

TÍTULO DA PRÁTICA:

Monitoramento de indicadores de desempenho em um Distrito Sanitário de Florianópolis como ferramenta na condução da equidade de ações gerenciais

CÓDIGO DA PRÁTICA:

T69

1 a) Situação-problema

2 A compreensão do Distrito Sanitário pode abranger duas dimensões: a primeira,
3 enquanto estratégia de construção do SUS num município, envolvendo alguns
4 elementos conceitual e operacionalmente importantes; e a outra dimensão se
5 refere à menor unidade de território ou de população, a ser apropriada para o
6 processo de planejamento e gestão. A regionalização/distritalização é um
7 processo permanente, contínuo e dinâmico, que implica negociação e pactuação
8 entre os diversos gestores e gerentes de serviços do SUS, com a participação e
9 controle social, e deve ter implícita a perspectiva de construir ou oferecer
10 serviços/ ações com ampla suficiência para a satisfação plena das demandas e
11 necessidades de saúde da população da região/distrito sanitário. Os elementos
12 substantivos a serem trabalhados no processo de construção do Distrito Sanitário,
13 segundo Mendes, são: território, problemas, práticas sanitárias e processo de
14 trabalho.

15 A análise das situações de saúde neste contexto é fundamental e corresponde a
16 uma vertente da vigilância da saúde que prioriza a análise da saúde de grupos
17 populacionais definidos em função de suas condições de vida. Depende, portanto,
18 de um processo de “territorialização” dos sistemas locais de saúde, de modo a
19 reconhecer porções do território segundo a lógica das relações entre condições
20 de vida, saúde e acesso aos serviços de saúde. A análise de situação de saúde



21 tem uma lógica territorial, porque no espaço se distribuem populações humanas
22 segundo similaridades culturais e socioeconômicas (BARCELLOS, 2002).

23 Assim, esse modelo de descentralização assistencial ainda em construção em
24 Florianópolis deve ser dinâmico, progressivo e flexível, com a definição das
25 competências dos gestores e gerentes dos sistemas e serviços de saúde e a
26 inclusão em seus processos de trabalho de ações de diversas naturezas e com
27 perspectiva de integralidade, voltadas para os problemas prevalentes e
28 prioritários, bem como para o atendimento da demanda espontânea e o acesso
29 aos serviços de saúde com um sistema de informação local/regional disponível
30 tanto para o monitoramento epidemiológico dos agravos quanto para o uso
31 administrativo e gerencial. Até o ano de 2010 a análise situacional do território
32 não era realizada no Distrito Leste, e tampouco a prática de monitoramento
33 periódico dos indicadores, o que motivou a equipe gestora do Distrito a priorizar
34 essas ações no planejamento institucional realizado no início de 2011.

35

36 **b) Alinhamento da prática à identidade organizacional**

37 A visão da Secretaria Municipal de Saúde está definida por oportunizar o acesso
38 de 100% da população a um sistema público de saúde, com gestão da qualidade
39 total e ordenado pela ESF até 2014. No início de 2011, o planejamento
40 estratégico do Distrito Sanitário Leste definiu vários de seus objetivos alinhados
41 com a identidade institucional definida em 2010. Dentre eles destaca-se a
42 dimensão do acesso como visão estratégica do Distrito, traduzida por dois dos
43 principais objetivos definidos para o ano de 2011: i) Estimular a organização do
44 processo de trabalho das unidades objetivando a ampliação do acesso; ii)
45 Monitorar indicadores de saúde prioritários alinhados com os das unidades e SMS
46 periodicamente. A partir desses objetivos iniciou-se o levantamento de vários
47 indicadores de saúde e de acesso nas Unidades de Saúde do Distrito e
48 promoveu-se ações específicas locais de acordo com o diagnóstico realizado em
49 cada Unidade.

50



51

52 **c) Objetivos**

53 O presente estudo tem como objetivo descrever a prática de análise da situação
54 de saúde por meio do estudo e monitoramento de diversos indicadores dentro do
55 território do Distrito Sanitário Leste e os resultados na equidade de ações
56 gerenciais nos serviços de saúde integrantes da sua área de abrangência.

