



Dezesseis anos de monitoramento em saúde na atenção primária em uma grande metrópole das Américas

Sylvia Grimm,¹ Alexandre Padilha,² Katia Cristina Bassichetto¹ e Margarida Lira¹

Como citar Grimm S, Padilha A, Bassichetto KC, Lira M. Dezesseis anos de monitoramento em saúde na atenção primária em uma grande metrópole das Américas. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e183. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.183>

RESUMO

O presente artigo relata a institucionalização do monitoramento de indicadores sobre o desempenho da atenção primária à saúde (APS) em uma grande metrópole das Américas, com 7 milhões de usuários no sistema público de saúde. A partir da experiência de desenvolvimento e uso, há 16 anos, do Painel de Monitoramento da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, foi desenvolvido o Painel de Gestão da Atenção Básica, fornecendo um conjunto de indicadores selecionados sobre o comportamento desse nível de atenção ao longo do tempo. O Painel de Gestão foi incorporado à reorganização da governança, envolvendo dirigentes e técnicos dos diversos níveis, capacitados com um método de cogestão de organizações, com apoio da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). A experiência de uso desse Painel de Gestão aumentou também a efetividade na comunicação das informações do Painel de Monitoramento, apoiando a implementação de mudanças no modelo de organização para consolidar os atributos de acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado na APS. A robustez da série histórica dos dados e o envolvimento dos implementadores dessa iniciativa fortaleceram a confiança das equipes na utilização das informações geradas. A metodologia de monitoramento captou mudanças no período em análise, orientando os envolvidos quanto às diferenças entre regiões intramunicipais. O monitoramento é prática que possibilita a utilização ágil e oportuna de dados secundários, fundamental para o enfrentamento dos problemas evidenciados.

Palavras-chave

Políticas públicas; avaliação em saúde; atenção primária à saúde; indicadores de saúde; Brasil.

Avaliar o desempenho das políticas no campo da saúde tem sido uma expectativa presente na atividade complexa de gestão dos serviços de saúde, considerando a necessidade de maior

efetividade e eficiência. Experiências de monitoramento e avaliação têm ganhado protagonismo como práticas orientadoras das ações em curso, tornando-se importantes ferramentas gerenciais para o aprimoramento de políticas públicas (1–4).

Desde a Declaração de Alma-Ata, a proposta de “Saúde para todos no ano 2000”, entre tantas outras iniciativas, tem gerado mobilização política

e social e contribuído para a construção de conceitos que se concretizaram em diversos modelos de expansão da cobertura e organização da rede de atenção primária à saúde (APS) (5). Entretanto, no município de São Paulo, Brasil, onde 7 milhões de usuários utilizam a rede de atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS) anualmente (6, 7), esse processo passou por aproximações e distanciamentos dos preceitos

¹ Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, Coordenação de Epidemiologia e Informação, São Paulo (SP), Brasil. Correspondência: Sylvia Grimm, sy.grimm@gmail.com

² Faculdade São Leopoldo Mandic, Campinas (SP), Brasil.

estabelecidos nesses movimentos, com experimentação de diversos modelos de organização de serviços em períodos bem marcados.

No início dos anos 1980, a primeira expansão foi baseada no modelo de ações programáticas em saúde, com organização dos serviços de atendimento baseada em análise de riscos epidemiológicos. Esse modelo foi definido de forma centralizada, entendendo a APS como parte de uma rede de serviços hierarquizada por níveis de complexidade (8). No início da década de 1990, exatamente quando se iniciava a implementação do SUS em todo o Brasil, o município de São Paulo se afastou das suas diretrizes e estabeleceu uma rede própria de serviços de APS, adotando um modelo de contratação de cooperativas médicas privadas, com características de acesso não universal e fortemente voltado para especialidades médicas, denominado Plano de Atendimento à Saúde (PAS) (9).

No início dos anos 2000, o município de São Paulo retomou o compromisso com os princípios do acesso universal e o governo local passou a assumir a gestão do conjunto de unidades da rede de APS. Em parte dessas unidades, foi implantado o modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF), que inseria médicos de família e agentes comunitários de saúde (ACS) nas equipes (10). Na segunda metade dessa mesma década, visando à ampliação do acesso, foi implantado um modelo de unidades de pronto-atendimento, denominadas Assistência Médica Ambulatorial (AMA). Esse modelo, entretanto, não permitia a longitudinalidade no acompanhamento dos casos atendidos, sendo que muitas dessas unidades compartilhavam os espaços físicos das equipes da rede de APS existente, competindo com o modelo estabelecido até então (11).

A partir de 2011, os governos municipais no Brasil passaram a ser incentivados técnica e financeiramente pelo Ministério da Saúde, e orientados pelas diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) do SUS (12), no sentido de recuperar e reafirmar a experiência da ESF, pautada pelos atributos da APS, como apresentado no relatório global de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) (13). A PNAB tem como pilares o acesso aberto e acolhedor, considerando as necessidades dos usuários, a organização multiprofissional do processo de

trabalho, a base territorial e comunitária da cobertura populacional e o esforço de constituir a APS como centro de uma rede de atenção coordenadora do cuidado (12). Tal modelo passou a influenciar a reorganização da APS no município de São Paulo, cuja rede incluía, naquele momento, 453 unidades básicas de saúde (UBS), com 4,4 milhões de pessoas atendidas pela ESF, 98 AMA, cerca de 9 milhões/ano de consultas médicas básicas e mais de 20 milhões de receitas atendidas pela rede municipal do SUS (6, 7). Essa reorganização ocorreu em um contexto de profunda desigualdade, com influência dos determinantes sociais em saúde no acesso aos serviços e nas formas de adoecimento, resultando em realidades distintas na mesma cidade (14).

