

1ª Edição do Prêmio de Boas Práticas em Saúde de Florianópolis

Caminhos para uma transição governamental adequada

Oficina de Avaliação, 13 de novembro de 2012

TÍTULO DA PRÁTICA:

Intervenção nas barreiras de acesso organizacionais à atenção primária em Florianópolis: concepção, condução e desdobramentos das oficinas de acesso de 2011

CÓDIGO DA PRÁTICA:

T4

- 1 No início de 2011, durante discussão no âmbito da Diretoria de Atenção Primária
- 2 sobre estratégias para qualificar a rede básica e cumprir as metas de ampliação
- 3 de acesso do plano municipal de saúde, percebemos a persistência de barreiras
- 4 organizacionais ao acesso da população nos centros de saúde. Além de diminuir
- 5 a eficiência e efetividade do trabalho de atenção à saúde, estas barreiras
- 6 ameaçavam comprometer os ganhos de acesso e de continuidade oportunizados
- 7 pela expansão de cobertura pela qual passou a ESF entre 2006-1010. Os
- 8 principais problemas percebidos foram: burocratização do contato entre
- 9 população e equipe de saúde; ênfase excessiva em ações programáticas,
- 10 gerando “iniquidades por doença”; baixa acessibilidade para demanda
- 11 espontânea. Este diagnóstico inicial levou a DAPS a propor, em parceria com os
- 12 Distritos Sanitários, uma intervenção focada em problematizar e melhorar a
- 13 acessibilidade organizacional na APS. Adicionalmente, a rede municipal de saúde
- 14 encontrava-se com dificuldades para reposição de profissionais de saúde, devido
- 15 principalmente a contexto de crise fiscal no município. Uma intervenção de caráter
- 16 participativo e agindo sobre problemas que estavam dentro da governabilidade
- 17 das ESF poderia trazer o benefício adicional de amenizar a sobrecarga e o
- 18 esgotamento dos trabalhadores da atenção e da gestão.

- 19 A intervenção se alinha à visão da SMS - oportunizar acesso da população a um
- 20 sistema ordenado pela ESF - e atende ao OR1 – oportunizar acessibilidade em



Caminhos para uma transição governamental adequada

Oficina de Avaliação, 13 de novembro de 2012

21 100% das unidades de saúde –, no que tange ao componente de APS do
22 sistema.

23 O objetivo geral foi aumentar e qualificar a acessibilidade na APS/ESF.

24 Os objetivos específicos foram: (i) Diminuir barreiras de acesso organizacionais
25 nas unidades de APS; (ii) Aumentar o envolvimento dos trabalhadores das ESF
26 com a gestão da atenção; (iii) Construir e implantar sistema de monitoramento do
27 acesso na APS.

28 A intervenção é complexa e tem desdobramentos em ações ainda em curso, mas
29 podemos delimitar sua duração de abril de 2011 (organização da I Oficina
30 Municipal sobre Acesso) a fevereiro de 2012 (inclusão de indicadores de acesso
31 no Pacto Municipal de Saúde). A síntese de momentos consiste em: (i) I Oficina
32 Municipal - pactuação de diretrizes de mudança; (ii) Reuniões em todos os
33 centros de saúde (CS) para discussão das diretrizes e elaboração de plano local
34 de intervenção (iii) Implantação de mudanças locais, com apoio e monitoramento
35 dos distritos sanitários; (iv) Oficinas Distritais para apresentação dos avanços
36 locais; (v) II Oficina Municipal - conciliação das diretrizes de mudança com as
37 experiências locais (vi) Elaboração de matriz de monitoramento; (vii) Incorporação
38 de indicadores ao Pacto Municipal de Saúde. A intervenção foi aplicada
39 simultaneamente nos níveis do sistema e dos serviços de saúde do município,
40 com componentes de inovação e de condução do processo. No nível do sistema,
41 os dispositivos de inovação foram as Oficinas sobre Acesso na APS de
42 Florianópolis. No nível dos serviços, foram desencadeadas mudanças: (i) na
43 disponibilidade de ações e serviços: ampliação de vagas de agenda (méd/enf)
44 para demanda do dia; diminuição da reserva de vagas para grupos
45 programáticos; ampliação da agenda clínica do enfermeiro; utilização de
46 informações de demanda e população para organizar ações; (ii) na interface com
47 o usuário: melhoria da comunicação com população sobre acesso aos serviços;
48 deslocamento de decisões sobre inclusão em agenda para profissionais de
49 saúde; diversificação das formas de agendamento (email, tel); implantação de
50 dispositivos de acesso para demandas administrativas e de continuidade da
51 atenção; implantação de sistema permanente de marcação de consultas; (iii) na



52 gestão da atenção: atenção a demanda do dia e urgências por área/ESF;
53 priorização de atendimentos por classificação de risco e vulnerabilidade; definição
54 de escalas para orientação ao usuário, para escuta qualificada e para retaguarda
55 de atendimento; promoção de espaços de cogestão no serviço; implantação de
56 melhorias na comunicação intraequipe (internet, reuniões); identificação de
57 necessidades de desenvolvimento profissional.

