

Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

revista@saudedebate.org.br

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
Brasil

Castex Aly, Célia Maria; Teixeira dos Reis, Afonso; Martins Carneiro, Sérgio Antonio;  
Scheffer Moraes, Luci Fabiane

O Sistema Único de Saúde em série histórica de indicadores: uma perspectiva nacional  
para ação

Saúde em Debate, vol. 41, núm. 113, abril-junio, 2017, pp. 500-512

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406352165013>

# O Sistema Único de Saúde em série histórica de indicadores: uma perspectiva nacional para ação

*The Unified Health System in a historical series of indicators: a national perspective for action*

Célia Maria Castex Aly<sup>1</sup>, Afonso Teixeira dos Reis<sup>2</sup>, Sérgio Antonio Martins Carneiro<sup>3</sup>, Luci Fabiane Scheffer Moraes<sup>4</sup>

**RESUMO** Este artigo analisa a série histórica de um conjunto de indicadores, de 2002 a 2014, relacionados ao Sistema Único de Saúde do Brasil, embasado na metodologia da Proposta de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde. Os resultados mostram que houve uma sensível melhoria nos indicadores de dimensão socioeconômica e nos da dimensão condições de saúde. A melhoria dos indicadores de condições de saúde pode estar relacionada ao incremento de suporte financeiro; ao incremento de recursos humanos; ao aumento do acesso às consultas médicas e aos serviços de alta complexidade; e a uma maior disponibilização de horas de profissionais de saúde para a população residente.

<sup>1</sup>Ministério da Saúde, Secretaria Executiva – Brasília (DF), Brasil. Prefeitura de São Paulo, Secretaria Municipal da Saúde – São Paulo (SP), Brasil. [celia.aly@gmail.com](mailto:celia.aly@gmail.com)

<sup>2</sup>Ministério da Saúde, Secretaria Executiva – Brasília (DF), Brasil. Prefeitura de Belo Horizonte, Secretaria Municipal da Saúde – Belo Horizonte (MG), Brasil. [afonso.reis@sauda.gov.br](mailto:afonso.reis@sauda.gov.br)

<sup>3</sup>Ministério da Previdência Social, Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) – Brasília (DF). Prefeitura de São Paulo, Secretaria Municipal da Saúde – São Paulo (SP), Brasil. [ser.carneiro@gmail.com](mailto:ser.carneiro@gmail.com)

<sup>4</sup>Ministério da Saúde, Secretaria Executiva – Brasília (DF). Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul) – Florianópolis (SC), Brasil. [lucischeffer@gmail.com](mailto:lucischeffer@gmail.com)

**PALAVRAS-CHAVE** Avaliação em saúde. Sistema Único de Saúde. Indicadores.

**ABSTRACT** This article examines the historical series of a set of indicators, from 2002 to 2014, related to the Unified Health System of Brazil, based on the methodology of the Proposal for Evaluation of Performance of the Health System. The results show that there has been a significant improvement in the socioeconomic dimension indicators and in the health conditions dimension. The improvement of the indicators of health conditions may be related to the increase of financial support; increase of human resources; increase of access to medical appointments and services of high complexity; and a greater availability of hours of health professional to the resident population.

**KEYWORDS** Health evaluation. Unified Health System. Indicators.

## Introdução

Monitorar e avaliar permanentemente as políticas públicas responde a uma antiga demanda de setores da sociedade por uma gestão pública de excelência e planejada, por um modelo de gestão dos recursos públicos (SANTOS, 2015). Esse movimento, que tem se fortalecido desde meados da década de 1990 do século XX, provocou a estruturação de sistemas de monitoramento que, mesmo de forma limitada, são capazes de capturar desempenhos, mostrar tendências e apoiar os gestores no planejamento institucional e na prestação de contas à sociedade (JANNUZZI, 2012).

A criação da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa), em 1996, foi fruto do esforço de múltiplas parcerias institucionais. A Ripsa se caracteriza por ser uma agência de caráter participativo das instituições associadas e, desde 1997, sistematiza periodicamente um conjunto de indicadores que mobiliza e tem provocado o monitoramento e a avaliação de pactos institucionais nas três esferas de governo no Sistema Único de Saúde (SUS) (RIPSA, 2008). A institucionalização dos pactos foi outra expressão desse movimento, a exemplo do que ocorreu, entre 2001 e 2006, com o Pacto da Atenção Básica (BRASIL, 2003), e com o Pacto pela Saúde ocorrido, entre 2006 e 2011 (BRASIL, 2006), além da criação do Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) (IDSUS, 2012) e do Pacto do Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015, desde 2013 (BRASIL, 2015).

O Ministério da Saúde (MS), no sentido de apoiar as gestões estaduais e municipais, desenvolveu e tem disponibilizado aferições sistemáticas e coordenadas de indicadores de saúde e de desempenho do sistema brasileiro de saúde, seja para subsidiar análises estratégicas e operacionais, seja para monitorar e avaliar a concretização dos objetivos do SUS, no acompanhamento crítico e qualificado de metas, na prestação de contas e na melhoria da qualidade de serviços oferecidos à população brasileira.

