



Universidade de Brasília

Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão de Políticas Públicas

Departamento de Administração

EVELYN DE BRITTO DUTRA

**QUALIDADE DA SAÚDE NO BRASIL: um retrato do seu
desempenho baseado na abordagem sistêmica**

Brasília – DF

2019

EVELYN DE BRITTO DUTRA

QUALIDADE DA SAÚDE NO BRASIL: um retrato do seu desempenho baseado na abordagem sistêmica

Monografia apresentada ao Departamento de Administração como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Administração.

Professor Orientador: Dr^a Vanessa Cabral
Gomes

Brasília – DF

2019

EVELYN DE BRITTO DUTRA

**QUALIDADE DA SAÚDE NO BRASIL: um retrato do seu desempenho baseado na
abordagem sistêmica**

A Comissão Examinadora, abaixo identificada, aprova o Trabalho de Conclusão do Curso de
Administração da Universidade de Brasília do (a) aluno (a)

Evelyn de Britto Dutra

Doutora, Vanessa Cabral Gomes
Professora Orientadora

Mestre, Emilia de Oliveira Faria,
Professor-Examinador

Especialista, Thais Cabral Gomes Lauand,
Professor-Examinador

Brasília, 13 de fevereiro de 2019.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus por guiar meus caminhos e preparar sempre o melhor para mim.

Aos meus pais e irmã, por acreditarem em mim, sendo minha base em todos momentos.

Ao meu marido, pelo apoio de todos os dias, sempre me ajudando, sem medir esforços.

Aos meus amigos, pelo incentivo e torcida.

À minha orientadora, Vanessa Cabral, pela parceria incrível e produtiva ao longo desse trabalho e por todo apoio e acolhida.

RESUMO

O objetivo desse trabalho é avaliar, por meio da abordagem sistêmica, a qualidade da Saúde no Brasil. Assim como defende a Teoria Geral dos Sistemas, existem concepções e problemas semelhantes observados nos mais diferentes campos da ciência. Nesse contexto, a saúde no Brasil deve ser interpretada conforme um sistema, que transforma insumos em resultado especializados, como serviços para atender às necessidades de saúde dos usuários e melhorar a saúde da população. Trata-se de uma pesquisa descritiva com dados quantitativos e secundários. O instrumento de pesquisa utilizado foi uma adaptação do Painel de Monitoramento e de Avaliação da Gestão do Sistema Único de Saúde, que divide os indicadores em: entradas como demanda, capital e força de trabalho; processos como a participação e controle social; saídas como produtos e resultados. Foram analisados 17 indicadores, sendo que somente 7 atendem ao critério de qualidade. Conclui-se que a entrada do sistema foi a parte que menos atendeu aos parâmetros de qualidade, a demanda não está sendo suprida e o capital e a força de trabalho estão atuando abaixo do esperado. Assim, os efeitos são percebidos em todo o sistema, como um processo de *feedback* ruim e diminuição de consultas na Atenção Básica. Contudo, os indicadores de resultados atenderam ao quesito de qualidade, mostrando que as demandas transformadas conseguem impactar positivamente a saúde da população.

Palavras-chave: Qualidade da Saúde. Abordagem Sistêmica. Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. Base de dados da saúde.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Partes de um sistema.....	9
Figura 2 - Partes do Sistema de Saúde segundo dimensões do Painel de Avaliação da Gestão SUS.....	22
Figura 3 - Exemplo de classificação de procedimento através da tabela unificada.....	31
Quadro 1 - Resultados de estudos sobre avaliação de desempenho que consideraram somente um aspecto do sistema.....	18
Quadro 2 - Resultados de estudos sobre avaliação de desempenho que consideraram mais de um aspecto do sistema.....	19
Quadro 3 - Dimensões do Indicador de Entrada.....	23
Quadro 4 - Dimensões do Indicador de Transformação.....	24
Quadro 5 - Dimensões do Indicador de Saída.....	25
Quadro 6 - Sistema de Informações em Saúde.....	27
Quadro 7 - Retrato da qualidade brasileira conforme dimensão, indicador, fonte de dados, parâmetro, fonte do parâmetro, resultado e qualidade.....	53
Gráfico 1 - Percentual de mais de sete ou mais consultas de pré-natal em 2016.....	30
Gráfico 2 - Razão de consultas de urgência por habitante de 2008 a 2016.....	32
Gráfico 3 - Percentual de cumprimento da EC 29 em 2016.....	34
Gráfico 4 - Percentual de transferências de recursos a nível municipal de 2007 a 2016.....	35
Gráfico 5 - Gasto total municipal em saúde por habitante de 2010 a 2016.....	36
Gráfico 6 - Percentual de estabelecimentos de saúde sob gestão própria de 2007 a 2016.....	38
Gráfico 7 - Razão de médicos por habitante em 2016.....	39
Gráfico 8 - Percentual de trabalhadores que atendem no SUS de 2007 a 2016.....	40
Gráfico 9 - Percentual de existência de Plano, Carreira, Cargos e Salários em 2016.....	42
Gráfico 10 - Percentual de implantação de ouvidoria pelo SUS em 2016.....	43
Gráfico 11 - Razão de consultas na Atenção Básica por habitante de 2007 a 2016.....	46
Gráfico 12 - Razão de tomografias computadorizadas por habitante em 2016.....	48
Gráfico 13 - Percentual de óbitos por causas mal definidas em 2016.....	49
Gráfico 14 - Percentual de internações por condições sensíveis à Atenção Básica de 2007 a 2016.....	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica
ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AIH – Autorização de Internação Hospitalar
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DATASUS – Departamento de Informática do SUS
DEMAGS – Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS
DN – Declaração de Nascido Vivo
DO – Declaração de óbito
EC – Emenda Constitucional
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
GESPÚBLICA – Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IDSUS – Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
MPOG – Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan Americana de Saúde
OSS – Orçamento de Seguridade Social
PCCS – Plano de Cargos, Carreira e Salários
PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNASH – Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares
PNASS – Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPI – Programação Pactuada e Integrada
PROADESS – Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema Saúde
RAG – Relatório Anual de Gestão
SARG – Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde
SEGEP – Secretaria de Gestão Pública
SGEP – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

SIA – Sistema de Informação Ambulatorial

SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade

SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SIS – Sistemas de Informações em Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TGS – Teoria Geral dos Sistemas

TQM – Total Quality Management

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	1
1.1	Contextualização.....	1
1.2	Formulação do problema	3
1.3	Objetivo Geral.....	3
1.4	Objetivos Específicos.....	4
1.5	Justificativa	4
2	REVISÃO TEÓRICA.....	6
2.1	Abordagem Sistêmica	6
2.2	Qualidade.....	10
2.3	Avaliação da Qualidade em Saúde	13
2.3.1	O Sistema Único de Saúde e a Qualidade da Saúde no Brasil.....	15
2.3.2	Achados sobre o desempenho em saúde.....	17
3	MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA.....	20
3.1	Tipologia e descrição geral dos métodos de pesquisa	20
3.2	Caracterização da organização e da população.....	21
3.3	Caracterização e descrição dos instrumentos de pesquisa	21
3.4	Procedimentos de coleta e de análise de dados.....	25
4	RESULTADO E DISCUSSÃO	29
4.1	Entradas.....	29
4.1.1	Demanda	29
4.1.2	Capital	33
4.1.3	Força de Trabalho	38
4.2	Processos.....	42
4.3	Saídas	45
4.3.1	Produtos	45
4.3.2	Resultados	48
4.4	O Retrato da Qualidade da Saúde Brasileira.....	52
5	CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÃO	55
	REFERÊNCIA.....	59

1 INTRODUÇÃO

Para introduzir o tema desenvolvido neste estudo, os assuntos foram separados em subtópicos como: 1.1 aborda a descrição do contexto de pesquisa com o sistema de saúde e sua qualidade; 1.2 problematiza a performance do sistema de saúde, o uso das informações em saúde e indicadores; 1.3 define o objetivo geral; 1.4 indica os objetivos específicos da pesquisa; 1.5 justifica a importância de investigar sobre os serviços de saúde.

1.1 Contextualização

Uma organização é formada pela integração de pessoas, recursos físicos e financeiros com o intuito de alcançar determinados objetivos para o mercado ou para a sociedade. Independente dos seus fins, toda organização pode ser vista como um sistema que, a partir de uma demanda, desenvolve suas funções e produz um resultado (TAJRA, 2014).

Entende-se por sistema um conjunto de partes inter-relacionadas divididas em entradas, processos e resultados, que formam um todo, coordenadas por objetivos em comum (NETO et al., 2006). Nesse desenho, é importante lembrar que existem inúmeras interações no sistema que os tornam complexos (TAJRA, 2014). Na saúde, por exemplo, necessidades vem sendo transformadas ao longo dos anos pela industrialização, danos ambientais, globalização, entre outros acontecimentos (WHO, 2000). Cada vez mais a saúde torna-se interdisciplinar e pessoas recorrem ao sistema não apenas para tratar a dor, mas também para obter conhecimento sobre educação infantil, comportamento sexual, estilo de vida (WHO, 2000). Portanto, complexo no sentido em que as instituições enfrentam um grande número de problemas influenciadas por variáveis a depender de cada situação, mas que exige respostas efetivas dos sistemas (MAXIMIANO, 2011).

Assim como defende a Teoria Geral dos Sistemas, existem concepções e problemas semelhantes observados nos mais diferentes campos da ciência (BERTALANFFY, 2012). Nesse contexto, a saúde no Brasil deve ser interpretada conforme um sistema, que transforma insumos em resultado especializados, como serviços para atender às necessidades de saúde dos usuários e melhorar a saúde da população (ALMEIDA et al., 2004; MEZOMO, 2001).

Existe uma percepção de que o sistema de saúde é pouco produtivo, comparado com o que se gasta e seus resultados. Nesse sentido, surge a discussão da qualidade do sistema, pois, se não há qualidade, o desempenho organizacional é ruim e prejudica toda a sociedade e o seu país (MEZOMO, 2001).

O conceito de qualidade possui diversos enfoques, e uma abordagem importante nessa área compreende a Gestão da Qualidade Total que responsabiliza todos os participantes da organização como provedores da qualidade (SLACK, 2006). Assim, a qualidade deve ser entendida como uma extensão da própria missão organizacional, que seja atender e exceder as necessidades e expectativas de seus clientes. Principalmente na saúde, é necessário que a organização reconheça a dignidade das pessoas, bem como o valor da vida e da saúde e que se comprometa a respeitá-los de forma absoluta (MEZOMO, 2001).

No Brasil, o sistema de saúde é composto pela rede privada e pública, a privada tende a ser mais cobrada pelos clientes, visto que o pagamento é feito de forma direta. Por outro lado, a rede pública é financiada por todos através de impostos pagos pela sociedade, existindo uma visão errônea de que o sistema é direcionado a classe de baixa renda (MEZOMO, 2001). Os consumidores desse sistema são todos os cidadãos seja de forma direta como pacientes, ou na forma indireta como compradores de medicamentos não sujeitos a receita médica ou apenas como destinatários de informações relacionados à saúde (WHO, 2000).

Na medida em que a sociedade é impactada com os resultados do sistema de saúde, é relevante conhecer a produtividade do sistema, que representa a relação dos insumos utilizados e o que foi produzido ou o serviço prestado (MOREIRA, 2012). Segundo Moreira (2012), a utilidade da produtividade vai além, apresentando funcionalidades como: uma ferramenta gerencial, uma vez que auxilia o diagnóstico de uma situação atual; um instrumento de motivação, pois os resultados se tornam uma preocupação rotineira das pessoas; um comparador de desempenhos, que permite confrontar resultados de unidades da mesma empresa ou não.

Portanto, a produtividade revela o desempenho do sistema que reflete na qualidade, mostrando-se como uma preocupação constante dos gestores, que precisam articular os recursos disponíveis aos processos de trabalho para gerar um impacto positivo na vida das pessoas (GRIMM, 2016). Principalmente nas práticas e serviços de saúde, a qualidade dos serviços prestados reflete diretamente na vida do indivíduo, na função social e compromisso com a comunidade (BURMESTER, 2013).

1.2 Formulação do problema

O sistema de saúde compreende toda estrutura necessária para promover o atendimento adequado as necessidades de saúde da população, intervindo em ações preventivas, promocionais, curativas e de reabilitação (WHO, 2010). Essa estrutura prevê o uso de pessoal, fundos, informações, suprimentos, transporte, enfim uma infinidade de recursos que fazem o sistema funcionar (WHO, 2010). A falha em alcançar o seu potencial é devida mais às falhas sistêmicas do que às limitações técnicas (WHO, 2000), levando à falta de qualidade do sistema.

A gestão da qualidade conta com ferramentas como os indicadores, que permitem uma análise de performance do sistema verificando sua eficácia, eficiência e efetividade (MALIK; SCHIESARI, 1998). Os indicadores de saúde permitem traçar parâmetros para acompanhar os padrões de saúde e sua evolução ao longo do tempo (MALIK; SCHIESARI, 1998). Portanto, o uso dos indicadores adequados, para medir o alcance do objetivo proposto e seu desempenho, representa o ponto chave para o sucesso de uma organização.

Nesse contexto, são essenciais informações estruturadas em “entradas”, “processos” e “saídas” para avaliar o desempenho de um sistema complexo como o de saúde para o seu fortalecimento, uma vez que, só é possível fazer um retrato global de sua qualidade com a observação conjunta de diversas variáveis do sistema. Contudo, apesar de sua importância, poucos são os países que conseguem produzir dados que permitam o acompanhamento das ações de saúde (WHO, 2010).

Uma vez que existe uma grande quantidade de informações produzidas pelo sistema de saúde e que o seu desempenho está se apresentando como uma preocupação na agenda global (GRIMM, 2016; TAMAKI, 2012). Este trabalho se propõem a responder a seguinte questão de pesquisa: qual a qualidade da Saúde no Brasil baseado na abordagem sistêmica?

1.3 Objetivo Geral

Avaliar, por meio da abordagem sistêmica, a qualidade da Saúde no Brasil.

1.4 Objetivos Específicos

Para operacionalizar o objetivo geral, os objetivos específicos se desdobram em:

- Identificar os indicadores das partes do sistema de saúde: entrada, processo e saída;
- Localizar as fontes de informação dos indicadores do sistema de saúde;
- Mapear os parâmetros de qualidade dos indicadores do sistema de saúde;
- Levantar os indicadores do sistema de saúde;
- Relacionar os indicadores do sistema de saúde no modelo teórico baseado na abordagem sistêmica.

1.5 Justificativa

Visto que qualquer organização realiza seu processo de transformação, que produz algum tipo de bem ou serviço, na saúde não poderia ser diferente (BURMESTER, 2013). A gestão de serviços de saúde apresenta um contexto desafiador em meio aos diferentes níveis de assistência e estruturas complexas e precisa ter uma prática administrativa que otimize os recursos na obtenção de melhores resultados (TANAKA; TAMAKI, 2012). Essa complexidade pode ser melhor entendida com a abordagem da teoria de sistemas e aplicando técnicas de melhoria para obter os resultados esperados, que de maneira geral representam o atendimento às necessidades de saúde da população (MEZOMO, 2001).

É nesse cenário que entram os indicadores, medidas que ilustram de uma forma simples os fenômenos complexos (JANNUZZI, 2005). Portanto, podem indicar para que caminho os serviços de saúde estão seguindo, se está sendo prestado com qualidade, e servindo como uma ferramenta de gestão. Recentemente, mensurar a qualidade dos serviços públicos vem ganhando espaço como uma iniciativa inovadora, na medida que contribui para a sensibilização da administração pública para a prestação de um serviço de excelência aos cidadãos (MPOG, 2009).

Para o aprimoramento dos serviços, a avaliação se faz necessária pela sua capacidade de julgar os resultados encontrados subsidiando a tomada de decisão do gestor (TANAKA; TAMAKI, 2012). No Brasil, se mantém uma cultura de não monitorar e avaliar o desempenho das ações públicas, sendo poucas as iniciativas (GRIMM, 2016; TANAKA; TAMAKI, 2012).

Diante do exposto, ressalta-se a relevância de avaliar a qualidade do serviço de saúde baseado em indicadores.

2 REVISÃO TEÓRICA

Este referencial conta com os seguintes subtópicos: o 2.1 trata sobre a abordagem sistêmica, com autores que apresentam a teoria dos sistemas e os seus componentes; 2.2 versa o conceito de qualidade nos processos organizacionais e nos produtos por meio da satisfação do cliente; 2.3 discute a avaliação da qualidade no contexto da saúde abordando as premissas do Sistema Único de Saúde no Brasil.

2.1 Abordagem Sistêmica

Cada vez mais, trabalhar com situações complexas tem feito parte do cotidiano das organizações modernas (LACOMBE, 2009). A complexidade significa o entrelaçamento de muitas partes que pode ser vista por diferentes percepções, mas de difícil entendimento por representar situações com múltiplas causas e consequências (MAXIMIANO, 2011). Nesse sentido, a abordagem sistêmica entra como uma ferramenta para solucionar essas situações baseado na identificação dos componentes e compreensão das variáveis de forma sistêmica (MAXIMIANO, 2011).

Por mais que a complexidade varie em menor ou maior grau, toda organização enfrentará problemas complexos e os administradores precisarão trabalhar com o enfoque sistêmico (MAXIMIANO, 2011). Não é difícil encontrar exemplos de sistemas no mundo real, dispostas em caráter público ou privado, isolado, como um hospital, ou abrangente, como o sistema de saúde, natural, como um organismo vivo, ou elaborado, como as organizações sociais, entre outras classificações (NETO et al., 2006). A partir disso, as organizações são percebidas como um sistema que abrange estruturas reais formadas por um conjunto de partes coordenadas com objetivos em comum (MAXIMIANO, 2011; NETO et al., 2006).

É importante destacar as características que consolidam um sistema como: o estabelecimento do objetivo central e as respectivas medidas de rendimento, pois direcionam o sistema e informam se ele está funcionando bem ou mal; o ambiente que está fora de controle, porém interfere nos resultados; os recursos que pertencem ao sistema e permitem realizar as atividades; os componentes que juntos formam a razão de ser do sistema; a

administração que parte das premissas básicas do planejamento e controle das atividades (SCHODERBEK, 1990 apud NETO et al., 2006).

A partir dessas premissas surgiu a Teoria Geral dos Sistemas (TGS), a qual formulava princípios válidos para qualquer tipo de sistema (BERTALANFFY, 2012). Com a evolução da ciência, houve uma crescente especialização e fragmentação do conhecimento, restringindo os profissionais aos seus universos particulares (BERTALANFFY, 2012). Por outro lado, encontram-se semelhantes problemas e concepções nas mais diversas áreas que não são consideradas, denominado como isomorfismo. Há muitos casos em que pesquisadores descobriram princípios que já foram desenvolvidos em outras áreas, mas por causa do distanciamento entre os conhecimentos é ignorado (BERTALANFFY, 2012).

Sendo assim, a proposta da TGS se baseia na generalidade, na tentativa de unificar as ciências num corpo de conhecimento, partindo de uma dimensão transdisciplinar para encontrar semelhanças e complementariedade nos princípios das diversas ciências (NETO et al., 2006). Entretanto, não pode ser confundido como uma proposta de reducionismo da ciência, ao contrário, representa o perspectivismo, isto é, acontecimentos que são observados por traços isomórficos nos diferentes domínios (BERTALANFFY, 2012). Representa um importante avanço no campo interdisciplinar e da educação integrada (BERTALANFFY, 2012).