58 A condução foi feita pela Gerência de APS, com apoio direto e participação ativa
59 da Diretoria de APS e dos distritos sanitários. O acompanhamento das atividades
60 aconteceu nas reuniões semanais da DAPS com os distritos sanitários. O
61 componente de condução contou com as seguintes atividades: (i) Apoio aos
62 serviços e monitoramento do acesso; (ii) Registro e divulgação das inovações e
63 resultados; (ii) Mudanças na gestão da atenção nos serviços. Entre a primeira e a
64 segunda oficina os supervisores de APS aplicaram um instrumento de
65 monitoramento das mudanças junto aos coordenadores dos CS. Ao final da
66 segunda oficina foi constituído um grupo de trabalho que elaborou matriz de
67 monitoramento, com critérios e indicadores derivados das diretrizes das oficinas.
68 Esta matriz serviu de base para a seleção e/ou construção de indicadores que
69 foram incorporados ao Pacto Municipal de Saúde nos níveis tático e operacional.
70 Recentemente, foi construído um modelo lógico da intervenção que relaciona
71 alguns indicadores de utilização de serviços a resultados esperados da
72 intervenção. O modelo lógico aguarda validação junto aos stakeholders.

73 A I oficina municipal foi planejada e conduzida por um grupo de trabalhadores da
74 gestão e da atenção que colaboraram com apresentação de experiências locais e
75 coordenação dos grupos de trabalho. Houve participação de consultor
76 internacional da SBMFC, Juan Gérvas, como comentarista do resultado dos
77 grupos de trabalho. As oficinas locais e distritais foram organizadas pelos distritos
78 sanitários em conjunto com os coordenadores de CS. O grupo de trabalho que
79 montou a primeira matriz de monitoramento também contou com trabalhadores da
80 gestão e da atenção.

81 Não houve participação direta da sociedade civil, mas as oficinas definiram entre
82 suas diretrizes de mudança: (i) pactuação das mudanças com os conselhos locais



83 de saúde; (ii) utilização de dispositivos de ouvidoria ou satisfação do usuário para
84 monitoramento local; (iii) implantação de melhorias na comunicação com
85 população sobre acesso aos serviços.

86 Para a organização das duas oficinas municipais foram utilizados recursos
87 próprios da SMS no valor total estimado de R\$ 15.000. As oficinas distritais e
88 locais foram realizadas com os recursos operacionais habituais das unidades de
89 saúde. As oficinas municipais e distritais mobilizaram cerca de 300 trabalhadores
90 da gestão e da atenção, e as oficinas nos centros de saúde atingiram direta ou
91 indiretamente pelo menos mais 300 trabalhadores.

92 Atualmente a intervenção tem sua continuidade nas práticas inovadoras
93 desenvolvidas nos centros de saúde e nas práticas de monitoramento no âmbito
94 da gestão municipal e distrital. Com a diminuição progressiva de profissionais nos
95 centros de saúde, problema que o município atravessa desde o início desta
96 intervenção, algumas mudanças locais não têm se sustentado e outras ainda não
97 foram plenamente implantadas. A primeira rodada de monitoramento (após a linha
98 de base) com o Pacto Municipal de Saúde ainda não foi realizada. Foi construído
99 um modelo lógico que relaciona as mudanças e os resultados esperados a um
100 painel de indicadores de utilização de serviços obtido do prontuário eletrônico da
101 SMS. A primeira versão deste painel de monitoramento aponta para mudanças
102 ocorridas entre 2011 e 2012 coerentes com o modelo de mudança, apontando
103 para possível efetividade da intervenção e para utilização do modelo lógico como
104 ferramenta gerencial.

105 Abordagem participativa na construção e condução das oficinas; uso de
106 experiências exitosas como dispositivo de valorização de práticas locais,
107 discussão da transposição de diretrizes em práticas e demonstração de
108 viabilidade das mudanças; trabalho colaborativo entre trabalhadores da gestão e
109 da atenção na construção de diretrizes de organização e monitoramento da
110 atenção; promoção de experimentações locais a partir de diretrizes municipais;
111 mudança organizacional significativa (adesão ampla) sem uso de recursos
112 materiais ou humanos adicionais; promoção de autonomia dos trabalhadores
113 sobre organização, condução e resultados de seu trabalho.



