



**QUALIDADE DA SAÚDE NO BRASIL: UM RETRATO DO SEU DESEMPENHO  
BASEADO NA ABORDAGEM SISTÊMICA**

**HEALTH QUALITY IN BRAZIL: AN OVERVIEW OF ITS PERFORMANCE BASED  
ON THE SYSTEMIC APPROACH**

 **Evelyn de Britto Dutra**

Especialista em Atenção Básica, Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ  
Brasília, DF – Brasil.  
[evelynbritto@gmail.com](mailto:evelynbritto@gmail.com)

 **Vanessa Cabral Gomes**

Doutora em Administração, Universidade de Brasília – UnB  
Brasília, DF – Brasil.  
[vanessac.unb@gmail.com](mailto:vanessac.unb@gmail.com)

**Resumo:** O objetivo deste trabalho é avaliar, por meio da abordagem sistêmica, indicadores de qualidade da saúde no Brasil. A saúde representa um sistema, que transforma insumos em resultados especializados, como serviços para atender às necessidades de saúde dos usuários. Trata-se de uma pesquisa descritiva com dados quantitativos e secundários. O instrumento de pesquisa utilizado foi uma adaptação do Painel de Monitoramento e de Avaliação da Gestão do Sistema Único de Saúde, que divide os indicadores em: entradas — demandas, capital e força de trabalho; processos — participação e controle social; saídas — produtos e resultados. Os principais resultados apontaram que, dos 17 indicadores analisados, somente sete atenderam ao critério de qualidade, sendo um nas entradas, três nos processos e três nas saídas. Embora as entradas não estejam sendo supridas com qualidade, os indicadores de resultados mostram que as demandas transformadas conseguem impactar positivamente a saúde da população.

**Palavras-chave:** Indicadores de qualidade no Sistema Único de Saúde. Teoria geral de sistema. Sistema Único de Saúde.

**Abstract:** The aim of this study is to evaluate, through the systemic approach, quality indicators of the Brazilian Public Health System. The Public Health System represents a system that transforms supplies into specialized assets to attend its user's healthcare needs. This is a descriptive research based on quantitative and secondary data. The instrument used was an adaptation of the Unified Health System's Monitoring and Evaluation Panel, which divides indicators into inputs, processes and outputs. To complement the panel, values were searched which would serve as official parameters for quality assessment for all indicators. The main results indicate that, of the 17 indicators, only seven (7) meet the quality criteria, one (1) being of inputs, three (3) of processes and three (3) of outputs. Lastly, although the demands (inputs) aren't being supplied with quality, the result indicators show that the transformed inputs can positively impact the healthcare assistance of the population.

**Keywords:** Quality indicators in the Unified Health System. Systems general theory. Unified Health System.

**Cite como**

*American Psychological Association (APA)*

Dutra, E. B., Gomes, V. C. (2020, set./dez.). Qualidade da saúde no Brasil: um retrato do seu desempenho baseado na abordagem sistêmica. *Rev. gest. sist. Saúde*, São Paulo, 9(3), 554-577.  
<https://doi.org/10.5585/rgss.v9i3.17257>.



## 1 Introdução

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

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

Apesar da garantia dos direitos relacionados à saúde, notam-se poucos avanços na governança das organizações e carência de avaliações de resultados na área de saúde, o que ratifica a importância dos processos de monitoramento e avaliação. Para uma adequada gestão dos recursos, surge a pertinência em discutir a qualidade do sistema de saúde, em busca da eficiência, efetividade e satisfação dos usuários (Moita, Raposo, & Barbosa, 2019).

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

No Brasil, o sistema de saúde é composto da rede privada e da pública. Por um lado, a rede privada de atendimento à saúde tende a ser mais cobrada pelos clientes, visto que o pagamento é feito de forma direta. Por outro lado, a rede pública é financiada por todos por meio de impostos pagos pela sociedade, existindo uma visão errônea de que o sistema é direcionado à classe de baixa renda (Mezomo, 2001). Os consumidores desse sistema são todos



os cidadãos, seja de forma direta, como pacientes, seja de forma indireta, como compradores de medicamentos não sujeitos à receita médica ou apenas como destinatários de informações relacionadas à saúde (WHO, 2000).