Como parte do enfrentamento desses desafios, o órgão gestor da saúde no município de São Paulo, no período de 2013 a 2016, estabeleceu algumas estratégias prioritárias para o fortalecimento da APS: o Plano Estratégico de Gestão e Monitoramento da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP) e um acordo de cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Brasil (15). Tais estratégias se desdobram em quatro ações: 1) desenvolvimento de um programa de investimento em infraestrutura nas UBS; 2) adesão e implementação do Programa Mais Médicos (PMM) (16) direcionado às UBS que apresentavam maior dificuldade no provimento desses profissionais; 3) reorganização dos processos de trabalho das AMA, integrando-as às equipes das UBS, tendo como pressupostos os atributos do acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, territorialização comunitária e coordenação do cuidado, como previsto no documento municipal de diretrizes, amplamente discutido nas instâncias de participação da comunidade e em consulta pública eletrônica (17); e 4) desenvolvimento, em parceria com a OPAS, de um processo de educação permanente com cerca de 300 profissionais de saúde da própria rede municipal e das estruturas de gestão envolvendo as instituições formadoras (18, 19).

Essa demanda se constituiu como uma oportunidade de disponibilizar todo um conhecimento acumulado no desenvolvimento de um instrumento de monitoramento para apoio à tomada de decisão, o Painel de Monitoramento da SMS-SP (20, 21), existente desde 2001. O Painel

em questão utiliza uma metodologia adequada para o monitoramento, tendo o período mais recente disponível como o centro da sua análise. É disponibilizado em rede para gestores e técnicos por meio de um aplicativo, o que facilita a interface com os usuários e automatiza a obtenção de relatórios específicos.

No mesmo período (2013-2016), foi implantado o Colegiado de Gestão da SMS-SP, coordenado pelo secretário municipal de saúde à época, que envolveu as áreas da atenção básica e de média e alta complexidade, regulação, urgência e emergência, vigilância em saúde e os respectivos gestores das seis regiões intramunicipais de saúde, subdivididas em 26 supervisões locais. A frequência de reuniões era semanal, intercalando-se momentos presenciais e por videoconferência para reduzir o afastamento dos gestores das respectivas regiões de saúde. Nesse Colegiado, o Painel de Gestão da Atenção Básica passou a ser pautado mensalmente, permitindo a divulgação, debate e análise de resultados. Essa iniciativa teve como pressupostos a necessidade de aumentar a efetividade nas comunicações dos resultados das ações e ampliar a oferta de conteúdos e condições para apoio de gestores e técnicos nos diferentes níveis do sistema de saúde municipal na tomada de decisão, fundamental para o enfrentamento das desigualdades observadas.

O objetivo deste artigo é apresentar a experiência de institucionalização do monitoramento como estratégia de acompanhamento das ações propostas para o fortalecimento da APS no município de São Paulo, no ano de 2016, por meio da construção e utilização do Painel de Gestão da Atenção Básica.

MATERIAIS E MÉTODOS

O Painel de Gestão da Atenção Básica pode ser definido como um conjunto de dados referentes a indicadores selecionados, analisados ao longo de período estabelecido para fins de monitoramento de aspectos estratégicos. O processo de trabalho para a construção desse Painel de Gestão da Atenção Básica envolveu a formação de um grupo de trabalho sob responsabilidade da Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo), com representantes da então Coordenação da Atenção Básica, das áreas técnicas que faziam interface com a atenção básica e da assessoria do gabinete. Esse grupo

fez uma revisão crítica de cada ação para a escolha de indicadores que representassem a síntese dos diferentes aspectos a serem monitorados, levando em conta os critérios de validade, oportunidade, disponibilidade, desagregação e governabilidade, importantes para a prática do monitoramento (22), privilegiando o uso de dados secundários, disponibilizados pelas diferentes áreas e demais sistemas de informação de interesse. A partir dos temas escolhidos (consultas médicas, odontológicas e de enfermeiros, agenda, recursos humanos, ouvidoria e suprimentos) foram selecionados 21 indicadores (15) (figura 1).

Foi também definido o período a ser considerado como série histórica (2012 a 2016) e as unidades de medida dos indicadores selecionados (razões, números médios anuais e proporções). Para a análise dos indicadores, foi utilizada a metodologia estatística existente no aplicativo do Painel de Monitoramento da SMS-SP: desempenho de cada indicador nos últimos 7 meses em relação à série histórica e tendência nos últimos 48 meses. Essa metodologia permite captar e sinalizar oportunamente situações de desempenho indesejável dos indicadores acompanhados e realizar uma previsão futura, utilizando modelo Holt-Winters aditivo

ou da média móvel simples centrada e apontar situações de tendência e sazonalidade após testar significância estatística. O desempenho dos indicadores também é analisado por meio do controle estatístico do processo para identificar de forma eficaz alterações bruscas nos processos analisados. O Painel de Monitoramento tem passado por contínuos processos de atualização e aprimoramento, sendo que o mais recente contou com o apoio da OPAS na contratação de consultoria específica (23). Os dados anuais e mensais, desempenhos e tendências dos indicadores têm sido apresentados em um único quadro para facilitar a compreensão da análise a ser efetuada (15) (figura 2).

