORAES, A. **Direito Constitucional**. 23 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MORALES, C. A. Nem Privado, nem Estatal: em busca de uma nova estratégia para a provisão de serviços públicos. **Revista do Serviço Público**. Bahia: a. 49, n. 4, p. 115-147, out/dez, 1998. Disponível na Internet: <<https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/402/409/>>. Acesso em: 8 jun 2017.

MOURA, E. S. O Direito à Saúde na Constituição Federal de 1988. **Revista Âmbito Jurídico**. Rio Grande: v. 16, n. 114, jul, 2013. Disponível em: <[http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=13440](http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13440)>. Acesso em: 21 fev 2018.

NUNES, C. J.; FRANÇA, R. A.; REIS, C. P. Rotatividade e Absenteísmo nas Indústrias de Pequeno e Médio Porte de São Sebastião do Paraíso, Estado de Minas Gerais. **Revista de Iniciação Científica**. São Sebastião do Paraíso: v. 3, n. 2, p. 21-41, dez, 2013.

OLESKOVICZ, M.; OLIVA, F. L.; GRISI, C. C. H.; LIMA, A. C.; CUSTÓDIO, I. Técnica de Overbooking no Atendimento Público Ambulatorial em uma Unidade do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: v. 30, n. 5, p. 1009-1017, 2014.

OLIVEIRA, K. P.; PAULA, A. P. P. Herbert Simon e os Limites do Critério de Eficiência na Nova Administração Pública. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**. São Paulo: v. 19, n. 64, jan/jun, 2014.

ONU, ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU – BRASIL). **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/>>. Acesso em: 20 jun 2017.

ONU, ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU – BRASIL). **Transformando Nosso Mundo: a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável**. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Traduzido pelo Centro de Informações das Nações Unidas para o Brasil (UNIC Rio): out, 2015. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>>. Acesso em: 29 jan 2018.

ONU, ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. United Nations E-Government survey 2014: **e-government for the future we want**. Nova York: 2014. Disponível em

<[https://publicadministration.un.org/egovkb/Portals/egovkb/Documents/un/2014-Survey/E-Gov\\_Complete\\_Survey-2014.pdf](https://publicadministration.un.org/egovkb/Portals/egovkb/Documents/un/2014-Survey/E-Gov_Complete_Survey-2014.pdf)>. Acesso em: 23 mar 2017.

PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: v. 29, n. 10, p. 1927-1936, 2013.

PINTO, A. G. G. Os Princípios mais Relevantes do Direito Administrativo. **Revista da EMERJ**. Rio de Janeiro: v. 11, n. 42, 2008.

POSSAMAI, A. J. **Instituições e Desempenho do Governo Digital: Argentina, Brasil, Chile, Colômbia e Uruguai em perspectiva comparada**. 2010. Monografia de conclusão de curso (Bacharelado em Relações Internacionais). Faculdade de Ciências Econômicas. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

RABELO, F. L. O DASP e o Combate à Ineficiência nos Serviços Públicos: a atuação de uma elite técnica na formação do funcionalismo público no Estado Novo (1937-1945). **Revista Brasileira de História e Ciências Sociais RBHCS**. São Leopoldo: v. 3, n. 6, dez, 2011.

RECH, A. F. **Serviços Públicos na Internet: no interesse maior do Estado ou do cidadão? Estudo de caso dos serviços ao cidadão de Curitiba**. Dissertação (Doutorado em Engenharia da Produção). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2004.

REZENDE, D. A. **Planejamento de Informações Públicas Municipais: guia para planejar sistemas de informação, informática e governo eletrônico nas prefeituras e cidades**. São Paulo: Atlas, 2005.

REZENDE, D. A. **Planejamento de Estratégias e Informações Municipais para Cidade Digital: guia para projetos em prefeituras e organizações públicas**. São Paulo: Atlas, 2012.

REZENDE, D. A.; ABREU, A. F. **Tecnologia da Informação Aplicada a Sistemas de Informação Empresariais: o papel estratégico da informação e dos sistemas de informação nas empresas**. 9 ed. São Paulo: Atlas, 2013.

REZENDE, D. A.; CASTOR, B. V. J. **Planejamento Estratégico Municipal: empreendedorismo participativo nas cidades, prefeituras e organizações públicas**. 2 ed. Rio de Janeiro: Brasport, 2006.

REZENDE, D. A.; MADEIRA, G. S. Projeto de Informações de Saúde na Cidade Digital Estratégica: caso de Vinhedo, SP. **Revista Saúde & Transformação Social**. Florianópolis, v. 8, n. 2, mai/ago, p.47-59, 2017. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao>>. Acesso em: 11 set 2017.