A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (Segep), criada em 2003, está fundamentada na prática do monitoramento e da avaliação das esferas de gestão estadual e municipal e no controle social participativo na gestão federal. Indo nessa direção, em 2011, é criado o Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (Demas/SE/MS), com a finalidade de desenvolver e aperfeiçoar mecanismos, sistemas e modelos analíticos de Monitoramento e Avaliação (M&A).

Em 2012, o Demas/SE/MS criou o IDSUS, resultante de um processo participativo, com consulta pública e participação ativa de gestores, da comunidade científica, de trabalhadores e usuários do SUS. O IDSUS reúne um conjunto de indicadores simples e compostos que buscam fazer uma aferição contextualizada do desempenho do SUS quanto à efetivação de seus princípios norteadores e diretrizes organizativas para a atenção à saúde.

Em uma escala de 0 a 10, o Brasil apresentou um IDSUS de 5,47. A região Sul teve um IDSUS de 6,12; seguida do Sudeste, com 5,56; Nordeste, com 5,28; Centro-Oeste, com 5,26; e Norte, com 4,67. Os estados que apresentaram os índices mais altos foram Santa Catarina, com 6,29; Paraná, com 6,23; e Rio Grande do Sul, com 5,90. Os menores índices foram Pará, 4,17; Rondônia, com 4,49; e Rio de Janeiro, com 4,58 (MEDICI, 2012).

O IDSUS foi uma importante iniciativa de apoio à gestão, por possibilitar monitoramento e avaliação na implantação e no desenvolvimento de políticas, ações e projetos de saúde ao longo do tempo, porém, a divulgação do índice expôs fragilidades de gestão e provocou controvérsias burocráticas, técnicas e políticas, que geraram a interrupção da mensuração e do aprimoramento do índice.

Concomitantemente à reavaliação do IDSUS, o Demas/SE/MS optou por mostrar o desempenho do SUS através da descrição de indicadores em série temporal, considerando que essa forma de apresentação auxiliaria a avaliação da implantação e do desenvolvimento de políticas, ações e projetos ao longo do tempo.

A descrição articulada de um conjunto de indicadores propiciou a criação do ‘O SUS em vista’, no qual os indicadores relacionados ao setor saúde são classificados em 4 dimensões: socioeconômicas, de saúde, de financiamento e de serviços de saúde do SUS, com dados referentes, no mínimo, ao ano de 2002, até 2014 devido ao acesso aos dados atualizados. Os indicadores foram apresentados de forma descritiva através de frequências e proporções em tabelas, gráficos ou mapas.

Este artigo tem como objetivo analisar a série histórica de um conjunto de indicadores, no período de 2002 a 2014, relacionados ao desempenho do SUS, tendo como referência o ‘O SUS em vista’.

## Estratégia metodológica

Os indicadores deste estudo foram selecionados a partir dos resultados produzidos pelo Demas/SE/MS (BRASIL, 2016), intitulado ‘O SUS em vista’, e foram reagrupados segundo a Matriz de Dimensões da Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde (FIOCRUZ, 2003; 2011).

Os critérios de escolha dos indicadores incluídos nesta análise foram: a disponibilidade e a completude dos dados entre os anos de 2002 a 2014; o poder de síntese do indicador; não apresentar similaridade com outro indicador; e ter relevância para a gestão do SUS. Nesse sentido, o presente estudo relaciona um número menor de indicadores e de subdimensões do que o modelo do instrumento de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (Proadess) propõe.

As fontes de dados dos indicadores são do MS e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). São elas: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); Fundo Nacional de Saúde (FNS); Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM); Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc); Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS); Sistema de Informações Hospitalares do

SUS (SIH/SUS); Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops/MS); Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – Suplemento Saúde, de 2003 e 2008 (PNAD-Saúde); Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio anual (PNAD); Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), de 2013; Censo Demográfico de 2012; e estimativas populacionais. Ressalta-se que em 2010 não houve a PNAD devido à realização do censo.

Desse modo, foi possível agrupar os indicadores nas seguintes dimensões da metodologia do Proadess:

### Dimensão socioeconômica da saúde

Foram escolhidos 3 indicadores, que são explicativos da tendência da saúde de um grupo populacional. Os três indicadores apreciados são legitimados e compõem compromissos internacionais do Estado brasileiro (RIPSA, 2008), inclusive, seu monitoramento extrapola a competência exclusiva do MS, compondo a agenda interministerial (BRASIL, 2011). São eles: 1) Produto Interno Bruto (PIB) per capita; 2) Proporção de Pessoas de 10 anos ou mais de idade, sem ou com menos de um ano de instrução; e 3) Proporção da população com renda até meio salário mínimo.

### Indicadores de condições de saúde da população

Na dimensão condição de saúde, foram escolhidos dois indicadores que se destacam pela consistência e pelo significado específico, já amplamente apresentados pela literatura pertinente, além de sinalizarem a interface das ações de saúde com outras ações, programas e políticas sociais em curso (RIPSA, 2008). São eles: 1) Taxa de mortalidade infantil e 2) Esperança de vida ao nascer.

### Dimensão de financiamento do sistema de saúde

Os indicadores selecionados referem-se à

composição das fontes de financiamento e à distribuição da despesa pública em saúde. Foram selecionados três, sendo eles: 1) Despesas do SUS em ações e serviços públicos de saúde financiados por recursos próprios nas três esferas de governo; 2) Transferências SUS, fundo a fundo, da União a municípios, estados e DF; e 3) Médias per capita das despesas em saúde das três esferas de governo.

