

EXPERIÊNCIA DE ACOMPANHAMENTO DA GESTÃO E ASSESSORIA TÉCNICA NAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DO SANTA MARCELINA

Follow-up experience of management and technical advisors in the Primary Care Services of Santa Marcelina Hospital

Rodrigo de Novaes Lima¹, Monique Marie Marthe Bourget²,
Martim Elviro de Medeiros Junior³, Henrique Sebastião France⁴

RESUMO

Introdução: Em fevereiro de 2012, iniciou-se, na Casa de Saúde Santa Marcelina, a prática de visitas dos gestores de território e assessoria técnica às unidades básicas de saúde, com discussão dos processos de trabalho, que se embasava em três eixos: a gestão do acesso, a gestão do cuidado e a gestão da vulnerabilidade. **Desenvolvimento:** Utilizaram-se para a discussão, entre outros, dados do SIAB, dados de produção contemplando os eixos principais da Estratégia Saúde da Família e dados dos prontuários, levantados pelas próprias equipes, com ênfase na qualidade, a partir do alinhamento da conduta dos profissionais aos protocolos municipais e de especialidades. As discussões se baseavam nos dados produzidos pelas equipes e nos perfis epidemiológicos dos territórios assistidos. **Conclusão:** O modelo de discussão foi prontamente aceito pelos gestores, assessores técnicos e equipes de saúde e seus resultados foram observados tanto nos âmbitos locais quanto em indicadores abrangendo territórios mais amplos. Em uma unidade estudada, houve aumento de mais de 28% do número de consultas ofertadas pelos profissionais. Nas regiões acompanhadas, houve aumento do número de pacientes diabéticos que tiveram seu pé avaliado em 50% (12% antes vs 18% após). Esses e outros dados corroboram a importância da discussão dos processos de trabalho entre gestores e profissionais da rede.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: In February of 2012 Santa Marcelina Hospital managers and technical advisors began making visits to their primary care units, discussing work processes based on three topics: access management, quality of care management, and vulnerability management. **Development:** For the discussion, the groups used data from, among various sources, the “Primary Care Information System” (SIAB), the amount of appointments offered, and from medical records gathered and evaluated by the teams themselves, with a focus on quality of care and using the government and specialties protocols as a model. Discussions were based on the data produced by the teams and on the epidemiologic profiles of the coverage areas. **Conclusion:** The managers and the teams readily accepted the model, and the results have been observed both in local and in wider contexts. At one primary care unit studied, the amount of appointments offered increased by more than 28%. Considering the whole territory, the number of diabetic patients who had their feet evaluated increased by 50%. (12% before vs. 18% after). The corroborating data confirmed the importance of discussions on health care processes between managers and teams.

KEYWORDS: Primary Health Care; Quality of Health Care.

¹ Médico de Família, Mestrando em Epidemiologia do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), ex-preceptor da Residência de Medicina de Família da Casa de Saúde Santa Marcelina. E-mail: rodrigonovaeslma@yahoo.com.br.

² Diretora da Atenção Primária da Casa de Saúde Santa Marcelina.

³ Preceptor da Faculdade de Medicina Santa Marcelina.

⁴ Assessor Técnico Médico da Casa de Saúde Santa Marcelina.

INTRODUÇÃO

A partir do mês de fevereiro de 2012, resultando de um remodelamento da coordenação da Atenção Primária à Saúde (APS) da Casa de Saúde Santa Marcelina (CSSM) e de um repensar de suas práticas, iniciou-se a rotina de encontros periódicos, nas unidades com Estratégia Saúde da Família (ESF), entre médicos, gerentes de unidades, membros da assessoria técnica médica e gestores locais. Essas ações se deram, com maior frequência, nas regiões do Itaim Paulista, Guaianazes e Cidade Tiradentes, bairros da periferia da zona leste de São Paulo, repetindo-se, com menor frequência, nas regiões de São Matheus, São Miguel e Itaquera.

A iniciativa da realização de visitas às unidades com ESF visando à discussão dos processos de trabalho na atenção primária busca a melhora dos padrões de morbimortalidade das populações assistidas e não é nova no serviço, remetendo à sua tradição andragógica, que advém dos tempos da pioneira parceria com a Secretaria Estadual de Saúde (representada, na situação, pelo seu secretário estadual de saúde, Dr. José da Silva Guedes) e com o Ministério da Saúde (representado pelo professor Adib Jatene), na implantação do programa Qualidade Integral à Saúde (QUALIS), primeira iniciativa de estabelecimento da ESF no Estado de São Paulo, sendo, concomitantemente, o primeiro exercício da estratégia a inserir-se em uma megalópole brasileira.¹ O rico exercício sempre acompanhou qualquer ação na Atenção Primária à Saúde da CSSM, de forma a estar contido em sua missão expressa abaixo:

"Oferecer assistência, ensino e pesquisa em saúde com excelência, à luz dos valores éticos, humanitários e cristãos."