114 As principais aquisições de aprendizado do processo foram: (i) o modo de fazer
115 das oficinas, com organização e condução participativa e grupos de discussão
116 guiados por perguntas orientadoras para gerar diretrizes de mudança; (ii) uso de
117 evidências científicas sobre políticas de saúde para organização da atenção
118 primária; (iii) aumento do conhecimento dos profissionais da gestão e da atenção
119 sobre acesso na atenção primária; (iv) aumento do conhecimento dos
120 profissionais da atenção sobre gestão local da atenção; (v) aumento do
121 conhecimento dos profissionais da gestão sobre monitoramento do acesso e da
122 utilização dos serviços.

123 A inclusão de indicadores de acesso no Pacto Municipal de Saúde levou a
124 alinhamento importante de visão e métodos entre as Gerências de APS e de
125 Planos e Metas, parceria que se estendeu ao processo de preparação das ESF
126 para implantação da PMAQ.

127 De acordo com as diretrizes das oficinas, sintetizadas no modelo lógico da
128 intervenção, espera-se a partir da implantação os seguintes resultados: Maior
129 atendimento de demanda espontânea; Diminuição de faltas em consultas;
130 Diversificação das oportunidades de contato do usuário com a ESF; Diminuição
131 dos tempos de espera; Aumento da proporção de população atendida por
132 período; Diminuição de utilização excessiva e excesso de prevenção; Equipes
133 mais funcionais. Os efeitos de longo prazo esperados seriam ampliação de
134 acesso e continuidade, utilização mais adequada, melhora na satisfação de
135 profissionais e usuários e maior equidade no acesso da população às ações de
136 saúde.

137 A partir de dados de monitoramento obtidos do prontuário eletrônico da SMS
138 (Infosaúde), relativos às ESF, constatou-se que no primeiro semestre de 2012,
139 em relação ao mesmo período de 2011, houve: (i) aumento nos atendimentos
140 gerais realizados entre 2011 e 2012 (943.319 atendimentos totais em 2011 x
141 1.041.121 apenas de janeiro a agosto de 2012); (ii) aumento no número de
142 pessoas diferentes atendidas por mês entre janeiro e agosto de 2011 e o mesmo
143 período de 2012 (77.182 pessoas/mês em 2011 x 85.373 pessoa/mês em 2012);
144 (iii) diminuição nas faltas em consultas entre agosto de 2011 e agosto de 2012



145 (9,55% de faltas em ago/2011 x 7,12% de faltas em ago/2012); (iv) manutenção
146 das médias de consultas com encaminhamentos (18,5% x 18%) e médias de
147 exames por consulta (1,59 x 1,58) entre agosto de 2011 e agosto de 2012; (v)
148 manutenção aproximada do número de atendimentos realizados nas UPAs
149 (198.593 em 2011 x 196.658 em 2012) e nas policlínicas (160.894 em 2011 x
150 159.688 em 2012) entre janeiro e agosto de 2011 e o mesmo período de 2012. No
151 mesmo período, apesar da expansão do número de ESF, não houve aumento real
152 significativo de cobertura de APS em termos de ações e serviços oferecidos,
153 devido à perda de pessoal (médicos).

154 Com estes dados, pode-se dizer que: (i) as equipes da APS estão atendendo
155 mais - o que pode significar melhor aproveitamento ou sobrecarga dos
156 profissionais; (ii) a parcela de população que utiliza a APS aumentou, e as faltas
157 diminuíram, o que pode representar maior acesso da população à APS; (iii) a
158 resolubilidade dos atendimentos na APS, medida por taxas de exames e
159 encaminhamentos por consultas, se manteve semelhante, mesmo com o aumento
160 de produção e a diminuição de pessoal nas unidades (iv) não houve sobrecarga
161 da Média Complexidade, apesar do aumento de produção e de população
162 atendida na APS. Os aumentos de produtividade e de utilização se mantêm
163 mesmo quando corrigidos para o número de ESF sem médicos.

164 Em suma, é possível que tenha havido aumento de oferta, de acesso, de adesão
165 e de resolubilidade na APS entre 2011 e 2012, sem sobrecarga do restante do
166 sistema e em contexto desfavorável devido ao déficit de profissionais. Ainda que
167 não se tenha medido a correlação estatística entre as variáveis, e que sejam
168 necessários análise de série histórica e acompanhamento por mais tempo para
169 mensuração de efeitos, estes dados preliminares apontam para a possibilidade de
170 relação entre mudanças na organização da atenção e mudanças no acesso. Esta
171 possibilidade justifica a continuidade do processo de indução e condução de
172 mudanças iniciado com as Oficinas sobre Acesso na APS, bem como um maior
173 foco na modelização da intervenção e no monitoramento do acesso e da
174 utilização na APS como estratégias para identificação dos componentes da
175 intervenção relacionados a mudanças no processo de atenção e a melhora nos
176 resultados do sistema.