### Dimensão de recursos humanos do sistema de saúde

Os indicadores selecionados referem-se às pessoas inseridas no sistema de saúde que exercem uma ocupação e possuem uma formação profissional. Foram selecionados quatro: 1) média mensal do número de Equipes de Saúde da Família (EqSF); 2) razão entre horas semanais de médicos e população residente, na atenção básica; 3) razão de horas semanais dos enfermeiros e da população residente, na atenção básica; e 4) razão de horas semanais de outros profissionais de saúde de nível superior, na atenção básica.

### Dimensão de acesso aos serviços de saúde

Os indicadores selecionados expressam a capacidade das pessoas de obter os serviços necessários no lugar e no momento certo. Foram selecionados cinco indicadores. São eles: 1) Razão de internações clínicas de média complexidade, sensíveis à atenção básica, de residentes e população de mesma residência; 2) Razão de internações clínicas de média complexidade, excluídas as sensíveis à atenção básica, de residentes e população de mesma residência; 3) Razão de internações clíni-co-cirúrgicas de alta complexidade de residentes e população de mesma residência; 4) Proporção de pessoas que consultaram médico nos últimos 12 meses; e 5) Proporção da população que referiu internação hospitalar nos últimos 12 meses.

O quadro 1 apresenta os indicadores selecionados conforme objetivos, método de cálculo, unidade de medida, fonte e período de análise.

Quadro 1. Conjunto de indicadores relacionados ao desempenho do SUS selecionados devido a sua completude e relevância para a análise das dimensões de saúde no Brasil, no período de 2002 a 2014.

Indicador	Objetivo	Método de Cálculo e unidade de medida	Fonte	Período de análise
<b>DIMENSÃO SOCIOECONÔMICA DA SAÚDE</b>				
Produto Interno Bruto per capita	Indicar o desenvolvimento econômico do País	Valor do produto interno bruto / População residente Unidade de medida: mil reais* por pessoa	IBGE	2002-2014
Proporção de pessoas, com 10 ou mais anos de idade, sem e com menos de 1 ano de instrução	Indicar o nível de analfabetismo nas pessoas com 10 anos ou mais.	(Nº de pessoas analfabetas + nº de pessoas com menos de 1 ano de instrução / População residente no território e ano avaliado) X 100 Unidade de medida: porcentagem	PNAD	2002-2014
Proporção da população com renda até meio salário mínimo	Indicar a proporção da população em situação de pobreza	(População residente com renda domiciliar mensal de até meio salário mínimo / nº da população total residente no mesmo território e ano avaliado) X 100 Unidade de medida: porcentagem	PNAD	2002-2014

Quadro 1. (cont.)

<b>DIMENSÃO DE CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO</b>					
Taxa de mortalidade infantil	Estimar o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida. Indicar as condições de desenvolvimento socioeconômico. Indicar o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil	(Nº de óbitos com menos de 1 ano de idade)/(Nº de nascidos vivos de mesma residência do ano avaliado) x 1000 Unidade de medida: nº de óbitos a cada mil habitantes	SIM e Sinasc		2002-2013
Esperança de vida ao nascer	Avaliar os níveis de vida e de saúde da população	A partir de tábuas de vida elaboradas para cada área geográfica, toma-se o número correspondente a uma geração inicial de nascimentos (I0) e determina-se o tempo cumulativo vivido por essa mesma geração (T0) até a idade limite. A esperança de vida ao nascer é o quociente da divisão de T0 por I0. Unidade de medida: anos	IBGE		2002-2014
<b>DIMENSÃO DE FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE</b>					
Despesas do SUS em ações e serviços públicos de saúde financeirados por recursos próprios nas três esferas de governo	Indicar o total de despesas do SUS nas três esferas de governo em ações e serviços públicos de saúde	Soma do total de despesas de cada ente federativo, com recursos próprios em ações e serviços públicos em saúde, atualizado pelo IPCA. Unidade de medida: bilhões de R\$*	Siops		2002-2014
Transferências SUS, fundo a fundo, da União a municípios, estados e DF	Indicar o total de recursos financeiros da União transferidos aos municípios, estados e DF	Soma do total de recursos financeiros transferidos para os estados, Distrito Federal e municípios de dotações consignadas nos Orçamentos Fiscais e da Seguridade Social da União. Unidade de medida: bilhões de R\$*	FNS		2002-2014
Médias per capita das despesas em saúde das três esferas de governo	Indicar a despesa média por habitante em ações e serviços públicos de saúde	Despesas em saúde das três esferas do governo / População residente Unidade de medida: mil reais* por pessoa	Siops e IBGE		2002-2014
<b>DIMENSÃO DE RECURSOS HUMANOS DO SISTEMA DE SAÚDE</b>					
Média mensal do número de Equipes de Saúde da Família	Indicar o número médio de equipes no País	Soma do nº de equipes registradas no SCNES / 12 Unidade de medida: nº médio de equipes	SCNES e IBGE		2008-2014
Razão entre horas semanais de médicos, na atenção básica e população residente	Indicar a carga horária dos médicos realizada na atenção básica	(Soma anual das cargas horárias semanais de médicos na atenção básica / 12 X População residente) × 10000 Unidade de medida: hora média	SCNES e IBGE		2008-2014
Razão entre horas semanais de enfermeiros na atenção básica e população residente	Indicar a carga horária dos enfermeiros realizada na atenção básica	(Soma anual das cargas horárias semanais de auxiliares e técnicos de enfermagem / 12 X População residente) X 10000 Unidade de medida: hora média	SCNES e IBGE		2008-2014
Razão entre horas semanais de outros profissionais de saúde de nível superior, na atenção básica e população residente	Indicar a carga horária dos outros profissionais de saúde de nível superior realizada na atenção básica	(Soma anual das cargas horárias semanais de outros profissionais de saúde de nível superior / 12 X População residente) X 10000 Unidade de medida: hora média	SCNES e IBGE		2008-2014

Quadro 1. (cont.)