Buscando resultados melhores, um dos eixos determinantes para a melhoria da assistência passa, sem dúvida, pela educação. Nesse caminho, Ceccim afirma que o ensino, a gestão, a atenção e o controle social são as ferramentas para a formação em saúde.^{2,3} A educação em saúde, por outro lado, deve pautar-se em assuntos que contemplem as demandas da população assistida.⁴

No âmbito nacional, muitos são os estudos que buscam avaliar a qualidade da atenção primária à saúde oferecida,⁵ mas poucos aqueles que avaliam o resultado das intervenções de gestão na saúde pública. Vale lembrar que, recentemente, como estratégia para melhoria dos indicadores de saúde na atenção primária, foi implantado pelo Ministério da Saúde o Programa de Monitoramento do Acesso e da Qualidade (PMAQ).⁶ A ferramenta acessa os processos de trabalho e tem em vista a melhoria da quali-

dade dos serviços. A partir da sua implantação, iniciou-se ampla discussão, nas equipes de todo o país, em torno dos seus parâmetros, movimento esse que não é nada além do que a discussão das equipes em torno do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), que contempla suas populações assistidas e outras ferramentas da APS, exercício que nunca deveria deixar de ser feito pelos partícipes da atenção primária.

Em 1999, Campos introduz o conceito do apoiador, concepção que se fez logo instrumento da saúde em inúmeros cenários (Humaniza-SUS, Saúde Mental, Estratégia Saúde da Família).⁷ Assim,

o apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. Apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões.^{7:400}

A iniciativa é usada em inúmeras regiões do país e, de certa forma, ajudou no modelo de intervenção adotado neste trabalho.

DESENVOLVIMENTO

A assessoria médica e os gestores locais recolhem os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), dados de produção, dados de uma ferramenta da qualidade de uso local, concebida a partir do instrumento da comissão de prontuários,⁸ indicadores como mortalidade infantil e demais presentes no Pacto pela Saúde do Ministério da Saúde,¹² e outras fontes para discutirem localmente as práticas em saúde. O repensar dos partícipes num exercício multiprofissional se dá de forma a estar sempre embasado na realidade local de sua população assistida. As fontes descritas acima e outras tantas que não foram mencionadas contemplam alguns indicadores de estrutura, processo e resultado descritos por Avedis Donabedian, indispensáveis para a prática da gestão em saúde e para a busca constante pela excelência.¹⁰

O modelo definido de abordagem dos problemas locais foi concebido após amplas discussões entre os membros da assessoria médica e contempla três eixos principais: a gestão do acesso, a gestão do cuidado (ou gestão da

qualidade) e a gestão da vulnerabilidade.

A gestão do acesso é abordada, primeiramente, com dados quantitativos, como número de consultas realizadas pelos médicos e enfermeiros da equipe da ESF, dados esses presentes no documento norteador concebido pela Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo¹¹ e citados pelo PMAQ. Uma abordagem que avalia o acesso, quantitativa e qualitativamente, é o acompanhamento do número de consultas oferecidas às prioridades (gestantes, hipertensos, crianças menores de um ano). Os visitantes avaliam, por exemplo, o número de gestantes na área assistida e o respectivo número de consultas ofertadas às mesmas por médico e enfermeira no mês vigente.

A gestão do cuidado aborda o alinhamento dos profissionais de saúde às diretrizes técnicas ministeriais, municipais e das especialidades, no tocante às principais linhas de cuidado, como saúde da mulher e saúde da criança. A CSSM elaborou, assim, um instrumento tendo como modelo o instrumento da comissão de prontuários, onde é avaliado se o cuidado aos pacientes contempla os quesitos mínimos de qualidade. Assim, por exemplo, avalia-se, no cuidado da gestante, se a mesma teve a sua pressão arterial aferida em todas as suas consultas, se o pré-natal foi iniciado no primeiro trimestre etc. Os dados coletados pelas equipes são consolidados e discutidos nas unidades de saúde e, em outro momento, com os gestores de todos os equipamentos da atenção primária. Da mesma forma, assessoria técnica e gestores locais levantam os dados sobre as internações recentes, avaliando se houve visita domiciliar recente aos pacientes por médico ou enfermeiro e se o cuidado aos respectivos usuários foi discutido em reunião de equipe. A internação de causa sensível à atenção básica é evento sentinela que pode ter importante papel pedagógico.

