

ANEXO A



COMISSÃO EUROPEIA

Projectos de demonstração @LIS

Rubrica orçamental B7-311

Nome do candidato: G.V.C. (Gruppo Volontariato Civile)

Designação do projecto: Health Care Network

Processo nº	
------------------------	--

(para uso exclusivo da Comissão)

ANEXO A - FORMULÁRIO DE PEDIDO DE SUBVENÇÃO

Designação do projecto:
Health Care Network

1. CANDIDATO¹

1.1 Identidade

Nome legal completo (firma):	Gruppo Volontariato Civile
Sigla (se for caso disso):	G.V.C.
Estatuto jurídico:	ONG – ONLUS
Nº de registo para efeitos do IVA (se for caso disso)	
Endereço oficial:	Via dell'Osservanza 35/2
Localidade:	40136 Bologna
País:	Italia
Pessoa de contacto:	Tarcisio Arrighini
Telefone:	+39 051 585604
Fax:	+39 051 582225
Endereço electrónico:	gvcitalia@libero.it

1.2 Dados bancários

(O banco deve estar estabelecido no país onde está registado o candidato)

Titular da conta:	G.V.C.
Conta bancária nº	101324
Código bancário	05018/12100
Código SWIFT	CCRT IT 2T 84A
Nome do banco	BANCA POPOLARE ETICA
Endereço do banco	Piazzetta Forzaté 2 – 35137 Padova - Italia
Nome dos signatários:	Qualidade dos signatários:
Luigi Seghezzo	Diretor dos Programas
Tarcisio Arrighini	Diretor dos Programas
Patrizia Santillo	Presidente e Representante Legal

¹ Se a proposta for seleccionada, o candidato será o signatário do contrato e, por conseguinte, o coordenador financeiro do projecto. O candidato deve ser uma entidade estabelecida num Estado-Membro da União Europeia.

1.3 Capacidade de gestão e de execução dos projectos

Descrição pormenorizada dos projectos no domínio da sociedade da informação executados pelo consórcio geridos (ou coordenados) pelo candidato nos últimos cinco anos (máximo 1 página por projecto):

Designação do projeto	Organização do serviço de agendamento de prestações sanitárias, socio-sanitarias e assistenciais com guinches telematicos e telefónicos.
Localização geográfica dos parceiros e/ou dos grupos-alvo:	Cidade de Bolonha
Fontes de financiamento:	Publica
Orçamento:	20.750.000,00 Euro cerca x 5 anos
Principais realizações:	Conforme anexo 'breve descrição e tipologia das ações'
Função (chefe de projecto, parceiro), grau de participação na execução do projecto (indicar participação em %):	Cup 2000 Bolonha Região Emilia Romanha

Designação do projeto	Compensação das mobilidades sanitárias
Localização geográfica dos parceiros e/ou dos grupos-alvo:	Cidade de Bolonha
Fontes de financiamento:	Publicas
Orçamento:	5.000.000,00 Euro x 4 anos
Principais realizações:	Conforme anexo 'breve descrição e tipologia das ações'
Função (chefe de projecto, parceiro), grau de participação na execução do projecto (indicar participação em %):	Cup 2000 Bolonha Região Emilia Romanha

Designação do projeto	Serviço de agendamento (marcação de consultas) telefónica
Localização geográfica dos parceiros e/ou dos grupos-alvo:	Cidade de Bolonha
Fontes de financiamento:	Publicas
Orçamento:	6.000.000,00 Euro x 5 anos
Principais realizações:	Conforme anexo 'breve descrição e tipologia das ações'

Função (chefe de projecto, parceiro), grau de participação na execução do projecto (indicar participação em %):	Cup 2000 Bolonha Regiao Emilia Romagna
---	--

Designação do projeto	Extensão gestão organização fornecimento do serviço de agendamento de prestações sanitárias na área Metropolitana de Bolonha
Localização geográfica dos parceiros e/ou dos grupos-alvo:	Area metropolitana de Bolonha
Fontes de financiamento:	publicas
Orçamento:	1.250.000,00 Euro x 4 anos
Principais realizações:	Conforme anexo 'breve descrição e tipologia das ações'
Função (chefe de projecto, parceiro), grau de participação na execução do projecto (indicar participação em %):	Cup 2000 Bolonha Região Emilia Romanha

Designação do projeto	Serviço de agendamento CUPAM
Localização geográfica dos parceiros e/ou dos grupos-alvo:	Cidade de Genova Italia
Fontes de financiamento:	publicas
Orçamento:	4.500.000,00 Euro por 5 anos
Principais realizações:	Conforme anexo 'breve descrição e tipologia das ações'
Função (chefe de projeto, parceiro), grau de participação na execução do projecto (indicar participação em %):	Cup 2000 Bologna Região Emilia Romanha

Designação do projeto	Projeto ICT Information Communication technology
Localização geográfica dos parceiros e/ou dos grupos-alvo:	S.Martino de Genova Italia
Fontes de financiamento:	publica
Orçamento:	210.000,00 Euro x 2 meses
Principais realizações:	Conforme anexo 'breve descrição e tipologia das ações'
Função (chefe de projecto, parceiro), grau de participação na execução do projecto (indicar participação em %):	Cup 2000 Bologna Região Emilia Romanha

Designação do projeto	Sub-projeto SIACOP (sistema para o acesso coordenado às prestações sanitárias)
Localização geográfica dos parceiros e/ou dos grupos-alvo:	Cidade de Genova Italia
Fontes de financiamento:	publicas
Orçamento:	971.000,00 Euro por 4 meses
Principais realizações:	
Função (chefe de projeto, parceiro), grau de participação na execução do projecto (indicar participação em %):	

Designação do projeto	Realização e gestão de um Call Center metropolitano para o serviço de prenotação das prestações sanitárias
Localização geográfica dos parceiros e/ou dos grupos-alvo:	Área metropolitana de Bolonha Italia
Fontes de financiamento:	publicas
Orçamento:	1.300.000,00 Euro por 3 anos
Principais realizações:	Conforme anexo 'breve descrição e tipologia das ações'
Função (chefe de projecto, parceiro), grau de participação na execução do projecto (indicar participação em %):	Cup 2000 Bologna Região Emilia Romanha

Designação do projeto	Projecção executiva e fase inicial experimental do sistema CUP Metropolitano de Florença
Localização geográfica dos parceiros e/ou dos grupos-alvo:	Área metropolitana de Florença Italia
Fontes de financiamento:	publicas
Orçamento:	1.650.000,00 Euro por 6 meses
Principais realizações:	Conforme anexo 'breve descrição e tipologia das ações'
Função (chefe de projecto, parceiro), grau de participação na execução do projecto (indicar participação em %):	Cup 2000 Bolonha Região Emilia Romanha

Designação do projeto	Serviço de Call Center para o agendamento das prestações ambulatorias
-----------------------	---

Localização geográfica dos parceiros e/ou dos grupos-alvo:	Cidade dei Florença
Fontes de financiamento:	publicas
Orçamento:	199.000,00 Euro por 5 meses
Principais realizações:	Conforme anexo 'breve descrição e tipologia das ações'
Função (chefe de projeto, parceiro), grau de participação na execução do projecto (indicar participação em %):	Cup 2000 Bolonha Regiao Emilia Romanha

Designação do projeto	Serviço de agendamento CUP de Milao
Localização geográfica dos parceiros e/ou dos grupos-alvo:	Cidade de Milao Italia
Fontes de financiamento:	publicas
Orçamento:	430.000,00 Euro x 3 anos
Principais realizações:	Conforme anexo 'breve descrição e tipologia das ações'
Função (chefe de projecto, parceiro), grau de participação na execução do projecto (indicar participação em %):	Cup 2000 Bolonha Região Emilia Romanha

Designação do projeto	Serviço de arquivamento electrónico das cartolas clinicas
Localização geográfica dos parceiros e/ou dos grupos-alvo:	Cidade de Bolonha
Fontes de financiamento:	Publicas
Orçamento:	750.000,00 Euro por 1 ano
Principais realizações:	Conforme anexo 'breve descrição e tipologia das ações'
Função (chefe de projecto, parceiro), grau de participação na execução do projecto (indicar participação em %):	Cup 2000 Bolonha Regiao Emilia Romanha

Designação do projeto	Serviço de Call Center
Localização geográfica dos parceiros e/ou dos grupos-alvo:	Cidade de Bolonha Itália
Fontes de financiamento:	Publicas

Orçamento:	750.000,00 Euro por 3 anos
Principais realizações:	Conforme anexo 'breve descrição e tipologia das ações'
Função (chefe de projecto, parceiro), grau de participação na execução do projecto (indicar participação em %):	Cup 2000 Bolonha Região Emilia Romanha

Designação do projeto	CUA ou CUMC em rede
Localização geográfica dos parceiros e/ou dos grupos-alvo:	Cidade de Palermo Itália
Fontes de financiamento:	Publicas
Orçamento:	350.000,00 Euro por 12 meses
Principais realizações:	Conforme anexo 'breve descrição e tipologia das ações'
Função (chefe de projecto, parceiro), grau de participação na execução do projecto (indicar participação em %):	Cup 2000 Bolonha Região Emilia Romanha

Designação do projeto	
Localização geográfica dos parceiros e/ou dos grupos-alvo:	
Fontes de financiamento:	
Orçamento:	
Principais realizações:	Conforme anexo 'breve descrição e tipologia das ações'
Função (chefe de projecto, parceiro), grau de participação na execução do projecto (indicar participação em %):	Cup 2000 Bolonha Região Emilia Ro manha

Designação do projeto	MUITOS OUTROS PROJETOS nas cidades de Imola, Napoli, Benevento,Pavia, Urbino,Pesaro, Cagliari, Roma, Mantova.
Localização geográfica dos parceiros e/ou dos grupos-alvo:	varias
Fontes de financiamento:	Publicas
Orçamento:	Importem vários
Principais realizações:	Conforme anexo 'breve descrição e tipologia das ações'

Função (chefe de projecto, parceiro), grau de participação na execução do projecto (indicar participação em %):	Cup 2000 Bolonha Região Emilia Romanha
---	--

Designação do projeto	Implantação do programa permanente de Informação e Capacitação para emprego das tecnologias de Informação e comunicação
Localização geográfica dos parceiros e/ou dos grupos-alvo:	Prefeitura de Belo Horizonte
Fontes de financiamento:	Publicas
Orçamento:	
Principais realizações:	Conforme anexo 'breve descrição e tipologia das ações'
Função (chefe de projecto, parceiro), grau de participação na execução do projecto (indicar participação em %):	Prodabel

1.4 Recursos

Descrição pormenorizada dos diversos recursos de que o candidato dispõe (máximo 3 páginas), nomeadamente:

- O rendimento anual auferido nos três últimos anos, indicando para cada ano as principais fontes de financiamento e a parte do rendimento anual que corresponde a essas contribuições

<u>Ano</u> <u>(pelos três últimos anos)</u>	<u>Montante total</u> <u>dos fundos (em EURO)</u>	
	Fundos públicos	Fundos privados
1999	8.042.010	499.020
2000	7.192.605	1.488.531
2001	9.516.219	1.328.994

<u>Tipo de actividade</u>	<u>Importância total dos fundos destinados em 2001</u>
Projeto de desenvolvimento nos PVS	2.276.534
Ações de sensibilização e de educação ao desenvolvimento	154.161
Segurança alimentar	Segurança alimentar
Emergência	5.903.620
Envio de voluntários	/
Reabilitação/refugiados	787.271
Fundos privados	1.328.994

O número de trabalhadores temporários ou permanentes, por categoria

Na sede da ONG:

	Total	A tempo pleno	A tempo parcial
Remunerados	20	14	6
Voluntários	2	2	0
Total	22	16	6

Pessoal nos PVS:

	TOTAL	Pessoal expatriado	Pessoal local
Remunerados	475	64	411
Voluntários	5	2	3
Total	480	66	414
Coordenação e/ou monitorarão	35	35	0
Execução	443	30	413
Total	478	65	413

Principal equipamento e outros recursos materiais

Quantidade	Descrição	Notas
25	Computadores fixos completos	Conexos trâmite Intranet
3	Computadores portáteis	Dotados de impressoras portáteis
6	Impressoras	
2	Scanner	
1	Servidor	
1	Telefax	
3	Fotocopiadora	
1	Projector de slide	
2	Televisor	
2	Videocassete	
1	Videocamera	Com acessórios
1	Projector para vídeo	Com acessórios
1	Projector para diapositive	Com acessórios
1	Máquina fotográfica	Com acessórios
1	Central telefónica	3 linhas com 16 derivações internas
1	Mixer para áudio	Com acessórios
1	Microfone	
2	Alto-falante	
1	Equipamento de áudio	Com acessórios
1	Telefonie via Satélite + telefax	Com acessórios
3	Celulares	Com acessórios

□Outros recursos importantes

Resultado do trabalho do G.V.C. é a constituição de redes de especialistas nacionais que trabalham sobre temáticas específicas e que colaboram com projectos realizados nos PVS. Em particular, é já activo um grupo de trabalho relacionado aos deficientes físicos, que colaborou com projectos realizados na Palestina e em Cuba e que contribuiu à elaboração de um novo projeto em Cuba. Também organizamos dois grupos de trabalho formados de vários especialistas, dos quais o primeiro, trabalha sobre a AIDS (CIDA) elaborando diversos projectos e o segundo, sobre o tema dos menores.

1.5 Outros pedidos apresentados às instituições europeias ou aos Estados-Membros da UE

Dados respeitantes a subvenções, contratos ou empréstimos da Comunidade ou dos Estados-Membros da UE obtidos directa ou indirectamente nos três últimos anos:

Designação da ação	Rubrica do orçamento comunitário	Montante (Euro)	Data de adjudicação
Projeto de emergência sanitária na Albânia/ALBANIA	CE/Echo	570.000	1999
Programa de emergência para os refugiados kosovari a Valona/ALBANIA	CE/Echo	500.000	1999
Programa sanitario nas Províncias de Malanje e Kwanza Norte/ANGOLA	CE/Echo	400.000	1999
Projeto de emergência em apoio à rede sanitária/nutricional e a população sinistrada da Província de Bujumbura Rural/BURUNDI	CE/Echo	670.000	1999
Projeto de emergência em apoio à rede sanitária/nutricional e a população sinistrada da Província de Bujumbura Rural/BURUNDI	CE/Echo	550.000	1999
Ajuda humanitária a favor da população cubana/CUBA	CE/Echo	600.000	1999
Reforço e consolidação das cooperativas de crédito e de serviço a Matanzas/CUBA	CE/DG Desenvolvimento	499.928	1999
Ajuda humanitária a favor da população cubana/CUBA	CE/Echo	250.000	1999
O Olho do Sul: ver, entender, contar/ Educação ao desenvolvimento.	CE/DG Desenvolvimento	79.163	1999
Programa multi-projetos 1999/Educação ao desenvolvimento	CE/DG Desenvolvimento	30.000	1999
Reabilitação dos edifícios públicos para afazeres sociais/FYROM	CE/Echo	550.000	1999
Atividades psico-sociais para mulheres vulneráveis e crianças, refugiados e população local, sustento a grupos de mulheres em Macedonia/FYROM.	CE/Echo	200.000	1999
Reabilitação de emergência do sistema sanitário da Região de Gabu/GUINEA BISSAU	CE/Echo	200.000	1999
Apoio ao processo de planificação territorial para a utilização sustentável das reservas naturais e a realização de um projeto em Moskitia hondurenha/HONDURAS	CE/B7-6200	1.023.482	1999
Projeto de reforço do sistema de saneamento básico e de vigilância epidemiológica em três municipalidades de Golfo de Fonseca/HONDURAS	CE/Echo	300.000	1999
Reabilitação técnico científica do laboratório de análises químicas clínicas e microbiológicas e da radiologia do Hospital Regional de Pec/Peja/KOSOVO	Governo Italiano	1.207.794	1999
Reabilitação e fornecimento de equipamentos para o velório do Hospital Regional de Pec/Peja/KOSOVO	Governo Italiano	121.388	1999
Sistema de eliminação de lixos hospitalares do Hospital Regional de Pec/Peja/KOSOVO	Governo Italiano	75.403	1999
Projeto de segurança alimentar para a zona oeste da Nicaragua vizinha ao Golfo de Fonseca e em Estero Real/NICARAGUA	CE/Segurança Alimentar	700.000	1999