DIMENSÃO DE ACESSO DO SISTEMA DE SAÚDE					
Razão entre internações clínicas de média complexidade, sensíveis à atenção básica, de residentes e população de mesma residência	Estimar a oferta de internações clínicas de média complexidade, sensíveis à atenção básica	(Nº de internações anuais de clínicas de média complexidade, de residentes, devidas às condições sensíveis à atenção básica / População residente no território e ano avaliado) X 100 Unidade de medida: nº de internações a cada 100 habitantes	SIH/ SUS e IBGE	2008-2014	
Razão entre internações clínicas de média complexidade, excluídas as sensíveis à atenção básica, de residentes e população de mesma residência	Estimar a oferta de internações clínicas de média complexidade, excluídas as sensíveis à atenção básica	(Nº de internações anuais de clínicas de média complexidade de residentes em um território, excluídas aquelas sensíveis à atenção básica / População residente no mesmo território e ano avaliado) X 100 Unidade de medida: nº de internações a cada 100 habitantes	SIH/ SUS e IBGE	2008-2014	
Razão entre internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade de residentes e população de mesma residência	Estimar a oferta de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade	(Nº de internações anuais de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade, de residentes / População residente do mesmo território e ano avaliado) X 1000 Unidade de medida: nº de internações a cada 100 habitantes	SIH/ SUS e IBGE	2008-2014	
Proporção de pessoas que consultaram médico nos últimos 12 meses	Estimar a oferta de consultas médicas da população brasileira	(Nº de residentes com informação de ter consultado médico pelo menos 1 vez, nos últimos 12 meses / Total de residentes dos domicílios selecionados, no mesmo território e ano, avaliados) X 100 Unidade de medida: porcentagem	PNAD- -Saúde e PNS	2003, 2008 e 2013	
Proporção da população que refere internação hospitalar nos últimos 12 meses	Estimar a oferta de internação hospitalar à população brasileira	(Quantidade de residentes com informação de internação hospitalar, por 24 horas ou mais, nos últimos 12 meses / Total de residentes dos domicílios selecionados, no mesmo território e ano, avaliados) X 100 Unidade de medida: porcentagem	PNAD- -Saúde e PNS	2003, 2008 e 2013	

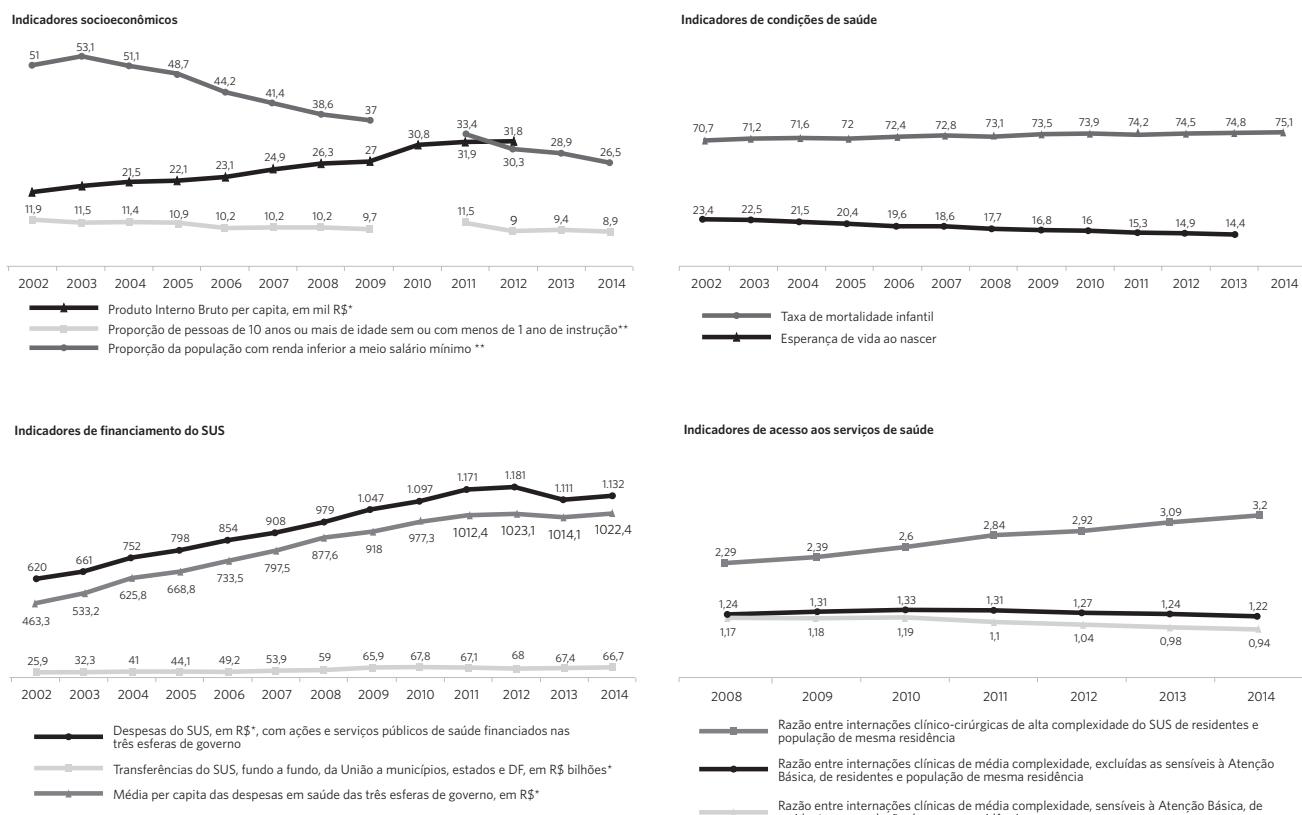
\*Os valores em R\$ foram corrigidos pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), acumulado mensalmente, de janeiro de 2000 a dezembro de 2014.