57

58 **d) Gestão da Boa Prática**

59 A condução da análise situacional e monitoramento dos indicadores foi conduzida
60 pela coordenação do Distrito Sanitário e supervisora da atenção primário do
61 Distrito. A coleta de dados dos indicadores foi realizada por meio das bases
62 oficiais de dados dos sistemas de informações do SUS, relatórios gerenciais
63 gerados pelo sistema de prontuários eletrônicos da rede municipal de saúde
64 (Infosaúde), relatórios RAAI-RAAC de acesso público no site da Secretaria
65 Municipal de Saúde e dados do instrumento de supervisão da atenção primária
66 das nove unidades de saúde integrantes do Distrito Sanitário Leste. Os dados são
67 compilados em planilhas e gráficos divididos por tipos de indicadores contendo os
68 dados de todas as unidades. Esses dados são discutidos nas reuniões
69 administrativas com gestores locais das unidades de saúde e disponibilizados a
70 todos os profissionais das respectivas unidades via online. A análise situacional
71 com um painel amplo de indicadores (46 indicadores avaliados) foi realizada no
72 final de 2011 e a partir daí foram selecionados indicadores prioritários
73 monitorados semestralmente.

74

75 **e) Período de intervenção**

76 A prática de avaliação dos indicadores de acesso foi iniciada em junho de 2011 e
77 a dos demais indicadores no decorrer do segundo semestre do mesmo ano,
78 resultando em uma avaliação diagnóstica situacional completa das Unidades de



79 Saúde do Distrito ao final de 2011. Essa avaliação e posterior monitoramento dos
80 dados resultou em ações diferenciadas de apoio às Unidades de Saúde durante o
81 segundo semestre de 2011 e todo o ano de 2012.

82

83 **f) Parcerias estabelecidas**

84 Com a prática institucionalizada de avaliação e monitoramento de indicadores
85 houve o estabelecimento de parceria importante com os coordenadores de
86 Unidades Locais (gestores locais) na priorização das ações assim como com as
87 próprias equipes de saúde da família, uma vez que as mesmas passaram a ter
88 dados que subsidiassem o planejamento local e puderam opinar sobre a escolha
89 dos indicadores prioritários a serem monitorados pelo Distrito. Também houve
90 ampliação de parceria com alguns setores da SMS no sentido de formalização da
91 periodicidade de fornecimento de alguns indicadores como o setor de ouvidoria, o
92 setor de controle e auditoria (dados do SISREG), saúde da mulher (dados de
93 cobertura de exame colpocitológico e mamografias e saúde bucal (definição de
94 dados prioritários).

95

96 **g) Participação Social**

97 Um dos elementos substantivos referidos para a construção dos Distritos
98 Sanitários são a participação e controle social. Dentro dos objetivos do
99 planejamento de 2011 postulou-se como uma das metas o estímulo a ampliação
100 da cobertura de Conselhos Locais de Saúde (CLS) ativos de 33 para 50% em 6
101 meses. Ao final de 2011 a frequência atingiu 90% das unidades de saúde com
102 CLS ativos. Desta forma pôde-se apresentar a avaliação situacional das unidades
103 do Distrito na maior parte dos CLSs do território.

104

105 **h) Recursos humanos e financeiros envolvidos**



106 A prática envolveu toda a equipe de técnicos do Distrito (coordenador do Distrito,
107 supervisor da Atenção Primária, supervisor de média complexidade, supervisor de
108 logística e do supervisor da vigilância epidemiológica) além dos coordenadores
109 locais. Não houve recursos financeiros envolvidos, uma vez que a
110 disponibilização de todos os dados é feita em bases públicas e as ações
111 gerenciais da equipe do Distrito traduziram-se sobretudo a intervenções no
112 processo de trabalho das equipes e Unidades de Saúde.