Na medida em que a sociedade é impactada com os resultados do sistema de saúde, é relevante conhecer a qualidade do sistema, mostrando-se uma preocupação constante dos gestores, que precisam articular os recursos disponíveis aos processos de trabalho para gerar um impacto positivo na vida das pessoas (Grimm, 2016). Isso fica ainda mais evidente no setor saúde, pois a qualidade dos serviços prestados reflete diretamente na vida do indivíduo, na função social e no compromisso com a comunidade (Burmester, 2013).

Para o aprimoramento dos serviços, a avaliação se faz necessária pela sua capacidade de julgar os resultados encontrados subsidiando a tomada de decisão do gestor (Tanaka & Tamaki, 2012). No Brasil, mantém-se uma cultura de não monitorar nem avaliar o desempenho das ações públicas, sendo poucas as iniciativas (Grimm, 2016; Tanaka & Tamaki, 2012). Diante do exposto, o objetivo deste trabalho é avaliar, por meio da abordagem sistêmica, indicadores de qualidade da saúde no Brasil.

## 2 Referencial teórico

### 2.1 Abordagem sistêmica

Por mais que a complexidade varie em menor ou maior grau, toda organização enfrentará problemas complexos. Nesse sentido, a abordagem sistêmica entra como uma ferramenta para solucionar essas situações com base na identificação dos componentes e na compreensão das variáveis de forma sistêmica (Maximiano, 2011). Não é difícil encontrar exemplos de sistemas no mundo real, dispostos em caráter público ou privado, isolados, como um hospital, ou abrangentes, como o sistema de saúde, naturais, como um organismo vivo, ou elaborados, como as organizações sociais, entre outras classificações (Martinelli & Ventura, 2006). Com base nisso, as organizações são percebidas como um sistema que abrange estruturas reais formadas por um conjunto de partes coordenadas com objetivos em comum (Maximiano, 2011; Martinelli & Ventura, 2006).

Nesse contexto, surge a Teoria Geral dos Sistemas (TGS), que defende um método para explicar sistemas e suas questões complexas, visto que “o conceito de ‘todo’ é diferente do conceito da soma das partes, porque, quando as partes estão agregadas e formando o todo, este se torna uma estrutura independente, com papel distinto do papel das partes” (Martinelli &



Ventura, 2006, p. 7). Dessa maneira, é necessário compreender o funcionamento das partes isoladamente, como também tratado no todo, na interação dinâmica entre elas, pois o comportamento se diferencia (Bertalanffy, 2012).

Segundo a TGS, as organizações são compostas das estruturas entradas, processo e saídas (Tajra, 2014). A entrada, também chamada de *input*, representa o estímulo do ambiente externo para o interno, que disponibiliza todos os elementos ou insumos necessários ao funcionamento do sistema (Maximiano, 2011). Slack, Chambers, Harland, Harrison e Johnston (2006) observam, ainda, que os *inputs* se dividem em recursos transformados e transformadores.

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

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

Enfim, as saídas ou *outputs* são os produtos ou os serviços que o sistema pretendia alcançar — muitas vezes, o sistema anseia a produção dos dois (Maximiano, 2011; Slack et al., 2006). Esse resultado pode ser um produto entregue aos clientes ou simplesmente a transformação deles mesmos, sendo os próprios *outputs* do sistema, alterando-se alguma condição física, psíquica, biológica, social. Na saúde, o paciente é o *input* e o *output*, e o seu processamento é realizado de maneira que fique satisfeito com a maximização dos cuidados com a sua saúde e com a minimização dos seus custos (Slack et al., 2006).

Nos casos em que o principal recurso transformado é o próprio cliente, o serviço prestado apresenta algumas características, como a produção e o consumo realizados de forma simultânea e um alto nível de contato com consumidor. Nos serviços, os usuários julgam os resultados por meio de suas percepções (Slack et al., 2006). De forma bastante simplificada, o retorno desse julgamento realizado pelos usuários ao sistema é chamado de *feedback*, ou seja,



significa a retroalimentação da informação ou saída de um sistema que a ele retorna para reforçar ou modificar o comportamento do sistema (Maximiano, 2011).

