11

Gestão da Assistência

Juan Stuardo Yazlle Rocha

- Gestão da saúde, *162*
- Informação clínica e gestão da saúde, *164*
- Informação clínica e gestão da saúde | Uma experiência, *166*
- Resumo, *168*
- Referências bibliográficas, *168*
- Leitura recomendada, *168*

O prontuário do paciente contém as informações reunidas durante o processo de assistência ao paciente no hospital ou serviço de saúde. As informações de prontuários de serviços hospitalares se destacam entre todas as informações disponíveis de morbidade (e até de mortalidade) por conterem, registros precisos das doenças, da evolução, dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos e da condição final do paciente. É fácil compreender que assim seja porque os hospitais concentram recursos como especialistas, equipamentos e serviços capazes de pesquisar sinais e sintomas que, somados à cuidadosa observação do paciente e da evolução após instauração de procedimentos terapêuticos, possibilita, na maioria dos casos, elucidar os problemas e patologias que acometem os pacientes. Todavia, paradoxalmente, essas informações não são valorizadas devidamente nem pelos profissionais que as produzem – vistas geralmente como exigências burocráticas – nem por aqueles que as utilizam, tais como administradores, epidemiologistas, gestores – muitas vezes interessados apenas em números de produção e esquecendo que as estatísticas são produtos de um árduo trabalho coletivo e que devem ser analisadas dentro do contexto em que foram produzidas.

Há um entendimento geral de que as informações contidas nos prontuários dos pacientes devem atender em primeiro lugar às necessidades do paciente e ser utilizadas prioritariamente em seu benefício; em segundo lugar, a grande interessada nos conteúdos e estatísticas da assistência é a equipe de assistência, pelas aplicações em pesquisas clínicas e o estabelecimento de saúde pelo registro e documentação das condições e processos assistenciais pelos quais o paciente passou e pelos documentos comprobatórios dos procedimentos realizados. Estes são os usos clínicos e administrativos mais frequentes das informações contidas nos prontuários. Todavia, dada a informatização dos processos assistenciais na saúde, há um interesse crescente pelas informações contidas em prontuários confiáveis – que registram tudo o que realmente foi feito e aconteceu no processo de assistência – dado seu inestimável valor para estudos epidemiológicos e de gestão dos sistemas de saúde. É consenso que o conhecimento extraído desses estudos pode e deve orientar a melhor aplicação dos recursos para a assistência à população, o que, em um ambiente de restrição de recursos financeiros, pode conduzir à maximização do benefício obtido dos investimentos no setor. Nesses casos, o foco de interesse não está nos indivíduos assistidos, mas no conjunto de pessoas que em determinados períodos procuraram assistência portando problemas de saúde específicos.

Gestão da saúde

Em português, gerência e gestão são sinônimos – gerência é a ação de gerir, função de administrar ou gestão; gestão é o ato de gerir, administrar e, também, o mandato político. Na área da saúde pública, a partir da edição da

Norma Operacional Básica 96 (NOB 96) pela Portaria 2.203 do Ministério da Saúde, de 5 de novembro de 1996, foi introduzida uma nova acepção para esses termos, diferenciando a gerência da gestão: "Assim, nesta NOB 96 gerência é conceituada como sendo a *administração* de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.), que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema. Por sua vez, gestão é a atividade e a responsabilidade de *dirigir um sistema de saúde* (municipal, estadual ou nacional)..."[1] (grifos do autor).

Até aquele ano os serviços públicos de saúde no Brasil estavam "dispersos" em estabelecimentos com vínculos diversos: hospitais e laboratórios municipais, estaduais ou federais; redes ambulatoriais municipais, serviços especializados – de saúde mental, pronto-socorros etc. públicos ou privados –, o que significava financiamento de fontes diversas, múltiplos gerentes, regimes de trabalho diversos etc. Esses conglomerados conformavam uma estrutura pública de serviços de saúde sem cooperação, colaboração nem orientada às necessidades gerais da população, por vezes até competindo pela captação de recursos públicos e privados. Não havia no Brasil, naquela época, sistemas de saúde integrados dirigidos para atender a população e alcançar metas de saúde sob um único comando em cada nível de governo. Naquelas circunstâncias, pensar nos problemas da direção de um sistema de saúde integral era apenas um assunto teórico, objeto de análise nas questões do planejamento em saúde, e não uma questão prática. A importância dos sistemas integrados reside na sua capacidade superior em resolver problemas e atender às necessidades de saúde da população – superioridade esta decorrente da racionalidade implantada pela direção única que comanda, dentro de uma mesma lógica, as ações de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento e reabilitação –, conferindo ao conjunto elevado desempenho, demonstrável por intermédio de indicadores do nível de saúde da população – nível de macroeficiência nunca alcançado por outros modelos de saúde.