A teoria defende, portanto, um método para explicar sistemas e suas questões complexas, visto que “o conceito de “todo” é diferente do conceito da soma das partes, porque quando as partes estão agregadas e formando o todo, este se torna uma estrutura independente, com papel distinto do papel das partes” (NETO et al., 2006, p.7). Dessa maneira, é necessário compreender o funcionamento das partes isoladamente como também tratado no todo, na interação dinâmica entre elas, pois o comportamento se diferencia (BERTALANFFY, 2012).

Um exemplo simples é entender o comportamento de um organismo vivo, seu funcionamento é proporcionado pelo desempenho adequado das partes formando o corpo, que interage com o ambiente em que vive (NETO et al., 2006). A interação com o ambiente é encontrada somente em sistemas abertos, diferentemente dos fechados, que ficam isolados do ambiente (BERTALANFFY, 2012).

Com base nessa perspectiva, a TSG se concretiza basicamente em duas ideias: a interdependência das partes e o tratamento complexo da realidade complexa (MAXIMIANO,

2011). A primeira ideia destaca que é igualmente importante além de conhecer os elementos do sistema, compreender suas inter-relações, representando uma exploração científica de todos e da totalidade (MAXIMIANO, 2011).

Completando a discussão, a segunda ideia sobre o tratamento complexo da realidade complexa refere-se à forma de lidar com a realidade impulsionada pelo avanço da tecnologia e da sociedade. Esse pensamento quebra a noção de um limite determinado pelo próprio sistema e afirma que enxergar as fronteiras entre os sistemas e seus ambientes passa a ser uma prerrogativa do indivíduo, isto é, da percepção de cada observador (MAXIMIANO, 2011).

Cabe destacar aqui o significado da palavra sinergia que representa uma qualidade esperada de todo e qualquer sistema para se obter bons resultados. A essência de um sistema está na sinergia, pois indica a interação dos elementos que transformam o todo maior que a simples soma das partes. Sem interação, a estrutura se reduz apenas a uma agregação de seus componentes (MAXIMIANO, 2011).

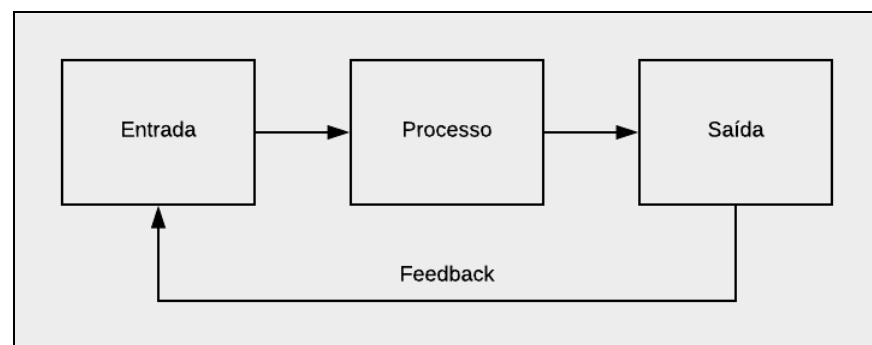
Retomando à definição das partes que compõem o sistema, existe uma organização das estruturas em entradas, processo e saídas de acordo com a Figura 1 (TAJRA, 2014). A entrada, também chamada de *input*, representa o estímulo do ambiente externo para interno que disponibiliza todos os elementos ou insumos necessários ao funcionamento do sistema (MAXIMIANO, 2011). Slack et al. (2006) observam ainda que os *inputs* se dividem em recursos transformados e transformadores.

Os transformados constituem o alvo do sistema, o que o nome já diz que serão transformados, geralmente são materiais, consumidores e informações, dependendo da natureza do sistema. Por exemplo, o principal recurso transformado no sistema de saúde é o usuário. Ao mesmo tempo, existem os recursos transformadores como infraestrutura, funcionários que são fundamentais para atuar nos transformados e realizar o passo seguinte de uma estrutura de sistema (SLACK et al., 2006).

O processo é uma estrutura intermediária que interliga as partes e transforma as entradas em saídas. Todo sistema é dinâmico, porém uns se diferem dos outros pela natureza dos processos internos que proporcionam distintos resultados. Como exemplo pode citar as tecnologias, as normas, os regulamentos, a cultura que cada processo utiliza e acaba modificando as relações entre as partes, mesmo que os componentes sejam similares nos sistemas, a natureza do processamento define o tipo de resultado esperado (MAXIMIANO, 2011).

Enfim, as saídas ou *outputs* são os produtos ou os serviços que o sistema pretendia alcançar, muitas vezes o sistema anseia a produção dos dois (MAXIMIANO, 2011; SLACK et al., 2006). Esse resultado pode ser um produto entregue aos clientes ou simplesmente a transformação deles mesmo, sendo os próprios *output* do sistema, alterando alguma condição física, psíquica, biológica, social. Como é o caso na saúde em que o paciente é o *input* e o *output* e o seu processamento é realizado de maneira que fiquem satisfeitos com a maximização dos cuidados com a sua saúde e minimização dos seus custos (SLACK et al., 2006).

Figura 1 - Partes de um sistema



Fonte: Adaptado de SLACK et al. (2006, p. 32)

Nos casos em que o principal recurso transformado é o próprio cliente, o serviço prestado apresenta algumas características como a produção e o consumo realizados de forma simultânea e um alto nível de contato com consumidor. Nos serviços, os usuários julgam os resultados através de suas percepções (SLACK et al., 2006). De forma bastante simplificada, o retorno desse julgamento realizado pelos usuários ao sistema é chamado de *feedback*, ou seja, significa a retroalimentação da informação ou saída de um sistema que a ele retorna para reforçar ou modificar o comportamento do sistema (MAXIMIANO, 2011).

O *feedback* representa um aspecto muito importante num sistema, na medida em que oferece uma maneira de avaliar o seu desempenho (MAXIMIANO, 2011). Assim, as interações do sistema associam a relação do indivíduo com as estratégias e estruturas da organização, com a equipe, com os recursos disponíveis e com o ambiente externo (TAJRA, 2014). Em se tratando do *feedback* do usuário, demonstrado por meio da retroalimentação das informações acerca dos produtos finais dos sistemas, isto é, a satisfação com o bem ou o serviço produzido pelo sistema, representa um fator determinante para a qualidade do serviço e, conseqüentemente, o sucesso organizacional (MARTINS; LAUGENI, 2015).

2.2 Qualidade

A qualidade é uma preocupação atual de muitas organizações, pois além de conceber usuários satisfeitos, ela reduz custos de retrabalho, refugo e devoluções (SLACK et al., 2006). Dado que o propósito de um sistema é oferecer um serviço para o consumidor, todos os atributos valorizados por ele, sejam subjetivos ou não, precisam ser encontrados no serviço para configurar a qualidade (PALADINI, 2012). Por outro lado, pode se considerar qualidade como a otimização no processo produtivo no interior da empresa conforme as especificações (PALADINI, 2012). Dessa maneira, existe a noção de que a alta qualidade propicia vantagem competitiva para a organização (SLACK, et al., 2006).

Ainda que o termo qualidade seja frequentemente utilizado no dia a dia, seu conceito não é de fácil definição, pois é um processo continuado influenciado por múltiplos fatores da organização, do consumidor e do ambiente (PALADINI, 2012; SLACK, 2006). Assim, Paladini (2012) afirma que são itens fundamentais para a avaliação da qualidade a satisfação do consumidor e o sucesso da empresa. Quando refere-se aos serviços, torna-se ainda mais difícil a mensuração da qualidade, uma vez que o produto final constitui um sentimento que varia de acordo com suas expectativas (LAS CASAS, 2008).

Slack (2006) enfatiza que definir a qualidade a partir da satisfação do consumidor é um problema por dois fatores, primeiro porque as expectativas são singulares formadas por experiências, conhecimentos e históricos individuais, segundo, pois a percepção ao receberem o serviço é variável baseado no seu julgamento das especificações do serviço ou bem. No caso dos serviços em saúde, esse julgamento é limitado, uma vez que a maioria dos usuários não detém o conhecimento técnico dos procedimentos médicos (SLACK, 2006). A qualidade acaba sendo percebida em termos de artefatos como roupas, conduta profissional, informação transmitida que são as chamadas medidas substitutivas para as percepções de qualidade (SLACK, 2006).

Logo, a comparação entre as expectativas dos consumidores e a percepção deles do produto consiste na qualidade, que pode configurar três cenários: qualidade alta, quando a experiência supera a expectativa; qualidade aceitável, quando o serviço se igual à expectativa; qualidade baixa, quando o resultado for menor que a expectativa (SLACK, 2006).

Na perspectiva do sucesso organizacional, retornando à definição de Paladini (2012), a qualidade de uma organização é mensurada através do desempenho. Toda organização nasce

com objetivos a serem alcançados que contam com o processo de trabalho entre as partes do sistema envolvendo as pessoas, os recursos físicos e os financeiros (TAJRA, 2014). Portanto, a sinergia desses elementos aponta o desempenho organizacional, isto é, o resultado na realização dos objetivos e pela utilização dos recursos (MAXIMIANO, 2011).

A partir dessa reflexão, surge a concepção da Gestão da Qualidade Total (TQM – *Total Quality Management*) com uma abordagem de melhoria no desempenho da produção envolvendo os processos organizacionais (SLACK et al., 2006). Paladini (2012), refletindo sobre a diferenciação de qualidade para qualidade total lembra que é uma questão de enfoque, pois pelo caráter amplo da qualidade não há nada que a qualidade total acrescente que não esteja no conceito básico de qualidade.

Cabe destacar que TQM trouxe uma filosofia em que a qualidade se torna uma responsabilidade de toda a organização e não específica de um setor ou da produção visto que a organização deve ser considerada como um todo (SLACK et al., 2006). Vale a pena ressaltar, que TQM envolve a inclusão de todas as partes e as pessoas da organização reconhecido como um desenvolvimento de melhoria contínua de desempenho (SLACK et al., 2006).

Ao pensar a questão de qualidade em todas as partes da organização, TQM não se limita a satisfazer somente seus clientes externos, reconhece a importância de atender seus próprios consumidores internos e todos que interagem com o sistema (LAS CASAS, 2008; SLACK et al., 2006). Internamente, no relacionamento entre as partes da organização, Slack et al. (2006) definem como um processo em cadeia que um é o fornecedor e o consumidor do outro. Nesse sentido, qualquer erro na rede interna de relacionamento fornecedor-consumidor é identificado mais facilmente não afetando o consumidor externo (SLACK et al., 2006). Numa compreensão mais ampla, a qualidade total atinge todos que interagem com a organização, inclusive outras entidades de um mercado (LAS CASAS, 2008).

Na outra perspectiva, TQM defende a singularidade dos funcionários da empresa na qualidade, pois qualquer pessoa pode impactar na qualidade da organização. Existem empregados que afetam diretamente na qualidade, como os envolvidos diretamente na fabricação ou prestação do serviço, todavia, outros funcionários com menos contato também impactam na qualidade. Esse efeito de qualidade é justificado pela integração dos serviços internos, se uma ação for feita sem qualidade e passar despercebida na cadeia interna, essa ação acaba chegando ao cliente final (SLACK et al., 2006). Portanto, se todos podem prejudicar a qualidade, todos podem melhorá-la, basta cada funcionário incorporar a parcela

de sua responsabilidade na qualidade do produto ou do serviço prestado naquele sistema (SLACK et al., 2006).

Tradicionalmente a noção de qualidade estava muito aliada ao contexto de empresas privadas. Porém, a algum tempo, surgiu um movimento que considera que a administração pública tem que ser excelente (BRASIL, 2014). Fundamentada no pensamento sistêmico, o Modelo de Excelência em Gestão Pública considera os órgãos públicos como sistemas vivos, que se mantém através da relação de interdependência entre os componentes, entre o ambiente externo sem deixar o foco na sociedade (BRASIL, 2014). Segundo Paladini (2012), a implantação da qualidade pelo governo é mais complexa do que no setor privado, por seu tamanho e outros fatores característicos do setor público, permitindo que a qualidade total seja aplicada de forma limitada (PALADINI, 2012).

Para o Modelo de Excelência em Gestão Pública, a qualidade é definida na adequabilidade para o uso, isto é, oferecer aos cidadãos serviços com excelência no atendimento permitindo a satisfação de suas necessidades implícitas e explícitas (BRASIL, 2014). Esse conceito é discutido por Deofeo e Juran (2015), que revelam que a definição de “adequação ao uso”, expressão muito difundida para representar a qualidade, se tornou simplista. Além da abordagem TQM, em que a qualidade é determinada pelo trabalho de todos da organização, o processo de produção está cada vez mais centrado em serviços e informações preferindo a definição para “adequação ao objetivo” dos clientes (DEOFEO; JURAN, 2015).

Assim, os cidadãos devem ser considerados os clientes do setor público, pois representam os destinatários e beneficiários das ações, não só os cidadãos, mas também as partes interessadas e a sociedade como um todo. Com essa ampla definição de clientes, ressalta-se que para alcançar uma gestão pautada na qualidade, a primeira preocupação deve ser com os seus funcionários, na medida em que constituem o recurso básico de geração da qualidade (BRASIL, 2014; PALADINI, 2012).

A gestão da qualidade no serviço público é caracterizada pela transitividade, ou seja, a qualidade percebida pelo cidadão é a proporcionada pela relação de satisfação do empregado com o Estado. Logo, para se ter qualidade no atendimento dos serviços públicos, o órgão público precisa investir em estratégias de benefícios e de motivação para os próprios funcionários, pois eles estão diretamente em contato com a sociedade e repassam sua satisfação no trabalho (PALADINI, 2012). Ressalta-se aqui a importância dos recursos transformadores como agentes geradores de qualidade.

Independente da natureza da organização, o principal caminho para incorporar a qualidade nas organizações é o seu planejamento. Um planejamento que considere todos os elementos do sistema que funcionam juntos como os recursos físicos e materiais, as pessoas, os fornecedores, os clientes (ZEITHAML; PARASURAMAN; BERRY, 2014).

2.3 Avaliação da Qualidade em Saúde

Especialmente no âmbito organizacional, os *outputs* não se restringem aos produtos físicos, tangíveis produzidos pelo sistema (MOREIRA, 2012). De forma crescente, os serviços sempre estiveram presentes no processo de transformação, mas como uma atividade intangível, não estocável, produzido simultaneamente com seu consumo (SLACK et al, 2006). Ainda que na produção de um serviço sejam utilizados meios físicos, eles não deixam de ser apenas uma ferramenta de auxílio. Quando a prestação do serviço por um médico consiste na ação exame, diagnóstico e prescrição, os instrumentos para o exame são indispensáveis, mas não constituem o serviço em si, representam um recurso para fomentar o resultado final do sistema (MOREIRA, 2012).

Na verdade, ao assumir o conceito de avaliação de serviço, trabalha-se com a noção de desempenho de uma específica ação em que o fator determinante é o efetivo ganho ao usuário. Por isso que avaliar um serviço é mais difícil quando comparado à avaliação de um produto que existe fisicamente e seu defeito é detectado de maneira mais fácil (PALADINI; BRIDI, 2013). O enfoque da qualidade é dado pela satisfação do consumidor e apresenta níveis de subjetividade, já apresentados por Slack (2006) no tópico anterior, por derivar das expectativas e das percepções do cliente.

De forma geral, a avaliação de um serviço é relativa, pois depende da análise de valor para o usuário, dimensionado por ele próprio (PALADINI; BRIDI, 2013). Para justificar a avaliação, cabe dimensionar o quanto aquele serviço é importante para a sociedade como um todo. Nesse sentido, existe um esforço de medir os resultados a fim de julgar os benefícios advindos do desempenho organizacional de forma objetiva, os chamados indicadores de qualidade (PALADINI; BRIDI, 2013).

O indicador quantifica a qualidade nos aspectos relacionados a satisfação de clientes, aplicação de recursos, isto é, fornece informações objetivas no processo de quantificação das entradas, das saídas e do desempenho do sistema. A partir dessas informações, é possível

comparar os resultados entre organizações, países, na busca por melhorias (BURMESTER, 2013).

Assim, na avaliação da qualidade em saúde, os indicadores resultam do julgamento dos critérios de adequação, benefícios, efeitos e custos relacionados aos serviços de saúde prestados a população. A relevância de produzir esse tipo de informação é justificada como fonte para tomada de decisão sobre as práticas de saúde, e na dimensão macro, sobre as políticas de saúde (PORTELA, 2000).

Uma referência no tema sobre avaliação da qualidade dos serviços de saúde é o autor Avedis Donabedian (apud BURMESTER, 2013; apud REIS, et al. 1990), que publicou trabalhos associando a qualidade na saúde com a Teoria Geral dos Sistemas dispostos em três componente: estrutura, processo e resultado, ficando reconhecido por essa tríade.

A estrutura se concretiza basicamente nos recursos empregados para prover os cuidados de saúde, sejam os arranjos organizacionais, as instalações físicas e materiais, a força de trabalho e os mecanismos financeiros (PORTELA, 2000; REIS, et al. 1990). O componente processo compreende as ações propriamente ditas na atenção à saúde, é a interação do servidor com a população assistida (PORTELA, 2000). Nesse contexto, destacam-se duas dimensões do profissional, o desempenho técnico, traduzido na habilidade de aplicar o conhecimento e a tecnologia proporcionando os maiores benefícios e menores riscos, e o relacionamento pessoal com o paciente, que preserva uma conduta ética, respeitadas as normas sociais e os anseios do indivíduo (REIS, et al. 1990).

Conjugada a essas perspectivas, encontra-se ainda a avaliação do resultado, que se refere a consequência da mudança no estado de saúde da população, alcançando melhores indicadores de saúde (PORTELA, 2000). Existe um vínculo causal entre os três componentes, estrutura, processo e resultado, que trabalhando de maneira adequada fortalecem o sistema de saúde (PORTELA, 2000). A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que o monitoramento e a avaliação da saúde sejam baseados nesses componentes, pois mostra como os insumos e os processos de saúde são refletidos nos resultados e impactam a vida dos cidadãos (WHO, 2010). Representa uma proposta de avaliar o desempenho do sistema e basear os processos de tomada de decisão no país (WHO, 2010).

Dessa forma, os indicadores podem ser empregados para analisar as dimensões da qualidade proposta por Donabedian conforme a abordagem sistêmica (MALIK; SCHIESARI, 1998). Isso porquê, o cálculo de um indicador isoladamente não é capaz de desvendar a

complexidade do sistema. Para isso, é preciso uma compreensão do todo, inter-relacionando as partes do sistema, em que uma influencia a outra e, somente assim, proporcionando determinações de qualidade (MALIK; SCHIESARI, 1998).

2.3.1 O Sistema Único de Saúde e a Qualidade da Saúde no Brasil

Em 1990, por meio da Lei 8.080, o Brasil criou o Sistema Único de Saúde (SUS), que, como o próprio nome já diz, compreende um sistema na área da saúde com direção única em cada esfera de governo. Essa lei é vista como uma das maiores conquistas sociais para garantir o direito de todos à saúde e o dever do Estado (BRASIL, 1990). Ocorre que a abordagem proposta pelo SUS representou uma mudança de paradigma na concepção da saúde, ao passar de um modelo centrado na doença para um modelo de promoção da saúde (MS, 2000).