113

114 (i) Atividades implementadas

115 Com a definição do acesso aos serviços de saúde do município como visão
116 estratégica norteadora da gestão da SMS no ano de 2010, encontrou-se um
117 cenário municipal caracterizado pela implantação de planejamento estruturado na
118 maioria das Unidades de Saúde, existência de experiências exitosas municipais
119 em qualificação do acesso (modelos) e qualificação dos profissionais das ESF
120 (muitos especialistas em saúde da família) atuantes no município, dando
121 condições favoráveis para intervenção específica na qualificação do processo de
122 trabalho das unidades objetivando a melhora dos indicadores de desempenho e
123 acesso. Inicialmente avaliou-se um painel de 42 indicadores (de saúde pactuados
124 pelo município, de produtividade local e de acesso), representando a análise
125 situacional das Unidades do Distrito no ano de 2011. Esses dados foram
126 disponibilizados para todas as equipes para utilização no planejamento local e
127 forneceram subsídios para equidade das ações das apoio específico junto às
128 Unidades e para a gestão e planejamento de RH. No início de 2012 o painel de
129 indicadores foi submetido à avaliação voluntária de todas as equipes (via online e
130 por meio do coordenador local) e então estabelecidos os indicadores a serem
131 monitorados periodicamente pelo Distrito. A prática de monitoramento deste novo
132 painel de indicadores ainda está em fase de implantação sendo a sua
133 periodicidade de acompanhamento ainda não definida.

134 Os indicadores foram divididos em três dimensões de avaliação:



135 i) Indicadores pactuados pelo município: Meta de preventivos na faixa etária
136 preconizada; Meta de mamografia na faixa etária preconizada; % aleitamento
137 materno 0-4m; % população cadastrada pelo CADFAM; % de cobertura de micro-
138 áreas; % gestantes cadastradas, % nascidos vivos com 7 ou mais consultas de
139 pré-natal; % de portadores de DM cadastrados; % de portadores de HAS
140 cadastrados; Cobertura vacinal Influenza; Cobertura vacinal Tetra

141 ii) Indicadores de acesso / processo de trabalho / resolubilidade: Tempo de
142 espera para agendamento na unidade; Tempo de espera entre agendamento e
143 consulta; % da população atendida pelo Centro de Saúde; Consulta médica /
144 habitante / ano; Consulta de enfermagem / habitante / ano; % de
145 encaminhamentos médicos; % de faltosos em consultas agendadas; % de
146 exames solicitados; % de faltas em exames e consultas especializadas;
147 % consulta demanda espontânea / urgência; Atualizações no CADFAM realizadas
148 pelos ACSs

149 iii) Indicadores de produtividade: Média mensal de consultas médicas por equipe;
150 Média mensal de consultas em enfermagem por equipe; Média mensal de
151 consultas em odonto por equipe; Razão entre primeira consulta odontológica
152 programática e tratamento concluído; Média mensal de procedimentos
153 odontológicos por equipe; Média mensal de atendimentos coletivos por equipe de
154 SF e SB; Média mensal de procedimentos em enfermagem por equipe; Média
155 mensal de Visitas Domiciliares por equipe.

156

157 **j) Abrangência da Prática**

158 O Distrito Sanitário Leste é um dos cinco Distritos Sanitários do município. Este
159 Distrito é responsável por uma população de 70.207 habitantes distribuídas em
160 nove Centros de Saúde (22 Equipes de Saúde da Família) na região centro-leste
161 da ilha e a prática descrita foi efetivada em todas as unidades de saúde do
162 território.