Uma das mais importantes tarefas da gestão em saúde é garantir o acesso da população aos serviços de saúde (cobertura assistencial), principalmente aos grupos populacionais carentes e prioritários; deve definir qual o conteúdo da atenção básica e o tipo de serviços especializados, exames complementares – atenção secundária e terciária como hospitalizações e procedimentos de alto custo que serão oferecidos à população a cada ano. Essas definições indicam o tipo de serviços tanto dos estabelecimentos públicos como do setor privado. Em síntese, a gestão de saúde é a inteligência constitutiva do sistema de saúde exercida mediante a definição de critérios de alocação de recursos, papéis dos órgãos públicos e privados, oferta de cooperação técnica aos órgãos descentralizados, redistribuição dos gastos correntes e de investimentos e estabelecimento de mecanismos de contratos de gestão. A gestão em saúde absorve totalmente as atividades do planejamento em saúde e agrega as articulações políticas e as ações de implementação dos planos.

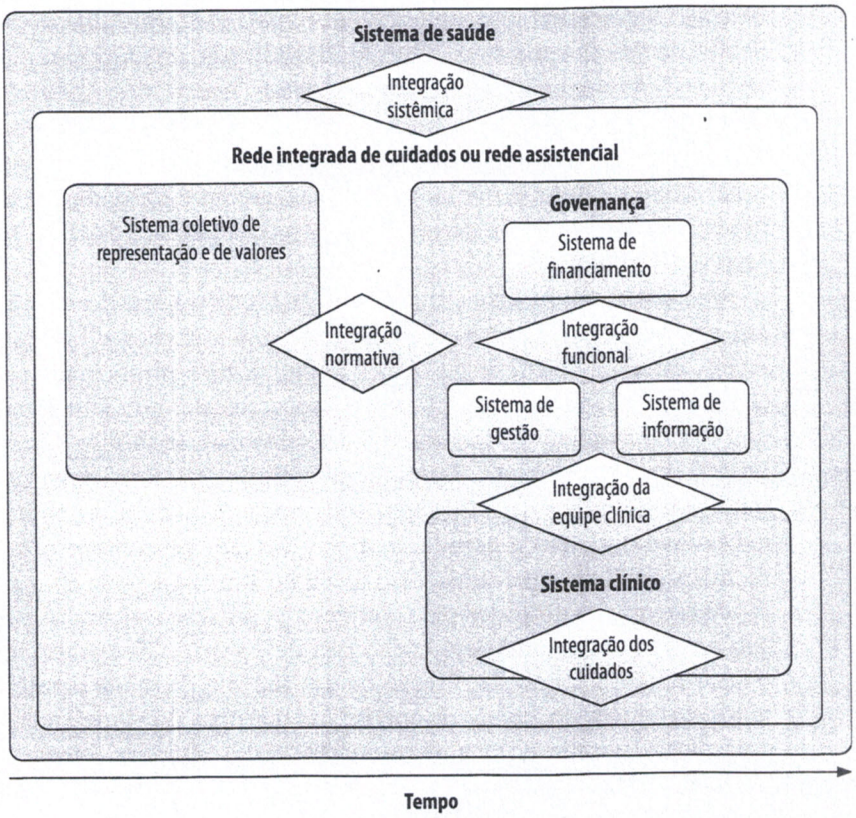

Figura 11.1 Principais dimensões de um sistema integrado de saúde. Fonte: Hartz e Contandriopoulos, 2004.[2]