Apoio à luta contra as doenças vetoriais na Moskitia hondurenho-nicaraguense/NICARAGUA	CE/Echo	550.000	1999
Documentação das experiências de base na Nicarágua/NICARAGUA	CE/DG Desenvolvimento	460.768	1999
Construção de sistemas de tratamento de águas de descargos e de cisternas para o recolhimento de água pluvial nas escolas do distrito de Jenin/PALESTINA	CE/Echo	420.000	1999
Sustento psico-social a mulheres e crianças em Pristina (Kosovo) e Pancevo (Vojvodina), IDP e refugiados/Republica Federal da Iugoslávia	CE/Echo	300.000	1999
Recuperação da escola "15 de outubro" /ALBANIA	CE/Echo	360.000	2000
Reforço dos lugares de agregação e da salvaguarda dos direitos de mulheres e dos jovens/ALBANIA	Governo Italiano	77.385	2000
Programa de apoio ao sistema de saúde da Província de Malanje/ANGOLA	CE/Fed	600.000	2000
Programa de emergência sanitária na Província de Malanje e Kwanza Norte/ANGOLA	CE/Echo	570.000	2000
Sustento ao Centro Medex para os jovens de 8 a 18 anos de toda a Bosnia Erzegovina. Formação sobre as minas para os refugiados em três cantões do País a alto risco minas/BOSNIA ERZEGOVINA	CE/Phare-Tacis	158.462	2000
Projeto de sustento a rede sanitária nutricional para a população da Província de Bujumbura Rural/BURUNDI	CE/Echo	770.000	2000
Ajuda humanitária a favor da população cubana vulnerável/CUBA	CE/Echo	300.000	2000
O mercado das biotecnologias e o seu impacto nos países do Sul/Educação ao desenvolvimento	CE/B7-6000	238.019	2000
Reabilitação dos edifícios públicos para Afazeres Sociais e do Hospital Psiquiátrico de Negorci/FYROM	CE/Echo	690.000	2000
Prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e da AIDS na Nicarágua/NICARAGUA	CE/DG Desenvolvimento	489.514	2000
Reforço do sistema de vigilância epidemiológica e de saneamento na Moskitia hondurenho-nicaraguense/HONDURAS	CE/Echo	350.000	2000
Projeto piloto de desenvolvimento rural da Província de Bac Giang/VIETNAM	Ministério das Ações Exteriores italiano	738.510	2000
Projeto de sustento ao setor dos transportes e da formação profissional nos campos dos refugiados de Sahrawi na Algeria/ALGERIA	Ministério das Ações Exteriores italiano	190.148	2001
Projeto de promoção de associações rurais dos produtores de fruta e verdura de Arroyo Leyes na Província de Santa Fé/ARGENTINA	Ministério das Ações Exteriores italiano	483.955	2001
Projeto "Casa Mi Tai"/BOLIVIA	CE/B7-6000	487.800	2001
Sustento e valorização das jovens mulheres a risco/BRASIL	CE/B7-6000	539.726	2001
Projeto de emergência em apoio à rede sanitária/nutricional e a população atingida pela guerra da Província de Bujumbura Rural/BURUNDI	CE/Echo	950.000	2001
Ajuda humanitária a favor da população cubana: plano de interventio a favor das pessoas vulneráveis cubanas/CUBA	CE/Echo	1.180.000	2001

Apoio ao melhoramento da qualidade de vida das áreas urbanas nos municípios de Yaguajay (Sancti Spiritus) e Las Tunas/CUBA	CE/B7-6000	627.807	2001
Projeto de prevenção e de educação para diminuir a difusão das doenças sexualmente transmissíveis e do HIV / AIDS na Província de Sancti Spiritus e nas Províncias Centrais/CUBA	Ministério das Ações Exteriores italiano	514.416	2001
Sustento de emergencia à população vitima do terremoto em quatro municípios do Departamento de La Paz/EL SALVADOR	CE/Echo	600.000	2001
Projeto piloto "O Alto-plano Oeste em direção ao século XXI"/GUATEMALA	CE/B7-6000	590.583	2001
Apoio ao desenvolvimento em três municípios da Moskitia hondurenha / HONDURAS	CE/Segurança Alimentar	935.624	2001
Apoio ao desenvolvimento produtivo de 16 comunidades rurais da Região de Cabo Gracias a Dios/HONDURAS	Ministério das Ações Exteriores italiano	669.018	2001
Ajuda humanitária após a emergencia devida a passagem do furacão Michelle/HONDURAS	CE/Echo	500.000	2001
Educação sobre a saúde e o ambiente com uma aproximação intercultural nas escolas do Município de Puerto Cabezas/NICARAGUA	CE/Prrac	217.194	2001
Atenção integral aos meninos e às meninas, aos adolescentes em situações de exploração sexual /NICARAGUA.	CE/B7-6000	1.616.775	2001
Projeto de sustento socioeconômico das cooperativas de pequenos produtores de café na zona alta do município de Santa Maria de Pantasma, Departamento de Jinotega/NICARAGUA.	CE/B7-6000	1.376.444	2001
Construção de cisternas para o recolhimento de agua em 8 vilarejos do Distrito de Hebron/PALESTINA	CE/Echo	550.000	2001
Capacidade, habilitação e comportamentos desenvolvidos para reforçar a segurança alimentar das famílias agricultoras da Província de Abancay e Aymaraes/PERU.	CE/Segurança Alimentar	971.358	2001
Reforço das redes de mulheres e programas psico-social para a população feminina e para as crianças em Serbia, IDP, refugiados e população local Republica Federal da Iugoslávia.	CE/Echo	200.000	2001

Dados sobre outros pedidos de subvenção apresentados (ou a apresentar) às instituições europeias ou aos Estados-Membros da UE no ano em curso:

Título do projeto	Rubrica do orçamento comunitário	Montante (Euro)
Programa de emergência sanitária nos Municípios de Balombo, Lundumbali e Cassongue, Província de Benguela/ANGOLA	CE/Echo	327.000
Programa nutricional e sanitário na Província de Kwanza Norte, Samba Caju, Lucala/ANGOLA.	CE/Echo	200.000
Projeto PMI Santa Fé-Rosario/ARGENTINA	Ministério das Ações Exteriores italiano	927.725
Política ambiental através do reforço institucional e a sensibilização da comunidade em Bih/BOSNIA ERZEGOVINA	CE/Life	459.548
Sustento a constituição de cooperativas multi-étnicas na área de Dobj/BOSNIA ERZEGOVINA	Ministerio das Ações Exteriores italiano	1.024.452
Projeto de segurança alimentar em apoio a Província de Yatenga/BURKINA FASO	CE/Segurança Alimentar	469.087
Sustento as comunidades locais no processo de reconstituição dos tecidos social, económico e sanitário dos quarteirões ao norte de Bujumbura/BURUNDI.	Ministério de Ações Exteriores italiano	744.164
Projeto de emergencia em apoio à rede sanitária / nutricional no setor sanitário de Isale, Província de Bujumbura Rural/BURUNDI.	CE/Echo	680.000
Projeto AIDS/BURUNDI	Ministério das Ações Exteriores italiano/ISS	454.500
Reforço do desenvolvimento das Reservas Florestais Integrais nas Províncias de Santiago de Cuba, Holguín e Guantánamo/CUBA.	CE/B7-6000	742.421
Diversos movimentos, mesma historia / Educação ao desenvolvimento.	CE/B7-6000	347.433
Contribuição à redução da pobreza extrema no Distrito de Mabalane através do reforço económico e o reinserimento social dos detentos e ex-detentos do Instituto Penitenciário Agrícola de Mabalane/MOZAMBICO	CE/B7-6000	740.000
Comunidades de saúde na Região Autónoma do Atlântico Norte/NICARAGUA	CE/B7-6000	734.601
Modelo de administração da justiça para a Região Autónoma Atlântico Norte/NICARAGUA	B7-7010	649.739
Gestão do risco focalizada sobre direitos da infância e da adolescência/NICARAGUA	CE/Programa DIPECHO para a America Central	337.200
Costurado de cisternas para o recolhimento de agua pluvial em 7 vilarejos do Distrito de Hebron/PALESTINA	CE/Echo	500.000
Consolidação da rede dos centros de mulheres e para o sustento psico-social a mulheres vulneráveis e crianças na Serbia, sobretudo mulheres refugiadas e IDP/Republica Federal da Iugoslávia.	CE/Echo	350.000
Projeto de desenvolvimento agrícola e resistemação das obras hidráulicas no Distrito de Phu Vang/VIETNAM	Ministério das Ações Exteriores italiano	1.541.469
Promoção de temas sanitários para mães e recém-nascidos nas Províncias de i Ha Noi, Ha Tay, Hung Yen, Ha Nam, Bac Giang, Bac Ninh e Hai Phong in Vietnam/VIETNAM.	CE/B7-6000	856.895
Menores a risco/ARGENTINA, BOLIVIA, PERU, NICARAGUA, BRASIL	CE/B7-6000 (Doação Global)	739.071

2. PARCEIROS DO CANDIDATO PARTICIPANTES NO PROJETO

Designação do projecto:
Health care Network

	Nome legal completo (firma)	País	Estatuto jurídico	Endereço oficial	Pessoa de contacto	Telefone:	Fax:	Correio electrónico	Número de efectivos (permanentes e temporários)	o candidato	preparação do projecto proposto	execução do projecto proposto
CANDIDATO	GRUPPO VOLONTARIATO CIVILE	ITALIA	ONG - ONLUS	VIA DELL'OSSERVANZA 35/2 40136 BOLOGNA	TARCISIO ARRIGHINI	+39 051 585604	+39 051 582225	gvcitalia@libero.it	22		ELABORAÇÃO DO PROJETO JUNTO COM OS PARCEIROS	GESTÃO DIRETA DO PROJETO
PARCEIRO 1	PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE	BRASIL	ENTE PUBLICO	AV. AFONSO PENA 1212 30130-908 BELO HORIZONTE MG	REGINA LEMOS	+55 31 3277-4148	+55 31 3224-3099	reginah@pbh.gov.br	20941	ESTE PARCEIRO ENTROU EM CONTATO COM O CANDIDATO PARA A ELABORAÇÃO DESTE PROJETO	ELABORAÇÃO DO PROJETO JUNTO AO CANDIDATO E AOS OUTROS PARCEIROS	COLABORAÇÃO COM O CANDIDATO PARA COORDENAÇÃO E GESTÃO DO PROJETO; CONTATOS COM OUTRAS PREFEITURAS BRASILEIRAS ENVOLVIDAS NO PROJETO OS.
PARCEIRO 2	UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS	BRASIL	ENTE PUBLICO	AV. ANTONIO CARLOS 6627 - PAMPULHA 31270-901 BELO HORIZONTE MG	SIMONE FERREIRA DOS SANTOS	+55 31 3499-5000	+55 31 3499-4188	monefsbr@yahoo.com.br	4234	ESTE PARCEIRO ENTROU EM CONTATO COM O CANDIDATO PARA A ELABORAÇÃO DESTE PROJETO	ELABORAÇÃO DO PROJETO JUNTO AO CANDIDATO E AOS OUTROS PARCEIROS	MONITORAÇÃO E AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DO PROJETO JUNTO AO CANDIDATO
PARCEIRO 3	ESCOLA SINDICAL 7 DE OUTUBRO	BRASIL	ORGANIZAÇÃO SINDICAL	RUA NASCIMENTO 101 - BARREIRO DE CIMA 30620-390 BELO HORIZONTE MG	ANTONIO LAMBERTUCI	+55 31 3383-6789	+55 31 3383-6647	escola7@planetarium.com.br	24	O CANDIDATO E ESTE PARCEIRO TEM JÁ PROJETOS EM CURSO	ELABORAÇÃO DO PROJETO JUNTO AO CANDIDATO E AOS OUTROS PARCEIROS	PARTICIPAÇÃO E ELABORAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DO BANCO DE DADOS DE MEDICINA DO TRABALHO
PARCEIRO 4	HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNIVERSIDADE	BRASIL	ENTE PUBLICO	AV. PROF. ALFREDO BALENA, 110	RICARDO CASTANHEIRA PIMENTA	+55 31 32489300	+55 31 32489380	ac@hc.ufmg.br	2500	ESTE PARCEIRO ENTROU EM	ELABORAÇÃO DO PROJETO JUNTO AO	CONTROLE DA IMPLEMENTAÇÃO

	E FEDERAL DE MINAS GERAIS			- SANTA EFIGÊNIA 30130-100- BELO HORIZONTE - MG	FIGUEIREDO					CONTATO COM O CANDIDATO PARA A ELABORAÇÃO DESTE PROJETO	CANDIDATO E AOS OUTROS PARCEIROS	PROJETO DE TELEMEDICINA; SUPERVISÃO DOS ASPECTOS MÉDICOS DAS CARTELAS CLÍNICAS
PARCEIRO 5	NESCON	BRASIL	ENTE PÚBLICO	AVENIDA ALFREDO BALENA 190 - 9º ANDAR - SANTA EFIGENIA	FRANCISCO EDUARDO CAMPOS	+55 31 32489673	+55 31 32489675	nescon@medicina.ufmg.br	40 FUNCIONÁRIOS (ADMINISTRATIVOS/PESQUISADORES)	ESTE PARCEIRO ENTROU EM CONTATO COM O CANDIDATO PARA A ELABORAÇÃO DESTE PROJETO	ELABORAÇÃO DO PROJETO JUNTO AO CANDIDATO E AOS OUTROS PARCEIROS	MONITORAÇÃO E AVALIAÇÃO DE IMPACTO DO PROJETO JUNTO AO CANDIDATO E A UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PARCEIRO 6	PREFEITURA DE RECIFE	BRASIL	ENTE PÚBLICO	RUA CAIS DO APOLO, 925 13º ANDAR RECIFE ANTIGO CEP 50030-903	JEANE COUTO			jeanecouto@ig.com.br	8022 (NA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE)	ESTE PARCEIRO ENTROU EM CONTATO COM O CANDIDATO PARA A ELABORAÇÃO DESTE PROJETO	ELABORAÇÃO DO PROJETO JUNTO AO CANDIDATO E AOS OUTROS PARCEIROS	SUPORTE A ELABORAÇÃO DO ESTUDO DE EXTENSÃO DO PROJETO; PARTICIPAÇÃO DA AVALIAÇÃO DO PROJETO JUNTO AO CANDIDATO E A OUTROS PARCEIROS ENVOLVIDOS.
PARCEIRO 7	PREFEITURA DE PORTO ALEGRE	BRASIL	ENTE PÚBLICO	AV. JOÃO PESSOA, 325 CIDADE BAIXA PORTO ALEGRE, RS CEP 90.040-000	JOAQUÍM DAHNE KLIEMANN	+55 31 32126800	+55 31 32168827	sms@sms.prefpoa.com.br	8100 (NA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE)	ESTE PARCEIRO ENTROU EM CONTATO COM O CANDIDATO PARA A ELABORAÇÃO DESTE PROJETO	ELABORAÇÃO DO PROJETO JUNTO AO CANDIDATO E AOS OUTROS PARCEIROS	SUPORTE A ELABORAÇÃO DO ESTUDO DE EXTENSÃO DO PROJETO; PARTICIPAÇÃO DA AVALIAÇÃO DO PROJETO JUNTO AO CANDIDATO E A OUTROS PARCEIROS ENVOLVIDOS.