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

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

## 2.2 Avaliação dos serviços de saúde no brasil

Ao longo dos anos, surgiram iniciativas que se destacaram no processo de fomentar a avaliação, como a criação do Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH), em 1998, destinado à pesquisa de satisfação dos usuários nos ambulatórios, pronto-socorros e nas internações, bem como à avaliação técnica realizada por gestores estaduais e municipais de hospitais, que mais tarde foi ampliado para o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS), a criação da Política Nacional de Regulação do SUS, incluindo as ações do PNASS, a instituição do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), a proposição de uma metodologia do Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS) e a criação do Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) (Reis, Oliveira, & Sellera, 2012).

Apesar dos inúmeros esforços, pode-se observar que as estratégias idealizadas ocorreram de forma fragmentada e descontínua, portanto surgiu um movimento para



sistematizar um Sistema de Avaliação para a Qualificação do SUS que teria como componente o PNASS, o PMAQ, o IDSUS e as pesquisas nacionais de avaliação do acesso e de satisfação dos usuários (Reis, Oliveira, & Sellera, 2012). Ainda assim, a proposta não permitiria uma visão sistêmica da saúde, pois as partes estão sendo avaliadas separadamente, e o PNASS e o PMAQ consideram níveis diferentes de serviços.

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

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

Mesmo com os incentivos para a realização da avaliação, nota-se que ainda consiste em um desafio incorporar a avaliação e o monitoramento do sistema de saúde à cultura cotidiana. Muitas vezes eles são encarados como um processo prescritivo e burocrático. Mensurar a capacidade de resposta dos serviços, acompanhar os efeitos das intervenções e identificar e corrigir problemas são algumas prerrogativas da avaliação, subsidiando a tomada de decisão. Enfim, são meio de garantir a qualidade no âmbito do SUS (Reis, Oliveira, & Sellera, 2012).

### **3 Procedimentos metodológicos**

Trata-se de uma pesquisa descritiva e quantitativa, com uso de dados secundários, disponíveis *on-line*. O estudo calculou os indicadores propostos por Tamaki et al. (2012), com base no Painel de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, no intuito de apontar forma de avaliar a situação de saúde e tomar decisões. As informações são disponibilizadas para apoiar a tomada de decisão, na perspectiva de subsidiar o planejamento e o controle dos serviços prestados pelas organizações de saúde (Ministério da Saúde [MS], 2015b). Nesse contexto, a



qualidade dos dados mostra-se um fator primordial para validação das informações obtidas (Walliman, 2015).

Esse Painel de Monitoramento e de Avaliação da Gestão do SUS foi construído e validado por diferentes especialistas da área, indicado para uma análise sistêmica no âmbito do sistema de gestão em saúde. O processamento do sistema de saúde baseado no modelo sistêmico contempla 17 indicadores distribuídos nas seguintes partes: nove (9) indicadores de entradas, que representam todos os recursos exigidos como mão de obra, capital e fundos operacionais, tecnologia e demandas; quatro (4) de processos, que exigem a organização desses recursos num conjunto apropriado de procedimentos formais e informais para transformá-los em resultados; quatro (4) de saídas, que representam a prestação de serviços de cuidado em saúde (Mezomo, 2001). Houve uma adaptação no painel de acordo com a definição de processo de transformação de Slack et al. (2006).

Os indicadores são utilizados como ferramentas de avaliação e também de monitoramento para subsidiar os processos dinâmicos da gestão (Tamaki et al., 2012), que aproveitam as informações fornecidas no Sistema de Informações em Saúde (SIS), com um conjunto de dados coletados, processados e armazenados de diferentes temas dentro do setor saúde (MS, 2015b). Para a coleta dos dados, foi utilizado o aplicativo TABNET, desenvolvido pelo DATASUS para tabular e organizar os dados de forma rápida e simples, conforme variáveis desejadas. Esse tabulador permite exportar os dados para planilhas eletrônicas como Excel. Os dados coletados são de 2016, ano que representa o período mais atual com dados válidos, para os indicadores com parâmetros definidos oficialmente pelo MS ou pela OMS. Nos casos em que o indicador não apresentou parâmetro, foi realizada uma análise longitudinal a fim de acompanhar a trajetória dos resultados. Isso significa que a coleta de dados apresentou caráter transversal (obtenção dos dados em janeiro de 2019), e foram utilizados dados transversais (2016) e longitudinais (recorte de dez anos conforme a disponibilidade dos dados), a depender do indicador.