163

164 **k) Características inovadoras**

165 Ao se considerar que a Estratégia de Saúde da Família Saúde é o modelo de
166 APS escolhido pelo município de Florianópolis e que a APS deve ser o eixo para
167 a organização do sistema público de saúde no Brasil conforme diretrizes
168 preconizadas na Política Nacional de Atenção Básica instituída em 1996 e
169 ratificada em 2011 reforça-se a necessidade essencial de ampliação de acesso e
170 qualificação dos serviços oferecidos por esse nível de atenção à saúde. Nesse
171 sentido, vale ressaltar que qualquer inovação desejada com objetivo de
172 qualificação da atenção necessariamente deve ser atrelada a inovações também
173 nas formas de organização e gestão do trabalho das ESF. As ESF têm
174 encontrado muitas dificuldades na organização de seu trabalho, decorrentes do
175 excesso de demanda, da falta de gestão e planejamento local e da difícil
176 negociação com a população para priorização de ações já programadas ou de
177 prevenção e promoção aliadas à necessidade e expectativa da população de
178 atendimento imediato. Este estudo apresenta a característica inovadora de pautar
179 as ações de gestão de um Distrito Sanitário na avaliação da necessidade de
180 saúde das Unidades e sua área adscrita. Dessa forma pode-se promover
181 intervenção e apoio às Unidades com equidade de ações gerenciais de acordo
182 com o desempenho em indicadores variados de cada unidade.

183 **l) Aprendizado**

184 A cultura organizacional do setor público brasileiro, em geral, não estimula a
185 iniciativa e a criatividade de seus trabalhadores. Entretanto, deve-se lembrar que
186 todo processo de mudança implica a necessidade de profissionais não apenas
187 com boa capacitação técnica, mas com liberdade de criação e autonomia de
188 ação. A análise das necessidades de saúde das Unidades do território do Distrito
189 Leste foi realizada por iniciativa do grupo técnico deste Distrito mas foi apoiada
190 pelo Departamento de Atenção Primária, permitindo a autonomia da gestão da
191 ferramenta e gestão compartilhada da prática com as Unidades de Saúde. Desta
192 forma, as principais aquisições de aprendizado do processo recaem no uso de
193 dados epidemiológicos sobre políticas de saúde para organização da atenção
194 primária, por meio de estudos comparativos (benchmarking) com outros Distritos



195 assim como aumento da capacitação dos profissionais da gestão nas práticas de
196 monitoramento das ações e efetividade dos serviços.

197

198 **m) Integração**

199 A integração da prática do diagnóstico e monitoramento ocorreu sobretudo entre a
200 equipe técnica do Distrito Sanitário e as Unidades Locais, tanto por meio dos
201 gestores locais como pelas próprias equipes de saúde da família. Essa parceria
202 foi intensificada no decorrer de 2012, com a formação de um modelo de colegiado
203 para decisões conjuntas no que se refere a problemas compartilhados entre as
204 Unidades à partir da disponibilização de dados de indicadores previamente às
205 discussões.

206

207 **n) Impacto direto da prática no usuário/cidadão**

208 As ações personalizadas junto às unidades com piores indicadores assim como a
209 indução dos processos de trabalho com objetivo de ampliação do acesso nas
210 unidades provocou impacto direto na ampliação de acesso, maior equidade no
211 acesso da população às ações de saúde e busca por maior vínculo e
212 continuidade do cuidado pelas equipes de saúde da família o que reflete em maior
213 resolubilidade e eficácia das ações em saúde evidenciado no aumento da
214 produtividade global das unidades, diminuição nos tempos de espera para
215 agendamento e consulta nas Unidades e diminuição na frequência de solicitação
216 de exames e encaminhamentos para especialidades médica. A médio e longo
217 prazo espera-se uma melhora na satisfação de profissionais e usuários (dados
218 ainda não avaliados).



219

220 o) Eficiência

221 Quando se fala em eficiência da prática espera-se que todo o processo de
222 gestão distrital seja direcionado para que todo o esforço técnico, econômico,
223 administrativo e político a ser utilizado na qualificação do sistema de saúde
224 municipal seja dedicado à solução dos problemas identificados e priorizados à
225 partir de dados levantados. O que se pretende ressaltar aqui é que, qualquer
226 alteração desse “custo do sistema” em termos de seus componentes deve ser
227 dirigida para a realização de atividades ou operações destinadas à solução dos
228 problemas que foram priorizados, bem como todos os outros esforços de natureza
229 técnica ou administrativa que forem realizados. Como não há recursos financeiros
230 diretos envolvidos nas ações gerenciais do Distrito junto às unidades de saúde
231 supõe-se que a prática tenha alta eficiência e efetividade em sua execução.