## Resultados e discussão

A figura 1 apresenta a série histórica e a evolução dos indicadores socioeconômicos, de

condições de saúde, do financiamento do SUS e de acesso aos serviços de saúde, no período de 2002 a 2014.

Figura 1. Série histórica e a evolução dos indicadores socioeconômicos, de condições de saúde, de acesso aos serviços de saúde e de financiamento do SUS, no período de 2002 a 2014



\*Os valores em R\$ foram corrigidos pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), acumulado mensalmente, de janeiro de 2000 a dezembro de 2014.

\*\*A PNAD, em 2010, não foi realizada.

## Indicadores socioeconômicos

Observa-se que o PIB per capita teve um aumento de 65,6% entre 2002 e 2012, passando de R\$ 19.200, em 2002, para R\$ 31.800, em 2012. O PIB per capita apresentou aumento ano após ano, entre 2002 e 2011, e uma queda leve de 0,3% entre 2011 e 2012. Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) (IPEA, 2012), em 2011, o Brasil obteve seu menor nível de desigualdade de renda desde os registros nacionais, iniciados em 1960, e destaca que, em 2003, registrou-se o fim de um ciclo de recessão iniciado em 1980. Esse quadro de maior produção e distribuição de renda é fruto de políticas de governo que visam a uma maior justiça social.

Houve a redução de 24,4% na proporção de pessoas analfabetas ao se compararem os dados de 2002 com os de 2014, que passaram de 11,9% para 8,9%. Ressalta-se que esse indicador mede o percentual de pessoas com 10 anos de idade ou mais sem instrução e das pessoas com menos de um ano de instrução, sendo que, quanto menor o percentual, melhor o nível de instrução da população brasileira nessa faixa etária.

O Brasil, que possui a 5<sup>a</sup> maior população do mundo, segundo o Comunicado nº 7 do Ipea (IPEA, 2010), ocupa a 8<sup>a</sup> posição em números absolutos de analfabetos. Ao ser comparado com os países selecionados no referido comunicado, verifica-se que o Brasil encontra-se em uma posição intermediária.

De um lado, o Paquistão, com a taxa de analfabetismo de 46,3%, e do outro, o Chile, com 1,4%. Embora o analfabetismo ainda se configure como um problema social, pode-se afirmar que a redução do analfabetismo indica uma melhoria do nível educacional brasileiro, resultante de um maior investimento governamental.

Houve a redução de 40,6% na proporção de pessoas com renda inferior a meio salário mínimo, ao se comparar 2002 com 2014, que passou de 51% para 26,5%. Essa redução verificada vai ao encontro de estudos que mostram que os índices de pobreza e extrema pobreza caíram rapidamente nos últimos 10 anos e que o perfil da pobreza no Brasil foi bastante e frequentemente alterado para melhor (CAMPOLLO, 2013).

### Indicadores de condições de saúde

Os indicadores de condição de saúde selecionados apresentam a evolução da taxa de mortalidade infantil e da esperança de vida ao nascer, no período de 2002 a 2014. Após análise desses indicadores, verificou-se uma redução na taxa de mortalidade infantil de 36,3% ao se comparar 2002 com 2013, passando de 23,4 para 14,4 mortes por mil habitantes. Segundo o 'Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio',

medidas de combate à pobreza e à desnutrição e as iniciativas de promoção da saúde da criança, como a oferta de vacinas gratuitas a todas as crianças, foram capazes de reduzir, de modo significativo, a mortalidade infantil.

(IPEA, 2014, P. 10).

Com relação à esperança de vida ao nascer, verifica-se o aumento de 4,4 anos em 12 anos, passando de 70,7 anos, em 2002, para 75,1 anos, em 2014. A literatura científica mostra a estreita relação causal entre diminuição da mortalidade infantil e esperança de vida (DUARTE ET AL., 2002; GESSER, 2005).

O aumento da esperança de vida ao nascer indica melhoria das condições de vida e de saúde da população.