Antes, ter saúde significava a mera ausência de doença, sustentada na lógica de recuperar, remediar os agravos à saúde. Após a conquista do SUS, a nova concepção trouxe uma visão holística englobando tanto o aspecto de bem-estar físico, mental e social do indivíduo quanto a influência dos determinantes sociais como alimentação, trabalho, renda, educação, saneamento básico, moradia, que refletem diretamente na qualidade de vida da população (MS, 2000). A partir disso, mensurar os indicadores de saúde da população permite conhecer o nível de desenvolvimento do país (MS, 2000).

As intervenções propostas pelo SUS são direcionadas a prevenção, promoção e recuperação da saúde por meio das diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988). A descentralização da gestão visa a autonomia na formulação e implementação dos serviços para atender a realidade local. Assim, cada ente do Estado (federal, estadual e municipal) representa um subsistema do SUS de direção única coordenados por uma rede regionalizada e hierarquizada em níveis de atenção. É importante lembrar que o município tem um papel fundamental na descentralização, pois é o ente mais próximo da população (MS, 2000).

Nesse contexto, a integralidade se refere ao conjunto articulado de ações para atender as necessidades específicas das pessoas, podem ser preventivos e curativos, individuais e coletivos (CONASS, 2000). Dessa maneira, se faz necessário estruturar os serviços de saúde em forma de rede hierarquizada, considerando os níveis crescentes de complexidade para

racionalizar o sistema, ser resolutivo e aumentar a capacidade de atendimento da demanda (CONASS, 2011).

No entanto, além da descentralização e atendimento integral, a participação da comunidade, implementada pela Lei n 8.142 de 28 de dezembro de 1990, consiste na última diretriz promulgada na Constituição (CONASS, 2011). Essa participação diz respeito a participação dos cidadãos na formulação de políticas para a saúde. É regulamentada através dos conselhos e conferências de saúde, que representam espaços colegiados obrigatórios em todos os entes, responsáveis pela fiscalização e formulação de estratégias no uso do recurso público de saúde (CONASS, 2011). A composição desses espaços compreende representantes dos usuários, gestores, prestadores de serviço e profissionais de saúde (CONASS, 2011).

Mais recentemente, o Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011 regulamenta a Lei n 8.080 definindo aspectos sobre a organização, o planejamento, a assistência à saúde e a articulação interfederativa do SUS. Dentre essas disposições, se inclui a avaliação das ações de saúde indispensável para o aperfeiçoamento do sistema. Porém, a avaliação da qualidade dos serviços de saúde não representa um assunto novo. Em 1998, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH) destinado à pesquisa de satisfação dos usuários nos ambulatório, pronto-socorro e internação e a uma avaliação técnica realizada por gestores estaduais e municipais de hospitais.

Ao longo dos anos surgiram iniciativas que se destacaram no processo de fomentar a avaliação como a ampliação do PNASH em Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS), a criação da Política Nacional de Regulação do SUS incluindo as ações do PNASS, a instituição do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), a proposição de uma metodologia do Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS) e a criação do Índice de Desempenho do SUS (IDSUS).

Apesar dos inúmeros esforços, pode-se observar que as estratégias idealizadas ocorreram de forma fragmentada e descontínuas, portanto, surgiu um movimento para sistematizar um Sistema de Avaliação para a Qualificação do SUS que teria como componente o PNASS, o PMAQ, o IDSUS e as pesquisas nacionais de avaliação do acesso e de satisfação dos usuários. Ainda assim não permitiria uma visão sistêmica da saúde, pois as partes estão sendo avaliadas separadamente o PNASS e o PMAQ consideram níveis diferentes de serviços (REIS; OLIVEIRA; SELLERA, 2012).

Por outro lado, o IDSUS analisa a eficácia do sistema, na medida que considera a lacuna entre o SUS real e o ideal avaliando o desempenho quanto ao cumprimento dos seus princípios e diretrizes. Esse índice foi inspirado nas dimensões de acesso e de efetividade do PROADESS (REIS; OLIVEIRA; SELLERA, 2012). Os primeiros resultados do IDSUS referem-se ao período de 2007 a 2010 e apontaram o acesso como um dos maiores gargalos do SUS, principalmente em relação à atenção especializada na região Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Destaca-se a importância da regionalização para que os municípios com menor infraestrutura consigam ter serviços de referência (REIS; OLIVEIRA; SELLERA, 2012).

O PROADESS desenvolveu uma matriz de dimensões complexas que afetam o sistema de saúde a partir de conceitos amplos como: os determinantes de saúde, que analisa o contexto político, social e econômico; as condições de saúde da população, que se traduz nas características de morbidade, mortalidade e qualidade de vida; e a estrutura do sistema, que representa a condução, financiamento e recurso (ALMEIDA et al, 2004).

Mesmo com evidências a favor da avaliação, nota-se que ainda consiste um desafio incorporar a avaliação e o monitoramento do sistema de saúde na cultura cotidiana. Muitas vezes eles são encarados como um processo prescritivo e burocrático (REIS; OLIVEIRA, 2016). Mensurar a capacidade de resposta dos serviços, acompanhar os efeitos das intervenções e identificar e corrigir problemas são algumas prerrogativas da avaliação, subsidiando a tomada de decisão. Enfim, são meio de garantir a qualidade no âmbito do SUS (REIS; OLIVEIRA, 2016).

2.3.2 Achados sobre o desempenho em saúde

Em relação aos estudos realizados para apontar o desempenho do SUS, encontram-se predominantemente pesquisas direcionadas aos aspectos específicos do sistema de saúde como avaliação do desempenho das entradas, no caso dos profissionais de saúde e do financiamento que representam os recursos transformadores (OLIVEIRA; PASSADOR, 2014; HARRIS, 2012; BURITICA; PRIETO; RAMÍREZ, 2007) ou das demandas que são recursos transformados (WERNER; MARTINS, 2015). Com avaliação dos resultados, foram encontradas pesquisas sobre a satisfação dos usuários ao utilizar dois serviços de saúde diferentes, na Atenção Básica (PEREIRA, 2011; SALA, 2011) e na Urgência (GOLÇALVES, et al., 2012).

Quadro 1 - Resultados de estudos sobre avaliação de desempenho que consideraram somente um aspecto do sistema

Autores	Ano	Resultado
OLIVEIRA; PASSADOR	2014	Aponta a importância de agrupar as informações do financiamento da saúde no processo de avaliação do sistema de saúde pública brasileiro. Fica claro a existência de um grande distanciamento em relação ao financiamento dos municípios, indicando a importância de fornecer aos gestores públicos de saúde informações interligadas a respeito do desempenho e dos recursos financeiros destinados à saúde daquele município em questão.
HARRIS	2012	Apresenta modelos para recompensar os médicos com base na qualidade e nos resultados de seu tratamento. No Programa de Saúde da Família devem levar em conta a epidemiologia local e fornecer uma recompensa ponderada pelo desempenho.
BURITICA; PRIETO; RAMÍREZ	2007	Valida um instrumento de análise de competência, que avalia individualmente os ocupantes dos cargos para determinar os pontos fortes e fracos de cada um deles.
WERNER; MARTINS	2015	Estabelece o melhor modelo matemático de previsões para descrever o percentual de procedimentos. Assim, prever a demanda de serviços na área da saúde está intimamente ligado às tarefas de disponibilizar recursos, tanto humanos como de equipamentos, para viabilizar o atendimento eficaz aos pacientes, sendo assim, é necessário que as previsões sejam realizadas em períodos curtos, no caso em períodos mensais.
PEREIRA et al.	2011	Avalia o desempenho conforme atributos da Atenção Básica na perspectiva do usuário. Investimentos na estrutura física e ampliação da rede possibilitaram aos usuários manifestarem satisfação com o elenco de serviços. Por outro lado, os atributos acesso, orientação para a comunidade, enfoque familiar foram considerados insatisfatórios pelos usuários. O investimento precisa ser na infraestrutura física e material, mas também, efetivamente, na capacitação dos trabalhadores e na formação dos futuros profissionais.
SALA	2011	Evidencia a percepção de que as questões relacionadas ao cuidado individual e à prestação direta de serviços foram bem avaliadas, em que pesem as dificuldades no acesso. No entanto, as atividades e ações que considere o espaço coletivo e os determinantes da saúde, ou seja, aquelas que necessitam de reestruturação mais profunda na organização e na cultura dos serviços acabaram revelando resultados insatisfatórios na percepção dos usuários.
GOLÇALVES, et al.	2012	Expõe a situação da saúde pública sob o ponto de vista dos momentos da verdade de um paciente. Observa-se que as organizações hospitalares do SUS apresentam muitas dificuldades quanto à prestação de serviços com fatores relevantes em: demora no atendimento, falta de interesse com o paciente, infra-estrutura dos estabelecimentos. Este fato pode ter diversas causas, tanto falta de profissionais, como falta de profissionalismo, ou ainda a falta de estrutura para um correto desempenho de funções.

Portanto, os resultados encontrados acabam fornecendo o conhecimento de apenas uma dimensão da qualidade, geralmente relacionado à satisfação do cliente com o serviço ou produto. Essas análises fragmentadas do sistema confirmam a preocupação da TGS, pois estudam as partes separadamente sem considerar as relações no processo de serviços de saúde (PORTELA, 2000). Para fortalecer a avaliação da qualidade em saúde, surgiram alguns projetos de avaliação de desempenho compreendendo diferentes perspectivas como: a influência das dimensões socioeconômicas e demográficas na saúde da população, pautada

nos determinantes e condições da saúde (PAVÃO et al, 2016); o cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS denominado Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), que parte da análise do acesso e efetividade da atenção básica e especializada nos municípios brasileiros (MS, 2015b); a análise de desempenho da Atenção Básica (MICLOS; CALVO; COLUSSI, 2015).

Quadro 2 - Resultados de estudos sobre avaliação de desempenho que consideraram mais de um aspecto do sistema

Autores	Ano	Resultado
PAVÃO; DUARTE; OLIVEIRA	2016	Revela a relação entre as características socioeconômicas e os recursos e desempenho dos sistemas de saúde das regiões. As regiões mais desenvolvidas registram melhores condições e estrutura para o atendimento à saúde de suas populações, o que enquadra as desigualdades em saúde no amplo espectro das disparidades regionais do Brasil. No grupo de baixo IDH estão regiões do Norte e Nordeste do país, menos desenvolvidas em sentido geral. Porém, no grupo de IDH elevado, os melhores indicadores são aqueles de regiões situadas no Sul e Sudeste.
MS	2015b	Realiza a georeferenciação dos resultados da avaliação, o que possibilitou a construção de mapas do IDSUS. Esses mapas são como um conjunto de fotografias panorâmicas do SUS, até 2010, que permitem ver deficiências do acesso e de efetividade das atenções: básica, especializada ambulatorial e hospitalar, além da urgência e emergência. Com uma rápida observação, se pode identificar o padrão laranja e vermelho para a região Norte, amarelo e laranja para o Nordeste e Centro-Oeste, e o padrão verde e amarelo para as regiões Sudeste e Sul.
MICLOS; CALVO; COLUSSI	2015	Realiza uma revisão da literatura, em 2013, sobre trabalhos desenvolvidos sobre a eficiência da Atenção Básica e utilizando a ferramenta DEA. O insumo mais utilizado nos trabalhos foi o número total de profissionais, seja ele médico, enfermeiro, funcionário do administrativo, entre outros, e sua escolha está relacionada com a capacidade desses profissionais realizarem ações e serviços em saúde na sua capacidade máxima e verifica-se que sua escassez ou excesso é fator que influencia diretamente a eficiência. Entende-se que a tríade recursos materiais, recursos humanos e recursos financeiros é o pilar para propiciar que as atividades sejam realizadas. Quanto aos produtos que foram mais utilizados nos artigos selecionados, as consultas/atendimentos foram as variáveis mais presentes. Esse indicador reflete o acesso da população ao serviço de saúde, porém sua limitação está em não medir a qualidade desse atendimento, que é uma medida subjetiva e de difícil mensuração. Outros indicadores também foram considerados sendo classificados como resultados em saúde, como a taxa de hospitalização por insuficiência cardíaca congestiva e complicações por diabetes, que refletem a qualidade e eficácia dos serviços ofertados na Atenção Básica.

Por mais que as abordagens dos estudos englobem diferentes dimensões envolvidas no sistema de saúde, em geral, elas não analisam a relação entrada, processo e saída proposta pela OMS e pelo enfoque sistêmico. Cada parte deve ser complementada pela outra, permitindo uma visão ampla e completa do sistema a partir dos processos e níveis de atenção à saúde.

3 MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA

Aprofundar os conhecimentos em determinada área demanda tempo, estudo e, principalmente, um método de pesquisa, isto é, o uso de técnicas para delinear a melhor forma de encontrar as respostas do seu questionamento (WALLIMAN, 2015). Assim, cada pesquisa precisa delimitar as técnicas adequadas para coletar, ordenar e analisar informações, de acordo com seu objetivo. Esse capítulo será dividido da seguinte forma: 3.1 descreve o tipo de pesquisa, a abordagem utilizada e o nível de coleta dos dados; 3.2 caracteriza o público alvo da pesquisa; 3.3 descreve o instrumento de coleta de dados; 3.4 apresenta os procedimentos de coleta e análise bem como as fontes de informações.

3.1 Tipologia e descrição geral dos métodos de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa descritiva, na medida em que se descreve os eventos sem manipulação, que significa sem intervenção do pesquisador na realidade analisada. Além de apresentar as características dos fatos observados, pode encontrar possíveis relações entre as variáveis de estudo na pesquisa descritiva (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Em relação a abordagem, o estudo trabalhou com medidas, expressa em números, portanto, diz-se que os dados são quantitativos. Permite uma maior precisão dos resultados e utilizam recursos como indicadores para expressar fenômenos (WALLIMAN, 2015). É muito comum o uso da abordagem quantitativa para analisar a interação das variáveis, em muitos casos com o apoio de técnicas matemáticas e estatísticas (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Os dados podem ser adquiridos em dois níveis, primário ou secundário, que variam de acordo com o processamento da informação (WALLIMAN, 2015). De uma forma geral, os fatos podem ser medidos, observados e interrogados, a diferença para constituir um dado primário é encontrada em dados que nunca foram tratados antes (WALLIMAN, 2015). Por outro lado, os dados considerados secundários, como é o caso dessa pesquisa, já foram recolhidas e registradas por outra pessoa e estão disponíveis. Nesse contexto, a qualidade dos dados mostra-se como um fator primordial para validação das informações obtidas (WALLIMAN, 2015). Assim, trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem quantitativa e com procedimento de coletas no nível secundário, por meio de pesquisa bibliográfica e documental.

3.2 Caracterização da organização e da população

O Brasil pode ser considerado uma potência, que vem inspirando outras nações, e está no processo de crescimento constante. Segundo o Censo Demográfico de 2010, a população é de 190.755.799 habitantes com um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,727, que significa um alto desenvolvimento humano (PNUD, 2013; IBGE, 2011). Essa classificação representou uma conquista histórica, pois nos anos anteriores o Brasil ficou em médio e muito baixo desenvolvimento nos anos 2000 e 1991, respectivamente (PNUD, 2013). O objetivo do IDH é mensurar o nível de bem-estar social no país, calculado a partir dos seguintes pilares: saúde, expresso por uma expectativa de vida longa e saudável; educação, representa o acesso ao conhecimento; renda, refere-se ao padrão de vida (PNUD, 2013).

Apesar desse crescimento apontando para investimentos em estratégias de desenvolvimento humano, a desigualdade social é fortemente evidenciada no seu território (IBGE, 2011). Existem municípios em que a renda per capita mensal chega a R\$ 1.700,00, enquanto outros o cidadão recebe cerca R\$ 210,00. Em relação a educação, é possível encontrar municípios em que mais de 80% dos adultos tem o ensino fundamental completo e em outras regiões não chega a 13%. Além disso, a esperança de vida ao nascer no Sul brasileiro passa dos 78 anos, contrário do Nordeste que há municípios em que um cidadão ao nascer tem expectativa de vida menor que 66 anos (PNUD, 2013).

Nesse contexto, o sistema de saúde preconiza uma organização descentralizada dos serviços distribuindo a responsabilidade entre os entes (nacional, estadual e municipal) e a sociedade para direcionar as ações em nível local de acordo com as necessidades específicas. Para potencializar esse processo, o SUS coordena sua rede de forma regionalizada como uma iniciativa na redução das desigualdades sociais e territoriais (CONASS, 2011).

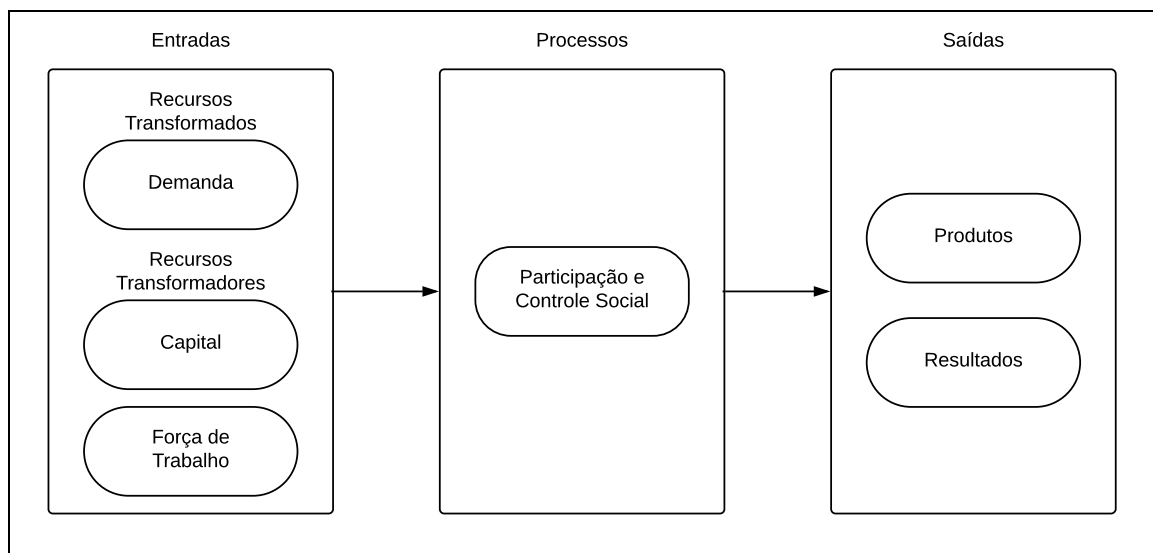
3.3 Caracterização e descrição dos instrumentos de pesquisa

O instrumento utilizado na pesquisa é uma adaptação do Painel de Monitoramento e de Avaliação da Gestão do SUS proposto por Tamaki et al. (2012). Esse painel foi fruto de um trabalho coletivo coordenado principalmente pelo Grupo de Trabalho de Avaliação (GT de Avaliação) composto por integrantes da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e do Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS

(DEMAGS), da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS).