Para a apresentação mensal do Painel de Gestão da Atenção Básica no Colegiado de Gestão da SMS-SP, os indicadores selecionados eram disponibilizados previamente, em forma de eslaides, para todos os participantes. Isso facilitava a possibilidade de uma discussão ampliada e descentralizada, alcançando os gestores dos diferentes níveis do sistema, já que também se utilizava a estratégia de teleconferência.

Apesar de o Painel de Gestão da Atenção Básica conter vários indicadores, para este estudo optou-se por apresentar

somente um deles: “número de consultas médicas básicas, exceto as de urgência em atenção básica”, por representar, ao mesmo tempo, tanto um aspecto de acesso como de mudança de modelo de atenção à saúde (que estava sendo buscada). Optou-se, ainda, por apresentar o indicador para o município de São Paulo e para as coordenadorias regionais de saúde em dois períodos distintos, que correspondiam à primeira e à última discussão no Colegiado de Gestão (22 de fevereiro de 2016 e 28 de novembro de 2016), ainda que estes não sejam completamente equivalentes, como recomendado para estudos comparativos. Essa opção teve como objetivo apresentar de forma mais clara as mudanças ocorridas em cada espaço durante o ano de monitoramento (2016).

Os seguintes procedimentos foram incluídos no indicador “número de consultas médicas básicas, exceto as de urgência em atenção básica”, com o respectivo código da Tabela Unificada do SUS (SIG-TAP) (disponível em <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>): consulta ao paciente curado de tuberculose (tratamento) (0301010013), consulta com identificação de casos novos de tuberculose (0301010021), consulta médica em atenção básica (0301010064), consulta para acompanhamento de crescimento e desenvolvimento (0301010080), consulta para avaliação clínica do fumante (0301010099), consulta de pré-natal (0301010110), consulta puerperal (0301010129), consulta/atendimento domiciliar na atenção básica (0301010137), atendimento para indicação/fornecimento de diafragma uterino (0301040010) e atendimento para indicação/fornecimento e inserção do DIU (0301040028).

Esperava-se que as equipes das UBS assumissem de modo continuado o cuidado das pessoas que até então eram atendidas no modelo de pronto-atendimento. Nesse sentido, para ilustrar a mudança ocorrida, são apresentados os resultados da evolução do indicador selecionado no período, considerando a situação em 2015 e 2016 (anterior e posterior à implantação das diversas iniciativas para o fortalecimento da APS), por meio das análises de desempenho e de tendência, comparando-se os dois momentos considerados.

A experiência aqui apresentada se configurou como uma iniciativa de aprimoramento da gestão, com o uso de dados

FIGURA 1. Elenco de indicadores do Painel de Gestão da Atenção Básica, Município de São Paulo, Brasil, 2016^a

| | |
|----|---|
| 1 | Reclamações na Ouvidoria |
| 2 | Solicitações de serviços na Ouvidoria |
| 3 | Consultas Médicas Básicas (Urgência e Não Urgência) |
| 4 | Consultas Médicas Básicas não Urgência |
| 5 | Consultas Médicas de Urgência em Clínica Básica |
| 6 | Consultas Médicas de Urgência Especializada (Hospitais, AMA 24h, UPA, PA, PS) |
| 7 | Primeira Consulta Odontológica |
| 8 | Consulta Enfermeiro |
| 9 | Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB) |
| 10 | Consultas Ofertadas na atenção básica (agenda) |
| 11 | Consultas Agendadas na atenção básica |
| 12 | Tempo médio de espera na atenção básica (dias) |
| 13 | Perda primária na Atenção Básica |
| 14 | Absenteísmo na Atenção Básica |
| 15 | 7 ou mais Consultas de Pré Natal realizadas entre nascidos em hospitais SUS |
| 16 | Médicos Existentes nas Unidades AB |
| 17 | Médicos Contratados para unidades AB |
| 18 | Ítem por faixa de desabastecimento - 0 – 10% de unidades (medicamentos e MMH) Ítem por faixa de desabastecimento - 11 – 30% de unidades (medicamentos e MMH) Ítem por faixa de desabastecimento - 30% e mais de unidades (medicamentos e MMH) |
| 19 | Solicitações de Suprimentos na Ouvidoria |
| 20 | IDM -% adesão -% hs contratadas/previstas -% hs presentes/contratadas |
| 21 | Solicitações de consultas médicas especializadas pela AB |

^a Reproduzido de (15), com autorização. AB: atenção básica; AMA: Assistência Médica Ambulatorial; MMH: material médico-hospitalar; PA: pronto atendimento; PS: pronto socorro; UPA: Unidade de Pronto Atendimento.