Cabe ressaltar que tanto a mortalidade infantil como a esperança de vida ao nascer são indicadores síntese de desenvolvimento socioeconômico por apresentarem consistência e capacidade de discriminação para afirmar melhoria das condições de vida.

### Indicadores de financiamento do SUS

Os investimentos financeiros com o SUS aumentaram em 90,5%, entre 2002 e 2014, com ações e serviços públicos de saúde financiados por recursos próprios nas três esferas de governo, passando de R\$ 620 mil para R\$ 1.132 bilhões de reais, configurando um aumento substancial na transferência de recursos financeiros para o SUS.

As transferências do SUS, fundo a fundo, da União aos municípios, estados e DF, em bilhões de reais, considerando os blocos de financiamento (atenção básica, atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, vigilância em saúde, assistência farmacêutica, gestão do SUS e investimentos na rede de serviços de saúde), passaram de 25,9 bilhões de reais, em 2002, para 66,79 bilhões de reais, em 2014 – um aumento de 162,5%.

A média per capita das despesas em saúde das três esferas de governo, em reais, atualizados pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) de janeiro de 2015, por transferências de fundo a fundo e de pagamentos diretos, em 2002, passou de R\$ 159 para R\$ 357,1, em 2014, representando um aumento de 122,6%.

A estabilidade na transferência e no aumento de recursos financeiros deve-se, inicialmente, à Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, ao vincular recursos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios para serem obrigatoriamente gastos em ações e serviços públicos de saúde (MELAMED; PIOLA, 2011). Esse instrumento legal foi o meio usado para cobrir o fim da

Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), em 2007, e manter o nível de investimento crescente.

Destaca-se que a Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, estabelece a porcentagem mínima da arrecadação dos impostos a ser aplicada em ações e serviços públicos de saúde pelos estados, Distrito Federal e municípios.

### Indicadores de acesso aos serviços de saúde

Os indicadores de acesso aos serviços de saúde apresentam a evolução das internações de média complexidade sensíveis e não sensíveis à atenção básica e as internações de alta complexidade, de 2008 a 2014.

Observa-se um aumento contínuo, de 2008 a 2014, da razão entre população e internações de alta complexidade, que passou de 2,29 para 3,2, o que leva a inferir que houve investimento e um maior acesso a esse tipo de serviço, que não é sensível às ações de atenção básica e ambulatorial e que apresenta um custo mais elevado.

Quanto à razão entre a população e as internações de média complexidade, excluídas as sensíveis à atenção básica, no período estudado, verifica-se que houve pequeno decréscimo de 0,2, passando de 1,24, em 2008, para 1,22, em 2014, com flutuações no

período. Esse resultado pode indicar uma discreta melhoria na organização de serviços ambulatoriais e qualificação dos recursos físicos e humanos existentes no SUS.

Com relação à razão de internações de média complexidade sensíveis à atenção básica, no período, houve decréscimo de 0,23, sendo que, a partir de 2010, o decréscimo foi constante, passando de 1,19, no referido ano, para 0,94, em 2014. Pode-se inferir que essa diminuição da razão se deve a uma maior hierarquização do SUS com maior entrada no sistema de saúde pela atenção básica.

Verifica-se que houve um aumento na proporção de pessoas que consultaram médicos entre os anos de 2003 e 2013, passando de 62,8% para 71,2%, e que houve redução na proporção da população que refere internação hospitalar nos anos de 2003 a 2013, passando de 7% para 6%.

Assim, infere-se que a maior oferta de consultas médicas para a população brasileira acarretou diminuição das internações.

### Indicadores de recursos humanos do SUS

A *tabela 1* apresenta a evolução de dados relacionados à atenção básica: média mensal de EqSF e carga horária dispensada pelos profissionais do SUS à população, de 2008 a 2014.

Tabela 1. Média mensal de Equipes de Saúde da Família (EqSF) e carga horária dispensada pelos profissionais do SUS à população, de 2008 a 2014

Indicadores	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Média mensal de EqSF	29.610	30.914	32.172	32.934	34.026	35.638	41.613
<i>Razão entre horas semanais:</i>							
Médicos	97	99,8	105,6	112,1	116,2	114,8	131,3
Enfermeiros	86,9	91,9	96,6	99	103	103,6	111,1
Outros profissionais de nível superior	31,5	38,1	44,4	47,7	52	55,7	65,3

No período de 2008 a 2014, houve um aumento de 40,5% no número de EqSF, passando de 29.610 para 41.613 equipes. Percebe-se que, durante o período estudado, houve um aumento progressivo no número de EqSF, com um crescimento mais acentuado em 2014, devido ao Programa Mais Médicos, que passou a contar com 18.240 médicos.

Com relação à razão de horas semanais de médicos e população residente na atenção básica, observou-se o aumento de 35,4%, entre 2008 e 2014, em que a média passa de 97 para 131,3.

Destaca-se o aumento mais acentuado no período entre 2013 e 2014, em que a razão de horas semanais passou de 114,8 para 131,3 horas. Esse aumento deve-se à implantação do Programa Mais Médicos, que, em dezembro de 2014, contou com o ingresso de 13.825 médicos para atendimento na atenção básica, distribuídos em 3.714 municípios em todos os estados do País.