O processo de construção e validação do painel envolveu diferentes especialistas da área com problematizações teóricas sobre o tema. A adaptação se justifica para melhor convergir com a definição de processo de transformação de Slack (2006). Sendo assim, os insumos considerados na entrada do sistema se diferenciam em recursos transformadores e transformados.

Figura 2 - Partes do Sistema de Saúde segundo dimensões do Painel de Avaliação da Gestão SUS



Fonte: Adaptado de TAMAKI et al. (2012, p. 843).

O painel é indicado para uma análise sistêmica no âmbito do Sistema de Gestão em Saúde (Figura 2). O processamento do Sistema de Saúde baseado no modelo sistêmico contempla as seguintes partes: entradas, que representam todos os recursos exigidos como mão-de-obra, capital e fundos operacionais, tecnologia e demanda; processo, que exige a organização desses recursos num conjunto apropriado de procedimentos formais e informais para transformá-los em resultados; saídas, que representa a prestação de serviços de cuidado em saúde (MEZOMO, 2001). Nesse contexto, entram os indicadores, que são utilizados como ferramenta de avaliação e também de monitoramento para subsidiar os processos dinâmicos da gestão (TAMAKI et al., 2012).

Entradas

A entrada pode ser analisada, segundo Slack (2006), sob duas perspectivas: dos recursos transformados, sendo as necessidades e demandas dos usuários aos serviços de saúde; dos recursos transformadores, que são os outros recursos como capital, mão-de-obra, transformadores da demanda. Assim, os indicadores escolhidos pelo painel de avaliação para mensurar a demanda foram em dois níveis de atenção do SUS, o primeiro corresponde a linha de cuidado dos nascidos vivos acompanhados pela Atenção Básica (AB) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e o segundo representa as consultas de urgência presente no âmbito hospitalar. Por outro lado, os indicadores relacionados aos custos são apontados nos recursos financeiros destinados a gastos com a saúde, já os relacionados à força de trabalho correspondem a quantidade de médicos atuantes, de trabalhadores com vínculo público e se há um planejamento para suas carreiras (Quadro 3).

Quadro 3 - Dimensões do Indicador de Entrada

Dimensão	Indicador	Fonte
Demanda	Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal	SINASC
	Razão do número de consultas de urgência por habitante	SIA-SUS e IBGE
Capital	Proporção de recursos próprios aplicados na saúde segundo EC-29	SIOPS
	Proporção de transferências para a saúde em relação ao gasto total da esfera	SIOPS
	Gasto público em saúde per capita	SIOPS e IBGE
Força de trabalho	Proporção de estabelecimentos de saúde sob gestão própria	CNES
	Razão do número de médicos por habitante	CNES e IBGE
	Proporção de trabalhadores com vínculo público	CNES
	Existência de Plano de Cargos, Carreiras e Salários	SARG-SUS

Fonte: TAMAKI et al. (2012, p. 844).

Processos

Os procedimentos existentes no sistema para transformar os recursos foram divididos em duas vertentes do SUS, articulação e participação social. Porém, considerando que as informações sobre a articulação não estão disponíveis em sítio eletrônico, sendo necessário o

contato com as instituições responsáveis e o pouco tempo de execução deste trabalho, optou-se por excluir essa dimensão, mantendo somente uma vertente, Quadro 4.

A articulação significa os processos de planejamento na oferta de serviços, incluindo a organização dos serviços de acordo com os diferentes níveis de atenção, a definição do perfil da oferta e a importância em alimentar os sistemas de informações. Já a Participação e controle social se referem ao processo de aproximação dos cidadãos na gestão do SUS por meio de instrumentos livres e diretos, como a ouvidoria, o conselho e a conferência de saúde. Essas iniciativas visam à fiscalização e ao acompanhamento das ações em saúde, como também a participação na elaboração de diretrizes políticas para o SUS baseado nos anseios populares.

Quadro 4 - Dimensões do Indicador de Transformação

Dimensão	Indicador	Fonte
Participação e Controle Social	Existência de Sistema de ouvidoria implantado	MS
	Proporção de Relatórios anuais de gestão apreciados no Conselho de Saúde I da esfera	MS
	Proporção de Planos de saúde apreciados no Conselho de Saúde	MS
	Realização de Conferência de Saúde	MS

Fonte: TAMAKI et al. (2012, p. 845).

Saídas

Como saídas do sistema, o autor divide em produtos e resultados, Quadro 5 (TAMAKI et al., 2012). Os produtos comprovam a capacidade do serviço em atender a demanda em dois níveis de atenção, semelhante à entrada, o primeiro indicador utiliza dados de consultas médicas na Atenção Básica, que representa baixa complexidade, e o segundo apura números de tomografias realizadas como procedimentos de alta complexidade centradas no nível de especialização.

Como última dimensão analisada dentro do sistema, aparecem os resultados, que seriam os efeitos e/ou alcances das ações na população. Representadas pela mortalidade por causas mal definidas, que indica se o sistema está conseguindo diagnosticar os problemas de saúde, e internação por condições sensível à AB, que demonstra a resolutividade do nível primário evitando agravamento de doenças controladas na AB.

Quadro 5 - Dimensões do Indicador de Saída

Dimensão	Indicador	Fonte
Produtos	Razão de consultas básicas por habitante	SIA-SUS e IBGE
	Razão de tomografias computadorizadas por habitante	SIA-SUS e IBGE
Resultados	Proporção de mortalidade por causas mal definidas	SIM
	Taxa de internação por condições sensíveis à atenção básica	SIH-SUS

Fonte: TAMAKI et al. (2012, p. 846).

3.4 Procedimentos de coleta e de análise de dados

Quanto a maneira de obtenção dos dados, o estudo utilizou a pesquisa documental que busca informações já publicadas e não trabalhadas de forma analítica (PRODANOV; FREITAS, 2013). Ressalta-se a importância de verificar a confiabilidade e fidelidade dos dados disponibilizados, principalmente como é o caso desse estudo que empregou dados virtuais, por isso que a fonte de dados escolhida constitui em dados oficiais provenientes do Departamento de Informática do SUS - DATASUS (PRODANOV; FREITAS, 2013).

A fonte de dados do estudo concentra-se no Sistema de Informações em Saúde (SIS), que constitui um conjunto de dados coletados, processados e armazenados de diferentes temas dentro do setor saúde (MS, 2015c). As informações são disponibilizadas para apoiar a tomada de decisão, na perspectiva de subsidiar o planejamento e o controle dos serviços prestados pelas organizações de saúde (MS, 2015c).

Os sistemas foram criados de acordo com a necessidade de informação em cada área, portanto, atualmente o desafio é conciliar um grande número de sistemas de informações fragmentados, reduzir esforços e duplicidade sem perder a qualidade dos dados (MS, 2015c). Os principais SIS consultados para realizar o estudo foram SINASC, SIA-SUS, SIOPS, CNES, SARG-SUS, SIM, SIH-SUS, Quadro 6, disponibilizados no site DATASUS, (2018). Outra sigla utilizada como fonte de dados Ministério da Saúde (MS) não representa sistema de informação, apenas indica o órgão competente por aquela informação. Por último, existe o PROADESS, denominado como Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde, que calcula automaticamente indicadores de sua metodologia específica no site do PROADESS (2018).

Como o nome já diz, o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) permite averiguar as principais causas de morte segundo variáveis de pessoa, lugar e tempo baseada nos registros das Declarações de Óbito (DO). De maneira similar, o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) fornece dados para traçar um perfil dos nascimentos vivos constantes na Declaração de Nascido Vivo (DN). Ressalta-se que a DN não substitui o registro civil, mas representa um documento obrigatório emitido pelo estabelecimento de saúde responsável pelo parto para efetivar esse registro (JORGE; LAURENTI; GOTLIEB, 2007).

O Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS) representa um sistema orientado ao faturamento de procedimentos ambulatoriais realizados no SUS. O registro das ações de saúde deve ser feito rotineiramente, pois é uma condição para manter o repasse financeiro. Inúmeras informações são coletas além dos procedimentos ambulatoriais (os serviços realizados, quantidades, necessidade do tratamento e valor financeiro) como dados pessoais do usuário, identificação dos estabelecimentos e dos profissionais (MS, 2015c).

Por sua vez, o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) possibilita o acompanhamento da receita, recursos próprios aplicados, impostos ou repasses do MS, e da despesa em saúde, detalhando o gasto com pessoal, serviços terceirizados, medicamentos, entre outros (SILVA, 2010).

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) é uma base de dados alimentada pelos gestores estaduais e municipais com informações sobre as identificações e caracterização dos estabelecimentos de saúde, classificados de acordo com nível de complexidade oferecido pelo SUS ou pela rede privada e informações gerais acerca de ambulatórios, hospitais, profissionais, equipes, telessaúde, entre outros (MS, 2015c).

Assim como qualquer instituição pública, o SUS deve prestar contas e comprovar as aplicações de seus recursos através do Relatório Anual de Gestão (RAG). Portanto, o Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SARG-SUS) é uma plataforma eletrônica que auxilia os gestores a elaborar e enviar o RAG ao Conselho de Saúde, como também permite ao público externo acompanhar a situação dos mesmos (ALMEIDA; SOUZA, 2013).

Criado com o propósito de controle administrativo-financeiro para pagamento de serviços hospitalares, o Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS), é um dos maiores sistemas de informação nacional que além de processar as Autorização de Internação

Hospitalar (AIH), fornece informações demográficas, geográficas, de diagnóstico e do consumo de recursos envolvendo cada internação hospitalar (MS, 2015c).

O Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS), liderado pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e pelo MS, representa uma metodologia que considera o contexto político, social e econômico brasileiro no desempenho do sistema de saúde. Existe uma plataforma disponível eletronicamente que calcula os seus indicadores por UF, região e macrorregião de saúde.

As informações obtidas pelo IBGE dizem respeito aos dados populacionais baseados no censo demográfico, que são pesquisas estatísticas para o conhecimento das condições de vida da população. Esse levantamento revela as principais características socioeconômicas das pessoas e dos seus domicílios (IBGE, 2011).

Quadro 6 - Sistema de Informações em Saúde

Nome	Sigla	Descrição
Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	CNES	Identifica e caracteriza os estabelecimentos de saúde, classificados de acordo com nível de complexidade oferecido pelo SUS ou pela rede privada, além de fornecer informações gerais sobre os recursos físicos e humano
Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão	SARG-SUS	Plataforma eletrônica que auxilia os gestores a elaborar e enviar o Relatório Anual de Gestão (RAG) ao Conselho de Saúde, como também permite ao público externo acompanhar a situação dos mesmos
Sistema de Informação Ambulatorial	SIA-SUS	Informa sobre os procedimentos ambulatoriais, como serviços realizados, quantidades, necessidade do tratamento e valor financeiro, e os dados pessoais do usuário, a identificação dos estabelecimentos e dos profissionais
Sistema de Informação Hospitalar	SIH-SUS	Processa as Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e fornece informações demográficas, geográficas, de diagnóstico e do consumo de recursos envolvendo cada internação hospitalar
Sistema de Informações sobre Mortalidade	SIM	Apresenta as principais causas de morte segundo variáveis de pessoa, lugar e tempo baseada nos registros das Declarações de Óbito (DO)
Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos	SINASC	Fornecer dados para traçar um perfil dos nascimentos vivos constantes na Declaração de Nascido Vivo (DN)
Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde	SIOPS	Acompanha a receita, os recursos próprios aplicados, os impostos ou repasses do MS e a despesa em saúde com o detalhamento

Fonte: MS, 2015c; ALMEIDA; SOUZA, 2013; SILVA, 2010; JORGE; LAURENTI; GOTLIEB, 2007.

Em relação a coleta e a análise dos dados, foi utilizado o aplicativo TABNET desenvolvido pelo DATASUS para tabular e organizar os dados de forma rápida e simples, conforme variáveis desejadas. Esse tabulador permite exportar os dados para planilhas eletrônicas como Excel. A análise compreendeu o ano de 2016, que representa o período mais atual com dados válidos, para os indicadores com parâmetros definidos oficialmente pelo MS ou OMS. Nos casos em que o indicador não apresentasse parâmetro, foi realizada uma análise longitudinal a fim de acompanhar a trajetória dos resultados. Ou seja, a coleta de dados tem caráter transversal (obtenção dos dados em janeiro de 2019), e foram utilizados dados transversais (2016) e longitudinais (recorte de dez anos conforme disponibilidade dos dados), a depender do indicador. Por fim, os cálculos dos indicadores consideraram o âmbito federal e as grandes regiões brasileiras.

4 RESULTADO E DISCUSSÃO

Os resultados encontrados serão apresentados e discutidos conforme os subtópicos: 4.1 entradas do sistema conforme dimensão de demanda, capital e força de trabalho; 4.2 processos, representando a participação e controle social; 4.3 saídas do sistema compreendendo os produtos e os resultados; 4.4 retrato da qualidade da saúde, evidenciando a sinergia do sistema e a interdependência entre as partes.

4.1 Entradas

O primeiro estímulo para iniciar o funcionamento do sistema é descrito como entrada, e está subdividido em três dimensões: demanda (que são os recursos transformados), capital e força de trabalho (que são os recursos transformadores).

4.1.1 Demanda

A dimensão de demanda representa o alvo do processamento do sistema, sem ela a organização não tem propósito, por isso que constituem os recursos transformados. São dois (2) os indicadores selecionados, e dizem respeito ao acompanhamento de pré-natal segundo residência e às consultas de urgência por local de atendimento.

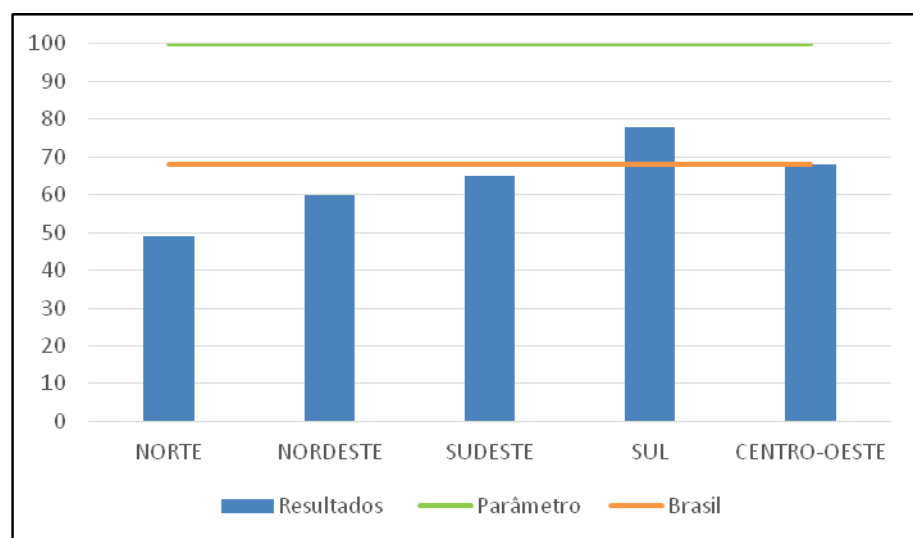
Consultas de pré-natal

A variável Consultas de Pré-Natal trata do número de consultas para avaliar a gestação. Segundo a OMS, o número apropriado de consultas seria igual ou superior a seis (6), ou seja, para um acompanhamento de qualidade, as gestantes deveriam fazer, no mínimo, seis consultas de pré-natal. A perspectiva desse indicador aponta o primeiro nível de atenção do SUS, a Atenção Básica, que atua ativamente no pré-natal priorizando políticas públicas preventivas.

Apesar da OMS estabelecer o mínimo de seis consultas de pré-natal, o sistema de informação consultado apresenta o número de consultas separados em quatro categorias: gestantes que não realizaram consulta (0), que realizaram de uma (1) a três (3) consulta, que realizaram de quatro (4) a seis (6) consultados e que realizaram sete (7) ou mais. Portanto, para avaliar esse indicador, houve uma adaptação do parâmetro à base de dados considerando o percentual de sete ou mais consultas de pré-natal como critério de qualidade. Dito de outra forma, escolheu-se como critério de qualidade as gestantes que frequentaram sete (7) ou mais consultas.

Os dados de pré-natal estão disponíveis na base SINASC, e são apresentados na razão: (quantidade de gestações com 7 ou + de consultas / número total de nascidos vivos) x 100 (Tamaki et al., 2012). Assim, o parâmetro para essa variável seria 100% dos nascidos vivos terem sete (7) ou mais consultas de pré-natal.

Gráfico 1 - Percentual de mais de sete ou mais consultas de pré-natal em 2016



Fonte: elaboração própria.

Os resultados apontam que, no Brasil, 68% dos nascidos vivos tiveram mais de sete consultas de pré-natal (Gráfico 1), sendo a região Sudeste e Sul com maiores percentuais 75% e 78%, respectivamente, e com os menores a região Norte (49%) e Nordeste (60%). Dessa forma, no Brasil, o indicador número de consultas de pré-natal não é atendido com qualidade.

Cabe ressaltar que, recentemente, uma inclusão da categoria “Adequação quantitativa de pré-natal” na base de dados, que considera o início do pré-natal no primeiro trimestre e o mínimo de seis consultas. Essa mudança veio para melhorar a análise dos dados, uma vez que, para o acompanhamento ser considerado adequado, o cronograma de consultas de pré-natal

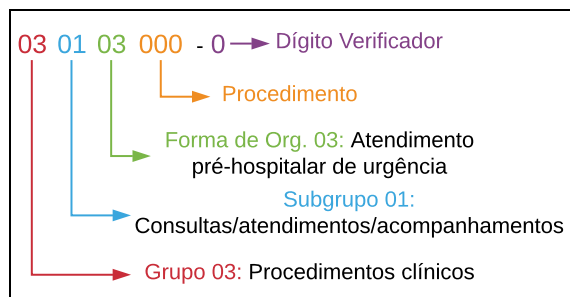
deve seguir o mínimo de uma (1) consulta no primeiro trimestre, duas (2) no segundo trimestre e três (3) no terceiro trimestre. Segundo o Ministério da Saúde (2012), quando os cuidados em saúde são prestados no início do pré-natal significam um indicador maior da qualidade da assistência.

O sistema não consegue acompanhar as gestantes conforme o parâmetro, evidência de que existem falhas na captação pelo sistema ou interferência de diversos fatores externos, como por exemplo, descobrimento tardio da gravidez, que influencia a chegada dessa demanda ao sistema. Embora esses fatores possam ajudar a justificar o fato, é necessário buscar informações para compreender o motivo pelo o qual sistema de saúde brasileiro não atender satisfatoriamente esse indicador.

Consultas de urgência

Em relação às urgências, o indicador sobre a quantidade de consultas revela a capacidade do sistema em atender à demanda espontânea e, portanto, não previsível. Para filtrar as consultas de urgência, foi preciso conhecer a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do SUS, instituída pela Portaria 321 de 08 de fevereiro de 2007, que agrupa os procedimentos baseado em códigos do mais geral para o específico (grupo, subgrupo, forma de organização, procedimento e dígito verificador), conforme Figura 3. A variável selecionada corresponde ao nível de forma de organização, descrito por atendimento pré-hospitalar de urgência (código 030103) e consulta/atendimento às urgências em geral (código 030106) registrados no Sistema Ambulatorial.