PARCEIRO 8	PREFEITURA DE ARACAJU	BRASIL	ENTE PUBLICO	PRAÇA OLÍMPIO CAMPOS, 180 – CENTRO – CEP: 49.010-040 ARACAJU-SE	ROGÉRIO CARVALHO SANTOS	+5579 31791023	+5579 31791018	rogerio.carvalho@aracaju.se.gov.br	10000 (3000 NA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE)	ESTE PARCEIRO ENTROU EM CONTATO COM O CANDIDATO PARA A ELABORAÇÃO DESTE PROJETO	ELABORAÇÃO DO PROJETO JUNTO AO CANDIDATO E OUTROS PARCEIROS.	SUORTE A ELABORAÇÃO DO ESTUDO DE EXTENSAO DO PROJETO; PARTICIPAÇÃO DA AVALIAÇÃO E DO PROJETO JUNTO AO CANDIDATO E A OUTROS PARCEIROS ENVOLVIDOS
PARCEIRO 9	PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO	ITALIA	ENTE PUBLICO	VIA ROMAGNOSI 9 38100 TRENTO	CARLO BASANI	+390461 495306	+390461 495310	carlo.basani@provincia.tn.it	5830	ESTE PARCEIRO É DA LONGO TEMPO PARCEIRO DO CANDIDATO NA ELABORAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE PROJETOS DE COOPERAÇÃO INTERNACIONAL EM DIVERSOS PAISES E SETORES.	ELABORAÇÃO DO PROJETO JUNTO AO CANDIDATO E A OUTROS PARCEIROS.	MONITORAÇÃO SOB A IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO JUNTO AO CANDIDATO E OUTROS PARCEIROS; ELABORAÇÃO DO ESTUDIO SOBRE EQUIDADE E IMPACTO SOCIAL
PARCEIRO 10	NORTH KARELIA HOSPITAL DISTRICT	FINLANDIA	ENTE PUBLICO	TIKKAMAENTIE 16,80210 JOENSUU	PENTTI ITKONEN	+358 13 1711	+358 13 1713744	Pentti.Itkonen@pkshp.fi	2100	ESTE PARCEIRO ENTROU EM CONTATO COM O CANDIDATO PARA ELABORAÇÃO DESTE PROJETO.	ELABORAÇÃO DO PROJETO JUNTO AO CANDIDATO E A OUTROS PARCEIROS	IMPLEMENTAÇÃO DA TELEMEDICINA
PARCEIRO 11	UNIVERSITY OF ROSKILDE – DEPARTMENT OF SOCIAL SCIENCES	DINAMARCA	ENTE PUBLICO	UNIVERSITET SVEJ 1 4000 ROSKILDE	BENT GREVE, LARS FUGLSANG, ANDREA GALLINA	+4546 742000	+4546 743080	agallina@rucdk	60	ESTE PARCEIRO COLABORA ATUALMENTE COM O CANDIDATO	ELABORAÇÃO DO PROJETO JUNTO AO CANDIDATO E A OUTROS PARCEIROS	IMPLEMENTAÇÃO DO SUBPROJETO DE MEDICINA DO TRABALHO

										NA IMPLEMENTA ÇÃO DO PROJETO COOPERAÇÃO INTERNACIONAL ASIA URBS NO VIETNAM		
PARCEIRO 12	ISCOS EMILIA- ROMAGNA	ITALIA	ONG	VIA MILAZZO 16 40100 BOLOGNA	ENRICO GIUSTI	+39 051 256842	+39 051 4210320	iscos.emilia- r@bo.nettuno.it	33	ESTE PARCEIRO É DA LOGO TEMPO PARCEIRO DO CANDIDATO NA ELABORAÇÃO E IMPLEMENTA ÇÃO DE PROJETOS DE COOPERAÇÃO INTERNACIONAL EM DIVERSOS PAISES E SETORES.	ELABORAÇÃO DO PROJETO JUNTO AO CANDIDATO E A OUTROS PARCEIROS	ASSISTENCIA À CRIAÇÃO DO BANCO DE DADOS DE MEDICINA DO TRABALHO

Designação do projecto: Health Care Network

3. DESCRIÇÃO DO PROJETO

3.1 Designação: Health Care Network

3.2 Sigla : H.C.N.

3.3 Resumo

O Projeto denominado HCN com sede em Belo Horizonte (*Brasil*) nasce, de uma coincidência de intenções entre a Comunidade Europeia, a Prefeitura de Belo Horizonte e o Ministro federal da Saúde, no Brasil: ou seja, promover em todo o território nacional brasileiro o emprego da tecnologia informática como factor de aceleração e melhora do desenvolvimento da saúde dos cidadãos. A partir da constatação desta coincidência entre filosofia geral do programa @LIS para a América Latina e programação sanitária da Prefeitura de Belo Horizonte, se activou rapidamente um consorcio de parceiros Euro latino-americanos, declaradamente qualificados em todos os sectores interessados no projeto, com finalidade a sustentar a experiência de Belo Horizonte em alguns bem definidos âmbitos da política sanitária (*acesso informatizado as consultas sanitárias, call center, informatização das cartelas clinicas, telemedicina, etc.*) e verificar-se as condições de sustentabilidade para todo o território nacional.

3.4 Objectivos do projeto

3.4.1- Premissa:

Diante da possível alternativa de uma extensão inter-regional do projeto (*com facilidade poderiam ter sido integrados neste programa Países Argentina, Bolívia, Chile, Peru, etc.*) todos os parceiros Euro latino-americanos reunidos em Belo Horizonte e em São Paulo em 3 seminários preparatórios (*julho, setembro, outubro 2002*) concluindo mais lógico e coerente restringir substancialmente a ação do programa ao território brasileiro, em consideração a sua extensão geográfica e do numero de seus habitantes. Tal delimitação apresenta seguramente uma menor inter-regionalidade formal, mas se alcançados os objectivos, o presente programa terá assegurada uma repercussão de vasta importância, existindo entre os parceiros brasileiros dois primários organismos sanitários federais e, assim sendo, desempenhando o papel de observadores directos da experiência de BH, em vista da sua extensão a todo o resto do território.

3.4.2- Objectivos:

a) geral:

partindo da aludida premissa, no curso dos seminários preparatórios supramencionados, os parceiros Euro latino-americanos, depois de haver analisado atentamente todas as propostas, seja de origem europeia que brasileira, e também as diversas experiências em curso na Europa e no Brasil, chegaram unanimemente, a partir da filosofia geral de @LIS , à identificação de alguns objectivos importantes dentro do tema SAUDE, a seguir sinteticamente resumidos e genericamente definidos como melhoramento das condições de acesso da população aos serviços públicos sanitários e conveniados e, em definitiva, das condições gerais de saúde da população de Belo Horizonte, através do uso da tecnologia informática.

a) objectivos particulares:

O pré-projeto a ser apresentado para o programa @LIS Comissão Europeia objectiva a incorporação de tecnologias de informação na rede assistencial pública de saúde no município de Belo Horizonte, envolvendo:

- a **estruturação de uma central de marcação de consultas**, a ser implantada no município como um todo;
- implantação do **prontuário electrónico e um projeto de telemedicina** em um distrito sanitário do município de Belo Horizonte e
- **organização de um banco de dados relativo a doenças profissionais**, para ser acessado por profissionais da área de saúde.

Os parceiros que estão envolvidos no projeto até o momento têm contribuições distintas para a sua execução. A Universidade Federal de Minas Gerais, através do Hospital das Clínicas da UFMG, Departamento de Ciência da Computação (DCC) e o Núcleo de Saúde Colectiva, têm se destacado no plano nacional no processo de incorporação de tecnologias de informação na área de saúde e na utilização de tecnologias abertas.

O Ministério da Saúde, representado pela coordenação da implantação do projeto cartão nacional de saúde, tem sido responsável no Brasil por propostas de incorporação de tecnologias de informação, subsidiando, implantando e acompanhando as experiências nacionais mais relevantes na área de saúde.

Os parceiros não brasileiros são precursores europeus em experiências de incorporação de tecnologia de informação na área de saúde. As instituições: Cup 2000 (empresa pública de processamentos de dados da região da Bolonha), a região da Emilia Romanha e a Província Autónoma de Trento, após uma bem sucedida incorporação de tecnologias de informação no processo de gestão da área de saúde, em particular na gestão de consultas especializadas e procedimentos mais complexos, têm reproduzido essa experiência em diversas cidades europeias. A proposta é que esta experiência, adaptada para a realidade brasileira, seja implantada em toda a rede assistencial de Belo Horizonte, em 128 centros de saúde.

Os grupos da Finlândia (North Karelia Hospital District) têm sido pioneiros no processo de estruturação de informação da área de saúde utilizando o conceito de prontuário electrónico, telemedicina e identificação única de pacientes, a partir de soluções com tecnologias abertas. O projeto prevê a implantação do prontuário clínico de pacientes e um projeto de telemedicina, em um único distrito da rede de saúde do município de Belo Horizonte, a partir das experiências destes parceiros europeus e dos acúmulos existentes nas instituições brasileiras que compõem o projeto.

O banco de dados relativos à saúde do trabalhador será estruturado a partir das experiências já bem sucedidas em curso na Dinamarca (University Department of Social Sciences di Roskilde) e na Italia (Iscos-Cisl Emilia Romagna). No Brasil, a Escola Sindical 7 de outubro e a Central Única dos Trabalhadores do Estado de Minas Gerais se encarregarão de acompanhar a estruturação da experiência.

Todas essas experiências serão acompanhadas por outras três prefeituras dos pais (Recife, Porto Alegre e Aracaju), para que possam posteriormente ser reproduzidas.

Diante das experiências destes parceiros, o projeto a ser apresentado para a União Europeia tem como propósito implementar a incorporação de tecnologias de informação na área de saúde em uma realidade brasileira, o município de Belo Horizonte, visando organizar o acesso do pacientes aos serviços, agilizar processos, impactar na qualidade do atendimento prestado e aperfeiçoar mecanismos de gestão da área de saúde. Pretende-se nesse modelo que as

tecnologias da informação deixem de ser apreendidas apenas como actividade das áreas-meio para se tornarem constitutivas da racionalidade da ação assistencial em saúde, abordando duas questões centrais: a diminuição do tempo de espera do paciente e a construção de informações que subsidiem tanto a tomada de decisões clínica quanto gerencial. Os projectos estruturados trabalharão a incorporação de tecnologias de informação, visando implementar e avaliar uma solução computacional de baixo custo, plena funcionalidade e baseada em software livre.

Mais particularmente

a1) sobre a população-alvo a nível municipal:

- desfrutar oportunamente dos modernos instrumentos da *Information Society* para estender ao maior numero possível de cidadãos da prefeitura de Belo Horizonte (*cerca três milhões de habitantes*) para antes de tudo o conhecimento das potencialidades medicas existentes seja dentro da rede sanitária publica como também naquela privada conveniada.
- em segundo lugar facilitar para o maior numero de cidadãos possível o acesso aos tratamentos medico-sanitários com um sistema informatizado de agendamento/marcação de consultas e ou prestações sanitárias seja aumentando, graças a um banco de dados, as possibilidades de tratamento medico junto às diversas unidades sanitárias existentes, publicas e privadas conveniadas, seja reduzindo substancialmente o tempo de acesso aos tratamentos médicos, seja eliminando possivelmente as filas de espera;
- em terceiro lugar render o acesso aos tratamentos médicos menos onerosos e mais compatíveis com a economia familiar, graças exactamente a um forte aumento das possibilidades de tratamentos médicos presentes no território, a redução das distancias entre pacientes e centros de tratamentos, a redução do tempo de espera dos tratamentos e à redução das filas junto às unidades sanitárias no momento da prestação do tratamento medico;

a2) sobre a população alvo a nível intermunicipal:

- realizar no curso de duração do presente programa piloto, ao menos três estudos de factibilidade sobre o mesmo, idêntico programa, mas referente a três diversas cidades brasileiras (em particular Recife, Porto Alegre e Aracaju), consentindo a estas cidades participarem do processo em ato, em Belo Horizonte;

a3) sobre a população a nível nacional federal:

- estabelecer um duradouro relacionamento científico entre o Brasil e as qualificadas experiências europeias, em relação as futura implementação dos mesmos modelos experimentais no restante do território nacional;
- avaliar, a partir de experiências concretas, os custos/benefícios do emprego da tecnologia informática aplicada aos serviços sanitários (*a participação doada da UE de fato limita-se ao período de duração de @LIS*).
- reforçar as capacidades locais de elaboração de data base e de software apropriados à implementação dos serviços sanitários requisitados, a custos económicos sustentáveis, a partir das experiências europeias.

3.5 Justificação

Belo Horizonte é uma cidade que possui pouco menos de 3.000.000 de habitantes, sendo a principal cidade de uma região metropolitana composta de cercas 3.800.000 habitantes. Na área de saúde, a prefeitura de Belo Horizonte possui uma rede própria de saúde composta por 165 unidades, distribuídas entre 128 unidades básicas, 17 unidades especializadas, 6 unidades de urgências e 5 laboratórios. Além das unidades da rede própria, o município de Belo Horizonte controla unidades assistenciais, vinculadas ao setor contratado-conveniada,

repassando recursos públicos. Esta rede, bastante extensa, é composta de 423 unidades ambulatoriais e 54 hospitais, entre entidades privadas e filantrópicas.

O quadro sanitário é bastante complexo. O perfil de morbi-mortalidade da população de Belo Horizonte compõe-se de doenças típicas de países desenvolvidos, com prevalência de doenças relacionadas ao aparelho circulatório (1ª causa de óbito, 2ª causa em morbidade hospitalar) e doenças neoplásicas (1 causa de óbito e 2ª causa de internação hospitalar), associado com doenças de perfil de países em desenvolvimento (3ª causa de internação em menores de 1 ano, 2ª causa de morbidade hospitalar). A taxa de mortalidade infantil do município foi, no ano de 2001, de 29.9 por mil nascidos-vivos.

O município de Belo Horizonte constitui uma referência para o Estado de Minas Gerais e para a região metropolitana na área de saúde em relação a doenças com maior nível de complexidade. Do conjunto de pacientes atendidos na rede de saúde instalada, 40 % dos pacientes internados, 52 % dos exames de alto custo e 38 % dos pacientes atendidos na rede de urgência são de outros municípios. Portanto, além do atendimento da população de Belo Horizonte, a secretaria municipal de saúde participa da organização da rede de referência de maior complexidade no Estado, responsabilizando-se pela sua gestão quando os pacientes são atendidos no município.

Os maiores pontos de estrangulamento atualmente existente referem-se ao acesso aos maiores níveis de complexidade. O acesso às consultas especializadas, à internação e a exames de maior complexidade e a disponibilização de informações sobre o funcionamento da rede são questões fundamentais para aumentar a eficácia e eficiência da rede municipal de saúde.

A incorporação de tecnologias de informação na rede municipal de saúde de Belo Horizonte pode incidir sobre problemas crônicos existentes na rede no que se refere aos maiores níveis de complexidade. Este projeto se propõe a incorporar tecnologia de informação de última geração, com programas escritos para utilizarem ambiente WEB, hardware mais simplificados, linhas de interconexão entre as unidades mais baratas, utilização de software livres, o que significará a implantação de um projeto de baixo custo, com alta repercussão social, passível de ser reproduzido em outras cidades brasileiras e da América Latina.

Um primeiro componente do projeto refere-se a implantação de uma central de marcação de consultas, que além de propiciar processos de agendamento de consultas especializadas pelo computador, permite fazer a gestão de repasse de recursos para o sector contratado/conveniado. A implantação do projeto já experimentado pela CUP 2000, na cidade de Bolonha e em implantação em outras cidades europeias, adaptado para a realidade brasileira, poderá significar um salto fundamental na organização da rede pública de saúde de Belo Horizonte.

Actualmente, a população para agendar consultas especializadas ou exames de maior complexidade retorna aos centros de saúde diversas vezes, até que o centro de saúde consiga, pelo telefone, agendar uma consulta. Portanto, para agendar uma consulta o paciente vai até a unidade de saúde diversas vezes, gerando filas enormes e dificultando o acesso de outros pacientes que precisam de atendimento no nível de atenção básica; a resultante desse processo é uma dificuldade imensa para a população ter acesso à consulta especializada e um absenteísmo da ordem de 30% nas consultas especializadas. A agilização deste processo, com a incorporação de tecnologias de informação permitirá que o paciente tenha acesso mais rápido à consulta. Também ocorrerá uma maior economia e racionalização dos processos de gestão da rede municipal, na medida em que a maior parte das consultas e exames de maior complexidade são realizadas na rede contratada/conveniada, com a qual a secretaria municipal de saúde se responsabiliza por repasse de recursos públicos e que precisam ser melhor gerenciados, para evitar fraudes e falsificações quanto ao número de atendimentos efectivamente realizados.

A opção pela implantação de uma central de marcação de consultas especializadas, abrangendo as 128 unidades básicas de saúde, permitirá que não somente a população que é atendida nas unidades próprias de saúde seja beneficiada, como também a população que é atendida pelas unidades filantrópicas e privadas de Belo Horizonte, que são contratadas e conveniadas à rede pública municipal de saúde. A implantação do projeto beneficiará não só a população de Belo Horizonte mas também a população da região metropolitana.

Um segundo aspecto do projeto refere-se a implantação do projeto do prontuário electrónico em um distrito sanitário, articulador concreto dos aspectos assistenciais, clínicos e administrativos de um paciente.

A incorporação de tecnologias de informação na área de saúde, ao introduzir o conceito de prontuário electrónico, muda o foco do processo de produção de informações. A ênfase passa a ser o processo de trabalho assistencial, organizado em função do atendimento a ser prestado ao paciente. Actualmente, a incorporação de tecnologias de informação na área de saúde em Belo Horizonte tem se restringido aos aspectos administrativos. Nesta nova perspectiva, duas questões tornam-se centrais: agilizar atendimento, diminuindo tempo de espera do paciente (agenciamento de consultas, facilitarão no acesso a resultados de exames, dispensação mais ágil de medicamentos) e propiciar informações para a tomada de decisões clínicas de forma mais rápida e de qualidade: acesso a resultados de exames em tempo real e a diagnósticos de internação e consultas em outros níveis de complexidade do sistema.

Essa abordagem em relação a tecnologias de informação tem a potencialidade de inovar a organização do trabalho, mudando o foco das actividades gerenciais, que passam de actividades de controle para as de planejamento e monitoramento das ações de saúde, podendo ser utilizadas para aperfeiçoar o processo de atendimento ao paciente.

As tecnologias de informação possibilitam inserir mecanismos de autocontrole no momento mesmo do ato assistencial. Por exemplo, informar ao médico que o exame solicitado foi realizado no dia anterior em uma unidade de urgência e disponibilizar o resultado, ou informá-lo de que ele já extrapolou sua cota de exames, assim como disponibilizar informações para o nível gerencial, sobre como está o desempenho de sua equipe, em tempo real. Assim, utiliza-se o potencial das tecnologias de informação para as actividades de controle, com possibilidades de liberá-lo para tarefas gerências relacionadas ao planejamento e monitoramento de ações.

Alem disso, é possível aproveitar o potencial das tecnologias de informação que possibilitam a comunicação entre diversos sistemas, para articular a área administrativa com a assistência. Este processo permite um salto organizativo fundamental dentro da estrutura institucional pública: a articulação existente entre os processos de trabalho administrativos e assistências torna-se transparente, e seus gargalos podem ser mais facilmente identificados.