No tocante à razão de horas semanais entre enfermeiros na atenção básica e população residente, verifica-se que houve aumento decorrente, principalmente, do aumento da carga horária semanal dos enfermeiros da atenção básica vinculados ao SUS no País. Essa razão passou de 86,9, em 2008, para 111,1, em 2014, com um aumento de 35,4%.

E a razão de horas semanais de outros profissionais de nível superior mais que dobrou entre 2008 e 2014. Apresentou um aumento de 107,3%, passando de 31,5 para 65,3 horas. Verifica-se o maior incremento em 2014, o que indica maior incentivo na implantação de equipes multiprofissionais na atenção básica.

## Considerações finais

Avaliar o desempenho de um sistema de saúde é uma tarefa bastante complexa devido aos inúmeros determinantes inter-relacionados que influenciam a condição de saúde de uma população. Todo sistema de saúde está intrinsecamente organizado

e inserido em um contexto político-social que o determina e a quem ele diretamente influencia. É essa interação entre determinantes gerais e respostas específicas que tem sido motivo de preocupação de diversos autores. Castellanos (1997) é um desses estudiosos. Ele entende que a avaliação de um sistema de saúde pressupõe uma ação para modificar a situação de saúde da população.

Tendo em consideração que a organização de um sistema de saúde é simultaneamente determinada pela situação de saúde da população da área de abrangência e pela resposta organizada a essa situação, é fundamental, para a análise do desempenho, envolver e compreender os determinantes das condições de vida e saúde da população estudada.

Outra questão que deve ser considerada, quando da avaliação do desempenho, é se os objetivos do sistema de saúde estão claramente definidos, pois, para medir o alcance, é necessário que os objetivos estejam explícitos e, de preferência, pactuados entre os atores envolvidos.

Santos (2015), em seu estudo, traz uma definição abrangente de sistema de saúde e mostra a complexidade e amplitude do tema, que é avaliar um sistema de saúde, quando escreve

a definição de um sistema de saúde tem um conjunto das intervenções que têm como meta problemas específicos, sociais ou de saúde; com uma série de intervenções: de serviços preventivos aos serviços paliativos, passando pelos serviços de diagnósticos e curativos. Compreendem as grandes funções da saúde pública: vigilância, proteção e promoção da saúde, prevenção das doenças, avaliação do sistema dos serviços de saúde, desenvolvimento das competências em saúde pública. Entendo que os sistemas de saúde não têm responsabilidades diretas ou governabilidade sobre o conjunto das condições sociais, econômicas, culturais e demográficas que afetam a capacidade das pessoas de viver bem e por muito tempo. (SANTOS, 2015, p. 34-35).

Podemos, ainda, acrescentar a essa definição

questões importantes a um sistema de saúde não contempladas, como a reabilitação física e profissional, o controle social e a integralidade com as ações relacionadas à seguridade social.

A criação de um índice, que correlacione indicadores, é ainda uma questão polêmica no campo da saúde pública. As iniciativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), por exemplo, de estabelecer um índice mundial e do Ministério da Saúde, com o IDSUS, geraram muitos questionamentos e reações. A matriz de avaliação do Proadess, por outro lado, é uma importante iniciativa no sentido de avaliar um sistema de saúde, pois faz uma descrição extensa dos elementos constitutivos de um sistema, suas dimensões e subdimensões, e dos indicadores que os expressam, porém, não contempla questões importantes do setor saúde, como a vigilância epidemiológica e sanitária, a promoção da saúde, entre outros temas da saúde coletiva. Outro aspecto a ser destacado na matriz do Proadess é que ela tangencia a necessidade de uma definição clara e abrangente dos objetivos para avaliar desempenho. Trata-se, portanto, de um modelo de análise de desempenho que necessita de aprimoramentos e de outros insumos para completar a análise do desempenho.

Analizar o desempenho de um sistema como o SUS, que não tem comando único, organizado em realidades desiguais, com demandas diferenciadas, culturas diversas e, principalmente, por envolver condicionantes e estruturas de governos municipais, estaduais e do governo federal, é realmente desafiador.

Todavia, a definição de Santos (2015) norteou a realização de uma análise crítica sobre 'O SUS em vista'. Na perspectiva de enfrentar esse desafio é que foi elaborado 'O SUS em vista', que parte de uma definição tácita sobre sistema de saúde e seus objetivos e que escolhe indicadores, relações e agrupamentos para avaliar o desempenho do SUS sem explicitar os critérios utilizados. Baseado nisso, foi feita a escolha e o agrupamento dos indicadores em: socioeconômicos; de saúde; de financiamento; e de serviço de saúde do SUS não são explicitados.

Levando em consideração as limitações acima discutidas, o presente artigo se constitui em uma iniciativa, ainda que parcial, de fornecer e correlacionar dados e informações para subsidiar estudos mais detalhados e localizados sobre o desempenho do SUS.

O artigo mostra que, no período de 2002 a 2014, houve uma sensível melhoria em um conjunto de indicadores tanto de natureza socioeconômica quanto de condições de saúde. A melhoria dos indicadores de condições de saúde está provavelmente relacionada: ao incremento de suporte financeiro e de recursos humanos; ao aumento do acesso às consultas médicas básicas e aos serviços de alta complexidade; e à maior disponibilização de horas de profissionais de saúde para a população residente, conforme apresentado.