Os indicadores foram analisados e dispostos conforme a dimensão, a fonte de dados, o parâmetro, a fonte do parâmetro, o resultado e a qualidade. A busca dos parâmetros oficiais foi necessária para servirem de critérios de qualidade, comparando-se os resultados encontrados com seus respectivos parâmetros, a fim de avaliar se os resultados atendiam ou não ao desempenho esperado de qualidade.



#### 4 Análise e discussão dos resultados

Os indicadores foram estruturados conforme a Teoria Sistêmica, de acordo com o Painel de Monitoramento e de Avaliação da Gestão do SUS, em: entradas, compreendendo demandas, capital e força de trabalho; processos, incluindo participação e controle social; e saídas, correspondendo a produtos e resultados. O Quadro 1 descreve os principais resultados encontrados.

**Quadro 1** – Retrato da qualidade brasileira conforme dimensão, indicador, fonte de dados, parâmetro, fonte do parâmetro, resultado e qualidade

Dimensão	Indicador	Fonte de dados	Parâmetro	Fonte do parâmetro	Resultado	Qualidade
Demandas	Proporção de nascidos vivos de mães com mais de 6 consultas de pré-natal	SINASC	100%	Cadernos de Atenção Básica n. 32	68%	Não atende
	Razão do número de consultas de urgência por habitante	SIA-SUS	-	-	Aumentou	Não atende
Capital	Proporção de recursos próprios aplicados na saúde, segundo EC-29	PROADESS	100%	Emenda Constitucional 29 de 2000	98%	Não atende
	Proporção de transferências para a saúde em relação ao gasto total da esfera	PROADESS	-	-	Aumentou	Não atende
	Gasto público em saúde <i>per capita</i>	PROADESS	-	-	Diminuiu	Não atende
	Proporção de estabelecimentos de saúde sob gestão própria	CNES	-	-	Diminuiu	Não atende
Força de trabalho	Razão do número de médicos por habitante	CNES	1 por 1000 habitantes	Portaria 1.631 de 2015	1,8	Atende
	Proporção de trabalhadores que atendem no SUS	CNES	-	-	Diminuiu	Não atende
	Proporção de existência de Plano de Cargos, Carreiras e Salários	SARG-SUS	100%	Lei 8.142 de 1990	89%	Não atende





Participação e controle social	Proporção de Sistema de Ouvidoria implantado	Relatório Gerencial Ouvidor SUS	100%	Portaria 399 de 2006	30%	Não atende
	Proporção de Relatórios anuais de gestão apreciados no Conselho de Saúde	SARG-SUS	100%	Lei 8.142 de 1990	100%	Atende
	Proporção de Planos de Saúde apreciados no Conselho de Saúde	SARG-SUS	100%	Lei 8.142 de 1990	100%	Atende
	Realização de Conferência de Saúde	SARG-SUS	100%	Lei 8.142 de 1990	100%	Atende
Produtos	Razão de consultas básicas por habitante	SIA-SUS	-	-	Diminuiu	Não atende
	Razão de tomógrafos por habitante	CNES	1 por 100 mil habitantes	Portaria 1.631 de 2015	1,9	Atende
Resultados	Proporção de mortalidade por causas mal definidas	SIM	Menor 10%	Manual MS de 2009	5,8	Atende
	Taxa de Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária	PROADESS	-	-	Diminuiu	Atende

Fonte: das autoras.