No diagrama apresentado na Figura 11.1 fica evidente a relação estreita e direta dos cuidados clínicos, a atuação da equipe de saúde, o sistema de informações em saúde e o sistema de gestão da saúde.[2]

Informação clínica e gestão da saúde

O Departamento de Saúde dos EUA criou a Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ, Agência de Pesquisa em Atenção à Saúde e Qualidade), voltada à promoção de pesquisas para melhorar a assistência e a qualidade dos serviços, redução de custos, aumento da segurança do paciente, prevenção de erros médicos e ampliação do acesso a serviços eficientes.[3] As atividades da Agência compreendem amplo leque de interesses: informações clínicas, qualidade da assistência e segurança dos pacientes, consumidores e pacientes, oportunidades de financiamento, pesquisas de dados, resultados de pesquisas, prioridades populacionais (crianças, mulheres, idosos etc.), tecnologias da in

formação em saúde e preparação para ações de saúde pública. Daremos um pouco de atenção aos dois primeiros itens.

Quanto às informações clínicas, a Agência desenvolve as seguintes atividades:

- Práticas baseadas em evidências: desenvolve relatórios acerca de estudos de avaliação de tecnologias em temas relevantes para organizações de saúde e de prestação de serviços – clínicas, assistência social –, especialmente aquelas mais comuns, mais caras e de maior importância para a população, por exemplo, o efeito do consumo de ácidos graxos e ômega-3 sobre o câncer
- Pesquisas de eficiência e resultados com medicamentos: os produtos das pesquisas procuram compreender os resultados finais de práticas de assistência à saúde e intervenções específicas. Os resultados incluem os efeitos vivenciados pela população e pela atenção recebida
- Pesquisas comparadas de eficiência clínica: incluem medicamentos, aparelhos ou dispositivos e serviços de saúde
- Avaliação de tecnologias: revisão de novas tecnologias – riscos e benefícios e eficiência clínica comprovada
- Serviços de prevenção: incluem seleção de casos (*screening*), aconselhamento, imunizações e quimioprofilaxia
- Diretrizes clínicas práticas: estabelecimento de protocolos para orientar condutas em casos comuns (tratamento de tabagistas, cardíacos crônicos etc.)
- Centro nacional de referência: reúne diretrizes de práticas clínicas eficientes baseadas em bancos de dados e relatórios sintéticos e comparações.

A Agência elabora também indicadores de qualidade (QI), que são medidas das características desejáveis da assistência prestada utilizando dados administrativos disponíveis na admissão dos pacientes. Os principais módulos AHRQ QI são:

- Indicadores de qualidade da prevenção: pesquisa das internações de uma dada região geográfica que poderiam ter sido evitadas por assistência ambulatorial de qualidade
- Indicadores de qualidade da internação: refletem a qualidade da assistência nos hospitais em diferentes áreas geográficas e incluem a mortalidade hospitalar segundo as condições clínicas e os procedimentos cirúrgicos
- Indicadores da segurança ao paciente: refletem a qualidade da assistência entre diferentes regiões, visando às complicações e aos efeitos iatrogênicos potencialmente evitáveis
- Indicadores de qualidade em pediatria: utilizam os indicadores dos três módulos anteriores adaptados a crianças e neonatos para avaliar a qualidade dos cuidados na hospitalização e identificar as internações potencialmente evitáveis.

Foram esses mesmos motivos que levaram a Inglaterra a criar, dentro do Sistema Nacional de Saúde, o NHS Connecting for Health,[4] com a finalidade de manter e desenvolver a infraestrutura de tecnologias da informação na saúde. O sistema está disponível para os profissionais de saúde, os pacientes e a

mídia, que podem usar o portal para aprender acerca do trabalho na saúde e os benefícios para a população. Conta com várias seções como:

- Usuários comuns
- Capacitação em informática
- Serviço de prescrição eletrônica
- Segurança na clínica
- Interoperabilidade de subsistemas.

Conta também com uma grande seção dedicada ao engajamento de equipes clínicas, do público e do terceiro setor. Mantém ainda uma seção para o cálculo da remuneração aos médicos generalistas, segundo a qualidade do trabalho executado.