Figura 3 - Exemplo de classificação de procedimento através da tabela unificada



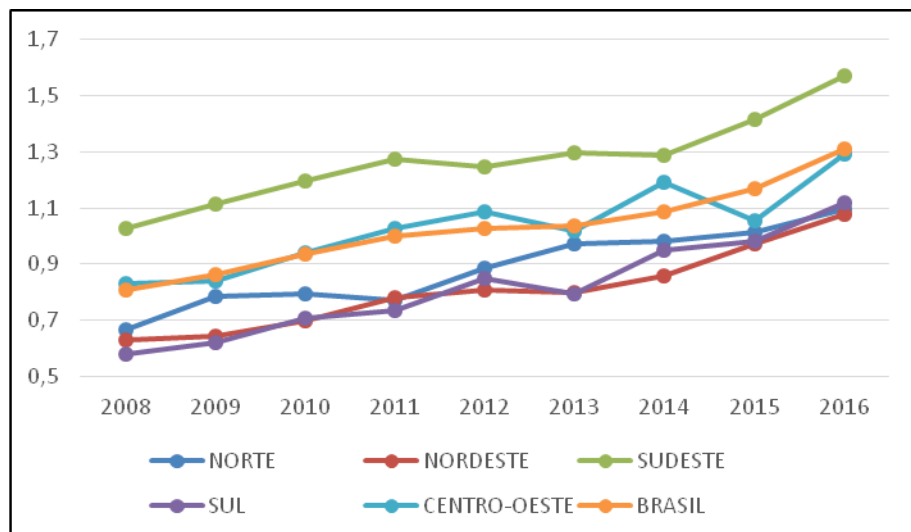
Fonte: elaboração própria.

Até 2002, vigorava a Portaria 1.101 de 12 de junho de 2002 que estabelecia parâmetros de cobertura assistencial no SUS com o percentual esperado de atendimentos de

urgência, porém a lógica utilizada era a de pagamentos por procedimentos e não era baseada em evidências científicas (MS, 2015a). Portanto, houve uma atualização das definições dos parâmetros, com a Portaria 1.631 de 1º de outubro de 2015, a partir das necessidades de saúde, estimando a oferta desejada de um rol de serviços específicos da saúde, mas sem estipular, mesmo que de maneira genérica, a quantidade de consultas de urgências. Dessa forma, como não há parâmetro para essa variável, foi feita uma análise longitudinal para mostrar sua evolução no tempo.

Os dados foram retirados da base SIA-SUS e tratam da razão: número de consultas de urgência / número de habitantes. Assim, quanto maior o número de atendimentos de urgência, menor a resolutividade do sistema para prevenir situações críticas que agravam rapidamente a saúde, que expressa um fator de não qualidade (MENDES, 2011).

Gráfico 2 - Razão de consultas de urgência por habitante de 2008 a 2016



Fonte: elaborado própria.

Ao longo dos anos, é possível evidenciar que, no Brasil, a demanda aumentou de 0,8 consultas/hab. (no ano de 2008) para 1,3 consultas/hab. (no ano de 2016), conforme Gráfico 2. A região Sudeste se destaca com as maiores razões de consultas de urgência com 1,6 em 2016, enquanto que as regiões, marcadas por grandes desigualdades, Norte, Nordeste e Sul percorrem os anos com razões semelhantes e atingindo o mesmo número de 1,1 em 2016. Os dados correspondentes ao ano de 2007 não estão disponibilizados de acordo com a nova tabela de procedimento, impedindo a coleta desse indicador.

Portanto, a variável aumento das consultas de urgência não atende ao critério de qualidade, justificando a necessidade de investigar as possíveis causas, visto que existem iniciativas atuantes neste nível de atenção. Implantada em 2003, a Política Nacional de Atenção às Urgências tem o objetivo de promover atenção integral às urgências por meio de seus componentes pré-hospitalar, hospitalar e pós-hospitalar. Mais tarde em 2011, foi instituída a Rede de Atenção às Urgências no SUS ampliando o acesso e prestando atendimentos de forma ágil e oportuna (BRASIL, 2011a).

4.1.2 Capital

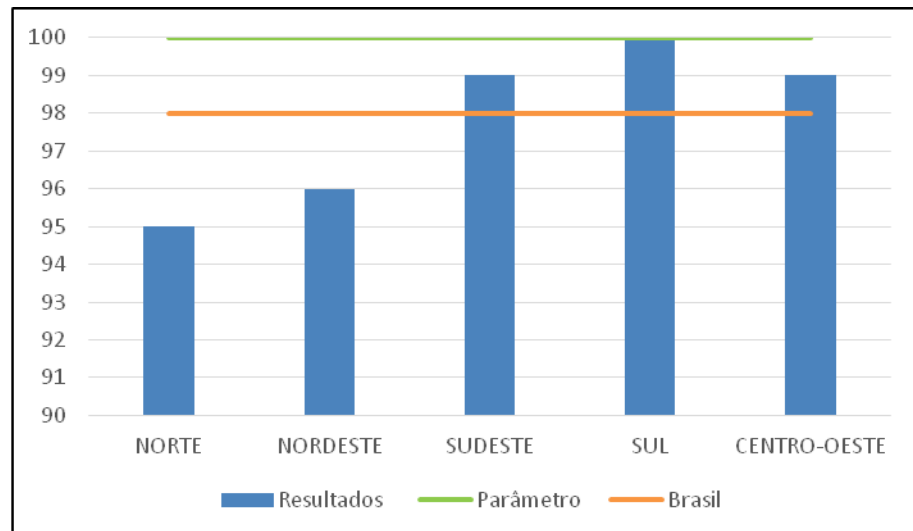
Os recursos transformadores são os responsáveis por transformar a demanda em saída. A dimensão Capital está entre os recursos transformadores e mostra que os recursos devem ser captados e alocados da melhor forma. Essa dimensão é composta por quatro (4) variáveis, sendo elas o cumprimento da Emenda Constitucional 29, o percentual de transferências de recursos, o gasto total em saúde por habitante e a proporção de estabelecimentos sob gestão própria do SUS. De acordo com a disponibilidade dos dados, houve mudanças quanto as fontes de informação para o PROADESS, pois os dados tabulados pelo SIOPS não apresentavam informações para o DF.

Cumprimento da EC 29

O financiamento, historicamente, mostra-se como uma preocupação dentro do SUS, uma vez que não representa uma tarefa simples financiar um sistema universal e gratuito. Em resposta a essa problemática, garantindo mais recursos para a saúde, houve a regulamentação da Emenda Constitucional n. 29 em 13 de dezembro de 2000 que define o percentual mínimo de aplicação na saúde para as três esferas de governo. Segundo essa EC, estados/DF e municípios devem aplicar, no mínimo, 12% e 15% da arrecadação dos impostos, respectivamente. Já a União aplica “O montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual” (CONASS, 2007).

Para essa análise foi escolhido o nível municipal, segundo Gráfico 3. A fonte dos dados foi a base PROADESS e o parâmetro, estabelecido pela EC 29, foi da aplicação mínima de 15%.

Gráfico 3 - Percentual de cumprimento da EC 29 em 2016



Fonte: elaboração própria.

Os resultados mostram que, no Brasil, 98% dos municípios atendem a Emenda Constitucional 29, gastando, no mínimo, 15% de sua receita própria em saúde. Em particular, 100% dos municípios da região Sul cumprem esse quesito, enquanto as regiões Norte e Nordeste ficam abaixo de média nacional, atendendo, respectivamente a 95% e 96%. Esses achados convergem com CONASS (2007) que afirma os resultados positivos da EC 29, pois até 2004 existiu um aumento de 35% com gastos públicos em saúde em relação ao ano anterior à Emenda.

Contudo, é importante salientar que ainda existem municípios que destinam menos de 15% de suas receitas próprias à saúde, havendo a necessidade de se investigar os motivos dessa ocorrência. Assim, a nível nacional a variável Cumprimento do EC 29 não atende aos quesitos de qualidade.

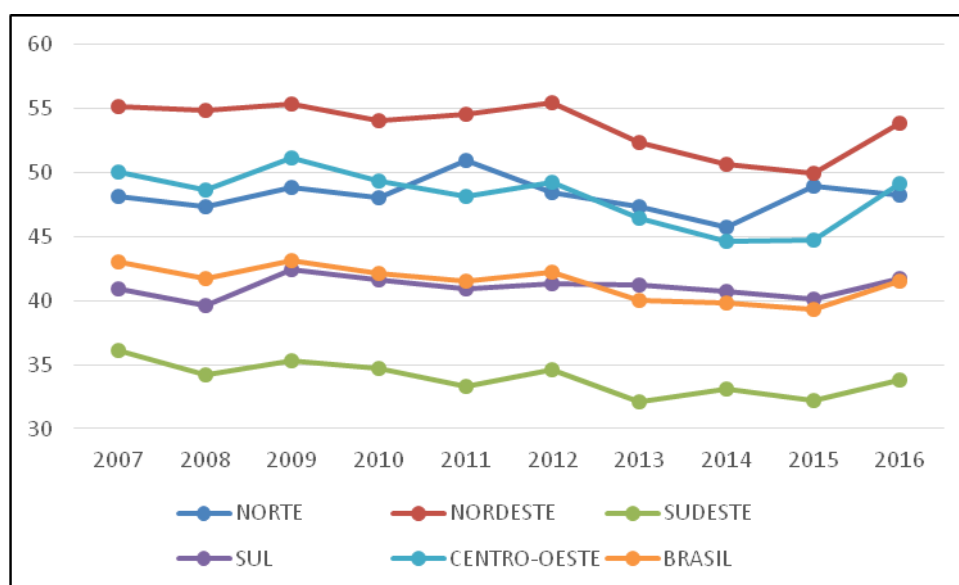
Transferências

Outra fonte de financiamento do SUS é através do Orçamento da Seguridade Social arrecadada pela União, que descentraliza em forma de transferência fundo a fundo a estados e município (Gráfico 4). Assim, o indicador aqui analisado mostra o percentual do gasto total público municipal em saúde incorporado por transferências de outros entes, união e estado, ou

seja, o percentual dos gastos financiados por fontes externas ao município, revelando a dependência financeira.

A fonte de dados foi o PROADESS, baseado na esfera municipal. Como o indicador de transferência não apresenta um parâmetro, os dados foram calculados e analisados considerando o período de dez anos. Considera-se critério de qualidade a autonomia dos municípios, visto que a descentralização é uma das diretrizes do SUS (BRASIL, 1988). Portanto, quanto menor o percentual de transferências, maior é a independência financeira do município, apresentando-se de acordo com o fator de qualidade.

Gráfico 4 - Percentual de transferências de recursos a nível municipal de 2007 a 2016



Fonte: elaboração própria.

Percebe-se que ao longo dos anos, o percentual de transferência variou nacionalmente de 43%, em 2007, a 42%, em 2016 (Gráfico 4). Os municípios da região Nordeste receberam maiores percentuais de transferência de recurso e a Sudeste a menor, por exemplo, no ano de 2016 existiu uma diferença entre as duas regiões de aproximadamente 20%. Levando em consideração o aumento do percentual em 2016, conclui-se que houve maior dependência financeira dos municípios brasileiros, não atendendo ao critério de qualidade.

Os valores definidos para as transferências deveriam ser orientados por critérios descritos no artigo 35 da Lei 8.080 de 1990, como perfil demográfico e epidemiológico da região, características da rede de saúde, desempenho técnico, econômico e financeiro do período anterior, entre outros. Porém, na prática, o critério inicialmente utilizado foi o

populacional, e posteriormente, o montante dos repasses foi definido pela série histórica das transferências (CONASS, 2007). Assim, questiona-se se a função do orçamento, de distribuir equitativamente os recursos de acordo com necessidades de saúde, está sendo cumprida.

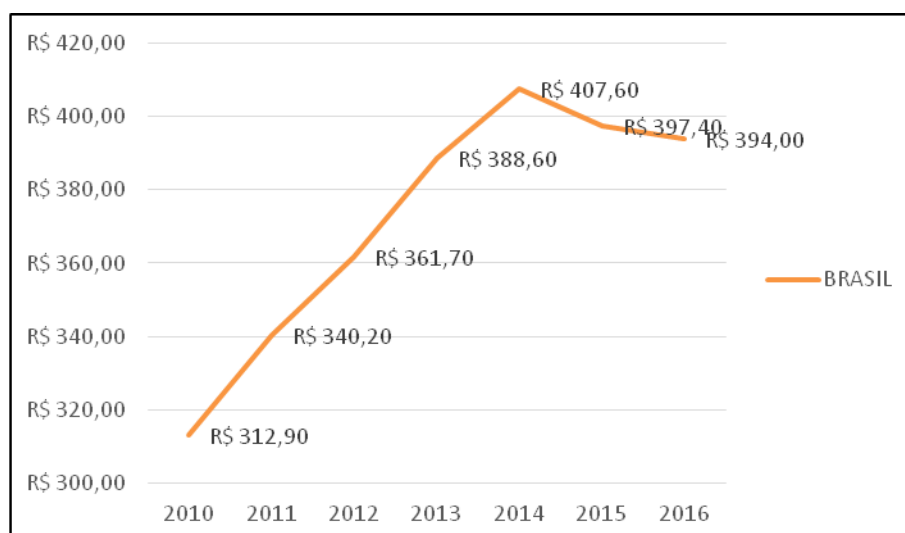
O conceito de equidade é um princípio norteador dos serviços de saúde, pois diminui as disparidades sociais e regionais (MS, 2000). Portanto, promover a equidade constitui na oferta de ações de maneira adequada conforme as necessidades do princípio de justiça social, ampliando o acesso para populações em situação de maior desigualdade (CONASS, 2011).

Gasto per capita

Combinada a análise de transferências de outras esferas governamentais do SUS, o gasto municipal em saúde é formado por todas as fontes de recurso do município sejam elas por recurso próprio ou por transferência. A fonte desses dados foi a base PROADES e não foram encontradas referências que estabelecem o valor ideal de gasto municipais per capita em saúde, apesar de existir um referencial dos valores gastos pelos países optou-se por não os comparar visto que o gasto brasileiro foi analisado a nível municipal, enquanto os demais países não. Então realizou-se um acompanhamento longitudinal dos valores.

Além disso, embora essa variável trate do gasto municipal de saúde, a base de dados não traz dados desagregados por região, só sendo possível acompanhar a média nacional. Dessa forma, a variável gasto per capita representa a média dos valores gastos em saúde pelos municípios no Brasil.

Gráfico 5 - Gasto total municipal em saúde por habitante de 2010 a 2016



Fonte: elaboração própria.

Nota-se que houve um aumento entre os anos de 2010 a 2014, Gráfico 5, no valor total de gastos registrando, em 2014, o maior gasto em saúde pagando R\$ 407,60 por habitante. Aponta-se que esse resultado possa ser consequência da regulamentação da EC 29 por meio da Lei Complementar 141 em 13 de janeiro de 2012. A Lei Complementar regulamenta os valores mínimos de recursos próprios aplicados na saúde pelos três entes governamentais e estabelece os critérios de transferências e suas normas de fiscalização (CONASS, 2012). O aumento de investimentos na saúde também é relatado por Aly et al. (2017), registra um acréscimo de 90,5% entre 2002 a 2014, “A média per capita das despesas em saúde das três esferas de governo, em reais, [...] em 2002, passou de R\$ 159 para R\$357,1, em 2014, representando um aumento de 122,6%” (Aly et al., 2017, p. 507).

Contudo, nos anos de 2015 e 2016 houve uma queda nos gastos públicos municipais per capita no Brasil, o que representa que, em 2016, esse indicador não atendeu ao quesito qualidade.

Estabelecimento sob gestão própria

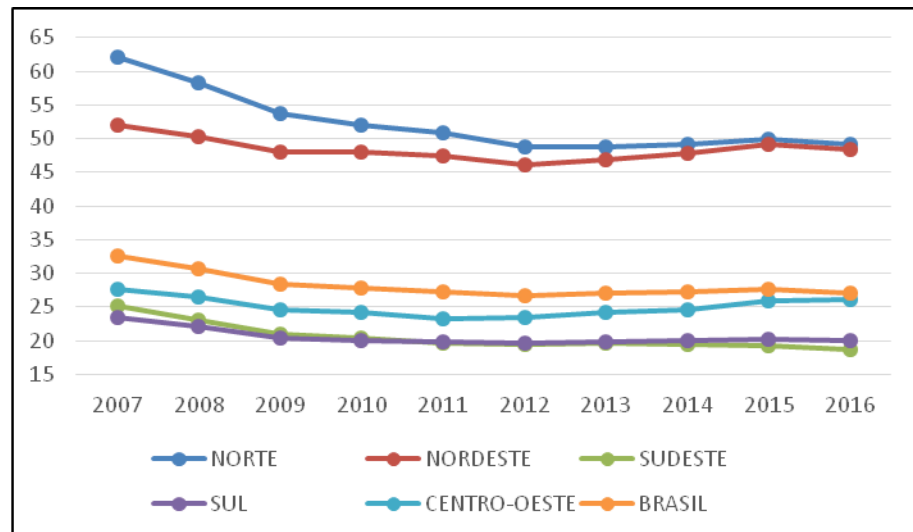
Em relação a administração dos estabelecimentos, esse indicador mede a capacidade do governo em assumir diretamente o comando. A gestão própria significa estabelecimentos com natureza jurídica de administração direta, indicando, então, que o estado é o responsável pela alocação de recursos e manutenção dos estabelecimentos.

Existem dois pontos de vista envolvendo o indicador, a primeira descrita por Santos et al. (2014) que considera as regiões com maior percentual de estabelecimentos sob gestão própria menos autônomas, pois não administram seus próprios recursos financeiros, assim “Várias secretarias de saúde têm investindo na descentralização orçamentária, conferindo a seus estabelecimentos alguma autonomia financeira” (Santos et al., 2014, p 202). Pela outra perspectiva, adotada por este estudo seguindo Tamaki et al. (2012), o maior percentual de estabelecimento sob gestão própria representa uma capacidade maior do Estado em assumir suas funções, refletindo positivamente na qualidade do sistema.

Aqui a fonte de dados se difere dos demais indicadores de capital, sendo exportado do CNES. As informações sobre o tipo de administração dos estabelecimentos são encontradas na categoria natureza jurídica e para apurar esse resultado considerou a

quantidade de estabelecimento de saúde dito como administração direta. Como não foram encontrados parâmetros oficiais para esse indicador, optou-se por fazer uma análise histórica.

Gráfico 6 - Percentual de estabelecimentos de saúde sob gestão própria de 2007 a 2016



Fonte: elaboração própria.

No decorrer dos dez anos analisados, o percentual brasileiro diminuiu de 33% (em 2007) para 27% (em 2016) e mantém uma grosseira disparidade entre as regiões (Gráfico 6). Em 2016, a região Norte chega a 50% de estabelecimentos sob administração direta enquanto que a Sudeste atinge menos de 20%. Isto significa que existe uma concentração da gestão pública nas regiões Norte e Nordeste, assumindo a maior parte dos estabelecimentos existentes no seu território. Contudo, no âmbito nacional, houve uma queda no percentual de estabelecimentos sob gestão própria do estado, assim, não atende ao quesito de qualidade.

4.1.3 Força de Trabalho

A dimensão Força de Trabalho pertence aos recursos transformadores e representa um tipo diferente de recurso motivado por interesses pessoais e profissionais. Essa dimensão possui três (3) variáveis, sendo elas quantidade de médicos por habitantes, proporção de trabalhadores públicos e existência de plano de carreira nos estados.

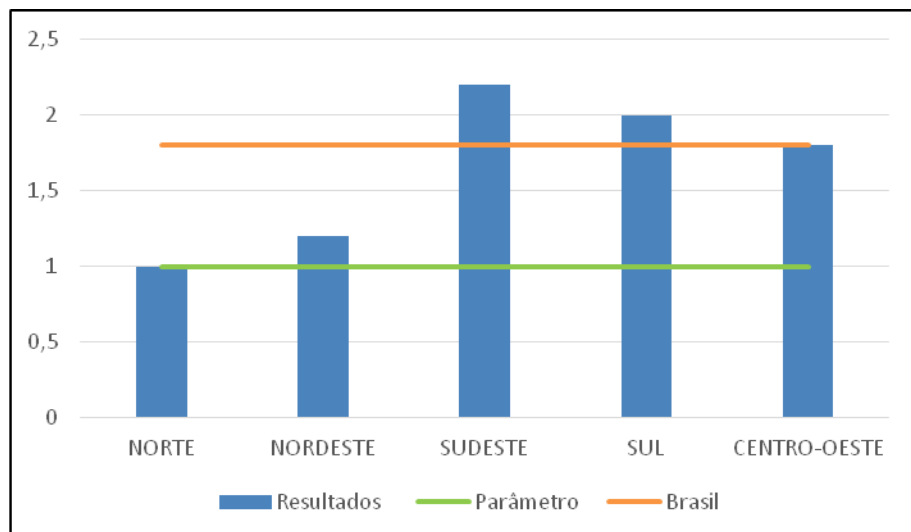
Pesquisas apontam que um dos maiores problemas do SUS relatados pelos usuários é a falta de profissionais ou a falta de qualificação dos profissionais do SUS (GONÇALVES et

al, 2012; PEREIRA et al., 2011). Miclos, Calvo e Colussi (2015) fizeram uma revisão da literatura sobre a eficiência de um nível de serviço de saúde e constatou que o número total de profissionais, seja ele médico, administrativo, entre outros, é muito utilizado como insumo e, portanto, sua escassez ou excesso afetam diretamente a qualidade dos serviços prestados.

Médicos por habitante

A razão do número de médicos por habitante indica a disponibilidade de oferta dessa força de trabalho específica para atender a população. As informações foram extraídas do CNES e das estimativas populacionais do IBGE para comparar com o parâmetro de um (1) médico para cada 1.000 habitantes estabelecido pelo MS por meio da Portaria 1.631 de 1º de outubro de 2015.

Gráfico 7 - Razão de médicos por habitante em 2016



Fonte: elaboração própria.

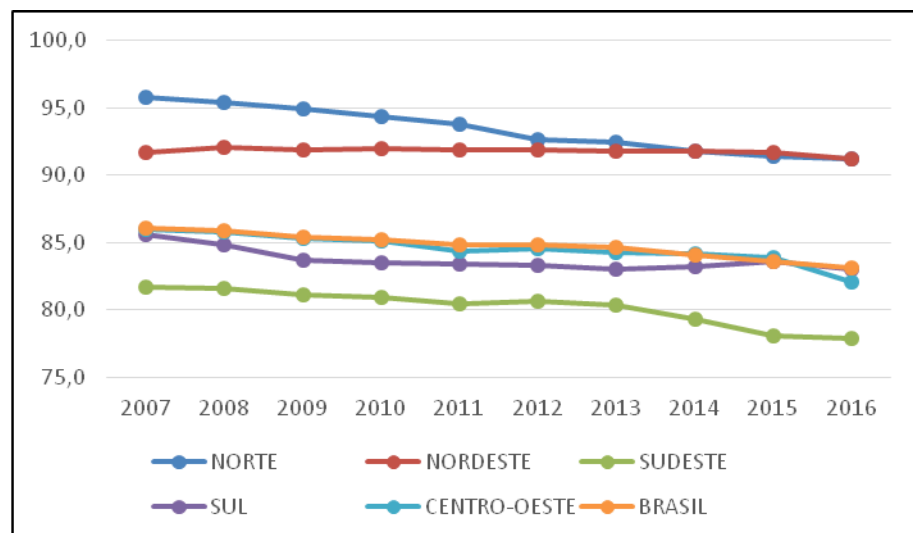
Os dados apontam que o Brasil supera a quantidade de médicos em pacientes, sendo que, em 2016, havia 1,8 profissionais para cada mil habitantes, Gráfico 7. Esse ano também foi o primeiro em que todas as regiões do Brasil conseguiram alcançar o mínimo esperado pelo MS, um avanço para a saúde no Brasil. Contudo, existe uma distribuição desigual de profissionais nas regiões do país, enquanto as regiões Sudeste (2,2) e Sul (2) extrapolam a oferta de médicos, a Norte (1) e Nordeste (1,2) convivem com os menores números. Apesar da desigualdade regional, pode-se dizer que, a nível nacional, o indicador número de médicos por 1000 mil habitantes atente ao quesito qualidade.

Força de trabalho de caráter público

Para indicar a força de trabalho de caráter público em saúde, foi calculada a proporção de trabalhadores que atendem no SUS também através dos dados do CNES. É importante ressaltar que se tratam de todos os funcionários de saúde, não sendo limitados a médicos. Mais uma vez, por não ter sido encontrado parâmetro para esse indicador, foi feita uma análise longitudinal.

Essa variável busca medir a força de trabalho existente no sistema de saúde pública, ou seja, a proporção de trabalhadores da saúde que se dedicam ao atendimento público. Dessa forma, uma queda no número de profissionais que atendem no SUS prejudica diretamente a capacidade de produção. As consequências da falta de recurso humano repercutem negativamente a qualidade na assistência pública, que é garantido na constituição. Gonçalves et al. (2012) evidenciam que as organizações públicas são marcadas pela demora no atendimento e falta de interesse com o paciente, muitas vezes motivada pela falta de profissionais.

Gráfico 8 - Percentual de trabalhadores que atendem no SUS de 2007 a 2016



Fonte: elaboração própria.

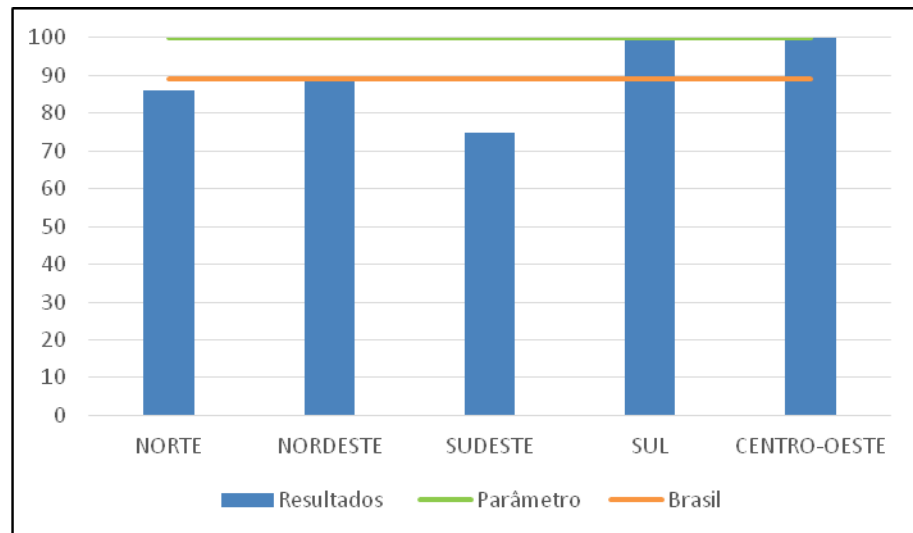
O Gráfico 8 mostra que, no Brasil, mais de 80% da força de trabalho dedica-se à saúde pública. Por outro lado, houve uma diminuição dos profissionais que atendem no SUS, em dez anos foi de 86% a 83%, principalmente na região Sudeste atingindo percentuais menores que 80%. Por mais que as regiões Norte e Nordeste apresentassem frequência mais baixa de profissionais, no indicador anterior, a maior parte exerce funções para o SUS,

mantendo-se acima dos 90%. Por fim, é importante ressaltar que, com a queda no percentual de trabalhadores do SUS em 2016, essa variável não atende ao quesito qualidade.

Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS)

A capacidade do governo para proporcionar uma estabilidade na força de trabalho, através da coordenação e processo de planejamento, é analisada através do indicador de existência de Plano de Carreira, Cargos e Salários no SUS, informações declaradas no RAG no SARG-SUS. Os dados encontrados estão a nível estadual e foram agregados por região. Segundo Paladini (2012), a qualidade transmitida para o usuário é efeito das relações de satisfação do profissional com as condições de trabalho e carreira. Logo, deve sempre existir investimentos em estratégias de benefícios e de motivação para os próprios trabalhadores.

A discussão para normatizar as carreiras no SUS é antiga, prevista na Lei Federal 8.142, de 1990 como um dos critérios de transferências de recursos para os municípios, estados e DF, o inciso VI, art. 4º, estabelece que todos deverão contar com “Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação”. Nos anos posteriores, várias iniciativas foram realizadas para efetivar essa questão, por exemplo, NOB/RH-SUS de 1998 definindo normas gerais para a implantação de planos de carreiras, a Portaria GM/MS N° 626/04 que cria uma Comissão Especial para elaborar diretrizes do PCCS e, finalmente, a Portaria GM/MS N°399/06 (Pacto de Gestão) que institui as Diretrizes Nacionais para a instituição de PCCS no SUS (CONASS, 2013). Como a Lei 8.142 estabelece que todos os municípios, estados e DF teriam até 1992 para implementar os PCCS, o parâmetro para essa variável é 100%.

Gráfico 9 - Percentual de existência de Plano, Carreira, Cargos e Salários em 2016

Fonte: elaboração própria.

Como pode ser observado no Gráfico 9 em 2016, 89% dos Estados possuíam o PCCS, e as regiões Sul e Centro-Oeste foram as únicas que atingiram 100%. Por outro lado, a região Sudeste está com o menor percentual de 75%. Destaca-se que a disponibilidade e qualidade dos relatórios não são as melhores, existiram estados que não publicaram o relatório ou até mesmo relatório com informações incompletas.

Assim, com os dados apresentados, pode-se concluir que a variável Plano de Carreiras, Cargos e Salários não atende ao quesito qualidade, convergindo com CONASS (2013) que afirma que a falta do plano de carreira desvaloriza o desenvolvimento profissional e dificulta a melhoria na qualidade dos serviços.

4.2 Processos

Responsável por conectar a entrada com a saída, transformando os insumos em serviços. O processo de transformação leva em consideração os meios formais, como normas, e tecnologias, para que além do sistema funcionar, trabalhe de acordo com os princípios e valores pré-estabelecidos. Portanto, os indicadores compreendem a dimensão de participação e controle social, divididos em quatro (4) variáveis relacionadas à ouvidoria, ao relatório de gestão, ao Plano de Saúde e à Conferência de Saúde.

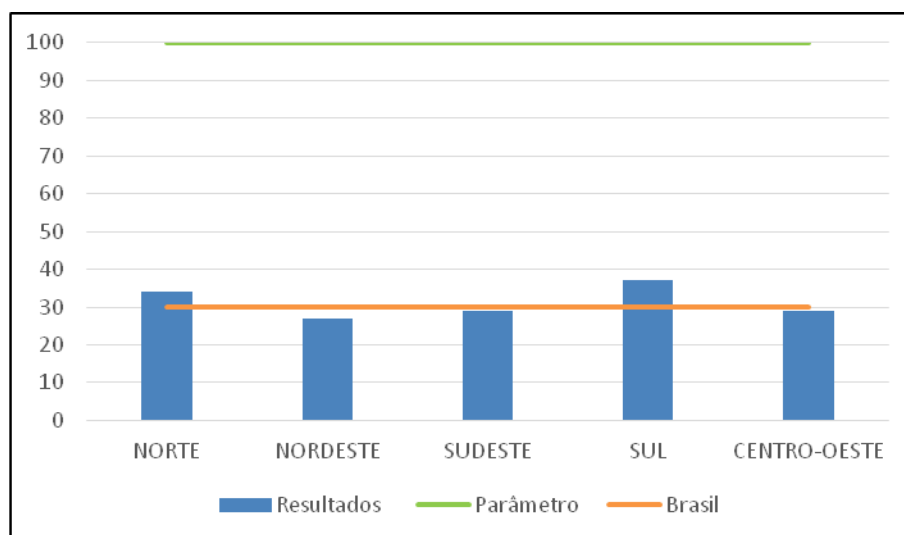
Implantação de Ouvidoria

A ouvidoria é considerada um canal de *feedback* do sistema, recebendo denúncias, reclamações, sugestões e elogios para adequar o funcionamento interno ao ambiente externo. Semelhante às iniciativas de implantação do PCCS, existiram diferentes dispositivos legais até concretizar a criação desses espaços. A ouvidoria surge como uma ferramenta de apoio para consolidar a diretriz de participação da comunidade.

As informações sobre a implantação de ouvidorias no Brasil foram retiradas do relatório gerencial da ouvidoria do SUS, conforme o número de municípios que implantaram esse espaço. Os dados são atualizados anualmente por região e o parâmetro utilizado é a implantação da ouvidoria em 100% dos municípios, conforme estabelecido no Pacto de Gestão do SUS (Portaria GM/MS nº 399/2006).

Esse Pacto de Gestão do SUS foi o primeiro dispositivo que previu a concepção de ouvidorias nos municípios e estados. Após essa portaria, surgiram outros mecanismos de fortalecimento da implantação de ouvidoria como a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (Portaria nº 3.027 de 2007), o Decreto Presidencial nº 6.680 de 2009, a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (Portaria nº 1.820 de 2009), (MS, 2013).

Gráfico 10 - Percentual de implantação de ouvidoria pelo SUS em 2016



Fonte: elaboração própria.

Somente 30% dos municípios brasileiros tem implantado uma ouvidoria do SUS, não existindo grandes diferenças entre as regiões (Gráfico 10). Assim, o Brasil não atende ao critério de qualidade, pois encontra-se incipiente nos canais direto e livre para o recebimento

de percepções dos cidadãos quanto aos seus serviços prestados, a consequência é uma avaliação e fiscalização tardias do sistema (MS, 2013).

É importante que se chame atenção que, em dezembro de 2016, foi publicada Portaria Interministerial nº 424/2016 estabelecendo normas relativas às transferências de recursos da União por convênios e contratos. Essa portaria define como responsabilidade dos destinatários dos recursos, manter um canal de comunicação efetivo, ou seja, a implementação de ouvidoria para receber manifestações sobre a qualidade do sistema. Portanto, espera-se que o cenário descrito apresente melhoras.

Relatório Anual de Gestão e Plano de Saúde

Os indicadores relacionados ao Relatório Anual de Gestão (RAG) e ao Plano de Saúde representam instrumentos interligados que constroem a base do planejamento do SUS. Em síntese, o RAG avalia a execução do Plano de Saúde, que contém as ações em saúde programadas (MS, 2009). O indicador proposto avalia se esses instrumentos de prestação de contas foram apreciados no Conselho de Saúde local para constatar a capacidade de acompanhamento do controle social.

A fonte de dados para esse indicador foi o SARG-SUS extraídos a nível estadual e agregados por região. O parâmetro utilizado foi a Lei Federal 8.142 de 1990 que estabelece a existência desses instrumentos e apreciação no conselho como critérios para o repasse de recurso.

A análise dos relatórios aponta que 100% dos RAG e Plano de Saúde de todos os estados brasileiros foram apreciados pelos Conselhos de Saúde em 2016. Somente um estado da região Norte que não disponibilizou o RAG para o ano referido, mas notificou no sistema de informação que foi encaminhado e analisado pelo Conselho. Conclui-se que, para o ano de 2016, o parâmetro foi alcançado, mostrando a capacidade de transparência e participação social, e, assim, o indicador atende com qualidade.

Conferência de Saúde

O último indicador de processo refere-se à realização de Conferência de Saúde, que constitui uma instância colegiada prevista a ser realizada de quatro em quatro anos, com o objetivo de avaliar a situação de saúde e formular diretrizes para política de saúde (BRASIL,

1990b). Igualmente aos indicadores de RAG e de Plano de Saúde, a Conferência foi instituída através da Lei Federal 8.142 de 1990 como um dos critérios para o repasse de recurso e extraídos do SARG-SUS em âmbito estadual. Logo, o parâmetro considerado foi retirado da referida lei, que estabelece que todos entes da federação devem realizar Conferências de quatro em quatro anos.

Até o ano de 2016, todos os 27 estados e DF declararam no RAG a data da última Conferência realizada, que corresponderam aos anos de 2011 e 2015. Esses dados afirmam o compromisso dos gestores estaduais com a participação social. Assim, para esse indicador, o critério de qualidade é atendido.

A Conferência de Saúde é composta por representantes de diferentes segmentos sociais. A representação dos usuários é paritária em relação aos demais, isto é, 50% dos participantes deverá ser formada exclusivamente por usuários de saúde. Essa definição é justificada para concretizar a criação de um espaço de protagonismo do usuário, exercendo diretamente a participação no sistema (BRASIL, 1990b).

4.3 Saídas

Referem-se aos bens e serviços alcançados por todo o processo de transformação no sistema. As organizações produzem seus resultados e a partir deles modificam a sociedade com o intuito de melhorar a qualidade de vida. As saídas foram divididas em produtos e resultados.

4.3.1 Produtos

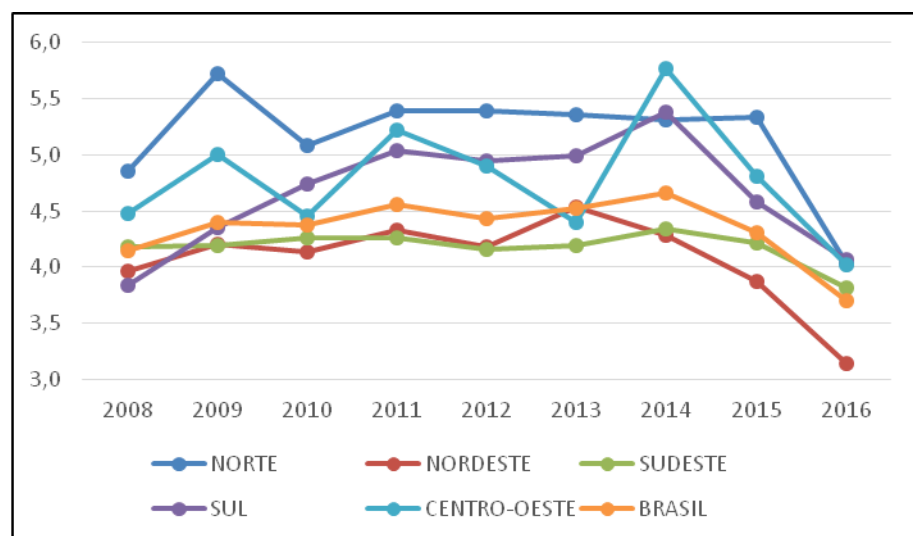
Nessa perspectiva os indicadores expressam os produtos, considerados como consequências imediatas da execução das atividades que o sistema se propõe a fazer. São dois (2) os indicadores escolhidos, relativos às consultas básicas por local de atendimento e a existência de tomografias computadorizadas disponíveis para à população.

Consultas básicas

A razão de consultas na Atenção Básica evidencia a capacidade do sistema em atender as demandas de menor complexidade. Os dados foram retirados do SIA-SUS e de estimativas populacionais do IBGE com a seguinte forma de cálculo: número de consultas na Atenção Básica / número de habitantes. Para filtrar essas consultas, foi selecionada a variável Atenção Básica dentro da categoria complexidade e o subgrupo de consultas/atendimentos/acompanhamentos, conforme o agrupamento de procedimentos do sistema ambulatorial descrito na Figura 3. Segundo Miclos, Calvo e Colussi (2015), apurar o número de consultas/atendimentos significa analisar o acesso da população aos serviços e também já foi utilizado por outros estudos como indicador.

Não foi encontrado parâmetro para o indicador de consultas básica, portanto, foi realizada uma análise longitudinal. Os dados correspondentes ao ano de 2007 não estão disponibilizados de acordo com a nova tabela de procedimento, impedindo a coleta desse indicador para o referido ano. A interpretação desse indicador informa que o número de consultas na Atenção Básica reflete a cobertura ou a capacidade do sistema em atender a demanda esperada, portanto, espera-se um número maior de consultas para atender ao quesito de qualidade (BRASIL, 2017).

Gráfico 11 - Razão de consultas na Atenção Básica por habitante de 2007 a 2016



Fonte: elaboração própria.

Os resultados (Gráfico 11) mostram que, a nível nacional, houve um aumento de consultas entre 2008 a 2014 de 4,1 consultas/hab. para 4,7 consultas/hab., respectivamente, porém nos anos posteriores a razão caiu até alcançar 3,7 consultas/hab. em 2016. A região

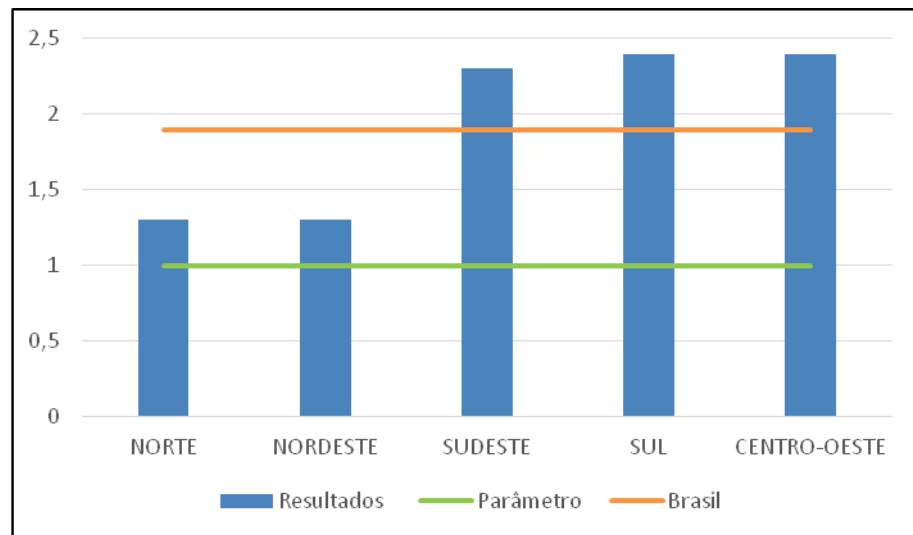
Norte concentra os maiores números de consultas básicas, apontando a forte presença da Atenção Básica no território, por outro lado, o Centro-Oeste caracteriza-se pela grande variabilidade no número de consultas, muitas vezes por causa de uma Atenção Básica fragmentada. A região Sudeste mostra-se nos períodos de 2011 a 2014 como a região com menor número de consultas, o que pode explicar a maior demanda por consultas de urgência averiguado no indicador de entrada, uma vez que a AB é responsável por ações preventivas. Baseado na queda no número de consultas na Atenção Básica no Brasil em 2016, o indicador não atende ao critério de qualidade.

Ressalta-se que esse resultado sozinho não dimensiona a qualidade dos atendimentos, aspecto mais relacionado à experiência do usuário com níveis de subjetividade. Muitos estudos buscam a satisfação dos usuários para avaliar o desempenho das unidades de saúde, trazendo uma perspectiva qualitativa (PEREIRA et al., 2011; SALA, 2011). Tanto a avaliação qualitativa, quanto a quantitativa são necessárias para avaliar a qualidade do sistema, representam perspectivas diferentes que se complementam.

Tomografias

Diferentemente das consultas básica, a variável relacionado ao uso de tomografias computadorizadas avalia a cobertura da atenção especializada, que indica o acesso da população aos equipamentos de alta complexidade (MENDES, 2011). A razão de tomografia foi calculada, a partir do CNES e das estimativas do IBGE, com as informações da quantidade de equipamentos em uso, desconsiderando as tomografias existentes, mas desativadas.

O parâmetro, indicado na Portaria nº1.631 de 2015, recomenda um (1) tomógrafo para cada 100.000 habitantes. Tamaki et al. (2012) propõe para esse indicador a base de dados SIA-SUS, retirando a quantidade de tomografias realizadas, entretanto optou-se por considerar a quantidade de tomografias em uso (informações do CNES) pelo fato de existir parâmetro.

Gráfico 12 - Razão de tomografias computadorizadas por habitante em 2016

Fonte: elaboração própria.

Conforme parâmetro, todas as regiões do Brasil conseguiram alcançar o valor mínimo estipulado (Gráfico 12), apresentando uma razão para o Brasil de 1,9 tomógrafos em uso/100 mil habitantes, logo, o uso de tomografias atende ao fator de qualidade. Contudo, observa-se uma grande diferença regional, onde a menor razão está nas regiões Norte e Nordeste, ambas com 1,3 e, ultrapassando a razão de 2/100 mil hab., encontram-se as regiões Sul, Centro-Oeste e Sudeste. Esses dados convergem com os achados de Mendes (2011), afirmando que, no sistema de saúde, a oferta de serviços especializados tende a ser mais concentrada espacialmente pela maior densidade tecnologia.

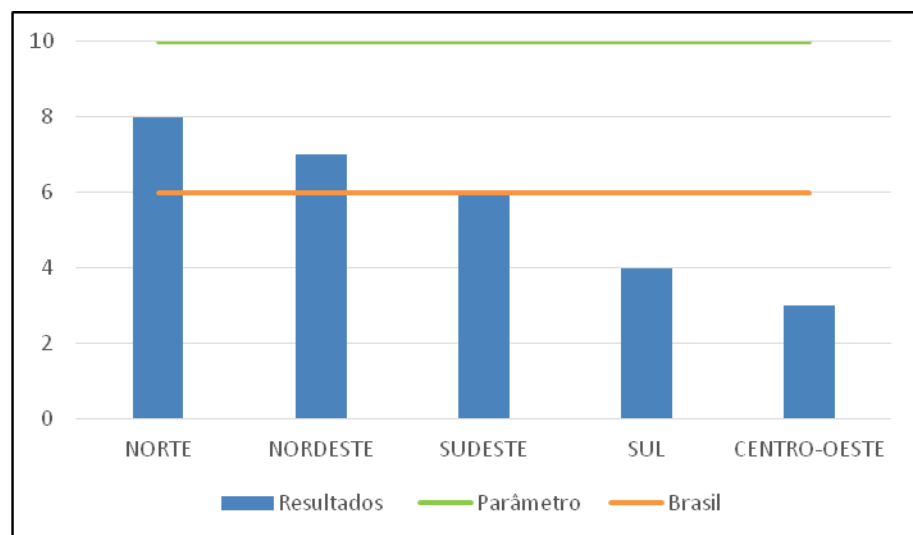
4.3.2 Resultados

Os últimos indicadores avaliados representam o resultado mediato do sistema, que impactam a sociedade, transformando o perfil de mortalidade e adoecimento. Foram selecionados dois (2) indicadores sobre os óbitos por causas mal definidas segundo residência e as internações por condições sensíveis à Atenção Básica por local de internação.

Mortalidade por causas mal definidas

Observa-se que a capacidade do sistema em realizar um diagnóstico definitivo é fundamental para avaliar a situação de saúde da população, conhecendo as principais causas de mortes (TAMAKI et al., 2012). Os óbitos classificados como causas mal definidas compreendem o Capítulo XVIII da CID-10 que apresentam apenas a descrição de sintomas e sinais de doenças (CUNHA; TEIXEIRA; FRANÇA, 2017). A base de dados é o SIM e, como parâmetro, existe a meta estabelecida pelo MS em manter esses óbitos abaixo de 10% do total de óbitos notificados (MS, 2008).

Gráfico 13 - Percentual de óbitos por causas mal definidas em 2016



Fonte: elaboração própria.

O Brasil apresenta um resultado que atende ao critério de qualidade, pois 6% são mortes registradas no Capítulo XVIII do total de óbitos para o ano de 2016, segundo Gráfico 13. A região Norte e Nordeste apresentam os maiores percentuais, 8% e 7%, respectivamente. Esse resultado é consequência de investimentos do MS em uma série de medidas de redução desses óbitos, como qualificação na investigação da causa do óbito e formalização da autópsia verbal (MS, 2008).

No ano de 2003, o percentual de óbitos por causas mal definidas correspondia a 13,3% no país, variando de 25,9% na região Nordeste a 6,7% na Sul (CUNHA; TEIXEIRA; FRANÇA, 2017). A partir da alta percentagem na região Nordeste (25,9%) e também na Norte (21,2%), o MS lançou o Programa “Redução do percentual de óbitos com causas mal definidas” para os anos de 2004-2008 priorizando essas regiões (MS, 2008).

Mais tarde, em 2010, Cunha, Teixeira e França (2017) realizaram um estudo para avaliar os resultados frente a essa temática e constataram que as ações do MS reduziram os óbitos por causas mal definidas (7% para o Brasil), porém uma das regiões prioritárias não atingiu a meta de qualidade. As regiões Norte (11,8%) e Nordeste (7,8%) conseguiram diminuir significativamente o percentual e a Sul (4,9%), Sudeste (7,1%) e Centro-Oeste (4%) também reduziram em menor proporção.

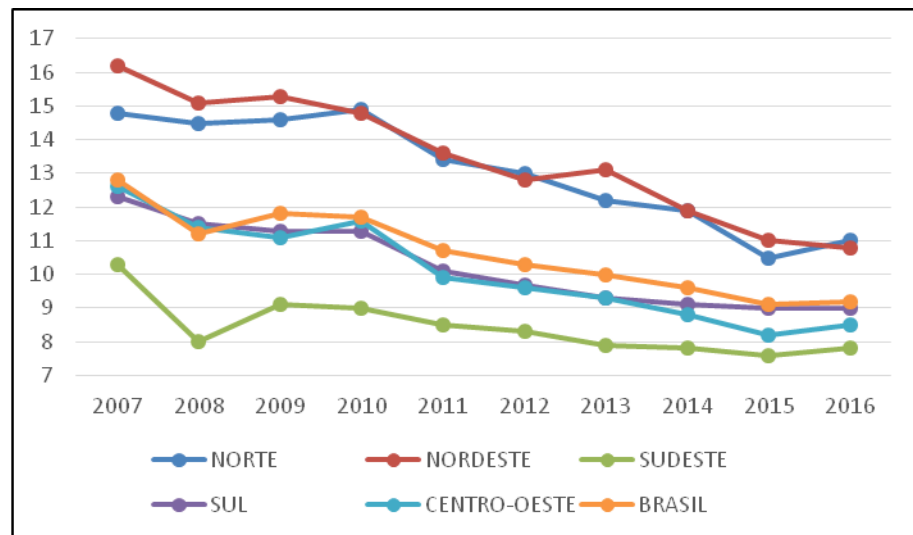
Baseado nesse histórico, os resultados encontrados aqui mostram um ótimo cenário para o indicador com um decréscimo de 18,9% entre os anos de 2003 a 2016 para a região nordeste, nota-se que houve uma melhoria na qualidade da assistência através do incentivo direto do MS.

Internações por condições sensíveis à Atenção Básica

As internações desse indicador consideram um conjunto de agravos, como por exemplo, doenças imunizáveis, diabetes, hipertensão, asma, entre outros, que não deveriam chegar em grande quantidade ao hospital (PEREIRA; SILVA; LIMA NETO, 2014). Em 2008, o MS lançou uma relação brasileira com 19 agravos considerados de internações sensíveis à AB por meio da Portaria nº 221 de 17 de abril de 2008. Portanto, a fórmula de cálculo considera: número de internações hospitalares por causas sensíveis à AB x 100 / número total de internações hospitalares (FIOCRUZ, 2011).

A fonte de informações utilizada foi o PROADESS, pois calcula automaticamente o indicador e, como não há parâmetro, foi realizada uma análise histórica. Esse indicador revela o resultado das ações de promoção da saúde, prevenção de riscos, diagnóstico e tratamento precoce, assim, a estabilidade ou a diminuição do percentual de internações por condições sensíveis à Atenção Básica atende ao critério de qualidade. Se a Atenção Básica não for resolutive, então as demandas por serviços hospitalares aumentam, sobrecarregando a atenção especializada do sistema.

Gráfico 14 - Percentual de internações por condições sensíveis à Atenção Básica de 2007 a 2016



Fonte: elaboração própria.

Ao longo dos dez anos, pode-se perceber que houve uma diminuição do percentual de internação por condições sensíveis à AB, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, saindo de 15% e 16%, respectivamente, em 2007 a 11% no último ano (Gráfico 14). A variação do Brasil nos anos analisados foi de 4%, mas nos anos de 2015 e 2016, o percentual se manteve com 9% de internações por condições sensíveis à AB comparado ao total de internações no SUS. Dessa forma, pode-se dizer que esse indicador atende ao quesito de qualidade.

A interpretação para o resultado é que a AB está sendo efetiva em todos os estados e no Brasil, o efeito da redução dessas internações, ao longo dos anos, pode ser consequência da incorporação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) aprovada em 2006. Um dos principais objetivos da AB é a proximidade com as famílias, caracterizado por sua descentralização, sendo o primeiro contato com o sistema de maneira longitudinal (BRASIL, 2017). A AB não é uma espécie de triagem em que a maioria dos usuários é encaminhada aos demais níveis de atenção, a proposta é ser resolutiva com a capacidade de solucionar 85% dos problemas de saúde da comunidade (MS, 2008).

4.4 O Retrato da Qualidade da Saúde Brasileira

Para responder ao objetivo desse trabalho, ou seja, avaliar a qualidade da saúde Brasileira, foi produzido um quadro (Quadro 7) que mostra todos os 17 indicadores, separados de acordo com as partes do sistema, de forma a apresentar um retrato da qualidade da saúde no Brasil.

Assim, o Quadro 7 exhibe as fontes de informações utilizadas para se obter os indicadores, adaptando algumas fontes conforme disponibilidade dos dados. Os indicadores acessíveis no PROADESS foram aproveitados na proporção de recursos próprios aplicados na saúde, proporção de transferências para a saúde, gasto público em saúde e taxa de internação por condições sensíveis à Atenção Básica. Outras adaptações relacionadas às fontes de dados foram as informações de processo encontradas em relatórios do Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão e do portal de Ouvidoria do SUS e as informações sobre a tomografia utilizando os dados do CNES.

A partir do mapeamento dos parâmetros dos indicadores, apresentam-se 10 indicadores com algum parâmetro oficial para análise, sendo eles: consultas de pré-natal, recursos próprios aplicados na saúde segundo EC 29, médicos por habitantes, existência de PCCS, implantação de ouvidorias, RAG apreciado no Conselho, Plano de Saúde apreciado no Conselho, realização de Conferências, tomografias por habitante e mortalidade por causas mal definidas (Quadro 7). Para os outros sete (7) indicadores que não foram encontrados parâmetros, a análise considerou a tendência dos dados conforme recorte longitudinal de 10 anos.

Quadro 7 - Retrato da qualidade brasileira conforme dimensão, indicador, fonte de dados, parâmetro, fonte do parâmetro, resultado e qualidade

Dimensão	Indicador	Fonte de Dados	Parâmetro	Fonte do Parâmetro	Resultado	Qualidade
Demanda	Proporção de nascidos vivos de mães com mais de 6 consultas de pré-natal	SINASC	100%	Cadernos de Atenção Básica nº 32	68%	Não atende
	Razão do número de consultas de urgência por habitante	SIA-SUS	-	-	Aumentou	Não atende
Capital	Proporção de recursos próprios aplicados na saúde segundo EC-29	PROADESS	100%	Emenda Constitucional 29 de 2000	98%	Não atende
	Proporção de transferências para a saúde em relação ao gasto total da esfera	PROADESS	-	-	Aumentou	Não atende
	Gasto público em saúde per capita	PROADESS	-	-	Diminuiu	Não atende
	Proporção de estabelecimentos de saúde sob gestão própria	CNES	-	-	Diminuiu	Não atende
Força de trabalho	Razão do número de médicos por habitante	CNES	1 por 1000 habitantes	Portaria 1.631 de 2015	1,8	Atende
	Proporção de trabalhadores que atendem no SUS	CNES	-	-	Diminuiu	Não atende
	Proporção de existência de Plano de Cargos, Carreiras e Salários	SARG-SUS	100%	Lei 8.142 de 1990	89%	Não atende
Participação e Controle Social	Proporção de Sistema de ouvidoria implantado	Relatório Gerencial OuvidorSUS	100%	Portaria 399 de 2006	30%	Não atende
	Proporção de Relatórios anuais de gestão apreciados no Conselho de Saúde	SARG-SUS	100%	Lei 8.142 de 1990	100%	Atende
	Proporção de Planos de saúde apreciados no Conselho de Saúde	SARG-SUS	100%	Lei 8.142 de 1990	100%	Atende
	Realização de Conferência de Saúde	SARG-SUS	100%	Lei 8.142 de 1990	100%	Atende
Produtos	Razão de consultas básicas por habitante	SIA-SUS	-	-	Diminuiu	Não atende
	Razão de tomografias computadorizadas por habitante	CNES	1 por 100 mil habitantes	Portaria 1.631 de 2015	1,9	Atende
Resultados	Proporção de mortalidade por causas mal definidas	SIM	menor 10%	Manual MS de 2009	5,8	Atende
	Taxa de internação por condições sensíveis à atenção básica	PROADESS	-	-	Diminuiu	Atende

Fonte: elaboração própria.

Diante da avaliação dos 17 indicadores, encontra-se que sete (7) atendem ao critério de qualidade, sendo somente um (1) na entrada, três (3) no processo e três (3) na saída, demonstrado no Quadro 7. Dessa forma, os indicadores que atendem ao fator qualidade são médicos por habitante, RAG apreciado no Conselho, Plano de Saúde apreciado no Conselho, realização de Conferências, razão de tomografia por habitante, mortalidade por causas mal definidas e internações por condições sensíveis à Atenção Básica.

Por fim, com base nos resultados apresentados, o que se pode concluir é que a entrada do sistema foi a parte que menos atendeu aos parâmetros de qualidade, a demanda não está sendo suprida e os recursos transformadores estão atuando abaixo do esperado, isto é, de forma limitada. Por outro lado, os indicadores de processo e saída tiveram melhor desempenho e atenderam quesitos de qualidade, desfazendo a percepção de Mezomo (2001) de que o sistema de saúde como um todo é pouco produtivo.