#### 4.1 Demandas

As demandas podem ser compreendidas como os recursos que precisam ser transformados e apresentaram indicadores correspondentes aos temas de consultas de pré-natal e consulta de urgência. A variável “consultas de pré-natal” trata do número de consultas para avaliar a gestação. Segundo a OMS, o número apropriado de consultas seria igual ou superior a seis (6), ou seja, para um acompanhamento de qualidade, as gestantes deveriam fazer, no mínimo, seis consultas de pré-natal (MS, 2013a). A perspectiva desse indicador aponta o primeiro nível de atenção do SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS), que atua ativamente no pré-natal priorizando políticas públicas preventivas.

Os dados de pré-natal estão disponíveis na base SINASC e são apresentados na razão: (quantidade de gestações com 7 ou + de consultas / número total de nascidos vivos) x 100



(Tamaki et al., 2012). Assim, o parâmetro para essa variável seria 100% dos nascidos vivos terem sete (7) ou mais consultas de pré-natal. Os resultados apontam que, no Brasil, 68% dos nascidos vivos tiveram mais de sete consultas de pré-natal. Dessa forma, no Brasil, o indicador número de consultas de pré-natal não é atendido com qualidade.

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

Em relação às urgências, o indicador sobre a quantidade de consultas revela a capacidade do sistema de atender à demanda espontânea e, portanto, não previsível. Para filtrar as consultas de urgência, foi preciso conhecer a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do SUS, instituída pela Portaria 321 de 8 de fevereiro de 2007, que agrupa os procedimentos com base em códigos do mais geral para o específico (grupo, subgrupo, forma de organização, procedimento e dígito verificador). Não houve parâmetro para essa variável, logo foi feita uma análise longitudinal para mostrar sua evolução no tempo.

Os dados foram retirados da base SIA-SUS e tratam da razão: número de consultas de urgência / número de habitantes. Assim, quanto maior o número de atendimentos de urgência, menor a resolutividade do sistema para prevenir situações críticas que agravam rapidamente a saúde, o que expressa um fator de não qualidade (Mendes, 2011). Ao longo dos anos, é possível evidenciar que, no Brasil, a demanda aumentou de 0,8 consultas/hab. (no ano de 2008) para 1,3 consultas/hab. (no ano de 2016).

Portanto, houve aumento nas demandas de urgência, o que significa que a variável não atendeu ao critério de qualidade, justificando a necessidade de investigar as possíveis causas, visto que existem iniciativas atuantes nesse nível de atenção. Implantada em 2003, a Política Nacional de Atenção às Urgências tem o objetivo de promover atenção integral às urgências por meio de seus componentes pré-hospitalar, hospitalar e pós-hospitalar. Mais tarde, em 2011, foi instituída a Rede de Atenção às Urgências no SUS, ampliando o acesso e prestando atendimentos de forma ágil e oportuna (Portaria n. 1.600, MS, 2011).



#### 4.2 Capital

Diferentemente das demandas, o capital entra no rol de recursos que atuam na transformação da demanda. Foram elencados como indicadores o cumprimento da EC 29, a transferência fundo a fundo, o gasto *per capita* e o estabelecimento sob gestão própria. O financiamento, historicamente, mostra-se uma preocupação dentro do SUS, uma vez que não representa uma tarefa simples financiar um sistema universal e gratuito. A fonte dos dados foi a base PROADESS na esfera municipal, exceto para o indicador sobre estabelecimento sob gestão própria.

Em resposta a essa problemática, garantindo mais recursos para a saúde, houve a regulamentação da Emenda Constitucional n. 29 em 13 de dezembro de 2000, que define o percentual mínimo de aplicação na saúde para as três esferas de governo. Segundo a EC, estados/DF e municípios devem aplicar, no mínimo, 12% e 15% da arrecadação dos impostos, respectivamente. Já a União aplica “O montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual” (Conselho Nacional de Secretários de Saúde [CONASS], 2007).

O parâmetro estabelecido pela EC 29 foi a aplicação mínima de 15%. Os resultados mostram que, no Brasil, 98% dos municípios atendem à Emenda Constitucional 29, gastando, no mínimo, 15% de sua receita própria em saúde. Esses achados convergem com o CONASS (2007), que afirma os resultados positivos da EC 29, pois até 2004 existiu um aumento de 35% com gastos públicos em saúde em relação ao ano anterior à Emenda. Contudo, é importante salientar que ainda existem municípios que destinam menos de 15% de suas receitas próprias à saúde, havendo a necessidade de se investigarem os motivos dessa ocorrência. Assim, em escala nacional, a variável “cumprimento da EC 29” não atendeu aos quesitos de qualidade.