O projeto prevê a implantação do prontuário electrónico em um distrito sanitário, informatizando o agendamento de consultas, colecta e resultados de exames, farmácia e registro do atendimento, vinculando-os com os sistemas administrativos já existentes. A implantação do projeto contará com a experiência dos parceiros europeus nesta área e será implementado pela equipe de informática da empresa de processamento de dados de Belo Horizonte.

Um outro componente do projeto que permitirá equacionar o acesso mais qualificado e racionalizado à rede de maior complexidade do sistema refere-se à telemedicina. O projeto pretende propor a criação da Rede de Telemedicina de Belo Horizonte – BH TELEMED, articulando diversas instituições assistências da área de saúde e de tecnologias de informação objectivo geral é a estruturação de um sistema de consultoria e segunda opinião médica, via rede, através da teleconsulta de especialistas do HC/FM da UFMG pelos médicos da PBH que fazem atendimento nos Centros de Saúde.

A telemedicina permitirá a discussão de casos clínicos e a formação continuada do corpo médico da rede. Deverá ser implantado um sistema de segunda opinião médica contando com professores especialistas do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais.

Os médicos dos Centros de Saúde (CS) terão à sua disposição uma equipe de especialistas do mais alto nível no Hospital das Clínicas (HC), seja para esclarecer dúvidas ou para uma segunda opinião médica nos casos mais complexos. Para tanto, poderão utilizar diferentes recursos de informática e telecomunicações. A telemedicina não presencial, “off line”, será utilizada para consultoria, através de um sistema de mensagens electrónicas ou envio da história clínica para os especialistas, que enviarão suas respostas aos médicos solicitantes utilizando os mesmos recursos. Para os casos mais complexos, agendarão uma discussão clínica, utilizando os recursos da telemedicina “on line”, ou seja, terão acesso à imagem e voz do especialista, além da possibilidade de compartilharem as imagens radiológicas.

Também poderão assistir e participar através de chat, das discussões clínicas realizadas entre o HC e outro CS, das teleconferências e sessões clínicas originadas no HC e das videoconferências realizadas entre o HC e outros hospitais universitários de outros países.

Para a viabilização deste projeto, vários potenciais serão articulados: (1) o potencial desenvolvido de integração na área de informática existente no Sistema Único de Saúde, particularmente o Cartão Nacional de Saúde; (2) recursos que os procedimentos telemédicos propiciam: a telemedicina com o intercâmbio “on line” da actividade profissional, compartilhamento da história clínica e dos resultados de exames informatizados e o tráfego de imagens radiológicas em tempo real; (3) utilização de recursos de telecomunicação, tais como videoconferências e uma Rede Multicast com distribuição massiva de videosessões, com transmissão de imagem, dados e voz.

Espera-se com o projeto de telemedicina capacitar os médicos das unidades básicas de saúde em atendimento de patologias um pouco mais complexas mas passíveis de serem resolvidas no primeiro nível de atendimento, evitando encaminhamentos para especialistas desnecessários, filas imensas e melhor utilização de recursos de maior complexidade. A proposta é implanta-la a partir da experiência da Finlândia e Dinamarca.

O projeto relativo à criação do banco de dados de saúde do trabalhador propõe-se a disponibilizar para os profissionais da área de saúde de Belo Horizonte, on-line, via WEB, um catalogo com as principais patologias e seus tratamentos. A experiência existente com Iscos-Cisl Emilia Romana e na Dinamarca poderão ser reproduzidas em Belo Horizonte, adequando-as a realidade brasileira.

3.6 Descrição pormenorizada das actividades

3.6.1 Descrição da estrutura do projeto

A articulação ou estrutura geral do programa prevê:

a) a instalação de uma base logística do Applicant em Belo Horizonte

b) a instalação de duas secretarias operativas de coordenação geral do programa e de promoção da informação, uma na Itália junto à sede do Applicant e uma em Belo Horizonte, junto à Prefeitura e mais precisamente junto à Secretaria de Saúde:

- a Secretaria operativa de coordenação geral na Itália junto à sede do Applicant terá também funções administrativas e fiscais, além de informações gerais sobre o projeto e será dessa maneira, responsável pela gestão final da

contabilidade do projeto e da apresentação das prestações-de-contas e dos relatórios a Bruxelas; a tal escopo o projeto prevê os seguintes encargos:

\de um Coordenador de Projeto part time
\de um/a Secretario/a interprete full time
\de um/a Administrator/a part time
\de um Consultor em informatica part time

-a Secretaria operativa de coordenação geral “in loco”
terá o dever, de fato, de coordenar a implementação de todas as actividades do projeto, assegurar as relações publicas, manter a contabilidade diária do projeto e ocupar-se dos relatórios periódicos a serem enviados à Secretaria de coordenação na Itália para a transmissão oficial a Bruxelas; a tal escopo o projeto prevê os seguintes encargos:

\de um especialista Project Manager italiano full time
\de um jovem Logista italiano full time
\de pessoal local de diversas especialidades em numero adequado por toda a duração do projeto

c) a instalação na Secretaria de saúde da Prefeitura de Belo Horizonte de um *staff* a disposição do Comité de gestão do Projeto

d) a instalação na Secretaria de saúde da Prefeitura de Belo Horizonte de um Comité de gestão\ do projeto, representativo:

-do *Applicant* e dos parceiros europeus representados “in loco” do *Applicant*
-da Prefeitura de BH ao nível de Secretaria de coordenação das finanças
-da Prefeitura de BH ao nível de Secretaria da saúde
-da Universidade federal de Belo Horizonte
-do Hospital universitário federal de BH

dito Comité tornar-se-á periodicamente ‘Comité alargado’ quando será prevista a participação ao mesmo das outras prefeituras brasileiras em rede com o projeto e dos dois Órgãos sanitários federais nacionais, parceiros do projeto.

Esquema da estrutura do projeto

	CONSORCIO DO PROJETO	
	COMITE DE GESTAO	
	-direção geral do projeto	
	-gestão variante	
Project Coordinator EU		Project Manager loco
-coordenação geral		-gestão geral do projeto
-gestão Relação parceiros		-gestão das contas-correntes
-supervisão Secretaria		-gestão das despesas
-gestão relações com o Gvc		-gestão dos contratos
-gestao repr.com Bruxelas		-gestão do pessoal local
		-representa. do <i>Applicant</i>
		-coordenação dos parceiros br.
Secretaria Coord.Italia		Secretaria Coord. Local
-gestão balanços		-gestão contabilidade
-gestão prestação de contas		-gestão relações
-gestão arquivos gerais		-gestao arquivos locais
-gestão informação		-gestão informações
-gestão publicação		-gestão publicações
-gestão <i>siti web</i>		-gestão <i>siti web</i>
-gestão convênios		-gestão convênios
-gestão <i>work shop</i>		-gestão <i>work shop</i>
-gestão estágios f.EU		-gestão estágios f.EU
-gestão missões		-gestão missões
		Staff técnico informático
		-gestão redes
		-gestão <i>software</i>
		-gestão <i>hardware</i>

3.6.2 Descrição de cada subprojeto

premissa:

A articulação dos subprojetos a seguir identificados e descritos é o fruto de uma longa discussão e varias tentativas de agrupamento lógico de funções contíguas por conteúdo ou por competência.

Cada subprojeto vê a adesão de um ou mais parceiros, e o mesmo parceiro pode ser activo ao interno de outros subprojetos.

Todavia imprópriamente, entendeu-se de dever incorporar em um único subproduto todas as actividades de monitoração e valorização, seja sobre a política sanitária seja sobre os objectivos técnicos do Projecto, enquanto os resultados desta ação são esperados com grande interesse por parte dos parceiros brasileiros, dos Ministérios federal e estadual da Saúde, em particular, para compreender se como em quais condições e custos a experiência de Belo Horizonte seja repropsto às outras Prefeituras brasileiras.

3.6.2.1- Subprojeto 1: Coordenação, gestão e administração

A escolha de confiar o papel de *Applicant* a uma Ong com experiência de dez anos em gestão de programas de desenvolvimento financiados por Cooperações Italiana e Comunitária, mas também de múltiplos Oragos internacionais, foi unanime e fundada na necessidade de garantir ao projeto alguns fundamentais requisitos de gestão:

- rapidez nos procedimentos
- segurança da gestão financeira
- capacidade de organização em geral
- capacidade de relacionamento com parceiros internacionais
- confiança dos entes financiadores

A partir dessas exigências concluiu-se que o GVC dispunha das experiências necessárias e recursos humanos tais, a garantir o melhor sucesso do projeto e, assim sendo desempenhar o papel de *Applicant*.

Cumpra dizer que o GVC participa ha alguns anos de importantes Projectos de consórcios ASIA URBS no Oriente, onde a metodologia do trabalho e a implantação administrativa se assemelham muito aos programas @Lis.

• Os Sub-projetos

Os parceiros consideraram de dever, agrupar em um único subprojeto todas as funções e atribuições, e relativos custos, ligados à coordenação gestão e administração geral do Projeto na Europa e “*in loco*”, e confiar ao *Applicant* , que dispõe da necessária competência e experiência ha trinta anos.

São reagrupados, no interior deste subprojeto as seguintes e principais decisivas funções:

a) de coordenação na UE e “in loco”

- coordenação geral das actividades
- gestão das relações com os parceiros europeus e latino-americanos
- gestão das relações institucionais com Bruxelas

O GVC, applicant del Projeto, se encarrega com as próprias Secretarias em EU e “*in loco*”, de garantir a coordenação geral do projeto, acordada como relação entre parceiros, relações com Bruxelas em nome e por conta dos parceiros e sobretudo acordada como gestão das actividades em respeito ao plano de custos e do cronograma aprovado.

b) da administração em EU e “in loco”

- gestão da administração do projeto
- gestão das contas-corrente bancarias do projeto
- gestão da contabilidade diária e geral do projeto
- gestão das prestações de conta à UE
- gestão do arquivo contabil geral e dos arquivos contabeis locais
- gestão de variantes e prorrogações
- gestão dos contratos e das comissões

O GVC, *applicant* do Projeto, se encarrega com as próprias secretarias em EU e “in loco”, de garantir diante do Ente co-financiador principal, da UE, e dos outros entes co-financiadores menores (Prefeitura de Belo Horizonte, Província de Trento, Região Emilia Romagna), de haver a contabilidade geral do projeto, das relações e prestações de conta a serem enviadas a Bruxelas, da gestão, dos depósitos, seja de proveniência da UE que de outros Parceiros co-financiadores, além dos arquivos contabeis junto a sede de Bolonha, Villa Aldini. O GVC será, ainda, responsável pelos procedimentos administrativos para a provação de variantes ou prorrogações deliberadas do Comité de gestão do projeto, como também das ordens para contratos e fornecimentos, em respeito às normas europeias, da matéria

c) da gestão das actividades do Projeto na EU e “in loco”

- implementação das actividades previstas
- respeito do cronograma
- respeito do plano de custos

o GVC, através da própria equipe “in loco”, devera garantir, a correcta gestão das actividades do projeto, com respeito ao plano das iniciativas previstas e do relativo cronograma, bem como do plano dos custos aprovados.

• **Plano de trabalho**

O plano de trabalho prevê para tanto a cargo do *Applicant* o emprego de recursos humanos e financeiros necessários para a obtenção de todos os objectivos do projeto, dando-se uma estrutura “in loco” e na Europa, adequada ao caso. A tal escopo, o GVC devera:

- assegurar ao projeto todos os especialistas necessários em matéria de Informação Tecnológica, não imediatamente disponível ao próprio interno, com referencia aos objectivos específicos individualizados.
- Dispor todos os contratos de serviço, com sociedade e consultas externas ao projeto, necessários à obtenção dos objectivos, com particular referencia a aquisição dos bancos de dados e dos software.
- gerir todas as reservas financeiras do projeto conforme o plano de custos aprovado pela UE e prestar contas à Comunidade nas formas preestabelecidas;
- coordenar todas as actividades do projeto em conformidade com o plano das actividades e com o cronograma aprovado pelos Parceiros e pelos Entes co-financiadores, pela UE;
- garantir ao projeto a necessária visibilidade (*cf. subprojeto nr.2*)

• **Função de cada parceiro**

Esta função è substancialmente reservada ao *applicant* e de sua exclusiva competência , que disporá à necessidade de duas Secretarias operativas na Europa e “in loco”.

A Prefeitura de Belo Horizonte funcionara como inter-face local, para tudo quanto riguarda aos problemas da coordenação, administração e gestão.

3.6.2.2 – Subprojeto 2: Informação, documentação e visibilidade

premissa:

também neste caso os parceiros convencionaram confiar a gestão deste sub-projeto ao *Applicant*, enquanto se trata de funções gerais para o funcionamento e a visibilidade do projeto no seu todo e que para tanto, deve haver o máximo de uniformidade

Também neste caso, talvez impropriamente foram reagrupadas em um único sub-projeto diversas funções, no entanto todas atinentes em geral à visibilidade do projeto. Será mais fácil em tal modo, produzir informações e aprofundamentos coerentes e não repetitivos sobre as actividades do Projeto e seus resultados.

Em linha de máxima, os parceiros concordaram em utilizar ao escopo, ao menos três línguas básicas:

- a língua do Pai beneficiário: o português.
- a língua do Pai do Applicant: o italiano
- uma língua veicular: o inglês

Oportunidades diversas poderiam induzir à adopção de uma quarta língua.

• Os Sub-objetivos

Também neste caso os parceiros convencionaram confiar a gestão deste subprojeto ao *Applicant*, enquanto trata-se de funções gerais para o funcionamento e a visibilidade do projeto no seu todo e que para tanto, de haver o máximo de uniformidade

Será mais fácil em tal modo, produzir informações e aprofundamentos coerentes e não repetitivos quanto as actividades e quanto aos resultados do Projeto.

EM linhas de máxima, os parceiros concordaram em utilizar ao escopo, ao menos três línguas básicas:

- a língua do Pai beneficiário: o português
- a língua do Pai do Applicant: o italiano
- uma lingua veicular: o inglese

E' interesse precipuo da UE de modo que o caracter experimental dos Projectos @LIS possa alcançar o objectivo de sua repetição no contexto latino-americano, mesmo que, se no caso específico, nos ocuparemos, antes de tudo do Brasil, só extensivo quanto ao resto da América Latina. Tal objectivo pode ser alcançado substancialmente com dois instrumentos: com uma ação de monitoração e valorização (cf. subprojeto n.6) sobre as actividades e resultados do projeto, e precisamente com uma estratégia de publicidade dos mesmos a nível latino-americano e europeu. Tal estratégia compõe-se de 4 aspectos, que podemos definir também como:sub-sub-objetivos:

1. aquele da visibilidade:

as actividades do projeto devem tornar-se visíveis com iniciativas e meios apropriados;

2. aquele da documentação

os resultados do projeto devem tornar-se património comum de todos os interessados;

3. aquele da informação

as actividades e resultados devem ser circulantes e as tecnologias modernas são um meio insubstituível a tal escopo;

4. aquele dos aprofundamentos

os conteúdos e resultados do projeto devem ser objecto constante de confronto entre experiências europeias e latino-americanas.

Plano de trabalho

O plano de trabalho prevê uma serie de actividades miradas aos 4 aqui supra descritos:

- a) actividade de visibilidade (dépliants, folhetos publicitários, gadgets etc.)
- b) actividades de documentação (publicação, estudos, pesquisas resultados, etc.)
- c) actividades de informação (sito web, news, media,)
- d) actividade de aprofundamento (workshop, teleconferencias, seminários)

Função de cada parceiro

O subprojeto em questão vera em função de coordenação geral o Applicant, como ponto de síntese final de todas os diversos componentes do Projeto. Operativamente serão as duas Secretarias de coordenação do projeto(junto ao Applicant e “in loco”) a encarregar-se, activando, vez por vez, os parceiros especialistas e consultores do Projeto.

3.6.2.3– Subprojeto 3: Implementação SISTEMA “CUA” (Centro Unificado de Agendamento) ou “CUMC” (Centro Unificado de Marcação de Consultas) METROPOLITANO B.H.

- **Os Objectivos**

O seguinte subprojeto prevê a realização de um sistema de metropolitano de agendamento das prestações de assistência ambulatoria e hospitalar, provenientes dos 160 centros da saúde da Prefeitura de Belo Horizonte.