FIGURA 2. Apresentação sintética dos dados anuais e mensais, desempenhos e tendências obtidas pelo Painel de Monitoramento da Secretaria Municipal de Saúde (série externa), município de São Paulo, Brasil, novembro de 2016^a

| MUNICÍPIO DE SÃO PAULO | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | Ago/2016 | Set/2016 | Out/2016 | Desempenho | Tendência |
|---|-----------------------------------|---------|---------|---------|---------------------|-----------|----------|-----------------------|-----------|
| | Razão de Consultas por Habitantes | | | | Nº | | | | |
| Consultas Médicas Básicas (Urgência e Não Urgência) | 1,46 | 1,46 | 1,31 | 1,21 | 1.455.706 | 1.348.126 | ... | | |
| Consultas Médicas Básicas não Urgência | 0,67 | 0,66 | 0,67 | 0,67 | 890.963 | 814.435 | ... | Bom, 7 pt acima | ↑ |
| Consultas Médicas de Urgência em Clínica Básica | 0,79 | 0,79 | 0,64 | 0,54 | 564.743 | 533.691 | ... | Estável | ↓ |
| Consultas Médicas de Urgência Especializada | 0,49 | 0,50 | 0,48 | 0,46 | 450.363 | 448.909 | ... | | |
| Primeira Consulta Odontológica | 0,06 | 0,05 | 0,04 | 0,04 | 42.901 | 39.041 | ... | Estável | |
| Consulta Enfermeiro | 0,25 | 0,25 | 0,27 | 0,30 | 342.967 | 321.815 | ... | Bom, 7 pt acima | ↑ |
| Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB) | 0,46 | 0,47 | 0,46 | 0,44 | 4.665 | 4.313 | ... | | |
| | Número Médio Mensal | | | | Nº | | | Desempenho | Tendência |
| Consultas Ofertadas na atenção básica (agenda) | 734.625 | 760.806 | 766.160 | 729.332 | 983.947 | 872.683 | 798.082 | Bom, 7 pt acima | ↑ |
| Consultas Agendadas na atenção básica | 635.801 | 679.685 | 705.300 | 718.922 | 1.044.038 | 940.166 | 862.132 | Excelente, 7 pt acima | ↑ |
| Tempo médio de espera na atenção básica (dias) | 34 | 32 | 29 | 25 | 14 | 14 | 14 | Bom, 7 pt abaixo | ↓ |
| | Número médio Semanal | | | | Semanas 45, 46 e 47 | | | Desempenho | Tendência |
| Reclamações na Ouvidoria | ... | ... | ... | 176 | 194 | 221 | 177 | | ↑ |
| Solicitações de serviços na Ouvidoria | ... | ... | ... | 299 | 348 | 378 | 278 | | |
| Solicitações de Suprimentos na Ouvidoria | ... | ... | ... | 71 | 515 | 663 | 554 | Alerta, 7 pt acima | ↑ |
| | Proporção | | | | | | | Desempenho | Tendência |
| Perda primária na Atenção Básica | 26,6 | 20,2 | 17,1 | 12,8 | 14,0 | 13,4 | 13,5 | Bom, 7 pt abaixo | ↓ |
| Absenteísmo na Atenção Básica | 31,1 | 30,2 | 29,0 | 27,9 | 27,3 | 27,8 | 28,7 | Bom | ↓ |
| Solicitações de consultas médicas especializadas pela AB | 24,5 | 22,3 | 21,1 | 19,7 | 14,4 | 15,6 | 15,1 | Bom, 7 pt abaixo | ↓ |
| Consultas de Pré Natal realizadas entre Nascidos em Hospitais SUS | 67,8 | 69,1 | 68,8 | 70,4 | 76,5 | ... | ... | Melhoria | ↑ |

^a Reproduzido de (15), com autorização.

secundários e indicadores tradicionalmente utilizados em saúde. Dessa forma, não houve necessidade de submissão deste projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-SP.

RESULTADOS

A figura 3 mostra o desempenho do indicador “número de consultas médicas básicas, exceto as de urgência em atenção básica” no município de São Paulo durante todo o período analisado, bem como os meses que deram origem aos resultados apresentados na tabela 1. No período analisado, janeiro de 2012 a dezembro de 2015, anterior à implantação das ações planejadas para a reestruturação da APS, não se verificou tendência de aumento ou de redução significativa ou algum desempenho (figura 3).