Destaca-se a inovação do indicador, que demonstrou um aumento na razão de horas semanais de médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde de nível superior na atenção básica, indicando mais contato e maior vínculo entre profissional de saúde e população residente. Anteriormente, esse dado era apresentado apenas no montante de recursos humanos através do número de profissionais.

O acompanhamento regular, em curtos espaços, de indicadores gerais e específicos, como o indicador de horas entre profissional e usuário, permite ajustar rotas e escolhas e corrigir equívocos (JANNUZZI, 2012). Nesse sentido, é importante valorizar estudos transversais sobre os indicadores que avaliam o desempenho do SUS em suas dimensões constitutivas.

Entretanto, faz-se necessário ampliar o debate e insistir no caminho de construir um índice geral de desempenho do SUS que entenda e contemple a complexidade de ações, com a necessária participação dos atores envolvidos. O índice do SUS pode ser um poderoso instrumento de gestão para as três esferas de governo, pois permite a síntese de dimensões distintas, assim como permite o acompanhamento sistemático da implantação de ações de saúde ao longo do tempo, apoiando a gestão na tomada de decisões. ■

## Referências

- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. *Plano plurianual 2012-2015: projeto de lei*. Brasília, DF: Ministério do Planejamento, 2011. Disponível em: <[http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/arquivo/spi-1/ppa-1/2012/mensagem\\_presidencial\\_ppa-2.pdf](http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/arquivo/spi-1/ppa-1/2012/mensagem_presidencial_ppa-2.pdf)>. Acesso: 15 abr. 2016.
- \_\_\_\_\_. 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*. Brasília, DF, 22 fev. 2006. 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: 14 mar. 2016.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Pacto de Indicadores da Atenção Básica: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 3, n. 2, p. 221-224, abr./jun. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v3n2/a13v03n2.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2016.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. *IDSUS: Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde*. 2012. Disponível em: <<http://idsus.saude.gov.br/documentos.html>>. Acesso: 15 mar. 2016
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. *O SUS em vista: indicadores socioeconômicos, de saúde, de financiamento e de serviços de saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0B3VoXrhGOORWWW5yd1NTY3BfOE0/view?usp=sharing>>. Acesso em: 25 out. 2016.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. *Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015*. 3 ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. (Série Articulação Interfederativa; v. 1). Disponível: <[http://189.28.128.100/sispacto/CadernoDiretrizes2013\\_2015.pdf](http://189.28.128.100/sispacto/CadernoDiretrizes2013_2015.pdf)>. Acesso em: 16 fev. 2017.
- CAMPELLO, T. (Org.). *Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania*. Brasília, DF: Ipea, 2013.
- CASTELLANOS, P. L. Epidemiologia, Saúde Pública, Situação de Saúde e Condições de Vida. Considerações conceituais. In: BARATA, R. C. B. (Org.). *Condições de vida e saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997.
- DUARTE, E. C. et al. Expectativa de vida ao nascer e mortalidade no Brasil em 1999: análise exploratória dos diferenciais regionais. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 12, n. 6, p. 436-444, dez. 2002.
- GESSER, H.C. *Expectativa de vida no Brasil: a geração de modelos explicativos por regressão linear múltipla*. 2005. 137 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, 2005.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA  
APLACADA (IPEA). *Duas décadas de desigualdade e pobreza no Brasil medidas pela PNAD/IBGE*. Brasília, DF: Ipea, 2012. (Comunicados do Ipea; 155). Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/comunicado/120925\\_comunicadodoipea155\\_v5.pdf](http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/comunicado/120925_comunicadodoipea155_v5.pdf)>. Acesso: 1 abr. 2016.
- \_\_\_\_\_. *Evolução do analfabetismo e do analfabetismo funcional no Brasil: Período 2004-2009*. Brasília, DF: Ipea, 2010. (Comunicados do Ipea; 70). Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/101209\\_comunicadoipea70.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/101209_comunicadoipea70.pdf)>. Acesso: 1 abr. 2016.
- \_\_\_\_\_. *Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento*. Brasília, DF: Ipea, 2014.
- JANUZZI, P. *Indicadores sociais no Brasil*. Campinas: Alínea, 2012.

MEDICI, A. O Índice de Desempenho do SUS (IDSUS). *Monitor de Saúde*, [S.l.], ano 7, n. 35, mar. 2012. Disponível em: <<http://monitordesauda.blogspot.com/2012/03/o-indice-de-desempenho-do-sus-idsus.html>>. Acesso: 14 mar. 2016.

MELAMED, C.; PIOLA, S. F. (Org.). *Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF: Ipea, 2011.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). *Projeto de Desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro (PROADESS)*: relatório final. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. Disponível em: <<http://www.proadess.icict.fiocruz.br/relatoriofinal.pdf>>. Acesso: 1 mar. 2016.

\_\_\_\_\_. *Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro: indicadores para monitoramento*: relatório

final. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. Disponível em: <<http://www.proadess.icict.fiocruz.br/SGDP-RELATORIOFINAL24-5-2011.pdf>>. Acesso: 9 mar. 2016.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE (RIPSA). *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

SANTOS, L. C. *Crítica a modelos de avaliação de desempenho de sistemas de saúde*. 2015. 146 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

---

Recebido para publicação em abril de 2016  
Versão final em novembro de 2016  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve