



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

revista@saudeemdebate.org.br

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
Brasil

Albuquerque, Ceres; Martins, Mônica  
Indicadores de desempenho no Sistema Único de Saúde: uma avaliação dos avanços e  
lacunas  
Saúde em Debate, vol. 41, núm. 1, marzo, 2017, pp. 118-137  
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406351219011>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

reDalyC.org

Sistema de Informação Científica  
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# Indicadores de desempenho no Sistema Único de Saúde: uma avaliação dos avanços e lacunas

*Performance indicators in the Unified Health System: an assessment of advances and gaps*

Ceres Albuquerque<sup>1</sup>, Mônica Martins<sup>2</sup>

**RESUMO** A Matriz de Indicadores desenvolvida pelo Projeto de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde tornou-se marco de referência no País. A partir da implantação do Pacto pela Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) e seus sucedâneos, sistematizam-se os indicadores empregados para avaliação e acompanhamento do desempenho do SUS, no período de 2007 a 2015, que são classificados segundo o quadro teórico-conceitual do projeto. Verifica-se a existência ou não de indicadores para as diversas dimensões e sua relevância para a avaliação do desempenho do SUS.

**PALAVRAS-CHAVE** Avaliação de serviços de saúde. Indicadores básicos de saúde. Avaliação de desempenho profissional.

**ABSTRACT** *The Indicator Matrix developed by the Project Health Systems Performance Evaluation became benchmark in the country. After the implementation of the Pact for Health System in the Unified Health System (SUS), and their successors, the indicators used to assess and monitor the performance of the SUS, from 2007 to 2015, are systematized and classified according to the theoretical and conceptual framework of the project. The presence or absence of indicators for the various dimensions and their relevance for evaluating the performance of the SUS is discussed.*

**KEYWORDS** *Health services evaluation. Health status indicators. Employee performance appraisal.*

<sup>1</sup>Secretaria de Estado de Saúde, Assessoria de Informação em Saúde – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [ceresalb@gmail.com](mailto:ceresalb@gmail.com)

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Administração e Planejamento em Saúde – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [martins@ensp.fiocruz.br](mailto:martins@ensp.fiocruz.br)

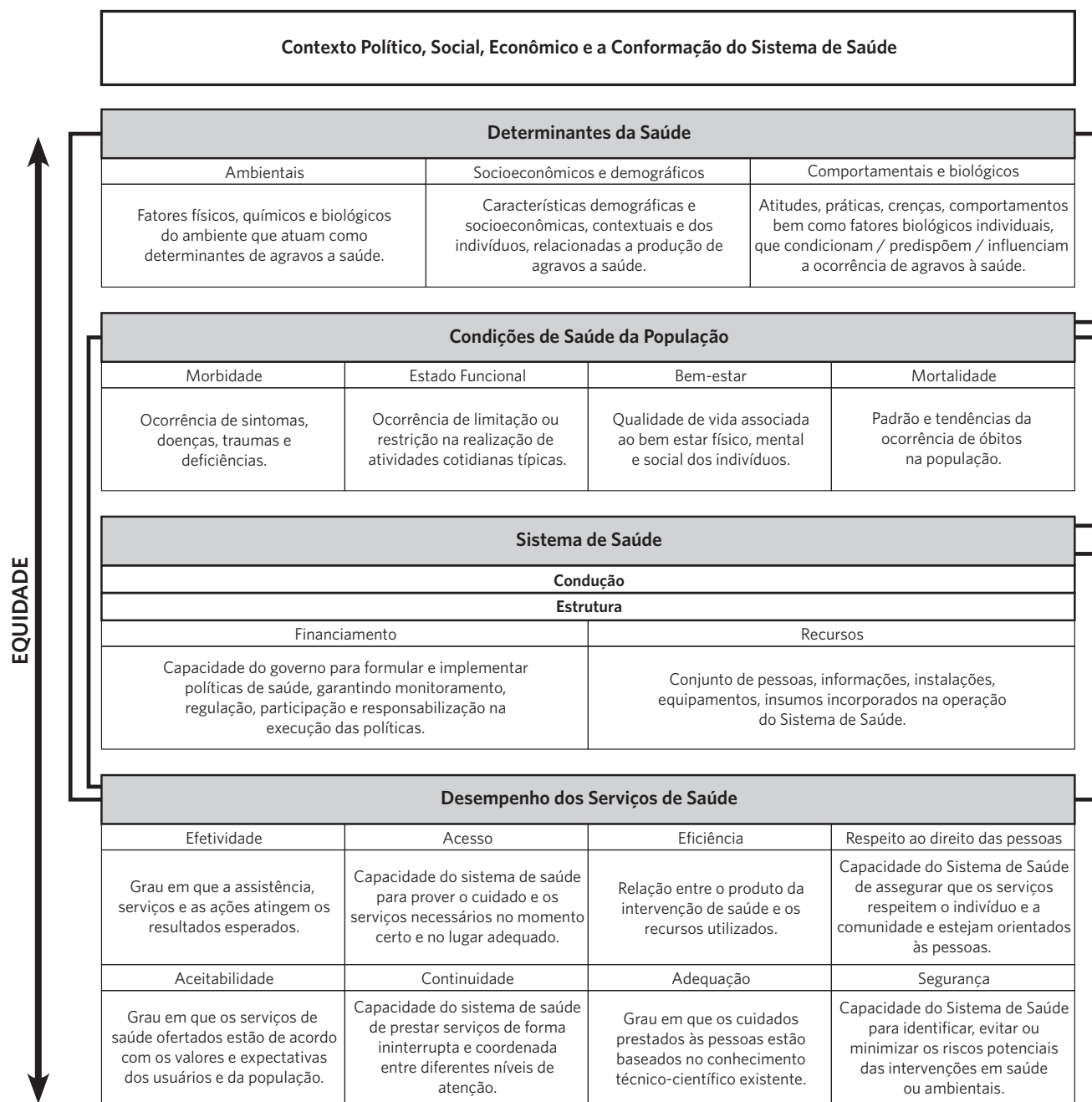
## Introdução

A partir da publicação do relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) no ano 2000 (WHO, 2000), a avaliação de desempenho de sistemas de saúde é colocada no centro do debate. Embora a divulgação do ordenamento do desempenho e a metodologia tenham sido bastante criticadas, a OMS protagonizou amplo processo de consulta, discussão e proposições metodológicas nos níveis nacional, regional e internacional (VIACAVA ET AL., 2004).

No Brasil, no âmbito acadêmico, chegou-se a um consenso quanto à importância da avaliação do desempenho, resultando na elaboração de um quadro teórico-conceitual, proposto pelo Projeto de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde (Proadess), que permitisse compreender quais e como se inter-relacionam os fatores que influenciam a eficiência, a efetividade e a equidade no desempenho do Sistema Único de Saúde (SUS) com a finalidade de subsidiar a formulação de políticas e monitorar as desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços recebidos.

Inspirado nas propostas canadense, australiana, inglesa e da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), o quadro teórico-conceitual do Proadess é composto por dimensões e subdimensões, estas últimas, operacionalizadas por indicadores de saúde, socioeconômicos, demográficos e de desempenho (VIACAVA ET AL., 2004). A definição dos indicadores ainda considerou a experiência nacional da Rede Interagencial de Informação para a Saúde (Ripsa) e a disponibilidade de informações (VIACAVA ET AL., 2012). Assumindo como pressuposto conceitual e analítico central a equidade, as dimensões propostas para a avaliação compreendem os determinantes sociais da saúde: ambientais, socioeconômicos, demográficos, comportamentais e biológicos; as condições de saúde da população: morbidade, estado funcional, bem-estar e mortalidade; e o sistema de saúde, que contempla tanto sua condução, estrutura, financiamento e recursos como seu desempenho – efetividade, acesso, eficiência, respeito aos direitos do paciente, aceitabilidade, continuidade, adequação e segurança (*figura 1*).

Figura 1. Matriz de Dimensões da Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde



Nota: Equidade é o eixo que conta transversalmente todas as dimensões. Portanto, todas elas devem ser analisadas segundo essa perspectiva, utilizando as variáveis e indicadores mais apropriados a cada uma delas.

Fonte: Proadess (2017).

A construção do SUS em consonância com os princípios de equidade, integralidade e qualidade buscou alicerces na descentralização da gestão e hierarquização do cuidado, estratégia que sempre requereu a articulação entre os três níveis de governo e a constituição de redes de atenção (RIBEIRO; BARROS, 2010). O arcabouço normativo do SUS teve como objetivo buscar fortalecer tais estratégias; contudo, ao longo do tempo, foram privilegiados determinado nível de governo e distintos instrumentos de planejamento, pactuação e avaliação. Nessa evolução, no âmbito governamental, iniciativas de avaliação do desempenho do sistema foram gestadas e implementadas. No bojo dessas iniciativas, vale destacar o Pacto pela Atenção Básica (PAB), instituído em 1998, mas vigorando de fato a partir de 2002 com a Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas), cujos indicadores foram divulgados segundo municípios, regiões de saúde e estados, embora diferentes listas de indicadores tenham sido definidas a cada ano (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010).

Entre 2003 e 2005, a partir de um diagnóstico de engessamento e excesso de regras normatizando o SUS, burocratização das relações intergovernamentais e críticas à grande fragmentação da transferência de recursos, propõe-se nova forma de política, gestão e financiamento, apresentando, entre outras, a necessidade de critérios mais justos de repartição dos recursos, novas formas de transferência, definição de metas e objetivos de saúde, além da avaliação das ações de saúde oferecidas (LIMA; QUEIROZ, 2012).

Em 2006, como possível desdobramento desse diagnóstico, o Pacto pela Saúde (PS) aprovado nas distintas instâncias é divulgado com três componentes: (i) Pacto pela Vida, conjunto de compromissos sanitários considerados prioritários, compromisso assumido de forma tripartite; (ii) Pacto de Gestão, que objetiva valorizar a relação solidária entre gestores, definindo diretrizes e responsabilidades expressas em Termos de Compromisso de Gestão; e (iii) Pacto em Defesa do SUS, que reflete os compromissos entre os gestores com a consolidação do

processo de Reforma Sanitária e articula ações que visam a qualificar e assegurar o SUS como política pública (BRASIL, 2006A, 2006B). No bojo do PS, criam-se novos critérios de regionalização, conformação de regiões e macrorregiões e pactuação de diretrizes e metas por estados e municípios, visando a melhorar a gestão, o acesso, os serviços e a condição de saúde da população.

O PS trouxe ainda uma série de avanços na organização do sistema de saúde e ferramentas para a negociação consensual entre os gestores, diferenciando-se de instrumentos anteriores. Assim, foram instituídos mecanismos de governança regional por meio das Comissões de Gestão Regional (CGRs), agenda de prioridades contendo objetivos, indicadores e metas, estas últimas, a serem pactuadas pelos gestores das esferas municipal, estadual e união. Sob o escopo da organização do sistema de saúde, o PS considera a dinâmica e diversidade das características do território, a complementaridade entre as regiões, enfatizando a condução estadual e regional, limitando a federal e fortalecendo a regionalização. A necessidade dos municípios, principalmente os de menor porte e complexidade assistencial, promoverem o acesso de sua população aos serviços localizados em outros municípios assim como a participação de representantes do estado na discussão e definição das referências regionais para a assistência, contribuiu fortemente para a implantação e consolidação dos CGRs. (VIANNA; LIMA, 2013).

A adesão ao PS é formalizada por estado ou município, por meio da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, acarretando transferência de poderes e responsabilidades ao gestor local, sem a obrigatoriedade do compromisso de toda a região de saúde. Contudo, a pactuação de indicadores e metas de melhorias deve ser realizada por todos os municípios, estados, Distrito Federal e União.

A adesão ao PS por estados e municípios ocorreu de modo gradual a partir de 2006, e até setembro de 2010 todos os estados e 3.789 municípios haviam aderido ao Pacto,

representando 68,1% dos municípios do País (LIMA ET AL., 2012).

Em 2011, é publicado o Decreto nº 7.508, que regulamenta a Lei nº 8.080, substituindo a edição de portarias ministeriais com Normas Operacionais e Pactos. Tal decreto reafirma o caráter regional e hierarquizado do sistema de saúde, cria instrumentos e ferramentas para fortalecer o planejamento, a organização, a gestão e o controle do SUS, dentre eles: a Relação Nacional de Serviços de Atenção à Saúde (Renases), o Mapa da Saúde e o Contrato Organizativo de Ação Pública (Coap). Altera a designação de Comissão de Gestão Regional para Comissão Intergestores Regional (CIR). Além disso, mantém a sistemática de pactuação de metas de indicadores de saúde a serem atingidas e cria uma série de novas ferramentas e obrigações para os entes federados (BRASIL, 2011).

Diretrizes, novos objetivos, metas e indicadores de saúde foram definidos. Inicialmente, de transição para o Coap e, posteriormente, a partir do novo Plano Nacional de Saúde (PNS), discutido, emendado e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde para o período 2012–2015. Ao contrário do PS – com o qual estados e municípios se comprometeram rapidamente, e ao fim de quatro anos apenas um estado não o tinha feito –, findo 2014, após quatro anos de Coap, apenas os estados do Ceará e Mato Grosso do Sul haviam assinado esse contrato.

## **Avaliação e pactuação de indicadores de desempenho: algumas considerações**

A política e as prioridades propostas pela gestão federal contidas no PNS e definidas de forma tripartite compuseram os eixos prioritários do PS – Pactos pela Vida, de Gestão e em Defesa do SUS –, que vigorou de 2007 a 2011. O Ministério da Saúde (MS) propôs os

indicadores, o método de cálculo e a meta, cujo valor de referência foi definido em portaria específica, definindo, a cada biênio, o percentual de avanço ou valor fixo a ser alcançado por indicador (BRASIL, 2007). Por sua vez, o município pactua o valor que considerar adequado. O Estado pactua suas metas segundo sua gestão e o resultado dos valores propostos pelos municípios. O sistema de informação (Sispacto) deve ser alimentado pelos municípios e, posteriormente, pelos estados a partir dos valores propostos e pactuados nas CGRs e Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

O componente Pela Vida do PS tem definidas onze prioridades: (i) atenção à saúde do idoso; (ii) controle do câncer do colo de útero e de mama; (iii) redução da mortalidade infantil e materna; (iv) fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids); (v) promoção da saúde; (vi) fortalecimento da atenção básica; (vii) saúde do trabalhador; (viii) saúde mental; (ix) responsabilidades gerais; (x) atenção integral às pessoas em situação de risco ou violência; e (xi) saúde do homem.

Para o período 2012-2015, foram definidas treze diretrizes nacionais: (i) Garantia do acesso a serviços de qualidade mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada; (ii) Aprimoramento da rede de urgência e emergência – Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), prontos-socorros e centrais de regulação –, articulada às outras redes de atenção; (iii) Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança – Rede Cegonha; (iv) Fortalecimento da rede de saúde mental com ênfase no enfrentamento do *crack* e outras drogas; (v) Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas – ações de promoção e prevenção; (vi) Implementação do subsistema

de atenção à saúde indígena articulado com o SUS; (vii) Redução dos riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de promoção e vigilância em saúde; (viii) Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS; (xi) Contribuição à formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais de saúde; (xii) Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa; e (xiii) Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.

Dentre as treze diretrizes, duas não tiveram definidos indicadores e não foram objeto de pactuação: (ix) Aprimoramento da regulação e da fiscalização da saúde suplementar e (x) Fortalecimento do complexo produtivo e de ciência, tecnologia e inovação em saúde.

Considerando a evolução das políticas de descentralização e regionalização do SUS, suas principais normas a partir da década de 1990 e a implantação do PS, este artigo examina os indicadores empregados na avaliação e acompanhamento do desempenho do SUS no período entre 2006 e 2014 e os classifica segundo o quadro teórico-conceitual do Proadess (*figura 1*).

## Aspectos metodológicos

Trata-se de estudo exploratório calcado em análise documental e informações disponíveis de acesso livre. O ponto de partida do estudo foi 2006, ano de publicação do PS. No intervalo entre 2006 – 2015, foram levantados os indicadores propostos pelo SUS nos diferentes períodos desde a publicação do PS, informando os períodos em que vigoraram. Foram, assim, incluídos todos os indicadores pactuados pelo SUS nas três diferentes fases: (i) Pacto pela Saúde, com seus componentes pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS (2006 a 2011); (ii) Transição

Pacto – Coap (2012); e (iii) Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013 – 2015 (Rol). Tal recorte se justifica pelo entendimento que o PS de 2006 e suas várias listagens de indicadores propostos entre 2007 e 2011; o Pacto de Transição para o Coap que vigorou em 2012; e o Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores no período entre 2013 – 2015 são responsáveis pela consolidação da pactuação de desempenho a ser obtida.

O quadro conceitual do Proadess (*figura 1*), suas dimensões e conceitos subjacentes foram empregados com a finalidade de classificar cada indicador dos pactos. Posteriormente, os indicadores do SUS e aqueles definidos pelo Proadess foram comparados com o objetivo de identificar semelhanças, lacunas e contradições, visando a contribuir para o aprimoramento das iniciativas de avaliação do desempenho. Para classificação da dimensão na qual o indicador se inseria, consideraram-se as próprias definições do Proadess. Os indicadores relacionados foram classificados nesse quadro conceitual pelas autoras, profissionais com experiência em saúde pública, avaliação de serviços e sistema de informação. Tal classificação foi realizada de forma independente, sendo seu resultado posteriormente comparado e discutido. As dúvidas e as divergências não consensuadas foram resolvidas com base em consulta a especialista *ad hoc* com experiência no tema.

## Resultados: os indicadores de acompanhamento do desempenho do SUS

Para o enfrentamento das prioridades que vigoraram no período entre 2007 e 2011, definiram-se diversos objetivos, indicadores e metas, que variaram nos diferentes anos. Com base no levantamento realizado, em 2007 foi publicada relação com 54

indicadores e parâmetros, metas nacionais e valores referências (BRASIL, 2007A). Desses indicadores, oito haviam sido utilizados anteriormente no PAB. Essa relação foi utilizada para pactuação em 2008 e 2009 e incluiu indicadores, entre principais e complementares, referentes ao Pacto Pela Vida e ao Pacto de Gestão (*quadro 1*).

Em 2010 e 2011, houve nova proposta para o biênio, que modificou alguns objetivos e vários indicadores do período anterior. Posteriormente, para o processo de pactuação de 2011, foram acrescentados dois indicadores à lista anterior, referentes à saúde bucal. Igualmente, foram definidos parâmetros e metas para esses conjuntos de indicadores (*quadro 1*).

Quadro 1. Ano, instrumento e quantidade de indicadores pactuados, 2008 a 2015

Ano	Instrumento	Indicadores	Prioridades	Diretrizes
2008 - 2009	Pacto pela Saúde (PS)	54*	11	N/A
2010	Pacto pela Saúde (PS)	41	11	N/A
2011	Pacto pela Saúde (PS)	43	11	N/A
2012	Pacto de Transição (TR)	31	N/A	13
2013 - 2015	Rol 2013 - 2015 (Rol)	67**	N/A	13

\* Indicadores principal e complementar.

\*\* Indicadores universais específicos.

N/A: não se aplica.

Entretanto, em 2011, uma nova política de gestão foi definida, na qual foram traçados novos eixos e definidas treze diretrizes e não mais prioridades, como nos anos anteriores, objetivando alinhamento com outras ferramentas de planejamento governamental, dentre elas o Plano Plurianual (PPA). Para acompanhar a evolução dos novos objetivos, inicialmente foram relacionados 31 indicadores denominados ‘Transição Pacto pela Saúde e Coap’, vigente em 2012. Ao fim, após discussão na comissão tripartite ao longo do ano de 2012 e parte de 2013, foi publicado o Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para o período 2013 – 2015, sumariamente referido como ‘Rol’ (*quadro 1*).

Os indicadores propostos pelo SUS desde o PS, e classificados segundo as dimensões e

subdimensões do Proadess, são apresentados no *quadro 2*, onde foram assinalados, ainda, o ano de vigência, a norma estabelecida pelo MS e se pertencem à Matriz do Proadess e sua classificação (*quadro 2*). Entre 2007 e 2013, foram definidas cinco diferentes relações com 116 indicadores. Chama a atenção que apenas dez, i.e., menos que 10% dos 116 indicadores, permaneceram ao longo de todo o período, marcados com fundo cinza (*quadro 2*). Destes, dois estiveram presentes desde o PAB: a taxa de mortalidade infantil agregada ou pelos componentes neonatal e pós-neonatal e a cobertura por atenção básica ou Estratégia Saúde da Família. Dentre os indicadores propostos no Rol, 21 já haviam sido utilizados anteriormente, continuamente ou em anos variados. Contudo, algumas vezes, o método de cálculo foi



modificado, prejudicando a capacidade de comparação temporal.

Cabe ressaltar a dificuldade para classificar alguns desses indicadores, em particular os que se referem a processos de trabalho, objeto de incentivo da política de saúde, tais como implantação de serviços ou programas, investigação de óbitos maternos, infantis e

fetais, encerramento de vigilância epidemiológica de doenças de notificação, municípios que executam ações de vigilância sanitárias consideradas necessárias, dentre outros. Apesar disso, esses indicadores foram classificados como indicadores de recursos na dimensão estrutura dos sistemas de saúde (quadro 2).

Quadro 2. Indicadores de saúde segundo a classificação da Matriz do Proadess e Pactos do SUS de 2006 a 2014

Proadess				AB		Pacto pela Saúde		TR		ROL		Indicadores pactuados
Dimensão e Subdimensão		Proadess	Todos	2006	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
Determinantes da Saúde	Ambiental	1	1		x	x			x	x	x	Percentual de realização das análises de vigilância da qualidade da água, referente ao parâmetro coliformes totais
	Sócio-econômico	2		x	x	x	x	x				Percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso para idade
	Sócio-econômico	3							x	x	x	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família
	Sócio-econômico	4			x	x						Percentual de famílias com perfil saúde beneficiárias do Programa Bolsa Família acompanhadas pela atenção básica
	Comportamental	5			x	x						Prevalência de sedentarismo em adultos (estados/capitais)
	Comportamental	6					x	x				Prevalência de atividade física suficiente no tempo livre em adultos
	Comportamental	7			x	x	x	x				Prevalência de tabagismo
Condições de saúde da população	Mortalidade	2	8	x					x	x	x	Taxa de mortalidade infantil
	Mortalidade	2a	9		x	x	x	x				Coeficiente de mortalidade pós-neonatal
	Mortalidade	2b	10		x	x	x	x				Coeficiente de mortalidade neonatal
	Mortalidade		11			x						Taxa de letalidade por febre hemorrágica de dengue
	Mortalidade		12				x	x				Taxa de letalidade das formas graves de dengue (Febre Hemorrágica da Dengue)
	Mortalidade		13						x	x	x	Número absoluto de óbitos por dengue
	Mortalidade		14							x	x	Número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral
Sistema de Saúde	Condução		15		x	x						Recurso financeiro (em reais) próprio dispendido na atenção básica
	Condução		16				x	x				Proporção de constituição de Colegiados de Gestão Regional
	Condução		17				x	x				Proporção de estados e municípios com relatórios anuais de gestão aprovados nos Conselhos Estaduais de Saúde e Conselhos Municipais de Saúde
	Condução		18						x	x		Proporção de plano de saúde enviado ao Conselho de Saúde
	Condução		19		x	x						Quantidade de estados com a PPI (Programação Pactuada Integrada) atualizada

Quadro 2. (cont.)

Sistema de Saúde Estrutura	Financiamento	20	x	x					Proporção de receita própria aplicada em saúde conforme previsto na regulamentação da EC 29/2000
	Recursos	21			x	x	x		Percentual de Comissões de Integração Ensino-Serviço (Cies) em funcionamento por estado
	Recursos	22			x	x	x		Implantação de ouvidorias do SUS nos estados e capitais
	Recursos	23			x	x			Capacitação de conselheiros estaduais e municipais dos municípios prioritários, definidos em 2009
	Recursos	24					x	x	Número de mesas ou espaços formais municipais e estaduais de negociação permanente do SUS, implantados e/ou mantidos em funcionamento
	Recursos	25				x	x		Percentual de unidades federadas e Distrito Federal que implantaram a Política de Saúde do Homem
	Recursos	26	x	x	x	x			Índice de alimentação regular das bases de dados nacionais obrigatórias (Siasus – SIHSUS – CNES – Siab)
	Recursos	27	x	x					Proporção de municípios com o projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) implantado
	Recursos	28				x	x		Número de profissionais de saúde matriculados
	Recursos	29				x	x		Número total de serviços de reabilitação de saúde auditiva habilitados por Unidade de Federação (UF)
	Recursos	30	x	x	x	x			Número de Serviços de Reabilitação Visual habilitados pelo Ministério da Saúde
	Recursos	31					x	x	Proporção de municípios com ouvidoria implantada
	Recursos	32					x	x	Percentual de municípios com o Sistema Hórus implantado
	Recursos	33					x	x	Proporção de municípios da extrema pobreza com farmácias da atenção básica e centrais de abastecimento farmacêutico estruturados
	Recursos	34					x	x	Proporção de novos e/ou ampliação de programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade e da Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família/Saúde Coletiva
	Recursos	35					x	x	Proporção de novos e/ou ampliação de programas de Residência Médica em Psiquiatria e Multiprofissional em Saúde Mental
	Recursos	36					x	x	Número de pontos do Telessaúde Brasil Redes implantados
	Recursos	37					x	x	Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos
	Recursos	38					x	x	Proporção conselhos de Saúde cadastrados no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (Siacs)
	Recursos	39					x	x	Componente do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) estruturado
	Recursos	40					x	x	Proporção de entes com pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preço em Saúde
	Recursos	41	x	x					Índice de alimentação regular da base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)
	Recursos	42	x	x	x	x	x	x	Proporção de serviços hospitalares com contrato de metas firmado
	Recursos	43					x	x	Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas

Quadro 2. (cont.)

Sistema de Saúde Estrutura	Recursos/vigilância	44					x	x	x	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados.
	Recursos/vigilância	45	x	x	x	x	x	x	x	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investiga- dos
	Recursos/vigilância	46						x	x	Proporção de óbitos maternos investigados
	Recursos/vigilância	47	x	x			x	x	x	Proporção de óbitos não fetais informados ao SIM com causas básicas definidas
	Recursos/vigilância	48	x	x						Taxa de notificação de casos de Paralisia Flácida Aguda (PFA) em menores de 15 anos
	Recursos/vigilância	49	x	x	x	x	x			Proporção de doenças exantemáticas investigados oportu- namente
	Recursos/vigilância	50			x	x		x	x	Proporção de casos de notificação compulsória (DNC) encerrados oportunamente após notificação
	Recursos/vigilância	51					x	x	x	Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados
	Recursos/vigilância	52					x	x	x	Percentual de municípios que executam as ações de Vi- gilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios
	Recursos/vigilância	53	x	x	x	x				Número de notificações dos agravos à saúde do trabalha- dor constantes da Portaria MS nº 777/ 2004
	Recursos/vigilância	54			x	x				Percentual de municípios com pactuação de ações estraté- gicas de vigilância sanitária
	Recursos/vigilância	55	x	x						Percentual de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) cadastradas e inspecionadas
	Recursos/vigilância	56	x	x						Percentual de municípios com amostras (citopatológico) insatisfatórias acima de 5%, por UF, no ano
	Recursos/vigilância	57	x	x						Proporção de municípios com serviços de mamografia capacitados no Sismama (Estado) e Prestadores do SUS com serviços (SUS e credenciado) de mamografia ao SUS capacitados no Sismama (Município)
	Recursos/vigilância	58	x	x	x	x	x	x	x	Número de unidades de Saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implan- tado
	Recursos/vigilância	59	x	x						Número de Cerest implantados
	Recursos/vigilância	60	x	x	x	x				Proporção de municípios prioritários do estado com noti- ficação de violência doméstica, sexual e/outras violências, implantadas
	Recursos/vigilância	61						x	x	Percentual de indústrias de medicamentos inspecionadas pela Vigilância Sanitária, no ano
	Recursos/Vigilância	62						x	x	Proporção de imóveis visitados em, pelo menos, quatro ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue
	Recursos/vigilância	63					x			Municípios que executam ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios
	Recursos/vigilância	64						x	x	Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina
	Efetividade	65	x	x	x	x	x	x	x	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera
	Efetividade	66	x	x	x	x	x	x	x	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnos- ticados nos anos das coortes

Quadro 2. (cont.)

Desempenho dos Serviços de Saúde	Efetividade	67	x	x	x	x	x			Taxa de internações por Acidente Vascular Cerebral
	Efetividade	68		x	x	x	x			Taxa de internação por diabetes mellitus e suas complicações na população de 30 anos e mais
	Efetividade	3 69						x	x	Proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (Icsab)
	Efetividade	70						x	x	Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs – doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)
	Efetividade	71						x	x	Proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 200cel/mm
	Efetividade	72						x	x	Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados
	Efetividade	73		x	x	x	x	x	x	Taxa de incidência de Aids em menores de 5 anos de idade
	Adequação	74		x	x	x	x	x	x	Número de casos de sífilis congênita
	Adequação	75						x	x	Número de testes de sífilis por gestante
		76	x	x	x					Taxa de cesarianas
	Adequação	4 77						x	x	Taxa de partos normais
	Adequação	5 78	x	x	x			x	x	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal
	Adequação	79		x	x	x	x			Proporção de casos de hepatites B e C confirmados por sorologia
	Adequação	80		x	x	x	x			Proporção de amostras clínicas coletadas do vírus influenza em relação ao preconizado
	Adequação	81		x	x	x	x			Número de cirurgias de Prostatectomia Suprapúbica por local de residência
	Adequação	82						x	x	Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM)
	Adequação	83						x	x	Proporção de óbitos, em menores de 15 anos, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI)
	Adequação	84						x	x	Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose
	Acesso	85	x	x	x	x	x	x		Taxa de internação por fratura de femur
	Acesso	86						x	x	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica
	Acesso	6 87	x	x	x	x	x			Proporção da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família
	Acesso	7 88		x	x					Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas
	Acesso	89					x			Cobertura populacional estimada das equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família
	Acesso	90						x	x	Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal
	Acesso	91		x	x		x	x	x	Média anual da ação coletiva escovação supervisionada
	Acesso	92		x	x			x	x	Proporção de exodontia em relação aos procedimentos

Quadro 2. (cont.)

Desempenho dos Serviços de Saúde	Acesso		93		x	x	x	x	x			Taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur
	Acesso	8	94	x	x	x			x	x	x	Razão de exames citopatológico cérvico vaginais na faixa etária de 25 a 59 anos em relação à população-alvo, em determinado local, por ano
	Acesso		95		x	x	x	x	x			Percentual de tratamento/seguimento no nível ambulatorial das lesões precursoras do câncer de colo do útero (lesões de alto grau – NIC II e NIC III), em determinado local, no ano
	Acesso	9	96				x	x	x	x	x	Razão entre mamografias realizadas nas mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nesta faixa etária, em determinado local e ano
	Acesso		97		x	x			x	x	x	Taxa de cobertura CAPS por 100 mil habitantes
	Acesso		98		x	x						Taxa de cobertura do Programa de Volta para Casa (saúde mental)
	Acesso	10	99		x	x	x	x	x			Cobertura vacinal por tetravalente em menores de um ano de idade
	Acesso		100						x	x		Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente
	Acesso		101						x	x		Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente.
	Acesso		102						x	x		Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente
	Acesso		103						x	x		Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente
	Acesso		104						x	x		Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente
	Acesso		105						x	x		Cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu – 192)
	Acesso		106						x	x		Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas
	Acesso		107						x	x		Número de testes sorológicos anti-HCV realizados
			108						x			Proporção das internações de urgência e emergência reguladas
			109		x	x	x	x				Média mensal de visitas domiciliares por família realizadas por Agente Comunitário de Saúde
			110		x	x	x	x	x	x		Incidência parasitária anual de malária
			111						x	x		Proporção de escolares examinados para o tracoma nos municípios prioritários
			112		x	x						Número absoluto de mortes infantis indígenas
			113						x	x		Percentual de crianças indígenas < 7 anos de idade com esquema vacinal completo
			114						x	x		Proporção de óbitos infantis e fetais indígenas investigados
			115						x	x		Proporção de óbitos maternos em mulheres indígenas investigados
			116						x	x		Proporção de óbitos de mulheres indígenas em idade fértil (MIF) investigados

Não se aplicam ao Rio de Janeiro e/ou não classificados

No exame dos indicadores do Rol (2013 – 2015), também à luz do quadro conceitual do Proadess (*quadro 2*), sua classificação nas distintas dimensões e subdimensões revelou que: os Determinantes da Saúde contam com um indicador relativo a fatores ambientais, qualidade da água; a Condição de Vida da População está presente com três indicadores da subdimensão de mortalidade; a Condução tem um indicador referente ao Plano de Saúde; e; em Estrutura, na subdimensão recursos, foram classificados doze indicadores referentes a ações de vigilância e aos sistemas de informação, como investigação de óbitos materno, infantil e fetal, mulheres em idade fértil, causas básicas definidas no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), prazo de encerramento de doenças de notificação compulsória, notificação de agravos à saúde do trabalhador, implantação de serviço de notificação de violências, educação permanente e outros.

A dimensão Desempenho dos Serviços de Saúde foi a que contou com o maior número de indicadores, classificados nas subdimensões Efetividade, com sete; Acesso com 15 e Adequação com oito indicadores (*quadro 2*). Por outro lado, há lacunas na inserção de indicadores no quadro conceitual do Proadess devido à ausência de indicadores do Rol para monitorar algumas dimensões ou subdimensões. Detendo-nos na dimensão do Desempenho dos Serviços de Saúde, as subdimensões Eficiência, Respeito aos Direitos das Pessoas, Aceitabilidade, Continuidade e Segurança do paciente estão completamente despovoadas. Contudo, comparando com os indicadores apresentados no portal do Proadess ([www.proadess.ict.fiocruz.br](http://www.proadess.ict.fiocruz.br)), pode-se, ainda, dimensionar a dificuldade de construir indicadores para algumas dessas subdimensões, em grande parte, por falta de fonte de informação.

## Discussão

Ao longo do período em estudo, de 2007 a 2015, foram relacionados 116 indicadores

pelos distintos pactos do SUS. Em 2012, partindo de uma relação com 101 deles, foram discutidos os indicadores que substituiriam os de transição para Coap. Por fim, em 2013, entra em vigor o Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013 – 2015 (BRASIL, 2013), em que foram elencados 67 indicadores de saúde, denominados universais e específicos. A priori, chama a atenção que apenas dez, i.e., menos que 10% dos 116 indicadores permaneceram sendo monitorados e pactuados ao longo de todo o período analisado.

Além de pouco parcimonioso, o rol de indicadores deixa importantes lacunas no tocante a dimensões centrais do desempenho de um sistema de saúde, apresentadas no quadro conceitual do Proadess, como a Eficiência e a Segurança do paciente. A primeira indica uma preocupação antiga e permanente na área da saúde. Por sua vez, a segunda, além de mundialmente reconhecida como um grave problema associado a custos financeiros e sociais e danos para pacientes, passou a ser alvo de um programa específico do MS em 2013 (BRASIL 2013), a exemplo de iniciativas em diversos países.

Ressalte-se ainda a ausência de avaliação, muito menos de monitoramento contínuo de aspectos relacionados ao Respeito aos Direitos das Pessoas, à Aceitabilidade e à Continuidade do cuidado que traduzem questões e nós críticos frequentemente debatidos pelos gestores do SUS, membros dos Conselhos de Saúde e preocupação de profissionais de saúde e pacientes.

Ademais, há uma gama importante de indicadores que tratam da gestão em si, ou seja, de processos de trabalho que levariam a um melhor resultado e desempenho, mas que, de fato, não estão mensurando diretamente a qualidade do cuidado em saúde nos distintos níveis e modalidades assistenciais e sim ferramentas de trabalho e sua implantação. Provavelmente, isso se dá, pelo fato de haver associado ao Pacto pela Saúde, um tripé, do qual faz parte o Pacto pela Gestão. Mas, em alguma medida, em razão da ausência,

validade ou consistência das informações disponíveis para avaliar o cuidado, comparativamente mais incipiente na assistência ambulatorial, de emergência e domiciliar que na hospitalar, não foram contemplados indicadores que permitissem essa mensuração.

Talvez, um elemento nuclear que explique esse diagnóstico seja a ausência de um quadro conceitual que identifique e articule dimensões e fatores explicativos relacionados ao desempenho do sistema de saúde brasileiro, a exemplo da proposta do Proadess, orientador da seleção dos indicadores definidos pelas iniciativas governamentais para a avaliação do desempenho do SUS.

No período analisado, o Ministério da Saúde publicou o IDSUS – Índice de Desempenho do SUS (BRASIL, 2012), divulgado como abordagem para ‘medir o desempenho do SUS’ nacional, nos estados e municípios. Para a construção desse índice, foram priorizadas as dimensões de desempenho: acesso e efetividade na atenção básica, especializada e hospitalar. Para tal, foi criada uma metodologia específica do IDSUS para a construção de um indicador síntese, composto por 24 indicadores de saúde associados a alguns pré-requisitos e condicionantes, numa ponderação atribuída a cada um dos critérios listados nas duas dimensões.

Os indicadores empregados nessa avaliação foram diferentes dos utilizados no Pacto e dos propostos como indicadores de transição para o Coap, então vigentes. A metodologia estatística empregada, com uso de estatística bayesiana, análise de componente principal, dentre outros, não foi divulgada de forma que pudesse ser validada ou replicada. Amplamente divulgado na mídia, o IDSUS levantou um grande debate, onde pesquisadores e grande parte dos gestores teceram críticas à pouca representatividade do indicador síntese, à falta de transparência da metodologia, bem como à forma de divulgação e sua finalidade e utilização na melhoria do desempenho dos serviços prestados. Estava previsto na proposta original que nova

divulgação seria realizada em 2015, aliás, o IDSUS seria empregado no monitoramento do Coap, mas não houve continuidade.

Esse cenário, de descontinuidade fortaleceria a hipótese de uma aposta por parte do MS no emprego dos indicadores de desempenho usados na pactuação (Rol), em vez de abrir outra frente. Portanto, até os dias atuais, o IDSUS não se consolidou como ferramenta de monitoramento contínuo do SUS. Apesar disso, mesmo considerando a ‘caixa preta’ que as técnicas estatísticas representavam para importantes atores – vale destacar que a ampla divulgação e debate suscitados foram importantes –, nos parece que foi a primeira vez que informações de acesso público foram assim tratadas e disseminadas, a exemplo, de países como os Estados Unidos, que divulgam a classificação comparativa de organizações de saúde – e não regiões, municípios e estados – com base em indicadores de desempenho.

Embora não possa ser considerada uma iniciativa voltada para o monitoramento do desempenho do sistema de saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), lançado em 2011, visa a incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde prestados. No bojo desse programa existem estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde e elevação de repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes que atingirem melhoria no padrão de qualidade no atendimento. Representa, assim, mais uma estratégia de pagamento por desempenho do que avaliação do desempenho em si. Além disso, o caráter voluntário de participação explica parcialmente a cobertura do PMAQ-AB.

No primeiro ciclo, maio de 2012, essa avaliação cobriu 17.304 equipes no SUS – o equivalente a 53,3% do total de equipes de saúde da família no país (32.809) – que aderiram ao programa em 3.972 municípios brasileiros. Já em 2016 (3º ciclo), foi iniciado com a adesão

de 95,6% dos municípios brasileiros. No total, participam 38.865 (93,9%) equipes de atenção básica. Destas, 25.090 (95,9%) com equipes de saúde bucal e 4.110 (91,2%) Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Os resultados ainda não foram divulgados.

Nesse cenário, à luz do objeto deste artigo, consideramos que essa iniciativa voluntária, fortemente baseada na percepção dos atores, apresenta limitações por ser esporádica, limitada à atenção primária e com cobertura variada. Sendo assim, parece adquirir mais um caráter de avaliação pontual do que de monitoramento contínuo e regular do sistema de saúde em todas as modalidades assistenciais, cujos resultados são aplicados no pagamento por desempenho.

Dessa forma, em termos gerais, no âmbito das iniciativas governamentais de avaliação do sistema e serviços, observa-se que, apesar dos esforços, há lacunas importantes que desfavorecem a realização de monitoramento contínuo do desempenho do SUS voltado e utilizado para sua melhoria e correção de rotas e problemas em tempo hábil. O primeiro elemento que concorre para esse quadro é a descontinuidade na relação de indicadores empregados, bem como as terminologias – prioridades, diretrizes, indicador principal, complementar, universal, específico, que cabem ser ressaltadas.

É importante reconhecer, também, que decisões tomadas nas distintas instâncias contribuem para essa situação. Por exemplo, por decisão da Comissão Tripartite, desde 2012, alguns indicadores, dentre eles a taxa de mortalidade infantil, taxa de parto normal, cobertura de mamografia e Papanicolau deixaram de ter publicados seus parâmetros, valores de referência ou meta, passando a ser avaliados apenas pela melhoria do indicador, ou seja, aumento ou redução em relação ao ano anterior. Assim, é possível aventar que o desconhecimento de um parâmetro ou meta a ser atingida prejudica a compreensão daquilo que se almeja alcançar. No caso da mortalidade infantil, por exemplo, dever-se-iam buscar valores próximos ou abaixo de dez óbitos por mil nascidos vivos ou

a redução, em determinado percentual, para os municípios que apresentam valores bastante elevados.

Nessa mesma perspectiva, uma gama de outros exemplos ajuda a ilustrar lacunas e desafios ao uso de indicadores de desempenho no SUS marcados por problemas na sua construção, resultando na pouca utilidade de medidas clássicas e importantes, dado que esses são mal construídos, equivocados e pouco confiáveis (*quadro 3*).

Em adição aos pontos destacados, a análise da produção de serviços ambulatoriais e hospitalares de alta e média complexidade agregada, desconsiderando o perfil e complexidade dos casos, deveria ir além da comparação com períodos anteriores, focando no monitoramento da equidade entre os municípios, regiões de saúde e estados.

Um problema relevante diz respeito às frequentes mudanças de gestores e técnicos nos municípios, muitas vezes, com insuficiente conhecimento e formação em saúde pública e pouca experiência na discussão e acompanhamento de indicadores de saúde. O monitoramento e pactuação dos indicadores pode se tornar uma atividade cartorial, com pouca aderência às ações de saúde necessárias ao resultado proposto. O acompanhamento dos resultados, tanto interno pelos gestores, como externo para o controle social, pela academia, órgãos de controle, pela sociedade, acontece ex post, depois do resultado obtido, sendo pouca a possibilidade de intervenção ao longo do próprio ano em que se pactuou e se está trabalhando.

Além do já exposto, há limitações nos sistemas de informação, que deixam importantes lacunas, sobretudo no tocante ao cuidado ambulatorial e de emergência e na inviabilidade cotidiana de trabalhar com indicadores de sobrevida, essenciais para monitorar a efetividade do cuidado prestado para doenças crônicas, custo-efetividade de tecnologias, afora a multi ou comorbidade que passam a exigir novas estratégias de cuidado e harmonização terapêutica.



Quadro 3. Uso de indicadores de desempenho na gestão do SUS: fortalezas, desafios e lacunas – alguns exemplos

**Indicadores de desempenho e pactuação**

**Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica:** presente desde o Pacto pela Atenção Básica (PAB) em 2002, foi alterado no título e no modo de cálculo. Monitora a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) e, consequentemente, a atenção primária como porta de entrada do sistema de saúde. Cobertura pela Estratégia Saúde da Família (ESF), integra a dimensão de desempenho dos serviços de saúde, subdimensão acesso, segundo a conceituação do Proadess.

**Média anual de consultas médicas nas especialidades básicas:** presente nos pactos de 2001 a 2008, utiliza informações do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (Siasus), permitindo uma melhor aproximação da utilização do serviço e não apenas da estrutura existente. O Proadess trabalha com o indicador Consultas Médicas, calculando o percentual de pessoas que consultaram médico nos últimos doze meses. Contudo, a fonte de informação é o Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), disponível apenas por Unidade da Federação (UF) e capitais e com periodicidade quinquenal.

**Proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB):** presente no Rol e no Proadess, na subdimensão efetividade da subdimensão desempenho de serviços de saúde. Permite avaliar de forma indireta a atenção básica, o acesso, a efetividade e a eficiência no uso de recursos. Os municípios com as mais altas taxas de internação tendem a ser mais pobres e ter pouca capacidade instalada própria. Cabe ainda referir, principalmente em pequenos municípios, a possibilidade de internações desnecessárias para atender a uma oferta de leitos de baixa complexidade disponível, o que deve ser mais bem investigado.

**Proporção de exodontia** em relação aos procedimentos: indicador que permite avaliar a qualidade e o acesso a ações preventivas e curativas que evitem a extração dentária.

**Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada:** indicador presente para pactuação em todos os anos, exceto 2010. Os valores observados são muito pequenos para as todas as unidades da federação. Além dos evidentes problemas para sua mensuração.

**Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade, de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade. Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade. Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade:** construídos para a população residente, refletem muito mais a oferta e o acesso à capacidade instalada existente.

Para os gestores municipais, que devem pactuar as metas dos indicadores de seus municípios, é bastante difícil atuar, principalmente no curto prazo, para corrigir desigualdades e distorções, desconhecendo ou detendo pouca governabilidade sobre como se dá o acesso da população aos serviços. O Proadess não apresenta qualquer indicador semelhante.

**Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente:** mede o acesso e a adequação da atenção prestada às vítimas de acidentes antes, por meio do Samu, e após chegada ao hospital, com desfecho na internação. Não define um parâmetro a ser alcançado, apenas a ampliação do acesso hospitalar. Utiliza em seu método de cálculo informações do SIM, sistema de cobertura universal, dado que não existe um sistema de informação específico para o cuidado de emergência. Além disso, o método de cálculo considera o município de residência e seria mais indicado trabalhar com ocorrência.

**Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM):** indicador apresentado no Rol para avaliar o acompanhamento das condições associadas ao IAM pela atenção básica, como a hipertensão arterial, e também a disseminação e utilização da linha de cuidado do IAM pelos serviços de saúde. Esses dois objetivos indicam a avaliação de efetividade no primeiro caso e adequação no segundo. Contudo, o indicador é apresentado sem padronização por idade e sexo, impedindo uma correta avaliação.

**Proporção de parto normal:** o indicador foi alterado no instrumento atual – Rol de Indicadores, que anteriormente trabalhava com a taxa de cesarianas, inversamente ao atual. Está presente desde o PAB e ausente do PS apenas nos anos 2009 e 2010; integra a subdimensão adequação do Proadess, que utiliza a taxa de cesarianas.

**Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência:** indicador de mortalidade e efetividade permite avaliar a qualidade da atenção à saúde da mulher. Números elevados estão associados à baixa qualidade ou cobertura da atenção primária, incluindo planejamento familiar, pré-natal, parto e puerpério. O Proadess não utiliza esse indicador

Quadro 3. (cont.)

**Taxa de mortalidade infantil:** indicador de mortalidade, presente para pactuação desde o PAB, algumas vezes, desagregado pelos componentes neonatal ou neonatal precoce e tardio e pós-neonatal. O Proadess utiliza a abertura nos três componentes. Os pactos anteriores ao Rol trabalhavam a mortalidade infantil por componentes. A Portaria nº 91/07 definia a taxa de 16,67 como referência para a mortalidade infantil, que é bastante desigual no País, tendo sido de 18,6/1000 nascidos vivos para o Brasil em 2007, distribuídos da seguinte forma pelas regiões: Sul, 13,0; Sudeste, 14,8; Nordeste, 23,2; Norte, 25,3; e Centro-Oeste, 17,7. Ao propor redução linear para todo o País, não considera a maior dificuldade de redução quando os valores já se encontram baixos, o que torna a meta não exequível para a parcela em melhor situação de saúde. Atualmente, não há parâmetro definido, apenas a redução.

**Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade:** indicador de efetividade e adequação, a incidência de sífilis congênita aumenta e pode ser considerada uma doença reemergente, apresentando importante crescimento em todas as regiões do País. A grande incidência pode ainda estar relacionada à melhor investigação e notificação. A atenção básica tem tratado como um grande obstáculo a reinfeção das mulheres, devido à dificuldade em tratar os parceiros.

**Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis - doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas:** o indicador compõe o acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. A redução da mortalidade por doenças do aparelho circulatório e o crescimento das neoplasias como causas de óbito vêm sendo observadas. No País, as duas causas foram responsáveis por 58% dos óbitos na faixa etária. Indicador importante que permite comparação internacional.

Também vale considerar que o formato como os indicadores, as metas e os resultados são apresentados à pactuação é outro fator que pode acabar gerando o tipo de ‘compromisso cartorial’ não efetivo ou mesmo o erro. Isso pode se dar por vários motivos, como dificuldade de compreensão do instrumento, desconhecimento da evolução histórica dos resultados, das ações necessárias para acarretar impacto, do tempo de ‘maturação’ para a observação de mudanças. Outra questão que merece ser levantada é o tempo político do gestor no cargo, principalmente daqueles que não são oriundos da área da saúde pública, insuficiente para a obtenção de resultados nos indicadores.

Quanto à avaliação de desempenho em si, em geral, a melhoria no resultado dos indicadores de saúde e pactuados não permite que se possa atribuí-las apenas aos serviços de saúde. Ao mesmo tempo, melhoria no acesso, maior preocupação com alguns agravos em saúde, acarretam também melhor notificação, o que pode não representar pior desempenho, mas, sim, maior número de registro de casos e melhor coleta da informação.

Torna-se bastante difícil para os gestores de diversos níveis trabalhar em um cenário onde o ‘pior pode ser melhor’, pois a primeira impressão pode não ser correta, exigindo análise mais profunda, que permitirá a tomada de ação para o enfrentamento do problema. Podemos mencionar o aumento da incidência de sífilis congênita como um provável exemplo dessa situação. A mortalidade materna e de mulheres em idade fértil é outro exemplo em que a maior atenção ao problema pode ocasionar melhor notificação e, portanto, aparentar maior ocorrência do que quando o problema não é informado. Períodos mais longos e estratégias analíticas mais robustas permitiriam melhor avaliação para a tomada de decisão adequada e identificação dos pontos críticos à prestação de cuidado efetivo, seguro, adequado, equânime e igualmente eficiente no uso dos recursos.

Nesse processo, o Mapa da Saúde, que figurava entre as ferramentas instituídas no Decreto nº 7.508, permitiria a análise e comparação temporal e geográfica do desempenho, pelos municípios e entre eles e regiões, estados e macrorregiões, agregando

maior conhecimento e facilidade de análise de modo a reduzir desigualdades no âmbito do sistema de saúde e, particularmente, da rede e serviços de saúde, embora o Mapa não tenha sido plenamente desenvolvido.

Comparando os indicadores de pactuação do SUS (Rol) com o quadro conceitual adotado aqui para avaliação, vale ressaltar que os indicadores da Matriz do Proadess e os pactuados no SUS foram certamente concebidos segundo lógicas distintas e não há muita concordância entre eles. O Proadess é uma proposta de avaliação de desempenho de sistemas de saúde baseada no quadro teórico conceitual que orienta a definição e classificação dos indicadores segundo dimensões e subdimensões e suas inter-relações.

Por sua vez, os indicadores propostos pelos gestores do SUS com vistas ao fortalecimento e consolidação do sistema, são estruturados com base nas prioridades ou diretrizes de saúde organizadas a partir de políticas, linhas de cuidado e redes assistenciais definidas pela gestão. Pretende-se, ainda, atender aos objetivos permanentes de melhoria e aperfeiçoamento dos serviços e das condições de saúde da população, as prioridades políticas da gestão, programas e gargalos, como epidemias – dengue, H1N1, Programa de Saúde da Família (PSF) – ou novos programas como o Mais Médicos, que são também contemplados com a inclusão de algum indicador e frequentes substituições.

Todavia, a quantidade de indicadores, 67, a serem pactuados no Rol é muito grande. A estabilidade relativa, observada nos últimos três anos, mantendo os mesmos indicadores durante o período, permite melhor conhecimento da medida em si, da forma de interpretação e mesmo de acompanhamento. Entretanto, houve retirada de um dos indicadores e pequenas alterações nos métodos de cálculo, obrigando a se iniciar uma nova série, mas podem ser consideradas razoáveis em um processo que é bastante novo.

## Conclusões

Debruçado sobre as principais normas e indicadores empregados para a avaliação e acompanhamento do desempenho do SUS definidos no âmbito do Pacto pela Saúde, no período entre 2006 e 2014, o presente artigo faz emergir as lacunas ou pouca priorização de dimensões, como Eficiência, Respeito e direitos das pessoas, Continuidade do cuidado e Segurança do paciente, incluídas juntamente com Acesso, Efetividade e Adequação no quadro teórico-conceitual do Proadess. Apesar disso, considerando as distintas lógicas e abordagens, a comparação entre as estruturas das duas propostas não pode ser feita de forma direta e inequívoca.

Indicadores de subdimensões do Proadess podem ser encontrados distribuídos nas diferentes prioridades, diretrizes e objetivos propostos, que vigoraram de 2007 a 2015, para a pactuação entre os gestores dos três níveis e esferas de governo do SUS. Contudo, é importante reconhecer que análises e monitoramento sistemático e contínuo, e, sobretudo sua utilização para a tomada de decisão ao longo dos anos são frágeis nas distintas esferas de gestão do SUS, e, em algumas, quase inexistentes. Nessa perspectiva, este trabalho objetivou articular iniciativas no âmbito acadêmico e da gestão dos serviços de saúde com o intuito de fornecer insumos para ampliação e fortalecimento de iniciativas voltadas à melhoria do desempenho do sistema e dos serviços de saúde. A identificação dos avanços e lacunas ajuda a delimitar estratégias, incluindo a necessidade de informação de qualidade.

Em suma, comparativamente ao contexto internacional e considerando os desafios face à magnitude do SUS e abrangência geográfica brasileira, são necessários esforços para criar ferramentas de monitoramento do desempenho, que, aliás, deveriam priorizar menos indicadores intermediários e indiretos de gestão e favorecer os de resultados do cuidado prestado. Entretanto, isso somente

não basta; é imprescindível atuar sobre os problemas identificados, contribuindo para romper com informações produzidas e pactos firmados com o caráter 'cartorial', dotando-os de utilidade para a tomada de decisão, pois os resultados da avaliação de desempenho em si ou a melhoria no valor dos indicadores de saúde, muitas vezes, não têm cumprido esse preceito avaliativo da utilidade. Certamente isso requer recursos e informação, mas também estreitamento da parceria entre academia e gestão. Assim, estratégias analíticas de longo prazo e mais robustas permitiriam a tomada de decisão

informada e a ação sobre alguns pontos críticos à prestação de um cuidado efetivo, seguro, adequado, centrado no paciente, equânime e igualmente eficiente no uso dos recursos.

## Colaboradores

Ceres Albuquerque participou de todas as etapas de desenvolvimento desse estudo e elaboração deste artigo, Monica Martins participou da concepção e revisão crítica do documento. ■

---

## Referências

ALBUQUERQUE, C. *A informação em saúde como instrumento para avaliar o desempenho do SUS: o Estado do Rio de Janeiro, seus Municípios e regiões de saúde*. 2015. 129 f. Dissertação (Mestrado em Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 28 jun. 2011. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm)>. Acesso em: 23 jan. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. *Diário Oficial [da]*

*União*. Brasília, DF, 22 fev. 2006a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html)>. Acesso em: 23 jan. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 699, de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 30 mar. 2006b. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria699\\_30\\_03\\_06.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria699_30_03_06.pdf)>. Acesso em: 23 jan. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 91, de 10 de janeiro de 2007. Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do Pacto Pela Saúde, a serem pactuados por Municípios, Estados e Distrito Federal. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 10 jan. 2007. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0091\\_10\\_01\\_2007.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0091_10_01_2007.html)>. Acesso em: 23 jan. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 2 abr. 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)>. Acesso em: 23 jan. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. *Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde*. 2012. Disponível em: <<http://idsus.saude.gov.br/>>. Acesso em: 23 jan. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Resolução nº 5, de 19 de junho de 2013. Dispõe sobre as regras do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013 - 2015, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 19 jun. 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2013/res0005\\_19\\_06\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2013/res0005_19_06_2013.html)>. Acesso em: 23 jan. 2017.

LIMA, L. D.; QUEIROZ, L. O processo de descentralização e regionalização do SUS no contexto do Pacto pela Saúde. In: MACHADO, C. E. A. *Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 229-251.

LIMA, L. D. *et al.* Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1903-1914, 2012.

PROADESS. *Avaliação do desempenho do sistema de*

*Saúde*. Disponível em: <[www.proadess.icict.fiocruz.br/](http://www.proadess.icict.fiocruz.br/)>. Acesso em: 23 jan. 2017.

RIBEIRO, P.; BARROS, E. Regionalização e coordenação intergovernamental. In: UGÁ, M. A. *et al.* *A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 59-68.

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

VIACAVA, F. *et al.* Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 711-724, 2004.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D.; FERREIRA, M. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2317-2326, 2010.

VIANNA, R. P.; LIMA, L. D. Colegiados de Gestão Regional no estado do Rio de Janeiro: atores, estratégias e negociação intergovernamental. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 23-27, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health systems: improving performance*. Geneva: WHO, 2000.

---

Recebido para publicação em abril de 2016  
Versão final em outubro de 2016  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Processo nº 302936/2013-0