Na figura 3B, referente ao período de outubro de 2012 a setembro de 2016,

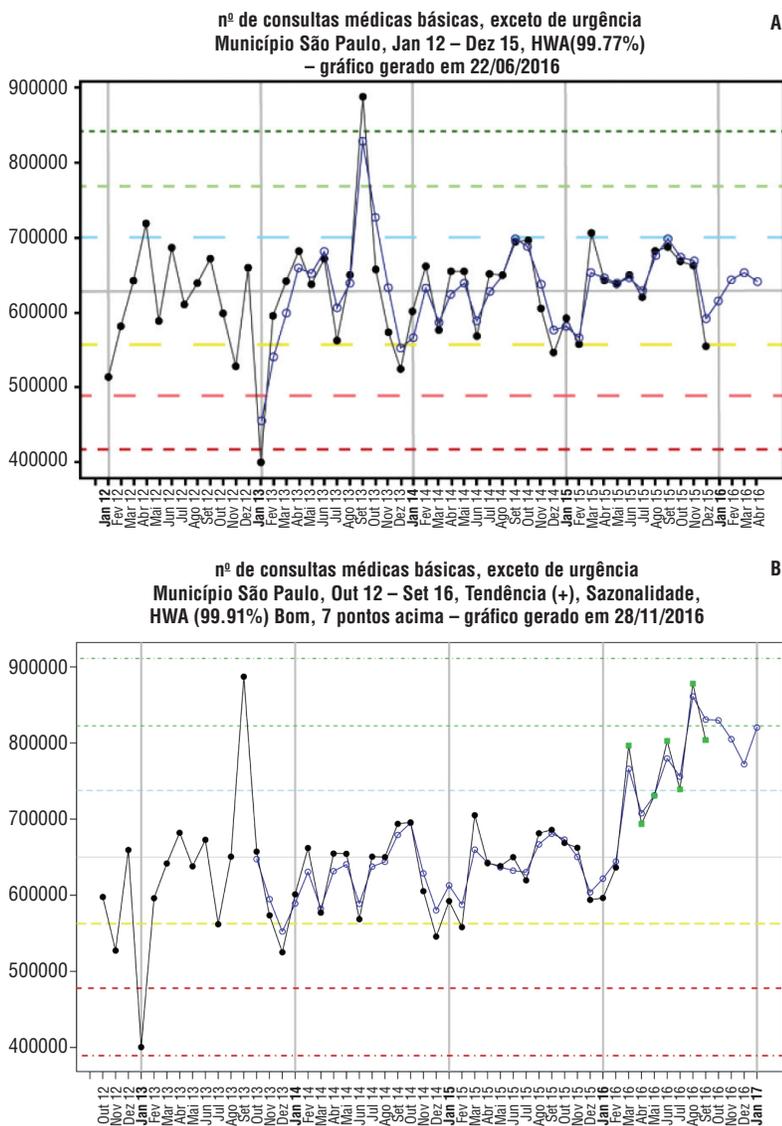
pode-se observar um incremento gradativo e mensal do número de consultas, apontando uma tendência de aumento significativa, considerando todo o período. O desempenho, no momento desta etapa de monitoramento (informações até setembro de 2016), apresentava-se como “bom”, com 7 pontos acima da média. Contribuíram para esse resultado os meses de março a setembro de 2016. Além dos 7 meses já citados que apresentaram valores acima da média no período analisado, foram observados 4 meses (março, junho, julho e setembro de 2016) com valores entre 1 e 2 desvios padrão (DP) e 1 mês (agosto de 2016) com valor entre 2 e 3 DP calculados a partir da média.

Na tabela 1 pode-se observar que a variação percentual do “número de consultas básicas exceto urgência” foi de aumento, tanto para o município de São Paulo quanto para as coordenadorias

regionais, com valores pontuais variando de 14,2% a 17,4%. A tendência observada no início do monitoramento (22 de fevereiro de 2016), considerando a série histórica analisada, apresentava significância para duas coordenadorias (Leste e Sul), sendo que a primeira foi de queda e a segunda de aumento. Essa situação inicial sofreu mudanças no último momento de monitoramento (28 de novembro de 2016), quando cinco das seis coordenadorias analisadas e o município apresentaram tendência significativa de aumento.

Quanto à análise de desempenho, que considera o resultado dos últimos 7 meses, apenas as coordenadorias Leste e Norte apresentaram algum resultado, sendo na Leste um desempenho indesejado (7 pontos abaixo da média) e na Norte um desempenho considerado “bom”. Também para esta análise foram observados resultados positivos

FIGURA 3. Número de consultas médicas básicas, exceto as de urgência em atenção básica, em dois períodos selecionados, município de São Paulo, Brasil



Fonte: SIA-SUS/Painel de Monitoramento da SMS-SP.

TABELA 1. Variação percentual e análise de desempenho e tendência do indicador “número de consultas médicas básicas, exceto urgência” para o município de São Paulo e Coordenadorias Regionais de Saúde, fevereiro a novembro de 2016^a

| Coordenação | No. consultas | | Variação % | Desempenho | | Tendência | |
|------------------------|---------------|-----------|------------|-----------------|--------------------------|-------------|-------------|
| | 2015 | 2016 | | 22 fev 2016 | 28 nov 2016 | 22 fev 2016 | 28 nov 2016 |
| CENTRO | 155 379 | 177 443 | 14,2 | — | Bom | — | ↑ |
| LESTE | 1 746 318 | 2 031 980 | 16,4 | 7 pontos abaixo | Bom, 7 pontos acima | ↓ | — |
| NORTE | 1 555 245 | 1 793 001 | 15,3 | Bom | Bom, 7 pontos acima | — | ↑ |
| OESTE | 444 092 | 521 381 | 17,4 | — | Melhoria | — | ↑ |
| SUDESTE | 1 467 441 | 1 696 852 | 15,6 | — | Bom, 7 pontos acima | — | ↑ |
| SUL | 2 428 052 | 2 834 883 | 16,8 | — | Melhoria, 7 pontos acima | ↑ | ↑ |
| Município de São Paulo | 7 796 527 | 9 055 540 | 16,1 | — | Bom, 7 pontos acima | — | ↑ |

Fonte: SIA-SUS/Painel de Monitoramento da SMS-SP.

^a Síntese do resultado dos últimos sete pontos da série analisada. Desempenhos não satisfatórios são: ATENÇÃO, ALERTA ou CRÍTICO. Os desempenhos satisfatórios, com base nos sinais mensais são BOM, MELHORIA ou EXCELÊNCIA. Além de considerar a sequência de sinais mensais segundo as faixas, foram acrescentados três desempenhos não esperados que são destacados: 1) a existência de sete pontos seguidos acima ou abaixo da média; 2) a sequência de sete pontos em ascensão ou decréscimo e 3) a inversão recente de uma tendência.

em cinco coordenadorias regionais e no município de São Paulo no último momento de monitoramento.

DISCUSSÃO

A gestão de serviços de saúde pressupõe o desafio de articular interesses individuais, corporativos e coletivos nem sempre convergentes, o que requer conhecer a pluralidade dos contextos vivenciados nos diferentes espaços de operação dos serviços, criando condições para responder adequadamente às distintas necessidades. Nesse sentido, a construção de instrumentos de monitoramento e avaliação e sua utilização pelas equipes dos diferentes níveis do sistema de saúde contribuem para apoio ao processo de tomada de decisões no SUS (24).

Além disso, a ampliação da oferta da atenção como política nacional tem demandado dos gestores e profissionais aprimoramento e agilidade na formulação de soluções mais adequadas a esse contexto, o que exige uma postura mais crítica e reflexiva sobre suas práticas. É importante ressaltar, no entanto, que propostas sistematizadas e implementadas de monitoramento e avaliação não asseguram por si que as decisões tomadas na gestão da saúde sejam baseadas nos conhecimentos que esses processos produzem (23).

A experiência aqui apresentada é singular, pois permitiu o acompanhamento sistemático de indicadores previamente selecionados e de ações consideradas prioritárias pela gestão, capazes de captar o caminho percorrido durante o ano de 2016, o que não é convencional. Destaca-se a contribuição dessa prática para o

processo de implementação de uma política de reorganização do modelo de atenção na APS em rede extremamente complexa, pela sua dimensão de grande metrópole, pelo histórico de mudanças em relação à organização da APS e pelas profundas desigualdades de acesso e resolutividade da sua rede.

Acredita-se que um dos fatores que contribuíram para a aceitação do Painel de Gestão da Atenção Básica – ou seja, o conjunto de dados referentes aos indicadores selecionados no período estabelecido de análise – foi a confiança existente na origem dos dados – o Painel de Monitoramento da SMS-SP, que acumula uma experiência de cerca de 16 anos, passando por um processo de desenvolvimento e aprimoramento participativo contínuo junto a gestores e técnicos dos níveis central e regional da SMS-SP, o que tem favorecido o fortalecimento do processo de análise conjunta e descentralizada. Outro aspecto a ser considerado é que a opção de utilizar o Colegiado de Gestão da SMS-SP como espaço de divulgação e debate mensal do Painel de Gestão da Atenção Básica, mesmo com a disponibilidade do aplicativo Painel de Monitoramento da SMS desde 2009 (25), fortalece a prática do monitoramento de indicadores que não acontecia no gabinete, de forma sistematizada e coletiva. Vale ainda ressaltar que a reorganização das estruturas de governança, seja o Colegiado de gestão, reunindo a alta direção e a direção descentralizada, seja a constituição de uma rede de apoiadores institucionais responsáveis pelas UBS, configuram-se ambas como iniciativas baseadas em um método de cogestão de coletivos que pressupõe a produção de sujeitos durante a gestão e implementação de políticas e organizações. Nesse sentido, o Painel de Monitoramento da SMS-SP, o Painel de Gestão da Atenção Básica e as novas estruturas de governança constituíram-se como instrumentos políticos organizacionais de implementação (26).

A participação da alta direção e da direção descentralizada nas discussões dos resultados teve o potencial de fortalecer a confiança nas informações e aumentar a capacidade de utilização dessas ferramentas por parte das equipes para busca das mudanças apontadas. O caráter participativo como mecanismo de aproximação da realidade das ações é um fator importante para o fortalecimento

das práticas em busca de melhores resultados.

O uso da informação é um desafio para a gestão dos sistemas de saúde e o monitoramento é uma prática que possibilita organizar, qualificar e difundir dados secundários dos diferentes sistemas de informação do SUS de forma ágil e oportuna. Os dados secundários dos Sistemas de Informação do SUS (SIASUS) permitem apresentação da produção ambulatorial apenas 3 meses após o mês de competência. No aplicativo da SMS-SP, as informações podem ser analisadas no mês de competência para 95% dos dados. Dessa forma, as mudanças temporais podem ser captadas, o que é fundamental para o enfrentamento dos problemas evidenciados.

A utilização da informação para a tomada de decisão é uma cultura ainda em construção e tem contribuído para fomentar as discussões dos diferentes temas que envolvem as prioridades da gestão. Esta experiência foi capaz de despertar o interesse dos diferentes atores envolvidos e potencializou a utilização crítica das informações em saúde. Permitiu o desenvolvimento de habilidades e promoveu subsídios para a correção de rumos, caminhando assim para o alcance dos resultados desejados.

O espaço que foi assegurado para a compreensão do processo de construção da informação possibilitou que as decisões sobre as ações a serem encaminhadas fossem tomadas de forma mais objetiva e efetiva, ampliando a confiança sobre as informações disponibilizadas, o que legitimou esse processo dentro da SMS-SP. Considera-se, ainda, que a cooperação técnica com a OPAS/Brasil representou um apoio substancial para disparar e dar qualidade a esse movimento de mudança no âmbito da rede da APS, buscando implementar o conjunto de diretrizes estabelecido na PNAB (12) e no PMM para o Brasil (14). Para tanto, em curto espaço de tempo, foram desenvolvidas estratégias de apoio institucional e supervisão; qualificados técnicos e gestores da rede municipal de saúde para exercer esses papéis; construídos arranjos institucionais; e orientado o processo de criação de novas ferramentas de tecnologia da informação para monitorar e orientar as estratégias (7).