5 CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÃO

O objetivo deste trabalho foi avaliar, por meio da abordagem sistêmica, a qualidade da Saúde no Brasil. Segundo essa abordagem, para se compreender o sistema de saúde, é necessário analisar indicadores de entrada, processo e saída, fazer um retrato da qualidade da saúde de forma completa. Nessa direção, foram selecionados 17 indicadores, separados de acordo com as partes do sistema, sendo nove (9) de entrada, quatro (4) de processo e quatro (4) de saída.

Os resultados mostram que, de maneira geral, os indicadores aqui analisados refletem que o sistema não consegue absorver a demanda, há um problema de acesso, uma vez que os dois indicadores não atendem aos critérios de qualidade. As consultas de pré-natal não alcançaram o parâmetro e as consultas de urgência aumentaram. Se o estado não está conseguindo dar assistência a demanda programada, como é o caso das consultas de pré-natal em que existe uma previsão, então representa um desafio ainda maior garantir atendimentos aos casos urgentes, precisa-se traçar estratégias para trabalhar com a demanda espontânea.

Embora tenha melhorado o cenário econômico para a saúde nos últimos anos, os resultados ainda não atendem aos critérios de qualidade. O gasto em saúde per capita é formado pela soma do recurso próprio com os recursos recebidos por transferência pela união e estado, sendo que nenhum atendeu o fator de qualidade, conforme. Mesmo que os recursos próprios aplicados na saúde estejam muito próximo aos 15%, a totalidade dos municípios não está cumprindo com o parâmetro e sua dependência financeira aumentou, o gasto em saúde diminuiu e os estabelecimentos sob administração direta também diminuíram. Em relação aos recursos humanos, o único indicador que atingiu o mínimo esperado foi o número de profissionais médicos por habitantes. Porém, o resultado dos outros dois mostra que a força de trabalho do SUS encontra-se enfraquecida, diminuiu a mão de obra no serviço público e nem todos os estados tem plano de carreira implantado. Dessa forma, o capital e a força de trabalho, como recursos transformadores, merecem atenção para atender aos critérios de qualidade e conseguir transformar a demanda.

No tocante ao processo de transformação, a maioria dos indicadores atenderam ao critério de qualidade, mostrando que a participação social esta sendo exercida por essas instâncias, menos em relação a implantação de ouvidoria. A falta de ouvidoria em grande

parte dos municípios é muito preocupante para a organização, pois ela tem um papel fundamental para a retroalimentação do sistema, trazendo avaliações externas.

Já em relação às saídas a preocupação está na cobertura assistencial na Atenção Básica, em que a quantidade de consultas diminuiu, ao invés de manter ou aumentar, visto que a AB é formada por um acompanhamento contínuo da família, prevendo muitas ações de promoção em saúde. Por outro lado, o uso dos tomógrafos atende aos critérios de qualidade, que representa o acesso à equipamentos de alta complexidade. Sobre os resultados do sistema, todos os indicadores atenderam ao critério de qualidade, sendo a única dimensão a alcançar esse status. Tanto a mortalidade por causas mal definidas, quanto à internação por condições sensíveis à Atenção Básica vêm diminuindo, mostrando maior efetividade do sistema e impactando positivamente a população com melhores condições de vida.

A Lei Orgânica da Saúde previu normas para estabelecer todo o funcionamento do sistema, porém somente com as regulamentações tardias foi possível caminhar em direção aos objetivos propostos pela Constituição. Como por exemplo, a Lei 8.142 de 1990 tornava as transferências de recursos regulares e automáticas para os municípios que atendessem os requisitos de ter conselho de saúde, plano de saúde, relatório de gestão, comissão para elaboração do plano de carreiras, entre outros. Porém, com os resultados encontrados, nota-se que esses critérios foram cumpridos bem mais tarde por meio de outras regulamentações essenciais como a Emenda Constitucional 29 de 2000, o Pacto pela Saúde em 2006, o Decreto 7.508 de 2011 e a Lei Complementar 141 de 2012. E mesmo assim, ainda não foi capaz de garantir o atendimento aos quesitos de qualidade.

Independente das partes que compõem o sistema de saúde é relevante frisar os níveis de atenção que permeiam todo o sistema, cada um exerce seu papel apoiado no outro de forma articulada e integrada, a Atenção Básica é responsável por grande parte dos problemas de saúde da comunidade e se não for resolutiva, refletirá na sobrecarga no nível especializado. Diferentemente de um sistema fragmentado, onde encontram-se pontos isolados e sem comunicação, incapaz de oferecer uma atenção integral (MENDES, 2011).

Sobre as disparidades regionais, ficou mais uma vez anunciado a grande variação entre as regiões do Brasil, também relatado em outros estudos de desempenho do SUS. “As regiões mais desenvolvidas registram melhores condições e estrutura para o atendimento à saúde de suas populações, o que enquadra as desigualdades em saúde no amplo espectro das disparidades regionais do Brasil” (PAVÃO et al, 2016). Assim, a regionalização é muito

importante para os municípios com menor infraestrutura, pois permite estabelecer pontos de referência para a população, tornando os serviços acessíveis.

A regionalização significa o vínculo entre municípios e ou estados com identidade cultura, econômica, social e também redes de áreas de comunicação, infraestrutura e saúde para consolidar uma região de saúde proveniente de um processo de negociação e pactuação entre os gestores (CONASS, 2011). Os objetivos da regionalização se concentram em promover a equidade e a integralidade na atenção, além da racionalização dos gastos e otimização dos recursos por meio de ganhos em escala (CONASS, 2011).

Conclui-se que a entrada do sistema foi a parte que menos atendeu aos parâmetros de qualidade, a demanda não está sendo suprida e os recursos transformadores estão atuando abaixo do esperado, isto é, de forma limitada. Dessa maneira, os efeitos são percebidos em todo o sistema, como um processo de *feedback* ruim e diminuição de consultas na Atenção Básica. Contudo, as demandas que entram no sistema e são transformadas, revelam um desempenho organizacional de qualidade produzindo melhorias na saúde da população.

A percepção de que o sistema de saúde é pouco produtivo, afirmado por Mezomo (2001), é desfeita, uma vez que, analisando por meio da abordagem sistêmica, o entrave de qualidade do sistema são os recursos transformados e transformadores. Em geral, a produção do sistema, percebida através das saídas, apresenta qualidade, salvo a cobertura para as ações de Atenção Básica.

Dessa maneira, os resultados obtidos por este trabalho respondem aos objetivos propostos, visto que a qualidade da saúde no Brasil apresenta-se de maneira gradual. Mesmo com o estabelecimento de todas as condições para o sistema funcionar com qualidade, garantidos na Lei Orgânica da Saúde, ainda não foi possível concretizá-lo em sua totalidade. Entretanto, deve-se reconhecer os benefícios já adquiridos pelo sistema que melhoraram o cenário da saúde brasileira.

A abordagem sistêmica permitiu uma avaliação de saúde como um todo apontando áreas críticas. A análise envolveu não somente a situação de saúde dos indivíduos, como também o seu financiamento, força de trabalho e controle social. Dessa forma, os resultados apresentados apontam prioridades para aumentar a qualidade no funcionamento do sistema e tomada de decisão, conforme Miclos, Calvo e Colussi (2015, p. 1760), a avaliação da qualidade “constitui-se como fundamental para auxiliar as organizações de saúde em mensurar o quanto seus objetivos estão sendo alcançados, identificar os pontos fortes e os

pontos que podem melhorar”. Quando a avaliação é realizada olhando somente por um aspecto do sistema, de forma isolada, a capacidade de mudança é limitada.

Para pesquisas futuras, revela-se a necessidade de aprofundar a relação entre o aumento de demanda por consultas de urgência e a diminuição de consultas na Atenção Básica, apurando possível correlação. Analisar a alocação dos recursos segundo os critérios estabelecidos e os utilizados a fim de averiguar se está sendo de maneira equitativa. E discutir a repercussão da redução de estabelecimentos sob gestão própria para o sistema de saúde.

Em relação ao instrumento proposto por Tamaki et al. (2012), alguns indicadores precisam ser revistos conforme a atualização dos parâmetros através da publicação “Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde” (MS, 2015a).

Como limitações do estudo, apresenta-se o tempo de execução e a fragmentação nas bases de dados. Existem sistemas de informações mais consolidados e completos, porém outros apresentam informações incompletas justificando a busca de outras fontes no caso do PROADESS. Em síntese, na maioria dos sistemas, o acesso foi rápido e a coleta de informações de fácil manejo.

REFERÊNCIA

AIDAR, M. M. **Planejamento estratégico e competitividade na saúde**. São Paulo: Saraiva, 2015.

ALBUQUERQUE, C; MARTINS, M. Indicadores de desempenho no Sistema Único de Saúde: uma avaliação dos avanços e lacunas. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, março, v. 41, n. spe, p. 118-137, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000500118&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 Dez.

ALMEIDA, A. R. C. SOUZA, M. K. B. Processo de Construção e Análise dos Relatórios Anuais de Gestão: dificuldades, avanços e reflexões. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.37, n.4, p.852-868, out./dez. 2013. Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2013/v37n4/a4482.pdf>>. Acesso em 22 de Nov. de 2018.

ALY, C. M. C. et al. O Sistema Único de Saúde em série histórica de indicadores: uma perspectiva nacional para ação. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, abril, v. 41, n. 113, p. 500-512, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000200500&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Jan. 2019.

BERTALANFFY, L. **Teoria Geral dos Sistemas**: fundamentos, desenvolvimento e aplicações. 6 ed, Petrópolis-RJ: Vozes, 2012.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990a.

BRASIL. **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SIS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2017. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro **Portaria 1.101 de 12 de junho de 2002**. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria 321 de 08 de fevereiro de 2007**. Inclui a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais – OPM do SUS. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 221 de 17 de abril de 2008**. Publica a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 424 de 30 de dezembro de 2016**. Dispõe sobre as normas relativas às transferências de recursos da União mediante convênios e contratos de repasse. 2016

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão Pública. **Programa GESPÚBLICA**, Modelo de Excelência em Gestão Pública, Brasília; MP, SEGEP, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.101 de 12 de junho de 2002**. Parâmetros para programação das ações básicas de saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Presidência da República. Regulamentação da Lei 8.080 para fortalecimento do Sistema Único da Saúde: Decreto 7508, de 28 de junho de 2011b.

BURMESTER, H. **Gestão da qualidade hospitalar**. - 1. ed. - São Paulo: Saraiva, 2013.

CONASS - CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Sistema Único de Saúde**. – Brasília, 2011.

CONASS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. O Financiamento da Saúde. **Coleção Progestores** – Para entender a gestão do SUS, n. 3, Brasília, 2007.

CONASS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Discutindo Carreiras no SUS. Nota técnica 29/2013. **Coleção Progestores**, Brasília, 2013.

CONASS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012. Regulamentação da EC 29/00. Nota técnica 06/2012. **Coleção Progestores**, Brasília, 2012.

CUNHA, C. C; TEIXEIRA, R; FRANCA, E. Avaliação da investigação de óbitos por causas mal definidas no Brasil em 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, março, v. 26, n. 1, p. 19-30, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000100019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 Jan. 2019.

DEFEO, J. A. JURAN, J. M. **Fundamentos da qualidade para líderes**. Porto Alegre: Bookman, 2015.

DONABEDIAN, A. **Quality in Health Care: whose responsibility is it?** Ann Arbor, Michigan. American College of Medical Quality. v. 8, n. 2, p. 32-36, 1993.

FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Ministério da Saúde. Matriz dos Indicadores do PROADESS. **Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde**. 2011. Disponível em: <<https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=matr>>. Acesso em 4 de fevereiro de 2019.

GOLÇALVES, P. S. et al. Qualidade de Serviços Públicos de Emergências em Unidades Pré-Hospitalares: um estudo exploratório no município de Campo dos Goytacazes. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. V. 3, N. 2, p. 539-553, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/24292>>. Acesso em: 18 de dezembro de 2018.

GRIMM, S. C. A. **Potencialidades e alcances do monitoramento como ferramenta de gestão da saúde**. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

HARRIS, Matthew. Payment for performance in the Family Health Programme: lessons from the UK Quality and Outcomes Framework. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, junho, v. 46, n. 3, p. 577-582, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000300021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 Dez. 2018.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2011.

JANNUZZI, P. M. Indicadores para Diagnóstico, monitoramento e avaliação de programas sociais no Brasil. **Revista do Serviço Público**. Brasília, Abr/Jun, vol. 56, n. 2, pp. 137-160, 2005.

JORGE, M. H. P. M.; LAURENTI, R.; GOTLIEB, S. L. D. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do SIM e do SINASC. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 643-654, Jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 de Nov. de 2018.

LACOMBE, FJM. **Teoria Geral da Administração**. São Paulo: Saraiva, 2009.

LAS CASAS, A. L. **Qualidade total em serviços: conceitos, exercícios, casos práticos**. 6. ed. – São Paulo: Atlas, 2008.

MALIK, A. M. SCHIESARI, L. M. C. Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde. **Série Saúde & Cidadania**. Vol. 3, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

MARTINS, P.G. LAUGENI, F. P. **Administração da produção**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

MAXIMIANO, A. C. A. **Introdução à Administração**. 8. ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 2011.

MAXIMIANO, A. C. M. Pensamento Sistêmico. In: **Teoria Geral da Administração** (cap. 14). 6. Ed. São Paulo: Atlas, p. 305-328, 2008.

MENDES, E. V. **As Redes De Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MEZOMO, J. C. **Gestão da Qualidade na saúde: princípios básicos**. São Paulo: Editora Manole, 2001.

MICLOS, P. V. CALVO, M. C. M. COLUSSI, C. F. Avaliação do Desempenho da Atenção Primária em Saúde através da Análise Envoltória de Dados. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. V. 6, N. 2, p. 1749-63, 2015. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/22498>>. Acesso em 18 de dezembro de 2018.

MOREIRA, D. A. **Administração da Produção e Operações**. 2. ed. revista e ampliada, São Paulo: Cengage Learning, 2012.

MPOG - MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. Secretaria de Gestão. **Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização – GesPública; Prêmio Nacional da Gestão Pública – PQGF**; Carta de Serviços ao Cidadão. Brasília, 2009.

MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de estrutura física da unidades básicas de saúde: saúde da família**. 2a edição. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_ubs.pdf. Acesso em: 18 de janeiro de 2019.

MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual para investigação do óbito com causa mal definida**. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília, 2015a.

MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde.** Brasília-DF, 2015b. Disponível em: < <http://idsus.saude.gov.br/documentos.html> >. Acesso em 18 de dezembro de 2018.

MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Sistemas de Informação da Atenção à Saúde: Contextos Históricos, Avanços e Perspectivas no SUS.** Brasília, 2015c.

MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, Série A. **Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica**, nº 32, 2012.

MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas.** Brasília, 2000.

NETO, A. M et al. **Visão sistêmica e administração: conceitos, metodologias e aplicações.** São Paulo: Saraiva, 2006.

OLIVEIRA, A. E. F. REIS, R. S. **Gestão pública em saúde: os desafios da avaliação em saúde.** 1 edição, unidade XIV, São Luís, 2016.

OLIVEIRA, L. R. PASSADOR, C. S. Saúde Pública no Brasil: a utilização do Índice de Desempenho do SUS na avaliação da alocação dos recursos dos municípios. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde.** V. 5, N. 4, p. 2387-2405, 2014. Disponível em: < <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/13798> >. Acesso em 18 de dezembro de 2018.

PALADINI, E. P. BRIDI, E. Avaliação da Qualidade. In: _____. **Gestão e Avaliação da Qualidade em serviço para organizações competitivas: estratégias básicas e o cliente misterioso.** São Paulo: Atlas, p. 29-75, 2013.

PALADINI, E. P. **Gestão da qualidade: teoria e prática.** 3. ed. – São Paulo: Atlas, 2012.

PAVÃO A.L, et al. Aspectos Socioeconômicos, de Estrutura e de Desempenho dos Serviços de Saúde das 17 Regiões de Saúde do Projeto Região e Redes. **Novos Caminhos**, n.7, maio/2016. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Disponível em: <http://www.resbr.net.br/wpcontent/uploads/2015/12/NovosCaminhos7.pdf>. Acesso em: 18 Dez. 2018.

PEREIRA, M. J. B. et al. Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.** (Online), Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 48-55, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 Dez. 2018.

PNUD, IPEA e FJP. **O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro.** Série Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2013.

PORTELA, M. C. Avaliação da qualidade em saúde. In: ROZENFELD, S., org. **Fundamentos da Vigilância Sanitária.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 259-269, 2000.

REIS, A. T. OLIVEIRA, P. T. R. SELLERA, P. E. Sistema de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS). RECIIS – **R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, Ago., v.6, n.2, Sup., 2012

REIS, E. J. F. B. dos et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Mar., vol. 6, n. 1, p. 50-61, 1990.

SALA, A. et al. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. **Saúde soc.**, São Paulo, dezembro, v. 20, n. 4, p. 948-960, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 Dez. 2018

SILVA, K. S. B. e et al. Conhecimento e uso do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) pelos gestores municipais, Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Fev., v. 26, n. 2, p. 373-382, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 de Nov. de 2018.

SLACK, N. et al. **Administração da Produção**. São Paulo: Atlas, 2006.

TAJRA, S. F. **Planejamento e informação: métodos e modelos organizacionais para a Saúde Pública**. 1a ed. São Paulo: Érica, 2014.

TAMAKI, E. M. et al. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 17, n. 4, p.839-849, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000400007&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em 22 de Nov. de 2018.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 17, n. 4, p. 821-828, 2012.

VIACAVA, F. et al. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 17, n. 4, p.921-934, 2012.

VIACAVA, F.; BELLIDO, J. G. Condições de saúde, acesso a serviços e fontes de pagamento, segundo inquéritos domiciliares. **Ciênc. saúde coletiva** [Internet]. 2016; 21(2): 351-370. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200351&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015212.19422015>.

VIACAVA, Francisco et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 9, n. 3, p. 711-724, Sept. 2004 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000300021>.

VIACAVA, Francisco; BELLIDO, Jaime G. Condições de saúde, acesso a serviços e fontes de pagamento, segundo inquéritos domiciliares. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , Fev. v. 21, n. 2, p. 351-370, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200351&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Jan. 2019.

WALLIMAN, N. **Métodos de pesquisa**. São Paulo: Saraiva, 2015.

WERNER, L. MARTINS, V. Desempenho de Técnicas e Combinações de Previsões: um estudo com os percentuais relacionados com o Sistema Único De Saúde brasileiro. **Revista Ingeniería Industrial**. V. 14, n. 2, p. 7-14, 2015. Disponível em: <

<http://revistas.ubiobio.cl/index.php/RI/article/view/2218>>. Acesso em 18 de dezembro de 2018.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Monitoring the building blocks of health systems:** a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva, 2010.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report: Health System: Improving Performance.** Genebra, 2000.

ZEITHAML, V. A. PARASURAMAN, A. BERRY, L. L. Desafios para a Qualidade em Serviços. In: **A Excelência em Serviços:** como superar as expectativas e garantir a satisfação completa de seus clientes. 1 ed, São Paulo: Saraiva, p. 226-247, 2014.