ROBBINS, S. P. **Comportamento Organizacional**. 9 ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

SANTOS, A.; SERRANO, M. M.; NETO, P. Análise da Eficácia, Eficiência e Valor Acrescentado de Políticas Públicas Place-Based: uma aplicação a territórios rurais. **Revista de Economia e Sociologia Rural**. Brasília: v. 53, supl. 1, p. 33-48, mar, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1234-56781806-94790053s01003>>. Acesso em: 29 jan 2018.

SANTOS, J. S. **Absenteísmo dos Usuários em Consultas e Procedimentos Especializados Agendados no SUS**: um estudo em um município baiano. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva. Vitória da Conquista: Universidade Federal da Bahia, 2008.

SANTOS, I. S. A solução para o SUS não é o *Brazilcare*. **Rev. Eletron. Comun. Inf. Inov. Saúde (RECIIS)**. Rio de Janeiro: v. 10, n. 3, p. 1, jul/set, 2016.

SARMENTO JUNIOR, K. M. A.; TOMITA, S.; KOS, A. O. A. O Problema da Fila de Espera para Cirurgias Otorrinolaringológicas em Serviços Públicos. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**. São Paulo: v. 71, n. 3, p. 256-62, mai/jun, 2005. Disponível em:< <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-72992005000300001>>. Acesso em: 10 set 2017

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação**. 4 ed. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2005.

SILVA, L. M. **Contabilidade Governamental**: um enfoque administrativo. 8 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

SILVA, M. T. C. A. (Ciber) Geografia das Cidades Digitais. **Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales**. Barcelona: Universidad de Barcelona, v. 8, n. 170, 2004. Disponível em: <<http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-170-36.htm>>. Acesso em: 10 set 2017.

SOÁREZ, P. C.; PADOVAN, J. L.; CICONELLI, R. M. Indicadores de Saúde no Brasil: um processo em construção. **Rev. Adm. Saúde**. Juiz de Fora: v. 7, n. 27, p. 57-64, abr/jun, 2005.

SOUZA, L. D. F.; LIMA, J. P. K. Princípio da Eficiência como Fundamento para a Política Pública e a Efetividade do Direito à Saúde. **Revista Em Tempo**. Marília: UNIVEM, v. 13, p. 252-266, dez, 2014. Disponível em: <<http://revista.univem.edu.br/emtempo/article/view/461>>. Acesso em: 29 jan 2018.

SOUZA, N. V. D. O.; MAURICIO, V. C.; MARQUES, L. G.; MELLO, C. V.; LEITE, G. F. P. Determinantes para Suspensões Cirúrgicas em um Hospital Universitário. **Revista Mineira de Enfermagem**. Belo Horizonte: v. 14, n. 1, p. 82-87, jan/mar, 2010. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/91>>. Acesso em: 29 jan 2018.

TAMAKI, E. M.; TANAKA, O. Y.; FELISBERTO, E. et al. Metodologia de Construção de um Painel de Indicadores para o Monitoramento e a Avaliação da Gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: v. 17, n. 4, p. 839-849, APR, 2012.

TRINDADE, K. M. C. **Fisioterapia em uma Unidade Básica de Saúde: estudo da demanda espontânea.** Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Ciências da Reabilitação. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2012.

VIACAVA, F.; UGA, M. A. D.; PORTO, S. M.; et al. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro: Arca, v. 17, n. 4, abr, 2012. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/6467>>. Acesso em 29 jan 2018.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. **Os Impactos do Novo Regime Fiscal para o Financiamento do Sistema Único de Saúde e para a Efetivação do Direito à Saúde no Brasil.** IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: set, 2016. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota\\_tecnica/160920\\_nt\\_28\\_disoc.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160920_nt_28_disoc.pdf)>. Acesso em: 29 jan 2018.

WEBER, M. H. **Na Comunicação Pública, a Captura do Voto.** LOGOS 27: Mídia e Democracia. Rio de Janeiro, a. 14, p. 21-42, 2º semestre, 2007.

WU, V. **Gabinete Digital: análise de uma experiência.** Organizado por Giuseppe Cocco. Porto Alegre: Companhia Rio-Grandense de Artes Gráficas, 2013.

YIN, R. **Estudo de Caso: planejamento e métodos.** 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZUGMAN, F. **Governo Eletrônico: saiba tudo sobre essa revolução.** 1 ed. São Paulo: Livro Pronto, 2006.