O conjunto das estratégias prioritárias adotadas de fortalecimento da APS dialoga com as reformas no campo da

saúde afirmadas no relatório global da OMS, intitulado Atenção primária mais do que nunca (13). Essas apontam para a reorganização dos serviços de saúde em torno das necessidades das pessoas, de forma a substituir o comando e controle autoritário, mas também o *laissez-faire* descomprometido, por uma liderança com base na negociação, participativa e inclusiva, exigida pela complexidade dos sistemas de saúde contemporâneos.

Os presentes resultados revelam a incorporação do atendimento da demanda não agendada, até então absorvida pelas unidades e equipes de pronto atendimento, no processo de trabalho das equipes multiprofissionais, assegurando o cuidado continuado na atenção primária. A inclusão do “primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas” representou um desafio importante a ser monitorado. Buscava-se atenuar a “rigidez” da adscrição territorial, com vistas ao atendimento à demanda espontânea, agenda programática e ampliação do acesso da população.

Avalia-se que a experiência apresentada, de construção e implantação do Painel de Gestão da Atenção Básica, foi bem-sucedida, uma vez que conjugou a disponibilização de informações pertinentes com a criação de condições para a inserção do monitoramento e avaliação com periodicidade definida, como estratégia de transformação do sistema de saúde. Como consequência, houve favorecimento da formação, do aprendizado, do debate e da reflexão dos envolvidos. Esse processo, por conseguinte, contribuiu para a melhoria das condições de saúde da população. Esta iniciativa permitiu que fossem feitas avaliações sobre o objeto em análise e delineadas estratégias conjuntas de enfrentamento, corrigindo possíveis desvios em torno do objetivo determinado, o que se configurou como um apoio importante para que as instâncias decisórias pudessem aperfeiçoar o desempenho do SUS.

Conflitos de interesse. Nada declarado pelos autores.

Declaração. As opiniões expressas no manuscrito são de responsabilidade exclusiva dos autores e não refletem necessariamente a opinião ou política da RPSP/PAJPH ou da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

REFERÊNCIAS

- World Health Organization (WHO). Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: WHO; 2010. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf Acessado em 6 de dezembro de 2017.
- Jannuzzi PM. Sistemas de monitoramento e avaliação de programas sociais: revisitando mitos e recolocando premissas para sua maior efetividade na gestão. *Rev Bras Monitoramento Avaliação*. 2013;5(1):4-27.
- Lahey R. The Canadian M&E System: Lessons learned from 30 years of development. Washington: World Bank ECD Working Paper Series; 2010. Disponível em: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/27909> Acessado em 18 de setembro de 2018.
- Tanaka OY, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Cienc Saude Colet*. 2012;17(4):821-8.
- Mendes IAC. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2004;12(3):447-8.
- Padilha ARS e Campos GW. Construindo novos sujeitos e colocando a saúde em movimento. Em: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Inovação e direito à saúde na cidade de São Paulo (2013-2016). Brasília: OPAS; 2017. Pp. 87-92. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34091/OPASBRA17011-por.pdf?sequence=5&isAllowed=y> Acessado em setembro de 2018.
- Padilha A. Brazil calls for pact on social factors to improve health. *Bull World Health Organ*. 2011;89(10):714-5.
- Marsiglia RMG. Integralidade e atenção primária em saúde: avaliação da organização do processo de trabalho em unidades de saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. São Paulo: Relatório CNPQ; 2008.
- Guedes JS. Oito anos construindo o SUS no Estado de São Paulo. *Estud Av*. 2003;17(48):229-40.
- Sobrinho EJMA, Capucci PF. Saúde em São Paulo: aspectos da implantação do SUS no período de 2001-2002. *Estud Av*. 2003;17(48):209-27.
- Gonçalves RC, Ribeiro CLM, Bortoletto CCP. Diretrizes do modelo de atenção para a rede de atenção básica. Em: Inovação e direito à saúde na cidade de São Paulo (2013-2016). Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS); 2017.
- Brasil, Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: MS; 2012. Série E. Legislação em Saúde. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> Acessado em 6 de dezembro de 2017.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório mundial da saúde 2008: atenção primária a saúde: agora mais do que nunca. Geneva: OMS; 2008. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/rms.pdf> Acessado em 18 de setembro de 2018.
- São Paulo, Prefeitura do Município de São Paulo. Coordenação de epidemiologia e informação. Boletim CEInfo Saúde em Dados. São Paulo: Prefeitura do Município de São Paulo; 2017. Ano XVI, nº 16.
- Grimm S, Drumond M Jr, Lira MTA. Informação e gestão: o monitoramento como prática apoiadora na reorganização da política da Atenção Básica na SMS-SP. Em: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Inovação e direito à saúde na cidade de São Paulo (2013-2016). Brasília: OPAS; 2017. Pp. 53-60. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34091/OPASBRA17011-por.pdf?sequence=5&isAllowed=y> Acessado em setembro de 2018.
- Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde. Programa Mais Médicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/images/PDF/Cartilha-Mais-Medicos-Versao-Eletronica.pdf> Acessado em 6 de dezembro de 2017.
- São Paulo, Prefeitura do Município de São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Diretrizes Operacionais para o fortalecimento da Atenção Básica no Município de São Paulo, 2016. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/diretrizesope racionalisatenaobasica.pdf> Acessado em 6 de dezembro de 2017.
- Campos GWS. Um método para análise e cogestão de coletivos. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
- Amaral MA, Campos GWS, Pinto CAG, Pereira AI. Gestão em saúde e apoio institucional Em: Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Inovação e direito à saúde na cidade de São Paulo (2013-2016). Brasília: OPAS; 2017. Pp. 93-104. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34091/OPASBRA17011-por.pdf?sequence=5&isAllowed=y> Acessado em setembro de 2018.
- Drumond M Jr. Painel de monitoramento da situação de saúde e da atuação dos serviços da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Em: Moya J, Risi Junior JB, Martinello A, Bandarra E, Bueno H, Moraes Neto OL, organizadores. Sala de situação em saúde: compartilhando as experiências do Brasil / Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Brasília: OPAS, Ministério da Saúde; 2010. p. 141-6.
- São Paulo, Prefeitura do Município de São Paulo, Secretaria Municipal da Saúde, Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo). Painel de monitoramento SMS-São Paulo | Documentos Básicos. São Paulo; 2012. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/painelmonit/LivroFinal.pdf> Acessado em 18 de setembro de 2018.
- Tamaki EM, Tanaka OY, Felisberto E, Alves CKA, Drumond Junior M, Bezerra LCA, et al. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. *Cienc Saude Colet*. 2012;17(4):839-49.
- Grimm SCA, Tanaka OY. Painel de monitoramento municipal: bases para a construção de um instrumento de gestão dos serviços de saúde. *Epidemiol Serv Saude*. 2016;25(3):585-94.
- Grimm SCA, Tanaka OY. O monitoramento como prática apoiadora nos processos de decisão na gestão da saúde. Em: Tanaka OU, Ribeiro EL, Almeida CAL, organizadores. Contribuições para incorporação no cotidiano. Rio de Janeiro: Atheneu; 2017. Pp. 175-84.
- Contandriopoulos D, Lemire M, Denis JL, Tremblay E. Knowledge exchange processes in organizations and policy arenas: a narrative systematic review of the literature. *Milbank Q*. 2010;88(4):444-83.
- Figueiró AC, Hartz Z, Samico I, Cesse EAP. Usos e influência da avaliação em saúde em dois estudos sobre o Programa Nacional de Controle da Dengue. *Cad Saude Publica*. 2012;28(11):2095-105.