O modelo organizativo que se entende propor não é simplesmente um software e um sistema de rede, mas um Centro Unificado de Agendamento (CUA ou CUMC) com o fim de simplificar os procedimentos de acesso dos cidadãos aos serviços sanitários do território nos quais residam. A conexão em rede entre diversos sujeitos, que torna a oferta de prestações visíveis e agendáveis de qualquer ponto, consente ainda, de seguir os seguintes objectivos principais:

- decentralizar os lugares de primeiro contacto com o Serviço Sanitário;
- dar a possibilidade ao usuário de exercer plenamente a liberdade de escolha em relação aos lugares e às modalidades de obtenção dos agendamentos;
- tornar unitária e transparente a oferta das prestações, permitindo o agendamento “em circulação”, de qualquer ponto de agendamento (CUA ou CUMC), permitindo também uma adequada prestação de contas das actividades desenvolvidas de cada distrito ou estrutura sanitária;
- efectuar uma redistribuição do pedido, fornecendo aos administradores da saúde um sistema informativo sobre actividades ambulatorias, particularmente indicado para o governo e a racionalização do sistema complexo do pedido-oferta e para o controle dos tempos de espera para as diversas tipologias de prestações;
- informar os cidadãos sobre as oportunidades diagnosticas e de tratamentos oferecidos, sobre as modalidades de acesso, sobre os requisitos assistências, sobre os percursos propedêuticos para um uso correcto, afim da saúde, dos tratamentos hospitalares e territoriais;
- oferecer a possibilidade de interligar os diversos sujeitos sanitários operantes sobre o território, compreendidos os médicos e as farmácias e de afrontar as necessidades dos assistidos endereçando-os de modo apropriado ao sistema de oferta sanitária;
- operar campanhas de informação e de sensibilização capilares e miradas.

- **o cenário de referencia**

A rede dos serviços sanitários de Belo Horizonte conta com 160 unidades ambulatorias e um hospital municipal. Os centros ambulatorias incluem 127 centros de saúde, 7 laboratórios de análises, 16 unidades especializadas e 6 poli-especializadas, 4 unidades de urgência. Além disso, sobre o território existem cerca de 50 hospitais privados conveniados com o Sistema Municipal de Saúde. O Centro Unificado de Agendamento devera ser dimensionado para servir bacia de usuários de cerca três milhões de habitantes e colocar em circulação a oferta de 9 distritos sanitários em um volume complexo de cerca cinco milhões de prestação ao ano, que deverão ser acessíveis através de uma rede capilar e diferenciada de cerca 160 guinches.

- **A solução proposta**

Sobre a base das características do território de referência (a Prefeitura de Belo Horizonte), hipnotizou-se um modelo organizativo e técnico que prevê a unicidade do sistema software para os agendamentos e a presença de uma estrutura organizativa dedicada à coordenação centralizada do inteiro sistema de acesso (Centro de Serviços). A presença de um Centro de Serviços único, em grau de desenvolver funções de coordenação complexo do sistema CUA, de gestão das agendas de marcação das prestações sanitárias, como também de suporte ao *front office* (*help desk* para operadores de guinches, task force de intervenção “*in loco*” sobre os pontos de agendamentos; coordenação das normativas, etc.) tem como fundamental ponto de força aquele de garantir e manter no tempo a homogeneidade e a real unitariedade do serviço, principalmente para vantagem dos usuários desses serviços.

Além do que, um sistema unificado da maior garantias de credibilidade e segurança quanto à paridade de custos e consente economias de escala, no que riguarda a gestão e a manutenção.

O modelo organizativo do serviço CUA ou CUMC proposto funciona para os cidadãos como uma porta de acesso aos serviços sanitários articulada sobre três níveis organizativos “autónomos”, mesmo que entre si correlato:

- *os prestadores de serviços*, as unidades de produção do serviço sanitário que oferecem as prestações sanitárias, valem dizer, no caso específico, os centros de saúde, os laboratórios de análises, as unidades especializadas, as unidades poli-especializadas, as unidades de urgência e o hospital municipal;
- *o integrador*, ou seja, o Centro de Serviços que adquire dos prestadores de serviços a oferta sanitária e insere-a no sistema, tornando-a disponível ao sistema de agendamentos;
- *os distribuidores*, ou seja, o sistema de acesso constituído dos pontos CUA ou CUMC aos quais os usuários se dirigem fisicamente, indo pessoalmente ao guinche, para obter o serviço.

Para a realização e a gestão de um CUA ou CUMC no território da prefeitura de Belo Horizonte se propõe a constituição de um sujeito organizativo centralizado e unificante, denominado em prosseguimento Centro de Serviços CUA ou CUMC, que opere sob a direcção estratégica e técnica dos sujeitos prestadores de serviços envolvidos mas “externos” às mesmas, com funções de “integrador” em respeito à oferta colocada à disposição dos prestadores de serviços e à rede de pontos de acesso ao mesmo serviço.

- **As Ações**

As ações das quais se compõe o sub-projeto são:

1.

A realização de *um registro assistido* regional único, que torne possível a identificação unívoca dos pacientes;

2.

a realização de *um registro de identificação dos sujeitos prestadores de serviços* ou seja a individualização e o catalogo das estruturas prestadoras de serviços (hospitais, ambulatórios, laboratórios de análises, etc.), operantes no território da prefeitura.

3.
a levantamento dos dados e a elaboração de um catalogo dos serviços disponíveis ao agendamento junto ao CUA ou CUMC, e por este gestidos, quanto às suas tipologias (primeiras consultas, exames diagnósticos, controles, etc.) e das relativas modalidades de prestações de serviços (dietas, jejuns, colecta de materiais biológicos);
4.
o levantamento das agendas medicas gestidas pelo CUA ou CUMC, bem como os dias da semana, os horfaios e o numero de vagas disponíveis;
5.
a redacção da *normativa* que fixa as regras de agendamento para os operadores de guiches;
6.
realização de uma *Server Farm* architectada em três níveis (data base, application e web-presentation);
7.
realização de uma rede geográfica para a transmissão de dados, que garanta os níveis de segurança previstos da legislação local
8.
implementação da base dados e a parametrização do software aplicativo;
9.
preparação e o dimensionamento dos guiches CUA ou CUMC e dos Centro de Serviços por numero de vagas e horários de serviço;
10.
selecção e formação do pessoal (operadores de front end, de back office e de help desk);
11.
inspecção do sistema;
12.
inicio do serviço.

- **Plano temporal de máxima**

O plano temporal de máxima, anexado ao presente documento, ilustra a subdivisão das ações nos três anos de duração do projeto. Para a realização do CUA ou CUMC da Prefeitura de Belo Horizonte se prevê uma activação gradual do serviço, subdividida em três lotes. Ao final do primo ano, será completado o primeiro lote para uma cobertura no que riguarda a 40% do serviço, enquanto o restante 60% será completado nos dois anos sucessivos.

- **Função de cada parceiro**

Para alcançar os resultados dos sub-objetivos prefixados, o projeto prevê o recurso aos centros de consultas externos ao projeto e a sociedades fornecedoras de serviços, no campo da technology Information aplicada à “saúde”, come CUA ou CUMC 2000 (CUP 2000) ou outros similares, na Europa ou “in loco”, enquanto os parceiros responsáveis pelo controle e valutaçao sobre os objectivos a seguir serão a Região Emilia Romanha, a Província de Trento, o North Karelia Hospital Distric, e o Mistério da Saúde federal e Secretaria Estadual da Saúde, do Brasil.

3.6.2.4- Subprojeto 4: Informatização das CARTELAS CLINICAS

- **Os objectivos**

Objectivo geral do sub-projeto è realizar uma carteira clinica electrónica em escala regional que registre os eventos sanitários mais relevantes necessários aos cidadãos assistidos pelas estruturas sanitárias da Prefeitura de Belo Horizonte.

Através deste sistema informativo territorial, todos os atores do processo sanitário poderão consultar, mesmo via Internet, os dados clínicos e obter uma visão ainda mais unitária e integrada das informações inerentes aos episódios de tratamento dos cidadãos, a começar das relações clinicas dos serviços diagnósticos e das especialidades de primeiro nível até a cartela clinica dos episódios de internação.

Os benefícios esperados do intervento são uma maior facilidade de acesso da parte dos médicos do território, às informações clinicas dos pacientes e, de consequência, um maior conhecimento das condições clinicas e das prestações de serviços fornecidas aos pacientes de qualquer estrutura do território. Da realização do projeto se espera também um contributo significativo ao processo de unificação dos sistemas informativos e das codificações empregadas para o tratamento dos dados dos registros e dos dados clínicos.

- **O cenário de referencia**

A rede de serviços sanitários de Belo Horizonte conta com 160 unidades ambulatorias e um hospital municipal. Os centros ambulatorias incluem 127 centros de saúde, 7 laboratórios de análises, 16 unidades de especialização e 6 de poli-especialização, 4 unidades de urgência. No território existem ainda cerca de 50 hospitais privados conveniados com o Sistema Municipal da Saúde. A bacia de uso do sistema é de cerca 3 milhões de pessoas.

As informações sanitárias de um paciente são hoje parceladas ao interno de numerosas sedes do Sistema de Saúde, em sistemas informativos de dimensões ambulatorias, hospitalar ou departamental, que na maioria das vezes, resultam de papel. Até nos casos em que iniciou-se um processo de informatização, a presença de sistemas informativos heterogêneos não comunicantes entre si, torna impossível reconstruir o histórico clinico completo dos pacientes. Além disso, as estruturas sanitárias da Prefeitura de Belo Horizonte não dispõem de um sistema de codificação homogêneo de registros, cuja presença è requisito essencial para poder encontrar os episódios referentes a um dado paciente.

Uma ulterior dificuldade no processo que deve levar à constituição do sistema informativo clinico territorial é representado pela presença de grande quantidade de dados de suporte de papéis, no que riguarda aos episódios anteriores à introdução dos sistemas informáticos. A mudança tecnológica que levará à adopção de procedimentos informatizados ao interior das estruturas sanitárias para a redacção e colecta da documentação sanitária contida na cartela clinica vira pesadamente obstaculado, se a aquisição dos dados progressos se mantiver ancorada, ainda, às tradicionais soluções de papéis. Parece, desta maneira, necessária a passagem através do arquivamento informatizado das documentações de papéis, a fim de construir uma ponte entre duas diversas linguagens, de maneira a adequar preventivamente a organização às perspectivas futuras.

- **A solução proposta**

Os dados clínicos do paciente provenientes dos sistemas informativos locais vêm normalizados e recolhidos em um único banco de dados que se tornara a principal fonte de informações para os operadores sanitários empenhados nos processos de tratamento. Graças aos modernos sistemas de *middleware* é possível colocar em comunicação aplicações residentes nas plataformas heterogêneas para a elaboração e a transferência dos dados. Isto consente a um usuário conectado a qualquer ponto de acesso à rede de rechamar, com as devidas garantias de segurança e tutela da privacidade, inteira historia clinica do paciente e dispor assim das informações necessárias para individualizar o percurso de tratamento mais apropriado.

Quanto ao problema da documentação pregressa em papel, se propõe a constituição de um arquivo digital central, mediante “scannerização” das cartelas clínicas e das relações clínicas presentes nos arquivos de papel das estruturas sanitárias. Isso permitira aos operados sanitários examinar a documentação acendendo ao arquivo digital sem dever recorrer a recuperação das copias de papel, uniformizando assim as modalidades de verificação do histórico clínico do paciente, seja por aquilo que riguarda aos episódios registrados na cartela clinica informatizada, por aqueles originariamente registrados em cartelas clinicas de papel.

Este sistema de arquivamento lança, além disso, as bases para o desenvolvimento, em futuro, de um serviço de distribuição das cartelas em grau de simplificar e tornar mais veloz o iter burocrático para obtenção da documentação sanitária por parte dos cidadãos. O usuário poderá pedir a cartela requerendo um folheto que será posteriormente retirado junto aos escritórios prepostos à entrega ou expedida ao endereço indicado no ato do pedido. Em virtude da diminuída necessidade de consultas e movimentações, os papéis, ainda que fosse requisitada a sua conservação, pela norma vigente, poderão ser arquivados segundo critérios que reduzam de maneira sensível os custos de manutenção.

- **As Ações**

O sub-projeto tem por fim experimentar um sistema de gestão da cartela clinica electrónica em um numero limitado de estruturas sanitárias de Belo Horizonte, assim composto:

- 10 centros de saúde;
- 1 laboratório de análises;
- 2 unidades especializadas;
- 1 unidade poli-especializada;
- 1 unidade de urgência;
- 1 hospital municipal.

Neste âmbito, as ações das quais se compõem o sub-projeto são:

1. a introdução de um sistema *middleware* de interligação entre as diversas aplicações nas sedes territoriais;
2. a instalação da *server farm* central para o *data repository clinico* e do *hardware* periférico junto às sedes pilotos coligadas (ação comum ao sub-projeto CUA ou CUMC);

3. a criação do lá *data repository clinico* central (cartela clinica territorial) – A tal escopo devera ser preventivamente individualizado junto aos especialistas médicos o *set* de informações clinicas básicas que constituirá a estrutura convidada da cartela clinica. O *repository* será inicialmente alimentado com as relações clinicas dos laboratórios de análises e das especialidades ambulatorias. Em um sucessivo momento será populado também com informações relativas aos episódios de internação ocorridos, junto ao hospital municipal coligado ao sistema (dados da internação, diagnostico de ingresso e de alta medica, anamnesias, terapias, cartas de alta medica);
4. a criação de uma interligação para a consulta, mediante um *browser* comum, do *repository clinico* da parte de operadores não colegados aos aplicativos existentes
5. a constituição do registro único regional dos assistidos predisposto para o acesso às informações mediante carta magnética (ação comum ao sub-projeto CUA ou CUMC);
6. a introdução dos sistemas de autenticações digitais dos documentos informáticos;
7. a finalização das redes para o colegamento das estruturas sanitárias piloto e os seus *upgrade* para assegurar os *standard* de segurança requisitados do projecto e maior capacidade do transporte dos dados (ação comum ao sub-projeto CUA ou CUMC);
8. a formação do pessoal sanitário ao uso da cartela clinica informática;
9. a instalação dos dispositivos *hardware* necessários para constituir a central de digitação e arquivamento das cartelas e históricos clínicos em papel.
10. a instalação do *software* para o arquivamento e a consulta das documentações em papel;
11. implementação das cartelas e dos históricos clínicos em papel sobre um suporte electrónico e a activação de um serviço de consultação via Internet;
12. a formação do pessoal sanitário a consultação do arquivo das cartelas digitalizadas.

- **Plano temporal de máxima**

Vide: “ganttt cartelle cliniche.xls”

- **Função de cada parceiro**

Para o alcance dos sub-objetivos prefixados, o projecto prevê recorrer a centros de consultas externas ao projecto e a sociedades fornecedoras de serviços no campo da *technology Information* aplicada a ‘saúde’, como CUA ou CUMC 2000 (CUP 2000) ou outros similares, na Europa ou “in loco”, enquanto os parceiros responsáveis do controle e da avaliação sobre os objectivos a perseguir serão a Região Emilia Romagna, a Província de Trento, o North Karelia Hospital District, o Ministério federal e a Secretaria Estadual da Saúde do Brasil.

3.6.2.5- Subprojeto 5: TELEMEDICINA

- **Os objectivos**

Objectivo geral do sub-projeto è realizar um “Centro de Telemedicina e de serviços sócio-sanitários em rede” para colocar a disposição comum, informações clinicas provenientes de pontos geograficamente distantes. Um Centro de Coligação entre diversos níveis de tratamento sobre o território (Medico de Medicina Geral, complexos sanitários, poli-ambulatorios, emergência, hospitais, centros de habilitação, tratamentos domiciliares), com a finalidade de assegurar uma assistência medica a pacientes distantes dos centros sanitários, que possa integrar-se com os serviços territoriais para garantir aos usuários a “continuação do tratamento”.

Nos últimos dez anos o frenético avanço tecnológico nos sectores da electrónica, da informática e das telecomunicações, trouxe inúmeros elementos inovadores no campo dos serviços oferecidos aos cidadãos. A inovação tecnológica impôs de fato, as premissas para uma revolução nos sistemas de comunicação do sector sanitário, tornando concretas as perspectivas inimagináveis, pouco tempo faz. Pensando-se, por exemplo, na colecta de dados clínicos provenientes de sistemas diagnósticos separados entre si, a monitorização remota de parâmetros clínicos, a distribuição capilar das informações medicas, etc.

A Telemedicina e os telediagnósticos

Das diferentes definições havidas no tempo, provavelmente a mais apropriada é aquela concordada a nível comunitário: a telemedicina representa a integração, a monitoração e a gestão dos pacientes, bem como a educação dos pacientes e do pessoal usando sistemas que consentem um pronto acesso a consultas de especialistas e as informações dos pacientes, independentemente de onde o paciente ou as informações residam.

No âmbito da medicina, de fato, frequentemente os usuários estiveram dispostos a efectuar longos trajectos, acreditando na certeza de serem seguidos e curados junto ao centro que parecia ser o mais competente para resolver os seus problemas. Isso traduz-se em um numero muito grande de custos a sustentar, para o paciente e os seus familiares, desde o custo da viagem a custos de hospedagens junto a estruturas hoteleiras aos quais se devem somar o desconforto que tais locomoções causam, seja em termos logísticos, seja de trabalho empregado. Conseguindo fazer viajar, apenas as informações ao invés do paciente, se obteria, um beneficio imediato para o mesmo paciente, que poderia usufruir de uma prestação especializada, por excelência, evitando deslocamentos físicos. A tecnologia, de fato, consente transmitir áudio, vídeo e dados (batimentos cardíacos, ecografias, lametas histológicas, sinais biomedicos monodimensionais e bidimensionais) em tempo real e com a máxima clareza.