Outra fonte de financiamento do SUS é o Orçamento da Seguridade Social arrecadado pela União, que descentraliza o recurso em forma de transferência fundo a fundo a estados e municípios. Assim, o indicador aqui analisado mostra o percentual do gasto total público municipal em saúde incorporado por transferências de outros entes, União e estado, ou seja, o percentual dos gastos financiados por fontes externas ao município, revelando a dependência financeira.

Como o indicador de transferência não apresenta um parâmetro, os dados foram calculados e analisados considerando o período de dez anos. Considera-se critério de qualidade



a autonomia dos municípios, visto que a descentralização é uma das diretrizes do SUS (Constituição Federal, 1988). Portanto, quanto menor o percentual de transferências, maior é a independência financeira do município, apresentando-se de acordo com o fator de qualidade.

Percebe-se que, ao longo dos anos, o percentual de transferência variou nacionalmente de 43%, em 2007, a 42%, em 2016. Levando em consideração o aumento do percentual de 39%, em 2015, para 42%, em 2016, conclui-se que houve maior dependência financeira dos municípios brasileiros, não atendendo ao critério de qualidade.

Os valores definidos para as transferências deveriam ser orientados por critérios descritos no artigo 35 da Lei 8.080, de 1990, como perfil demográfico e epidemiológico da região, características da rede de saúde, desempenho técnico, econômico e financeiro do período anterior, entre outros. Porém, na prática, o critério inicialmente utilizado foi o populacional e, posteriormente, o montante dos repasses foi definido pela série histórica das transferências (CONASS, 2007). Assim, questiona-se se a função do orçamento, de distribuir equitativamente os recursos de acordo com necessidades de saúde, está sendo cumprida. O conceito de equidade é um princípio norteador dos serviços de saúde, pois diminui as disparidades sociais e regionais (MS, 2000). Portanto, promover a equidade corresponde à oferta de ações de maneira adequada conforme as necessidades do princípio de justiça social, ampliando o acesso para populações em situação de maior desigualdade (CONASS, 2011).

Combinado à análise de transferências de outras esferas governamentais do SUS, o gasto *per capita* em saúde é formado por todas as fontes de recurso do município, sejam elas por recurso próprio ou por transferência. Não foram encontradas referências que estabelecem o valor ideal de gasto municipal *per capita* em saúde, apenas valores gastos por países, não se aplicando ao contexto municipal. Então, realizou-se um acompanhamento longitudinal dos valores médios de gasto *per capita* em saúde pelos municípios no Brasil.

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



representando um aumento de 122,6%” (Aly et al., 2017, p. 507). Contudo, nos anos de 2015 e 2016, houve uma queda nos gastos públicos municipais *per capita* no Brasil, o que representa que, em 2016, esse indicador não atendeu ao quesito qualidade.

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

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

Aqui a fonte de dados se difere da dos demais indicadores de capital, tendo sido exportada do CNES. As informações sobre o tipo de administração dos estabelecimentos são encontradas na categoria natureza jurídica, considerando a quantidade de estabelecimentos de saúde ditos como administração direta. Como não foram encontrados parâmetros oficiais para esse indicador, optou-se por fazer uma análise histórica. No decorrer dos dez anos analisados, o percentual brasileiro diminuiu de 33% (em 2007) para 27% (em 2016). No âmbito nacional, houve uma queda no percentual de estabelecimentos sob gestão própria do Estado, assim, não atendeu ao quesito de qualidade.