Manuscrito recebido em 29 de dezembro de 2017.
Aceito em versão revisada em 14 de setembro de 2018.

ABSTRACT

Sixteen years of primary health care monitoring in a large metropolis in the Americas

The present article describes the process of institutional integration of primary health care (PHC) performance monitoring in a metropolis in the Americas where 7 million people use the public health care system. Departing from the development, 16 years ago, of the São Paulo City Health Department Monitoring Panel, a PHC Management Panel was developed, providing information on the behavior of a set of selected indicators on this level of care over time. The Management Panel was incorporated into the process of governance reorganization, involving the leadership and technicians at various levels, who were trained in a co-management method with support from the Pan-American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO). The experience with the Management Panel was also useful to increase the effectiveness with which the information provided by the Monitoring Panel was communicated, supporting the implementation of changes in the organizational model to consolidate the PCH attributes of access, longitudinality, comprehensiveness, and coordination of care. The robustness of the historical data series and the commitment of the team implementing this initiative contributed to increase the trust of teams in the information generated. The monitoring method captured changes over time and guided those involved regarding the differences between city regions. Monitoring as a strategy enables the swift and timely use of secondary data, which is essential to meet the challenges identified in this health care system.

Keywords Public policy; health evaluation; primary health care; health status indicators; Brazil.

RESUMEN

Dieciséis años de monitoreo en salud en la atención primaria en una gran metrópolis de las Américas

El presente artículo describe el proceso de integración institucional del monitoreo de la atención primaria de salud (APS) en una metrópolis de las Américas donde 7 millones de personas utilizan el sistema público de salud. A partir del desarrollo y el empleo, desde hace 16 años, del Panel de Monitoreo de la Secretaría Municipal de Salud de São Paulo, se desarrolló un Panel de Gestión de la APS que brinda información sobre el comportamiento de un conjunto de indicadores seleccionados en este nivel de atención a lo largo del tiempo. El Panel de Gestión se incorporó al proceso de reorganización de la gobernanza, involucrando a los líderes y técnicos de diversos niveles, que recibieron capacitación en un método de cogestión con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). La experiencia con el Panel de Gestión también fue útil para aumentar la efectividad con la que se comunicó la información proporcionada por el Panel de Monitoreo, apoyando la implementación de los cambios en el modelo organizacional para consolidar los atributos de acceso, longitudinalidad, integralidad y coordinación de cuidados en la APS. La robustez de la serie de datos históricos y el compromiso del equipo que implementó esta iniciativa contribuyeron a aumentar la confianza de los equipos en la información generada. El método de monitoreo captó los cambios durante el período analizado y guió a los profesionales involucrados respecto de las diferencias entre las regiones de la ciudad. El monitoreo como estrategia permite el uso rápido y oportuno de datos secundarios, lo cual es esencial para enfrentar los problemas identificados.

Palabras clave Política pública; evaluación en salud; indicadores de salud; atención primaria de salud; Brasil.