A vulnerabilidade é abordada com inúmeras estratégias e ferramentas. Considerando-se os critérios de elegibilidade para um olhar diferenciado a famílias e pacientes por parte da equipe, orienta-se, nas reuniões com os profissionais técnicos, o uso da Escala de Coelho-Savassi como critério validado nacionalmente para facilitar a percepção das equipes.¹² No desdobramento do cuidado ampliado à vulnerabilidade, é sugerido às equipes o uso do “Projeto Terapêutico Singular”,^{13,14} sendo, inclusive, oferecida literatura aos profissionais, para maior entendimento da ferramenta.

Antes das visitas, assessoria técnica, gestores locais e gestores das unidades de saúde se reúnem com os dados levantados pelo setor de Tecnologia da Informação da CSSM, para discutirem os pontos mais relevantes e como abordá-los. Após a discussão com médicos e enfermeiros, os visitantes se reúnem novamente para fazerem um ba-

lanço da iniciativa. No período de um a quatro meses, os resultados são reavaliados e nova visita é agendada para discussão com as equipes. O diálogo na ESF é embasado em abordagem construtivista, em que os atores levantam toda a problemática identificada nos processos de trabalho, na busca de soluções. As metas são pactuadas com todos os profissionais de saúde e a equipe visitadora acredita que só dessa forma é possível o comprometimento de todos.

CONCLUSÃO

A alteração no desempenho das equipes ou nos processos de trabalho pode ser avaliada no âmbito local das unidades ou como consolidado de todo um distrito administrativo. Vale lembrar que, nas visitas, abordavam-se temas comuns e temas específicos, pertinentes às dinâmicas de trabalho daquela realidade.

Na unidade de saúde Vila Nova Curuçá, após uma visita que abordou prioritariamente a baixa quantidade de consultas ofertadas, considerando-se o número geral e o número por prioridade da ESF, obteve-se, no primeiro mês, um aumento da produtividade em 40,07%. Nos meses seguintes, a produção em consultas foi, no mínimo, 28,57% superior à correspondente ao período índice. O número de consultas médicas de puericultura, embora se mantivesse aquém do esperado, apresentou, no primeiro mês, incremento de 40,19%, sustentando produtividade pelo menos 25,49% superior nos meses seguintes. Os demais resultados na unidade encontram-se na Tabela 1.

Os profissionais técnicos das equipes dos subdistritos de Cidade Tiradentes, Guaianazes e Itaim Paulista fizeram levantamento dos prontuários médicos, a pedido da assessoria técnica da instituição, nos moldes da já estabelecida comissão de prontuários que se encontra presente nas instituições de saúde, avaliando, concomitantemente, outros critérios de qualidade do atendimento aceitos universalmente por documentos ministeriais e consensos de especialidades. A escolha dos prontuários obedeceu à escala de números aleatórios, de forma que os mesmos abrangessem todas as equipes e não se repetissem nas coletas de dados posteriores. A única exceção foram os prontuários dos pacientes com tuberculose, que foram todos avaliados pelas equipes. A respeito dos últimos, houve incremento de 13,79% entre aqueles que foram acompanhados mensalmente pelo médico de sua equipe (Tabela 2). O registro de alta dos pacientes com tuberculose, conforme o protocolo do Ministério da Saúde,¹⁵ teve aumento de mais de 20%.

Os profissionais avaliaram numerosos critérios nos prontuários, discutindo os achados em reuniões entre os técnicos. Ainda em Itaim Paulista, a presença de anotação

de peso e estatura em gráfico nas consultas de crianças menores de um ano teve aumento de 7% (30 dos 44 prontuários, ou 29,54% vs 17 dos 47 prontuários no período subsequente, ou 36,17%). A pesquisa de lesões em órgãos-alvo dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica e diabetes, na periodicidade mínima anual, teve aumento de 10,65% (34,94% vs 45,59%).

Na região de Cidade Tiradentes e Guaianazes, os da-

dos de todas as 15 unidades com Estratégia Saúde da Família foram avaliados conjuntamente. A presença de crianças menores de um ano avaliadas mensalmente, em consultas intercaladas médicas e de enfermagem, obteve incremento de 22% (Tabela 3). A anotação de peso e estatura em gráficos nos menores de um ano teve incremento de 14%. O número de pacientes diabéticos que tiveram seu pé avaliado aumentou em 50% (12 vs 18).