232

233 p) Resultados obtidos

234 Como primeiro e talvez mais importante resultado qualitativo obtido com a
235 prática observou-se uma maior vinculação das equipes das Unidades de Saúde
236 com o Distrito. Esse estreitamento de vínculos foi reflexo tanto da abertura e
237 ampliação de canais de comunicação direta com os profissionais das unidades
238 como pelo fato da participação da equipe do Distrito em várias reuniões locais
239 para apresentação dos resultados e apoio à reorganização do processo de
240 trabalho das unidades com foco na ampliação do acesso.

241

242 Quando se analisam os dados quantitativos dos indicadores monitorados
243 observa-se que as ações gerenciais pautadas nas necessidades individualizadas
244 de cada unidade e sobretudo as ações de apoio na mudança de organização do
245 processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família foi suficiente para
246 melhorar vários indicadores monitorados, tanto de acesso como de produtividade,
247 desempenho e resolubilidade dos serviços. Foram avaliados para monitoramento



248 comparativo os dados referentes ao período entre maio e outubro de 2010
249 (modelo tradicional) e 2011 (após introdução da prática). Houve incremento em
250 vários resultados e dentre os indicadores monitorados destaca-se o aumento do
251 acesso da população a diversos serviços oferecidos pela unidade. Esse dado
252 pode ser verificado pelo aumento no quantitativo de atendimentos realizados nas
253 unidades, representado pelo incremento de 38% (n=51.712) no número de
254 atendimentos realizados pelas Unidades do Distrito entre 2010 e 2011. Dentre
255 esses atendimentos destaca-se o aumento de 27,5% (n=5.520) nas consultas
256 médicas e de 41,2% (n=5.057) nas consultas de enfermagem. Esse aumento na
257 produtividade das Unidades de Saúde foi acompanhado de diminuição nos
258 tempos médios de espera para agendamento de consultas médicas na unidade
259 de 20 para 6 dias e no tempo médio de espera entre agendamento e consulta
260 realizada de 26 para 18 dias. Adicionalmente foram observados a diminuição na
261 frequência média de encaminhamentos para médicos especialistas de 19,8% para
262 14,8% das consultas realizadas e diminuição da média de solicitação de exames
263 de 1,26 para 1,04 exames/consultas médicas, o que parece refletir um impacto na
264 resolubilidade geral das Equipes de Saúde da Família.

265 Ao se direcionar o processo de trabalho para o alcance de objetivos e metas,
266 visando modificar uma situação não desejada, esbarra-se em características
267 próprias e especiais do trabalho em saúde, caracterizado por uma complexidade
268 da interação entre os diferentes recursos, incluindo os aspectos cognitivos,
269 organizativos, políticos, subjetivos, financeiros e outros. Portanto, de forma muito
270 particular na área de saúde, para alcance efetivo dos objetivos, é necessário tê-
271 los claros e saber explorar os recursos existentes. Desta forma, justifica-se a
272 continuidade do processo apoio às Unidades de Saúde embasados no
273 conhecimento das necessidades de saúde do território adscrito ao Distrito e de
274 cada Unidade assim como utilizando o monitoramento de indicadores como forma
275 de avaliação da efetividade da APS e a melhora nos resultados do sistema.

276

277 REFERÊNCIAS:

278 Almeida, Eurivaldo Sampaio de □ Distritos Sanitários: Concepção e Organização,
279 volume 1 / Eurivaldo Sampaio de Almeida, Cláudio Gastão Junqueira de Castro,
280 Carlos Alberto Lisboa Vieira. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da
281 Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania)

282

283 Christovam C. Barcellos e colaboradores. Organização Espacial, Saúde e
284 Qualidade de Vida: Análise Espacial e Uso de Indicadores na Avaliação de
285 Situações de Saúde. Informe Epidemiológico do SUS 2002; 11(3): 129 - 138.

286

287 Mendes EV, organizador. Distrito sanitário: o processo social de mudança das
288 práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de
289 Janeiro: ABRASCO; 1993

290

291 Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e
292 tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.