Como visto, para o gestor é de suma importância saber, entre outras coisas, quantas pessoas necessitam de consultas médicas, internações, cirurgias etc. a cada ano, bem como quais são as doenças ou problemas que mais frequentemente levam as pessoas a procurar assistência. Para conhecer essas informações é preciso agregar os registros de todos os serviços de saúde – públicos e privados – tarefa que agora apenas se inicia no Brasil (há que se ter modelos nacionais de prontuário eletrônico, padronização dos registros etc.). É evidente o potencial racionalizador sobre o sistema de saúde de um país de uma rede de serviços integrada dessa maneira, e a gestão em rede é uma prioridade nacional.

O Sistema Único de Saúde no Brasil caminha para o desenvolvimento da gestão em rede de serviços de saúde. Isto evitaria a repetição de exames subsidiários toda vez que o paciente é referido de um serviço de saúde a outro (gastos com repetição de radiografias, exames de ultrassonografia etc.) e ter de recomeçar outra vez o relato da doença, exame físico etc. Também evitaria repetir tratamentos que no passado não deram resultado. A integração da assistência começará, certamente, pela implantação do chamado cartão SUS, nacional, com número único que poderia ligar os atendimentos em todos os serviços pelos quais o paciente passou (a este respeito, ver a Portaria 940 que regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde).[5]

Informação clínica e gestão da saúde | Uma experiência

Em 1969, o Departamento de Medicina Social (DMS) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP) criou o Centro de Processamento de Dados Hospitalares (CPDH) com o objetivo de desenvolver e melhorar a qualidade das estatísticas hospitalares e das informações de saúde na rede hospitalar de Ribeirão Preto. O CPDH iniciou suas atividades em 1970, assessorando a organização dos serviços de arquivo médico e estatística dos hospitais do município de Ribeirão Preto e colhendo e processando dados sobre as altas hospitalares e censo das enfermarias. Desde o início pôde-se perceber que os dados do sistema apresentavam elevada consistência e o trabalho realizado despertou o interesse da Secretaria de Saúde do estado de São Paulo, com a qual foi firmado convênio que financiou as atividades do centro até 1991. Em

1987, expandiu-se o trabalho para a rede hospitalar da região de Ribeirão Preto, sendo que, atualmente, o sistema abrange 24 municípios da região de Ribeirão Preto, com 35 hospitais e mais de 4.800 leitos, já tendo processado mais de 3,5 milhões de altas.

O acervo do CPDH tem sido utilizado na realização de várias centenas de trabalhos de interesse administrativo, de planejamento em saúde, pesquisas científicas e para uso no ensino – além de numerosas dissertações e teses. Considerando apenas os trabalhos mais importantes referentes à assistência hospitalar, o centro possibilitou pesquisar os temas a seguir, colaborando com o conhecimento necessário à estruturação da assistência e atendimento à demanda por hospitalizações: estudo do coeficiente geral de hospitalizações e sua evolução de acordo com as políticas de saúde; perfil de morbimortalidade das hospitalizações e sua evolução; hospitalizações na infância; índice de utilização de leitos hospitalares; coeficientes de cirurgias segundo grupos etários e sexo; duração média das hospitalizações segundo idade, sexo e sistema de financiamento das internações; assistência obstétrica e incidência de cesáreas segundo o sistema de financiamento da internação; malformações congênitas nas hospitalizações.

Mais recentemente as linhas de investigação dirigiram-se ao estudo de hospitalizações segundo diferentes estratos sociais, tentando aproximar-se do conceito de classes sociais, o que se justifica porque uma das características da assistência médica nos países de economia capitalista é justamente seu caráter de classe. Deste modo, foram estudados coeficientes de hospitalizações segundo classes sociais; incidência de cesáreas segundo o sistema de internação; internações por doenças cardíacas e vasculares cerebrais; hospitalizações de pacientes idosos; internações por causas externas; e desigualdades na assistência hospitalar.