Tabela 1 - Produção Médica na UBS Vila Nova Curuçá.

	Período Anterior à Visita		Período Posterior à Visita		
	Fevereiro 2012	Março 2012	Abril 2012	Mai 2012	Junho 2012
Consultas Médicas em Atenção Básica	1324	1400	1961	1801	2145
Consultas de Puericultura	73	102	143	128	131
Consultas de Pré-Natal	46	101	73	55	99
Atendimentos de Urgência	32	71	53	56	162

Fonte: Tabwin - SPRD/BPA.

Tabela 2 - Avaliação dos Prontuários em Itaim Paulista.

	Período Janeiro/Fevereiro – 2012			Período Março/Abril – 2012		
	Parâmetro	n	p	Parâmetro	n	p
Consulta Médica Mensal de Paciente com Tuberculose	Ausente	16	24,62%	Ausente	8	14,81%
	Irregular	5	7,69%	Irregular	2	3,70%
	Presente	44	67,69%	Presente	44	81,48%
	Total	65	100,00%	Total	54	100,00%
Alta de Pacientes com Tuberculose segundo Protocolo	Ausente	21	48,84%	Ausente	8	26,67%
	Presente	22	51,16%	Presente	22	73,33%
	Total	43	100,00%	Total	30	100,00%

Fonte: dados da pesquisa.

O apoio da gestão aos profissionais da atenção primária é imprescindível na busca de indicadores de morbimortalidade mais favoráveis para as populações. Cabe aos gestores e apoiadores do SUS essa aproximação, fornecendo substrato aos técnicos, na busca pela excelência.

A discussão entre os diversos atores com a pactuação de metas, elencando objetivos comuns, faz dos encontros uma construção coletiva, o que garante entendimento e comprometimento de todos.

Tabela 3 - Avaliação dos Prontuários em Cidade Tiradentes e Guaianazes.

	Período Janeiro/Fevereiro – 2012			Período Março/Abril – 2012		
	Parâmetro	n	p	Parâmetro	n	p
Consulta Mensal em Menores de Um Ano	Ausente	8	19,51%	Ausente	5	7,04%
	Irregular	8	19,51%	Irregular	7	9,86%
	Presente	25	60,98%	Presente	59	83,10%
	Total	41	100,00%	Total	71	100,00%
Anotação de Peso e Estatura em Gráfico*	Ausente	19	46,34%	Ausente	21	30,00%
	Irregular	5	12,20%	Irregular	3	4,29%
	Presente	17	41,46%	Presente	46	65,71%
	Total	41	100,00%	Total	70	100,00%
Exame do Pé do Diabético	Ausente	82	84,54%	Ausente	88	80,73%
	Irregular	3	3,09%	Irregular	3	2,75%
	Presente	12	12,37%	Presente	18	16,51%
	Total	97	100,00%	Total	109	100,00%

Obs: *Consultas em menores de um ano.

Fonte: dados da pesquisa.

REFERÊNCIAS

- Filho DC. O programa de Saúde da Família em São Paulo. Dossiê Saúde Pública. Estudos Avançados. 1999 jan./abr.; 13(35).
- Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *PHYSIS: Rev Saúde Coletiva*. 2004; 14(1):41- 65.
- Ceccim RB, Armani TB. Educação na saúde coletiva: papel estratégico na gestão do SUS / Collective health education: a strategic role in the Brazilian National Health System Management. *Divulg Saúde Debate*. 2001 dez.; 23:30-56.
- Campos FE, Ferreira JR, Feuerwerker LC. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da Atenção Básica. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2001 maio/ago.; 25(2):53-59
- Almeida C, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do sistema de saúde (SUS) em nível local. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006. p.215.
- Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica – CAA/DAB. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/sistemas/Pmaq/>>.
- Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2007 fev.; 23(2):399-407.
- Conselho Federal de Medicina. Resolução 1638/2002. Brasília/DF; 2002.
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Indicadores do Pacto pela Saúde. Brasília/DF; 2010/2011. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pacto/2010/pactdescr.htm>>.

10. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor (MI): Health Administration Press; 1999.
11. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Documento Norteador. São Paulo: Prefeitura do Município de São Paulo; 2005.
12. Coelho FLG, Savassi LCM. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2004; 1(2):19-26.
13. Cunha GT. A clínica ampliada na atenção primária. São Paulo: Hucitec; 2005.
14. Campos GW, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. Ciência & Saúde Coletiva. 2007; 12(4):849-859.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

Submissão: setembro/2012

Aprovação: novembro/2013