- **Os campos de aplicação da Telemedicina**

Os campos de aplicação da telemedicina são numerosos, mas sobretudo em rápida e continua evolução. A atual, larga difusão de tecnologias telematicas, entre as quais a rede ISDN e HDSL, tornam finalmente factível a possibilidade de realizar Estações Sanitárias Multimediais capaz de tornar disponível um serviço, pela qualidade e competência, que até pouco tempo faz, era somente hipótese. O elemento de novidade é aquele de fornecer, em tempo real e a prescindir da distancia, um suporte áudio, vídeo e dados, assim sendo, a possibilidade de um “contacto” virtual medico-paciente que constitui um elemento essencial na resolução das patologias mais comuns, dando, de um lado, a possibilidade ao medico de

integrar os dados clínicos com um exame visual do paciente e, a este último a possibilidade de estabelecer, assim, um “transfer” com o médico. A alta qualidade do collegamento áudio/vídeo é capaz de tornar “realista” o desenvolvimento da “tele-consulta” com a mesma naturalidade com a qual seria o diálogo entre médico-paciente, se estivessem fisicamente presentes na mesma sala.

A Telemedicina representa, desta forma a fronteira mais avançada da assistência sanitária e oferece múltiplas oportunidades:

- ◆ Uma melhor utilização das diversas competências profissionais;
- ◆ Um melhor emprego das estruturas sanitárias;
- ◆ A tempestividade na assistência diagnóstica e terapêutica de urgência e de pronto socorro;
- ◆ A disponibilidade contínua de consultas especializadas para os hospitais menores ou pequenos centros;
- ◆ Uma melhor assistência sanitária às comunidades territorialmente dispersas;
- ◆ A redução do tempo de internação dos pacientes e do percurso casa-médico-hospital;
- ◆ A disponibilidade pre-ordenada dos serviços de pronta intervenção sanitária para graves emergências ou calamidades;
- ◆ A otimização das potencialidades didáticas, de actualização e de educação sanitária.
- ◆ Fornecimento de instrumentos típicos para a efectuação das tele-consultas médicas;
- ◆ Colecta electrónica de dados, sinais e imagens a nível nacional e internacional;

- **A projecção de um Centro de telemedicina e de serviços socio-sanitários em “rede”**

A realização de um “Centro de Telemedicina e de serviços socio-sanitários em rede”, pode incidir positivamente na qualidade de vida dos cidadãos usuários, porque oferece um válido e eficaz instrumento de collegamento entre diversos níveis de tratamento (médico de Medicina Geral, complexos sanitários, poliambulatorios, emergência, hospitais, centros de reabilitação, tratamentos domiciliários...) para a experimentação de modelos assistências alternativos. Isso, de fato garante a integração gradual às prestações sanitárias oferecidas e consente realizar o conceito de “continuidade assistencial”. No âmbito das possíveis aplicações de serviços de telemedicina, o Centro também pode operar na qualidade de cruzamento de redes telemáticas de prestações sanitárias nas vestes de: serviço de telemedicina, o Centro pode operar em qualidade de nodos da rede telemáticas de prestação sanitário como de:

1. **Ponto de Distribuição** lugar onde torna-se disponível o acesso aos serviços sanitários especializados remotos em locais de prestação de excelência sanitária;
2. **Ponto de Excelência** sujeito produtor de prestações sanitárias especializadas por excelência tornadas úteis a outros sujeitos ou POD; mas também se configurar quais:
3. **“Central de Escuta”** com referencia ao âmbito local/provincial para a gestão, tramite aplicação telemática de serviços de “Call Center”, da questão de prestação/controlar de actividades de Continuidade Assistencial e de serviços de tele-assistência domiciliar.

Os serviços do Centro podem ser endereçados aos seguintes *target* de referencia

- Os singulares cidadãos/pacientes que usufruem directamente das aplicações telemedicinal sem qualquer intermediação que não a prescrição ou requisito indicação do pessoal médico ou sanitário dos quais estão em tratamento;
- Os operadores sanitários, sejam internos que externos ao Poliambulatorio, que pelo aprofundamento ou a confirmação de um caso/diagnóstico clínico/a requerem uma consulta por parte de um especialista de um centro sanitário de excelência ou que para seguir a distancia os próprios pacientes encaminham-nos ao Poliambulatorio;
- As Empresas ou Entes sejam Públicos que Privados.

O trabalho dos médicos de base podem também ser requalificados graças a teleconsultas que oferece, aos próprios assistidos, prestações especializadas evitando praticas burocráticas, listas de espera e atrasos nas individualizações precoces das patologias garantindo ao mesmo tempo o acesso aos serviços e prestações de teleconsultas através de agendamento

O Centro de Telemedicina poderia ser o instrumento para promover a integração e a qualidade das curas domiciliares, a monitoração e a condvisao dos dados e das informações socio-sanitarias, superando os desconforto e as dificuldades da mobilidade nas cidades;

- **Ações**

O ambulatório, ou os ambulatórios de telemedicina, devera/ao ser dotado/s:

1. das postações para a video-conexao e das coligações para suportes de redes internas e externas.
2. Os ambulatórios deverão ser integrados com os aplicativos SW para a gestão administrativa além dos dados clínicos.

Devera ser possível, além disso, em conclusão das sessões de teleconsultas, poder proceder: ao envio ou recepção dos históricos clínicos produzidos digitalmente e enviados/recebidos ou com o suporte da assinatura digital (em caso de relações business to business e business to professional) ou via FAX, com sucessivo ínvio/recepção postal das originais; no confronto da prestação fornecida; ao agendamento de uma nova hora marcada.

- **Projectos em curso**

São já operantes duas iniciativas de telemedicina e teleconsulta que vêm um envolvimento directo da Sociedade “CUP 2000 S.p.A.”. A primeira a nível nacional, conduzida em conjunto com o Instituto Ortopédicos Rizzoli de Bolonha para consentir o acesso e o gozo das prestações ortopédicas fornecidas pelo centro sanitário de excelência, por parte das sedes periféricas distantes e Entes sanitários públicos e privados. A segunda junto a Prefeitura de Salsomaggiore, com o envolvimento da empresa UsI de Parma, para a projecção e a realização de um sistema de fornecimento de serviços de telemedicina e teleconsulta entre complexos de estruturas sanitárias da cidade e o hospital de Mirandola para as prestações cardiológicas.

- **Plano temporal de máxima**

- **Função de cada parceiro**

Para o alcance dos sub-objetivos prefixados, o projecto prevê recorrer a centros de consultas externas ao projecto e a sociedades fornecedoras de serviços no campo da *technology Information* aplicada a ‘saúde’, como CUA ou CUMC 2000 (CUP 2000) ou outros similares, na Europa ou “in loco”, enquanto os parceiros responsáveis do controle e da avaliação sobre os objectivos a perseguir serão a Região Emilia Romanha, a Província de Trento, o North Karelia Hospital District, o Ministério federal e a Secretaria Estadual da Saúde do Brasil.

3.6.2.6- Subprojeto 6: Banco dados Medicina do Trabalho

- **Os sub-objetivos**

Um banco de dados sobre a higiene e segurança do trabalho deve substancialmente responder a duas diversas finalidades, entre elas obviamente integradas e complementares:

- uma finalidade conhecedora dos fenómenos e dos dados relativos a situação do território, orientada as opções programáticas, de interventivo, bem como, à verificação da eficácia e coerência dos interventos activados.
- uma finalidade de suporte informativo e documental para todos os sujeitos interessados na tutela da saúde e segurança do trabalho, com particular referencia aos trabalhadores e as suas organizações

- **Plano de trabalho**

- a) para o Banco de dados orientado ao conhecimento e monitoração dos fenómenos e dos dados

Esta seção do banco de dados deve ser alimentado de informações actualizadas e correctas especialmente sobre dois fenómenos mais indicativos da situação, relativa à higiene e segurança do trabalho: **os acidentes do trabalho e as doenças profissionais.**

No termo “doenças do trabalho” inclua-se o senso mais amplo, seja o conjunto de patologias dependentes exclusivamente do ambiente e condições de trabalho, seja do conjunto de patologias correlatas e de concausas.

Necessário è, antes de tudo, individualizar as fontes que possam fornecer tais dados (*empresas, médicos, institutos de seguros, hospitais, órgãos de vigilância da administração publica, etc.*), verificar os vínculos e/ou oportunidades oferecidas da normativa vigente, concordar com os sujeitos mais importantes, em termos de completa espera dos dados, as formas de colaboração, pontualizar os instrumentos informativos para a registarão e colheita dos eventos a sinalizar, prever as formas e modalidades de elaboração dos dados, finalizando-os à sua utilização para a programação e avaliação, bem como à sua difusão e socialização.

Estes dados deverão ser colhidos em continuação, e prever elaboração ao menos, anual.

Este primeiro nível de base (*que poderemos definir como “estatísticas correntes”*) poderia ser utilmente implementado (*se as condições do contexto e a disponibilidade das reservas consentirem*) com a construção de um ulterior segmento do banco de dados, consistente **no mapeamento dos riscos e das exposições do território.** Os dados a serem colhidos (*e consequentemente elaborados*) poderiam ser os seguintes:

- nome, tipo de produção, numero de adeptos de todas as empresas do território.
- sintética e resumida valutação dos riscos presentes (*e eventualmente de seus níveis*)
- numero de trabalhadores esposos aos diversos riscos e níveis de riscos.

Para a coleta destes dados podem ser de relevante interesse outras fontes, além daquelas supracitadas: a cambra de comercio (*ou estrutura equivalente*) , as associações datoriais e sindicais, as administrações publicas estatais e/ou locais que dispõem de informações actualizadas e atendível no mérito.

Também aqui será necessário definir um instrumento informativo “ad hoc” e prever modalidade idónea de elaboração de dados. Deveria ser, antes de tudo, constituído um registro-mapeamento de base (*que seria elaborada, para não haver em mãos dados já “deteriorados”, em um tempo muito curto, por exemplo, não superior a dois anos*), que possa ser actualizado (*com actualização dos dados em tempo real, coisa que ao menos em teoria*

parece de difícil praticabilidade, ou com actualizações pre-ordenadas em ritmo periódico, por exemplo anual), para poder dispor de dados suficientemente realísticos e exactos. Naturalmente, este segundo possível segmento do banco-de-dados, operando não sobre dados de estatísticas corrente a recuperar, mas sobre dados a serem pesquisados e sistematizados “ad hoc”, requer uma notável disponibilidade de reservas humanas, neste momento, não quantificável. Poderia, em consideração de tudo quanto acima exposto, em face às dificuldades de sua realização, ser prevista como uma possível implementação sucessiva (*ainda que lógica, que fosse contemporânea, ou mesmo preliminar*) do banco-de-dados de base quanto a acidentes do trabalho e doenças profissionais, enfrentada em um segundo momento e depois de uma pontual e precisa valutação de factibilidade, a ser cumprida no lugar.

b) para o banco-de-dados orientado a suporte e documentação

Objectivo desta seção do banco-de-dados è aquile de colocar à disposição dos interessados (*em particular organizações sindicais, funcionários e delegações, mas também eventualmente trabalhadores singulares, mesmo que estes representem uma tangente muito mais difícil de alcançar o de faz-se alcançar por estes*) informações, materiais, documentos, de fácil e simples uso, seja inserindo estes materiais no mesmo banco-de-dados, seja prevendo *link* com outros bancos-de-dados *on line*. O banco-de-dados poderia haver, ao menos em fase inicial e por um período experimental de um ou dois anos, suporte de um guiche informativo dedicado à orientação sobretudo para fazer com que os usuários sejam capazes de utilizarem o sistema de modo autónomo. Informações, materiais, documentos, devem reguardar substancialmente as normas de leis sobre a segurança e higiene do trabalho, os riscos para a saúde e para a segurança, as suas possíveis consequências sobre os trabalhadores, as principais, mais eficazes e validas soluções e medidas para reduzir ou eliminar (*onde possível*) os riscos. O banco-de-dados será acessível através de um sistema *key-words*, e poderia utilmente conter também um arguivo de FAQ (*frequently asked questions*).

c) disponibilidade das referencias e materiais (software inclusos) para a realização do banco de dados

O banco de dados supra hipotizado para ambas as secções, certamente não constitui uma novidade, ao menos no nosso país; entra outras coisas, è de se recordar que problemas análogos foram enfrentados também em experiências precedentes, de cooperação internacional com outras áreas do Brasil, portanto, poderiam ser utilmente recuperados e desfrutados os conhecimentos adquiridos: menciona-se, a seguir, os nomes de alguns dos operadores mais activamente empenhados nos interventos acima citados: o dr. Antonio Reggiani (*ROMA*), o dr. Marco Biocca e a dra. Adriana Pasquini (*BOLONHA*), o dr. Emilio Volturo (*MELEGNANO-MI*), etc.

Em particular, è já estado previsto recuperar boa parte do material disponível, entre os quais o utilíssimo “glossário dos descritores”, redigido em três línguas (*português, italiano, inglês*), que poderá consentir de agilizar muitíssimo o processo de construção da lista de *key words*, enquanto o mesmo glossário, de fato, constitui já substancialmente a mesma lista, também o documento de agosto de 1996, do Centro de Vigilância Sanitária dela Secretaria de Estado da saúde de São Paulo denominado “METODOLOGIA PARA ORGANIZACAO DE DOCUMENTOS NA AREA DE SAUDE DO TRABALHADOR”.

Quanto à primeira secção do banco de dados, para o segmento “Estatísticas correntes”, sem duvidas pode ser útil a experiência INAIL, bem como aquela do Observatório de Acidente do Trabalho da Região Emilia-Romanha (que entre outras coisas parceiro do projecto; quanto ao que se refere ao segundo segmento (“*mapeamento dos riscos e dos expostos*”) pode ser útil a

experiência de algumas empresas USL da Emilia-Romagna (em particular, aquela da cidade de Bolonha).

Relativamente à segunda seção do banco-de-dados (*suporte e documentação*), consideramos particularmente validas duas experiências, a propósito coligadas entre si: aquela do CDS das empresas USL de Bolonha e Ravenna, hoje inserida organicamente no âmbito da agência Sanitária Regional da Emilia-Romagna, e aquela do SIRS da Província de Bolonha (*estrutura dedicada ao suporte, informação e documentação para representantes dos trabalhadores, contruída através de uma partnership entre entes locais, organizações sindicais e empresa USL*).

Ambas as estruturas poderiam ser utilmente envolvidas no projecto, como portadoras de notáveis competências e experiências no mérito.

d) recursos necessários

Examinando os recursos humanos, são necessários ao menos dois especialistas em prevenção, higiene e segurança do trabalho (*possivelmente de duas diversas profissões, um medico e um técnico, ma isso não è um vinculo, do momento em que deverão, obviamente valersi de ulteriores colaborações, do tipo acessoramento*), para a definição das pontualizações dos conteúdos, dos instrumentos informativos, das metodologias operativas, disponíveis a permanecerem no local, para a necessidade de aprofundar as situações específicas e construir a rede de relações; também são necessários um ou dois informáticos, próprio em razão dos aspectos técnicos (*informáticos*) do banco-de-dados (*também neste caso serão necessários, ainda que em menor escala, permanecer no local*). Os especialistas italianos naturalmente deverá haver a lado pessoal local (*e não apenas pelo problema da língua*).

• **Função de cada parceiro**

Parceiro deste sub-projeto serão:

- de um lado as organizações sindicais empenhadas dentro dos locais de trabalho (*CUT, Escola Sindical, Iscos-Cisl Emilia Romanha*), que com as próprias estruturas poderão garantir a colecta de informações necessárias
- de outro lado, o Serviço de medicina do trabalho da Prefeitura de Belo Horizonte, enquanto serviço publico sanitário encarregado das intervenções nos locais de trabalho.
- e na Europa os Serviços de medicina do trabalho da Região Emilia-Romanha com a função específica de transmitir as próprias experiências e fornecer o *know how* necessário à preparação e ao funcionamento do Banco-de-dados e a sua coligação com outros bancos existentes.

3.6.2.7- Subprojeto 7: Extensão Nacional, Monitoração e Avaliação

premissa:

Os parceiros entenderam de dever reagrupar em um único sub-projeto as ações referidas a uma das questões fundamentais do mesmo projecto: isto è, a sua extendibilidade e repetibilidade a nível nacional e latino-americano.

Para tal efeito, o projecto entendeu dever conglobar ao próprio interno, ou seja entre os Parceiros, seja algumas outras importantes Prefeituras nacionais, que alguns órgãos sanitários federais, dos quais dependera num futuro próximo a implementação da tecnologia informática aplicada a 'saúde' em escala nacional.

A partir das experiências de Belo Horizonte e da confrontação com os parceiros europeus, já avançados sobre essas mesmas experiências, será mais fácil verificar a possibilidade de repeti-las e estende-las aos efeitos do projecto.