O sucesso desta experiência levou à proposta de criação de um Observatório Regional de Atenção Hospitalar (ORAH), cuja ênfase principal está concentrada na melhoria da qualidade da informação disponível para os hospitais da região de Ribeirão Preto, com um forte conteúdo acadêmico, no que se refere a prazos, qualidade técnica e apoio. Essa é uma iniciativa pioneira com proposta direcionada para a região de Ribeirão Preto, tendo a intenção de tomar esta região como laboratório. Seus avanços são planejados sempre no sentido da generalização de sua implantação em outras regiões do país.

O objetivo principal do ORAH é garantir que as informações em saúde e, sobretudo, as informações sobre assistência hospitalar ganhem em qualidade com desdobramentos para a assistência, gestão e pesquisa em saúde. Para isso, o ORAH pretende desenvolver metodologias, algoritmos e produtos de software para produzir os instrumentos tecnológicos necessários à construção de sistemas de assistência hospitalar regionalizados de capacidade pró-ativa, a partir da possibilidade de tratamento das bases de dados hospitalares SUS e não SUS integrados em um mesmo ambiente, com dados caracterizadores da população e de sua localidade.

RESUMO

O prontuário do paciente reúne as informações clínicas referentes aos problemas de saúde e às condutas adotadas para a elucidação diagnóstica e o tratamento prescrito, bem como o registro da evolução posterior. Essas informações são o produto do trabalho institucional coletivo que chamamos de atenção hospitalar. Esta é de grande interesse do ponto de vista clínico, epidemiológico e da gestão em saúde, além da sua importância na administração do próprio estabelecimento de saúde. Considerando o conjunto do trabalho despendido com os pacientes que demandaram assistência na instituição em certo período, temos o perfil social e epidemiológico da população carente de assistência – dado significativo do ponto de vista da organização e planejamento da assistência à saúde. O estudo dos resultados alcançados com pacientes portadores de grupos semelhantes de doenças e condições clínicas – sucessos, dificuldades, resultados parciais ou insucessos – revelará a experiência institucional no manejo daqueles problemas de saúde. Os achados podem ser significativos para o estabelecimento de protocolos assistenciais, bem como para a implantação de guias ou diretrizes assistenciais. Podem também orientar medidas de prevenção e de direcionamento de condutas no sentido de racionalizar a assistência e aumentar a sua efetividade.

Referências bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do sistema.
2. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". Cad Saúde Pública 20(Suppl. 2): s331-s336, 2004.
3. United States of America. Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality: portal. Disponível em http://www.ahrq.gov/. Acesso em agosto de 2011.
4. United Kingdom. National Health Service. NHS Connecting for Health: portal. Disponível em http://www.connectingforhealth.nhs.uk/. Acesso em agosto de 2011.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 940, de 28 de abril de 2011. Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão). Brasília: Diário Oficial da União, 2 de maio de 2011.

Leitura recomendada

Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS. Prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico. Série B. Textos básicos de saúde. Brasília: MS, 2004.

Massad E, Marin HF, Azevedo-Neto RS. O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico. São Paulo: H. de F. Marin, 2003, 214 p.

Michelazzo D, Yazlle MEHD, Mendes MC, Patta MC, Rocha JSY, Moura MD. Indicadores sociais de grávidas adolescentes: estudo caso controle. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia 26(8): 633-639, 2004.

Monteiro RA. Hospitalizações por causas externas, na região de Ribeirão Preto, SP, em 2005: análise epidemiológica descritiva e avaliação da qualidade dos registros em hospitais selecionados. Dissertação de mestrado em saúde na comunidade, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

Schout D, Novaes HMD. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. Ciência e Saúde Coletiva 12(4): 935-944, 2007.

Yazlle Rocha JS. A gestão da saúde no Brasil, relatório técnico Nº 9. Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Disponível em http://www.fmrp.usp.br/rms/upload/file/Publicacoes/GESTAODASAUDEBRASIL.pdf, 2005.

Yazlle Rocha JS, Simões BJG. Assistência hospitalar pública e privada em bases populacionais 1986-1996. Rev Saúde Pública 33(1): 44-54, 1999.

Yazlle Rocha JS, Simões BJG, Guedes GLM. Assistência hospitalar como indicador da desigualdade social. Rev Saúde Pública 31(5): 479-487, 1997.