• **Os sub-objetivos**

Os sub-objetivos previstos neste sub-projeto são substancialmente três:

- a) seguimento do itinerário das actividades do projecto
todos os parceiros públicos do projecto, europeus e latino-americanos, assegurarão uma presença constante no projecto através dos meios de comunicação e informação activados do mesmo projecto (*sito web, news, publicações etc.*) para verificar as condições de extensão do projecto a nível nacional.
- b) monitoração sobre a implementação das actividades previstas
os parceiros públicos do projecto assegurarão também, através de apropriadas missões "in loco", a função de monitoração sobre a correcta implementação das actividades previstas.
- c) avaliação sobre os impactos das actividades implementadas (*custos/benefícios, etc.*)
no curso da duração do projecto os parceiros públicos terão o dever de efectuar dois tipos de avaliação de impacto do projecto:
 - uma avaliação extremamente técnica sobre a funcionalidade das técnicas informáticas aplicadas;
 - uma avaliação invés geral de política sanitária para avaliar sustentação do conjunto do projecto, do ponto de vista dos custos/benefícios.

• **Plano de trabalho**

O plano de trabalho previsto è exactamente correspondente aos sub-objetivos previstos:

- a) Realização dos projectos de factibilidade para as Prefeituras coligadas
Na conclusão do projecto, o Comité de gestão do mesmo projecto devera poder apresentar oficialmente as três Prefeituras coligadas os textos dos projectos de factibilidade para cada singular Prefeitura
- b) Actividade de seguimento do itinerário das actividades do projecto :
será este o dever mais simples, mas indispensável para a correcta compreensão do experimento, e de seus resultados, que se cumprira na cidade de Belo Horizonte; os parceiros responsáveis deste sub-projeto, da parte brasileira em particular, se empenham

a presenciar no Comité de gestão do projecto, para o seguimento das actividades ordinárias, constituindo esta uma oportunidade única para entender a fundo a experiência a ser realizada e a sua extensão ao território nacional;

c) Participação às missões de confronto com as experiências europeias

Aos parceiros públicos brasileiros será oferecida a oportunidade de adequados cursos de aprofundamento na Europa, junto às sedes das diversas experiências em curso.

d) Actividade de monitoração sobre a implementação das actividades

Será esta com a sucessiva, uma tarefa precípua dos entes públicos sanitários europeus e brasileiros, externos a Prefeitura de Belo Horizonte e outros entes técnicos implicados na realização do projecto; tarefa finalizada ao controle da correcta implementação das actividades do projecto, sobre a base do plano das actividades e dos custos aprovados; esta actividade se formalizara em algumas missões conjugadas de monitoração sobre o projecto, das quais farão parte os parceiros aqui indicados

e) Actividades de avaliação de impacto sobre actividades do projecto

È seguramente esta a actividade de maior interesse para os parceiros aqui, infra-indicados: não só seguir, vizinho a experiência, não só controlar vizinho a correcta implementação das actividades, mas sobretudo, verificar os resultados destas actividades, sob diversos perfis ou parâmetros de avaliação:

- aquele da sustentação dos custos em relação ao contexto.
- aquele das vantagens directas dos cidadãos (*acesso, custos, qualidade dos tratamentos, etc., de cada ponto de vista*).
- aquele do reforço dos serviços públicos sanitários (*em relação àqueles privados*)
- aquele da capacidade endógena de produzir modelos tecnológicos funcionais e sustentáveis, etc..., etc.

Esta actividade também poderá se desenvolver através de uma serie de missões de avaliação da parte dos parceiros, aqui descritos, que ao escopo enviarão pessoas profissionalmente competentes.

• **Função de cada parceiro**

Esta função de estudar cada possibilidade de extensão a nível nacional as actividades do projecto, devera ser assumida propriamente por parte europeia, da Província de Trento, do North Karelia Hospital District., e outros parceiros públicos e pela parte brasileira do Ministério federal da Saúde e Secretaria Estadual da Saúde e seus órgãos de coordenação

São encarregados da execução deste sub-projeto os seguintes parceiros:

- O Ministério da Saúde Federal brasileiro (*Brasil*)
- A Província de Trento (*Italia*)
- A Universidade de Roskilde (*Dinamarca*)

que juntos formarão uma equipe de monitoração e avaliação do projecto.

3.7 Metodologia

A metodologia do projecto è baseado fundamentalmente sobre alguns princípios básicos:

a) **Valorização** (*máximo empenho e valorização dos recursos e do Know how existentes “in loco”, rejeitando cada lógica*).

Por sua natureza os projectos @Lis dirigem-se aos países em via de desenvolvimento que dispõem já das condições necessárias para um mais fácil encontro com a *Information technology* e portanto com a máxima valorização do emprego de tecnologias informáticas avançadas, aplicadas ao desenvolvimento de sectores vitais da sociedade, tal qual aquele da SAUDE, como no nosso caso. Os parceiros, europeus sobretudo, para tanto se empenharam em valorizar, o mais possível, os recursos intelectuais e o *know how* existentes no Brasil no campo da *Information Technology*, assegurando para a sua parte todos os suportes tecnológicos necessários fundado em importantes experiências já realizadas na Europa.

b) **Participação** (*máxima participação actividades do projecto*).

O projecto, assim querendo, activou o maior numero possível de parceiros brasileiros, além dos europeus a cada nível (administração publica local, universidade, clinicas, sociedades de informática, etc.), para assegurar o máximo de envolvimento em uma experiência seguramente importante para a “saúde” no Brasil. Com tal objectivo o projecto, até mesmo na sua redacção material, cercou de evidenciar não unicamente os inevitáveis aspectos tecnológicos que por si só poderiam constituir objecto de uma simples chave em mãos), mas prima de tudo os relevantes aspectos metodológicos do envolvimento activo de todos os parceiros na realização desta experiência.

c) **Intercâmbio** (*criação de solidas relações de intercâmbio com os parceiros europeus*)

O Projecto, em todo o percurso da sua elaboração, procurou evidenciar outro aspecto metodológico importante, ou seja, criar condições e modalidades tais de trabalho entre parceiros europeus e latino-americanos que possam tornar-se as premissas para um sistema de intercâmbio futuro, a projecto concluso, entre Brasil e Europa, até mesmo além do Projecto @Lis e fora deste; em suma, esbalecer entre administração publica e sociedades de informática brasileiras e europeias, um nexos permanente da desenvolver, até mesmo sobre o plano puramente comercial.

d) **Visibilidade** (*assegurar ao projecto o máximo da visibilidade*).

A visibilidade do projecto e dos seus resultados não poder ser considerado um elemento de superficial exibição ou ostentação, mas uma modalidade sumamente eficaz sob o perfil da reproducibilidade do mesmo projecto. Já a mesma publicação da linha @Lis, só pelo fato de ser conhecida na Europa, como na América Latina, tornou-se oportunidade de encontro entre países e da vontade de reprodução de experiências e modelos. Este projecto e a vontade dos parceiros ali contidos, nasce da visibilidade @Lis

Consequentemente, como desejado pelo co-financiador UE, o projecto prevê uma serie de iniciativas, todas compreendidas sob o titulo da “visibilidade” tese para o alcance de dois objectivos:

- fazer conhecer a experiência de Belo Horizonte no Brasil e na América Latina
- fazer conhecer a mesma experiência na Europa.

Com tal escopo, recorda-se que serão usadas 4 línguas: português, inglês, alemão e italiano São estes princípios inspiradores da metodologia de trabalho que os parceiros entenderam adoptar, que materialmente substancia-se como segue:

Ao ato pratico os três princípios metodológicos acima expostos implicam modalidades concretas de trabalho, as quais:

- assegurar ao projecto instrumentos de direcção e gestão equal
 - assegurar ao projecto a transparencia do uso de todos os recursos financeiros
 - associar todos os parceiros 'públicos' às importantes missões de monitoração e avaliação
 - criar uma real e eficaz distinção de funções entre
 - parceiros do projecto, públicos, ong
 - consultas técnicas externas ao projecto, pessoas ou sociedades
 - fornecedores de serviços ao projecto, pessoas físicas ou sociedades
- impedir através desta que um projecto "a doação" torne-se de fato, uma oportunidade

Mais concretamente, a estrutura de funcionamento do projecto é aquela já acima indicada:

- o Conjunto dos Parceiros do Projecto (*Memorando*)
- o Comité misto de gestão do Projecto "*in loco*" para a duração do projecto
- o Management do projecto "*in loco*" (*Project Manager*)
- o Coordenação do projecto na Europa (*Project Coordinator*)
- o Secretaria de gestão do projecto "*in loco*"
- o Secretaria de coordenação e administração do Projecto na Europa

3.8 **Pressupostos e riscos**

Como em cada programa de desenvolvimento, também neste caso, os parceiros concordaram sobre a necessidade de evidenciar as condições de factibilidade e os riscos possíveis nos quais o projecto poderia incorrer no curso da sua duração.

a) condições de factibilidade

múltiplas são as condições de factibilidade que foram consideradas pelos parceiros do projecto, aquelas condições de partida que podem garantir, a via de inicio uma correcta implementação do projecto:

- antes de tudo uma fortuita coincidência de interesses ou conjuntura histórica interessante, que permitiu o encontro de duas vontades ou decisões (da parte da Prefeitura de Belo Horizonte e da parte do Applicant e alguns dos seus alheados) sobre o mesmo argumento; enquanto o Applicant estava procurando individualizar os parceiros latino-americanos interessados na proposta, a Prefeitura de Belo Horizonte manifestou o mesmo interesse e a mesma vontade; esta coincidência de vontades constituem seguramente um importante factor de factibilidade do projecto, enquanto documenta a ausência de qualquer imposição da vontade dos beneficiários finais do projecto;
- uma segunda condição importante de factibilidade esta, seguramente na existência, dentro das organizações da estrutura da Prefeitura de Belo Horizonte e dentro das instituições universitárias e clinicas envolvidas no projecto, do *konw how* de base necessário para receber e valorizar propostas de alto conteúdo tecnológico; não obstante isso, entre as Instituições citadas, existe já um eficaz *feeling* de colaboração, que facilitara a implementação do projecto e o alcance dos objectivos;
- uma terceira favorável condição relevada pelos parceiros europeus com grande satisfação, foi o pleno envolvimento dinâmico da Prefeitura de Belo Horizonte e das três Instituições federais (universidade, etc) bem como do Ministro da Saúde, já na

fase preparatória do projecto, demonstrando muito interesse e curiosidade sobre o conhecimento das experiências europeias acerca dos conteúdos deste projecto;

- certamente deve-se avaliar entre as condições de factibilidade do projecto e o suporte directo do local Ministério da Saúde federal, o mesmo projecto pelo tramite de dois organismos deferias; o dado è importante em si, mas também em função da filosofia de @Lis em função da reprodução do projecto em escala latino-americana; do mesmo modo deve ser avaliado, como factor importante de factibilidade do projecto, o suporte acordado com o Ministério do trabalho local, para a cobertura dos custos de pre- projectação, não sustentados da @Lis.
- é de enumerar-se entre as condições de factibilidade do projecto, o suporte directo do Ministério Federal da Saúde local ao mesmo projecto, tramite dois Órgãos sanitários federais; o dado è importante em si, mas também em função da reprodução do projecto em escala latino-americana; do mesmo modo vai enumerado como factor importante de factibilidade do projecto o superote acordado com o Ministério do Trabalho local, para a cobertura dos custos de pre-projectação não sustentados de @Lis.

b) **Riscos:**

Apesar da não relevante importância, tratando-se de publica administração, que por sua natureza autogarante a própria continuidade, mesmo assim, os parceiros entenderam identificar alguns factores de risco que poderiam comprometer, não totalmente, mas seguramente parcialmente alguns resultados do projecto:

- A piora das condições económicas do Brasil:

é um dado de fato, o projecto se situa em um contexto socio-economico em forte piora; piora que ha tempos esta determinando tais importantes balanços das administrações locais (fenómeno que poderiam continuar até mesmo depois das eleições presidenciais, já em curso) e que poderiam por isso, cortar também à Prefeitura de Belo Horizonte, parte dos recursos financeiros colocados à disposição do Projecto; mas, mesmo isso verificado, os parceiros entendem que, na pior das hipóteses, se devera proceder simplesmente a uma proporcional redução do raio de ação do projecto, e não de certo, a suspensão do mesmo;

- Os altos custos da rede telematica, do software e do hardware:

risco real objectivo verificado já em fase de elaboração do projecto, mas com uma linha de tendência absolutamente clara em deflação como no resto do mundo, quase de um mês ao outro, coisa que deixa a esperar por melhoras para o futuro próximo imediato; já hoje os serviços fornecidos da Telemar Brasil, oferecem soluções tecnológicas para o funcionamento das redes muito mais económicos e compatíveis com os custos de um projecto @Lis;

- A extensão territorial da Prefeitura:

os parceiros escudem de haverem ousado com este projecto, uma experiência de grande peso, considerada a extensão da Prefeitura e a população (acima de 3.000.000 de habitantes); vastidão de território e densidade da população, sem duvidas portam a um notável crescimento dos custos do projecto, causa a maior extensão das redes

(especialmente em se tratando de rede “dedicada”) o maior numero de pontos de acesso, etc, mas os parceiros tendem a considerar este aspecto unicamente como um elemento de limitação, não de risco.

Outros riscos objectivos não foram identificados.

3.9 **Duração e calendário do projecto**

Os parceiros concordaram sobre a oportunidade de garantir ao projecto uma duração de três anos, dada a extensão do território, o numero de parceiros envolvidos e a amplitude da população envolvida, além da amplitude dos objectivos a seguir.

CRONOGRAMMAS. conforme pag. excel a seguir

4. RESULTADOS ESPERADOS

4.1 Descrição das funções do demonstrador

O projecto @LIS por sua natureza deve haver um carácter demonstrativo, nos o dissemos repetidamente em varias passagens, também tem como objectivo fundamental aquele de fazer compreender ou demonstrar se o emprego da tecnologia informática mais avançada, pode ou não, concorrer para acelerar os processos de desenvolvimento da SAUDE (no nosso caso). O mesmo conceito aplicado ao nosso caso significa: fazer compreender/demonstrar se a experiência piloto conduzida na prefeitura de Belo Horizonte poderá ser reproposta e generalizada em escala nacional.

De quais funções em particular este projecto entende demonstrar a eficácia? Podemos sintetizar e simplificar como segue:

a) maior e mais qualificada disponibilidade de prestações sanitárias ao cidadão: graças a uma mais eficiente racionalização do acesso as estruturas sanitárias publicas e conveniadas; a mesmíssima distribuição territorial da Prefeitura de Belo Horizonte, como de resto muitas outras cidades brasileiras, bem como a desigual distribuição das estruturas sanitárias publicas e conveniadas sobre o território, tornam de fato inacessível quando não desconhecidas muitas estruturas sanitárias existentes a muitos cidadãos; uma das principais funções do projecto é aquela de demonstrar como com a activação de um banco de dados centralizado nas estruturas sanitárias existentes e as suas prestações, como ainda um sistema de acesso e agendamento unificado para as consultas medicas, através de um sistema de antenas distribuídas sobre o território, determinara de um lado uma maior racionalização do uso das estruturas sanitárias existentes tornando-as notórias e acessíveis a todos, mas melhorara também a qualidade das prestações as quais o cidadão pode requerer de ser submetido, em casos de necessidades;

b) redução dos custos dos tratamentos sanitários: è esta certamente uma outra não secundaria função que o projecto entende demonstrar, ou seja, como a informatização do acesso aos tratamentos sanitários e de alguns serviços sanitários, tais como, aquele das cartolas clinicas, da telemedicina, etc., diminuirão os custos das prestações sanitárias e a sua incidência sobre a economia familiar das famílias de um lado, e sobre os balanços da administração publica de outro; estes serviços de fato consentirão reduzir extremamente o tempo de pesquisa e de espera, do tratamento sanitário requisitado (podendo dispor de um quadro geral das possibilidades existentes de qualquer uma das antenas territoriais), mas também das filas de espera (podendo-se programar comodamente do ponto mais vizinho à própria residência, seja o lugar que a data e hora do agendamento); não só, mas a mesma vantagem económica poderá ser obtida da mesma administração publica, graças a uma melhor planeamento do uso de todas as estruturas sanitárias existentes, graças a redução do pessoal adaptado aos serviços de agendamento (marcação de consultas) gestidos por computador, etc.

c) Fácil controle das doenças e acidentes do território especialmente nos lugares de trabalho, em muitos casos a origem da exigência das prestações sanitárias particulares; esta afirmação vale certamente e sobretudo para grandes cidades industriais, como Belo Horizonte, seguramente São Paulo, Recife, etc., um adequado conhecimento das

doenças profissionais, dos mais frequentes acidentes do trabalho e dos tratamentos sanitários consequentes, podem ajudar o cidadão a individualizar mais rapidamente a prestação e o lugar da prestação da qual tem necessidade, e a administração pública a deslocar em modo mais racional no território, as unidades sanitárias existentes (*especialmente nas vizinhanças dos pólos industriais*)

d) uma função não certa secundária que o projecto entende demonstrar è aquela de reequilibrar a função das redes de saúde pública e privada a favor daquela pública (*sendo a segunda acessível apenas a pagamento e de fato desta forma negada a maior parte dos cidadãos da Prefeitura*); não casualmente de fato os parceiros decidiram a exclusão por ora do projecto da rede sanitária privada, que se quiser, e certamente ira querer em futuro, poderá entrar no sistema centralizado de agendamentos, mas sob as condições fixadas das Autoridades sanitárias; o projecto per ora quer demonstrar como a informatização dos serviços de acesso a rede pública e conveniada tornara os serviços sanitários da rede pública, mais acessíveis, desejáveis e consultados.

4.2 **Estimativa do impacto no grupo-alvo**

A estimativa de impacto do projecto sobre a população envolvida ou interessada das actividades do mesmo è facilmente deduzível da leitura dos resultados esperados.

Substancialmente o projecto, mais ou menos explítamente, propõe-se a sustentar a **rede de saúde pública** a favor dos cidadãos da Prefeitura de Belo Horizonte, em um contexto onde **medicina privada** è quase dominante. E que disponha de úteis conhecimentos do Brasil, mas também dos outros Países latino-americanos, sabe-se que a medicina privada é muito custosa, absolutamente não acessível à maior parte da população.

O projecto deste ponto de vista constitui um desafio: isto è, ver experimentar provar se o uso da tecnologia informática aplicada a SAUDE pode reduzir os custos e facilitar o acesso e a qualidade dos tratamentos médicos para a maior parte possível dos cidadãos da Prefeitura de Belo Horizonte, de um lado; e de outro lado tornar economicamente mais sustentável a rede pública sanitária.

O impacto do projecto sobre a população não pode deixar de ser comprovado, antes de tudo pelos resultados que serão alcançados sobre este terreno:

“o cidadão e quantos cidadãos de Belo Horizonte, graças a este projecto piloto poderão:

a) diminuir o tempo para a marcação de consultas e prestações sanitárias e o tempo de espera dos tratamentos médicos? b) diminuir os custos de transportes e tempo perdido na espera? c) ter acesso aos tratamentos sanitários mais adequados? Em quais medidas % poderemos valorizar estes efeitos sobre a população ao final do projecto? “

“e, de outro lado, a Prefeitura de Belo Horizonte poderá, graças ao projecto, a) incrementar o acesso dos cidadãos aos serviços da rede pública com relação àquela privada? b) conter os custos do tratamento junto à rede pública com relação àqueles privados graças também ao incremento dos usuários? c) economizar na gestão da rede sanitária graças ao uso da tecnologia informática? d) otimizar e melhor distribuir a carga de usuários junto às diversas estruturas da rede? e) melhorar a qualidade dos serviços sanitários “.

Os Parceiros do projecto entendem que das medidas % avaliadas para cada uma destas perguntas poderá ser medido o impacto do projecto sobre a população e sobre a mesma prefeitura, que deste ponto de vista é a mesma parte do grupo alvo. Obviamente certos que os resultados previstos poderão ser obtidos.

- A tal escopo é útil o conhecimento de alguns dados quantitativos da Prefeitura

- Prefeitura de Belo Horizonte (cerca três milhões de habitantes)
- Região sanitária Nort-Oeste (cerca 350.000 hab.)

Alguns sub-projetos de fato refere-se à inteira população da Prefeitura (por exemplo o sistema CUA ou CUMC) e outros sub-objetivos referem-se exclusivamente a 1 Região sanitária da Prefeitura (*telemedicina, cartelas electrónicas etc.*) aquela de Norte-Oeste, que tem uma população de 350.000 hab., uma amostragem, pois, bastante importante.

No Quadro lógico indicam-se algumas estimativas percentuais com as quais poderá ser mais bem determinado o impacto do projecto sobre a população e entes públicos envolvidos.

4.3 **Publicações e produção de outros materiais, mesmo comerciais**

Em função da exigência de demonstrar a sua repetição no contexto nacional, o projecto se divide em duas importantes ações de difusão da documentação material e instrumentos científicos dos quais disporá.

a) Publicação de documentos

- Em linha de máxima e salvo imprevistos, serão publicados em ao menos 3 línguas (*português, inglês e italiano*) todos os actos dos 3 seminários ou Work Shop que marcarão o início e o fim do projecto (*e publicações de ao menos 300 paginas, em 3 diversas línguas*)
- Será publicada em 3 línguas a literatura científica dos parceiros existentes sobre os objectivos do projecto (*ao menos duas publicações no total de 200 paginas em 3 línguas*)
- Serão publicados os fascículos para diversos cursos de formação (*total de 150 pags., em 3 línguas*);
- outras publicações menores por ora não previsíveis para o todo de 100 pags.

b) Colocação a disposição do software

- o projecto colocara gratuitamente a disposição das contra-partes e em particular das Autoridades sanitárias o software adquiridos no âmbito do projecto com custo a encargo do projecto (*da UE ou dos parceiros*);
- será de responsabilidade do Ministério federal e Secretaria Estadual locais, decidir para o futuro se comercializar ou não, os software adquiridos no âmbito do projecto;

c) Sistematização do know how aplicado as 3 Prefeituras em rede com o projecto

- serão publicados em os 3 sub-projetos das 3 Prefeituras em rede com o projecto (*para uma previsão complexiva de 150 pags., em 3 línguas*)

d) Criação de uma rede de relações com as experiências Europeias

- o projecto entende ao final, estabelecer através da criação de uma rede permanente de coligação, as relações científicas entre os parceiros brasileiros e os parceiros europeus.

4.4 **Sustentabilidade da actividade após o termo do co-financiamento**

As condições de factibilidade das quais falamos precedentemente, são ao mesmo tempo uma resposta clara ao quesito sobre a sustentação do projecto à conclusão do intervento da cooperação europeia.

Premissa:

O projecto se situa no interior das Instituições Publicas brasileiras e se tornara parte integrante das mesmas, e a sua sustentação ao final deste intervento é uma linha de máxima garantida, como garantida è a continuação da administração publica de Belo Horizonte.

De outro lado, o presente projecto nasce de uma decisão inicial de política sanitária tomada pela Prefeitura de Belo Horizonte, de acelerar os processos de desenvolvimento da SAUDE a favor do cidadão, com o emprego da tecnologia informática. Sob este perfil não se apresentam problemas de sustentação do projecto, tendo já sido adquirido como parte integrante da política sanitária e do planeamento sanitário da Prefeitura.

Mas o aspecto talvez mais determinante, e que constitui um dos objectivos fundamentais deste projecto piloto é aquele de compreender se este projecto e outros projectos semelhantes repetidos no resto dos Pais serão economicamente sustentáveis, fora de um contexto de cooperação doada, a quais condições, com quais modalidades, etc. Esta resposta devera ser dada na conclusão do projecto (*se possível dar agora tal resposta, seria menos uma das fundamentais razoes deste experimento*). De fato, se procuramos considerar esta questão da sustentação económica sob os diversos pontos e vista, poderemos haver respostas diversas em tempos diversos :

a) do ponto de vista deste projecto e de outros projectos repropostos em outras prefeituras

pode ser relativamente fácil compreender a sustentação deste projecto do momento em que o custo inicial é sustentado substancialmente pela UE e pelos parceiros; mas será de maior interesse compreender a sustentabilidade económica, por exemplo nas três Prefeituras coligadas ao projecto, onde a cobertura dos custos iniciais não será garantida da UE, mas devera ser a total encargo da programação económica da mesma Prefeitura;

b) do ponto de vista da sua implementação inicial ou da sua gestão corrente

esta é uma resposta que devera ser dada na conclusão do projecto; se a propriedade física e intelectual dos programas que serão experimentados no projecto por parte das Autoridades sanitárias brasileiras poderá, de certo modo, reduzir os custos de implementação do mesmo projecto em outras prefeituras; os custos de gestão todavia deverão ser atentamente considerados, tendo em vista , por outro lado, alguns factores de tendência favoráveis:

- os custos da Information technology diminuem em velocidade vertiginosa
- a concorrência entre Sociedades de comunicação abaxaria os custos de serviço (*redes e tantos outros*)
- o emprego da tecnologia informática consente em reduzir o numero de pessoal, as horas de trabalho, etc.

c) do ponto de vista da administração publica e do ponto de vista do cidadão usuário

também neste caso, o projecto devera dar respostas convincentes ao final, mesmo que seja fácil imaginar à luz das experiências europeias que confluirão neste projecto, que o empenho de tecnologias avançadas no sector da saúde, embora não sendo milagrosas, por si próprias garantirá, além de maior eficiência dos serviços, uma escolha mais ampla dos serviços sanitários (*já por si só economicamente importante*):

- uma redução dos custos de gestão dos serviços, para a redução do pessoal ou em paridade de pessoal, uma aumento da capacidade de serviços, por parte da administração publica
 - uma melhor valorização das estruturas sanitárias existentes e conseqüente redução dos custos para a administração publica.
 - uma melhor distribuição dos serviços sanitários
 - uma redução para o cidadão do tempo de espera dos agendamentos para os tratamentos sanitários
 - uma redução das filas de espera por parte do cidadão, para os tratamentos médicos
 - maior aumento de tratamentos apropriados e mais eficazes
- uma redução dos custos de deslocamento para agendamento e tratamento (em especial chegando-se ao agendamento – marcação de consultas - telefónicas) e conseqüentemente uma economia de horas de trabalho tudo isso ao final pode ser traduzido como uma maior sustentação económica do projecto ou de projectos semelhantes.

d) do ponto de vista dos serviços públicos e privados

outro aspecto importante, este para a realidade brasileira onde a medicina publica equilibra substancialmente as contas, com aquela privada; a sustentação económica deste projecto e de projectos similares é reportada também a um objectivo não marginal, mesmo que não em primeira evidencia para este protejo e isto è aquele de reduzir os custos da saúde das estruturas privadas, tornando-as efectivamente concorrenciais com aquelas publicas, para qualidade de serviços, custos e tempos de acesso; isto determinaria melhores condições de sustentação económica geral da saúde, publica e privada e não só das estruturas publicas e convencidas

Em definitivo, a valorização ou impressão geral que os parceiros podem fazer ao inicio do projecto, e restando paradas as verificações que o mesmo projecto devera fazer é que, os Serviços Sanitários que beneficiarão com modernos instrumentos informáticos, seja neste projecto que em outros similares, serão seguramente mais sustentáveis da realidade preexistente: seja do ponto de vista económico para a administração publica e para o bolso do cidadão, seja do ponto de vista da qualidade dos serviços.

Permanece certamente não resolvido, este objectivo do presente projecto, o problema dos altos custos da medicina privada no Brasil, como alias em qualquer outra parte, mas no Brasil pelo peso quantitativo que tem, mas uma eficiente e mais económica medicina publica è seguramente o primeiro passo para um reequilibro dos custos.

4.5 Impacto sociocultural

A Information Technology representa sem duvidas um meio de comunicação moderno, de potencialidade ainda não completamente conhecida e explorada. Embora algumas das aplicações da telematica na sanitária existam ha mais ou menos dez anos, e actualmente apresentem algumas referencias de excelência, os seus impactos sobre os serviços sanitários – e mais ainda de maneira geral sobre a inteira esfera socio-sanitaria – è ainda em um estagio de desenvolvimento e de penetração inicial, seja do ponto de vista comercial que da “metabolização” por parte das instituições, organizações privadas e sindicais, bem como medicas, que se utilizam para declaradas finalidades sanitárias e para a promoção de iniciativas seguramente mais úteis, mas também com aspectos políticos e lucrativos, no campo assistência

O desenvolvimento destas novas tecnologias implica em mutação profunda na mentalidade e nas estruturas consolidadas, investendo todos os sujeitos que tem relações com o sistema sanitário, para tanto não só os geradores de serviços sanitários (médicos de base, médicos

especialistas, hospitais, postos de saúde, farmácias, etc.), mas também os decisões políticos, os entes programadores, o pessoal administrativo e os usuários/clientes.

Não obstante os notáveis progressos tecnológicos conseguidos nos últimos dez anos e um elevado e difundido uso da ciência das informações na utilização privada, na pesquisa biomédica e na medicina clínica, a maior parte dos médicos, do pessoal que opera no âmbito da esfera socio-sanitária, bem como dos executivos das mesmas empresas, não possuem um conhecimento neste sector. O "analfabetismo telemático" difundido seja entre o vasto público, seja entre os aptos ao trabalho, é objecto de intensa discussão a nível planetário e representa o factor limitativo mais importante para o desenvolvimento ulterior I&CT. Contemporaneamente a alfabetização telemática dos usuários e operadores emergem outros factores limitativos constituídos das atuais normativas e legislações adequadas a organização social e do trabalho que poderiam ser definidas do tipo "analógico" e que necessitam para tanto ser revistas, redefinidas e readaptadas à luz do novo paradigma digital

A oferta do presente Programa, além dos cursos de "alfabetizzazione informática" seja a nível geral que a especializado, prevê o desenvolvimento dos serviços telemáticos inter e infra-sedes sanitárias, para o coligamento dos centros hospitalares primários, hospitais locais, médicos de base, laboratórios, farmácias. Ao mesmo tempo o esforço de interconectar as articulações geradoras de serviços dirige-se ao objectivo mais geral, de coligar os serviços aos usuários. Uma particular atenção deve ser prestada, por isso aqueles usuários que normalmente apresentam problemas de acesso à nova tecnologia:

- As mulheres, enquanto "usuárias" que tem necessidade de atenção especializada no curso de suas vidas (*obstetrícia e ginecologia*), representando ao mesmo tempo as primeiras geradoras dos serviços de assistência sanitária doméstica (*especialmente pediátrica e geriátrica*).
- Os grupos sociais actualmente excluídos ou limitados de factores geográficos (distância), infra-estrutura (transportes) e socio-económicos (*capacidade de despesa*), no gozo dos serviços públicos de saúde.

4.6 Acompanhamento e avaliação

É notório como a Information & Communication Technology além das grandes promessas de desenvolvimento e progresso, implica em alguns riscos que podem ser consequência de recurso a um meio de comunicação moderno, das potencialidades não ainda completamente conhecidas e exploradas e para o qual ainda não existem normas nacionais, nem internacionais, que regulamentem as modalidades de emprego e controle dos conteúdos. A possibilidade que os inconvenientes prevaleçam sobre as promessas é real e deve, portanto ser presente em todos os projectos que entendem mover-se no âmbito ICT. Em particular as organizações e os responsáveis dos serviços públicos sanitários deverão fornecer respostas adequadas aos seguintes deveres e responsabilidades:

- Planificar os novos sistemas informativos, estabelecendo as prioridades nos objectivos que se pretende alcançar.
- Adequar as estruturas organizadoras e a composição do pessoal empregado para fazer frente às novas metodologias de trabalho e de contacto com o público usuário.

- Controlar de maneira eficaz o “Data management”, bem como as modalidades com as quais os dados de ingresso são estruturados ou registrados (banco de dados de primeiro e segundo níveis).
- Vigiar sobre o correcto fluxo dos dados em entrada e em saída, monitorando continuamente o “computing and data management architecture”, bem como as modalidades (standards) com as quais os dados são transmitidas entre o centro e os periféricos que constituem as estações de cruzamento da rede.
- Definir novas leis e normativas sobre quem, como e através de quais meios e fluxos de comunicação venham analisados, desenhados, construídos e implementados.
- Potencializar os atuais programas de formação e treinamento dos operadores, adequando os conteúdos formativos as exigências e novidades introduzidas pela I&CT.
- Assegurar o suporte técnico (instalação, manutenção e reparação) aos equipamentos hardware.

E também necessário que as supramencionadas responsabilidades executivas sejam inseridas em uma visão “política” general orientada a perseguir as seguintes finalidades:

- Aumentar a eficiência de todo o sistema dos serviços sanitários, melhorando a eficiência das estruturas já existentes e a eficácia dos serviços geradores, otimizando a atual despesa total (aumentando a relação custo/benefício).
- Proceder à descentralização dos processos decisoriais aproximando-os, o quanto possível, ao nível mais periférico e próximo aos usuários finais. Tal finalidade responde ao objectivo (muito facilitado da I&CT) de fornecer soluções menos custosas e mais flexíveis e idóneas para as reais requisições dos usuários.
- Definir com precisão e com adequado rigor normativo às responsabilidades correspondentes a cada nível decisional para evitar abusos e má administração.
- Adequar a programação às novas técnicas de previsão e de marketing.

Os indicadores que permitirão medir o alcance, ou não, dos objectivos e o respeito dos princípios de responsabilidade individual e colectiva das organizações que participam ao projecto podem ser previstos, apenas em parte na presente fase programática, podendo e devendo ser deduzidos e definidos no curso das fases de simulações e experimentos das actividades do projecto. Estes reguardam à quantidade e qualidade das prestações oferecidas, bem como às normativas sejam impostas (leis e normativas) que auto-regulamentar.

Por aquilo que reguarda aos indicadores, já clássicos quanto a telemática aplicada à sanitária, esses podem ser sintetizados nos seguintes capítulos principais:

- 1) indicio de fluxo general dos usuários em entrada, em tratamento (in process) e em saída;
- 2) variações significativas dos indícios de doença-mortalidade;
- 3) a aceitação e a apreciação dos serviços por parte dos usuários.