#### 4.3 Força de trabalho

A força de trabalho foi considerada recurso transformador, subdividindo-se nos seguintes indicadores: médicos por habitantes, força de trabalho de caráter público e Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS). A razão do número de médicos por habitante indica a disponibilidade de oferta dessa força de trabalho específica para atender à população. As informações foram extraídas do CNES e das estimativas populacionais do IBGE para comparar com o parâmetro de um (1) médico para cada 1.000 habitantes, estabelecido pelo MS, por meio da Portaria 1.631, de 1º de outubro de 2015. Os dados apontam que o Brasil supera a quantidade



de médicos na relação por pacientes, sendo que, em 2016, havia 1,8 profissionais para cada mil habitantes. Logo, pode-se dizer que, no âmbito nacional, o indicador número de médicos por 1.000 habitantes atendeu ao quesito qualidade.

Para indicar a força de trabalho de caráter público em saúde, foi calculada a proporção de trabalhadores que atendem no SUS, também com dados do CNES. É importante ressaltar que se trata de todos os funcionários de saúde, não se limitando a médicos. Mais uma vez, por não ter sido encontrado parâmetro para esse indicador, foi feita uma análise longitudinal. Essa variável busca medir a força de trabalho existente no sistema de saúde público, ou seja, a proporção de trabalhadores da saúde que se dedicam ao atendimento público. Dessa forma, uma queda no número de profissionais que atendem no SUS prejudica diretamente a capacidade de produção. As consequências da falta de recurso humano repercutem negativamente na qualidade na assistência pública, que é garantida na Constituição Federal. Gonçalves, Batista, Hora e Costa (2012) evidenciam que as organizações públicas são marcadas pela demora no atendimento e falta de interesse com o paciente, muitas vezes motivadas pela falta de profissionais.

Por um lado, no Brasil, mais de 80% da força de trabalho dedicam-se à saúde pública. Por outro lado, houve uma diminuição dos profissionais que atendem no SUS: em dez anos, foi de 86% a 83%. Por fim, é importante ressaltar que, com a queda no percentual de trabalhadores no SUS em 2016, essa variável não atendeu ao quesito qualidade.

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

A discussão para normatizar as carreiras no SUS é antiga, prevista na Lei Federal 8.142, de 1990, como um dos critérios de transferências de recursos para os municípios, estados e o DF, no inciso VI, art. 4º, que estabelece que todos deverão contar com “Comissão de Elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação”. Nos anos posteriores, várias iniciativas foram realizadas para efetivar essa questão, por exemplo, a NOB/RH-SUS de 1998, definindo normas gerais para a implantação



de planos de carreiras, a Portaria GM/MS n. 626/04, que cria uma Comissão Especial para Elaborar Diretrizes do PCCS e, finalmente, a Portaria GM/MS n. 399/06 (Pacto de Gestão), que institui as Diretrizes Nacionais para a Instituição de PCCS no SUS (CONASS, 2013). Como a Lei 8.142 estabeleceu que todos os municípios, estados e o DF teriam até 1992 para implementar o PCCS, o parâmetro para essa variável é 100%.

Em 2016, 89% dos estados possuíam o PCCS. Destaca-se que a disponibilidade e a qualidade dos relatórios não são das melhores: existiram estados que não publicaram o relatório ou até mesmo relatórios com informações incompletas. Assim, com os dados apresentados, pode-se concluir que a variável Plano de Carreiras, Cargos e Salários não atendeu ao quesito qualidade, convergindo com o CONASS (2013), que afirma que a falta do plano de carreira desvaloriza o desenvolvimento profissional e dificulta a melhora na qualidade dos serviços.

As dificuldades encontradas na relação envolvendo a força de trabalho são relatadas no estudo de Gontijo et al. (2020), afirmando que o SUS ainda não consegue resolver as demandas de saúde da população. A vivência dos trabalhadores do sistema de saúde é marcada pela insatisfação, os profissionais revelaram não se sentirem valorizados, o que, aliado à sobrecarga de trabalho, reflete no prejuízo da segurança e da qualidade dos serviços prestados.

#### *4.4 Participação e controle social*

Responsável por conectar a entrada com a saída, transformando os insumos em serviços, o processo de transformação leva em consideração os meios formais, como normas, e tecnologias, para que o sistema, além de funcionar, trabalhe de acordo com os princípios e valores pré-estabelecidos. Portanto, os indicadores que compreendem a dimensão de participação e controle social são divididos em quatro variáveis, relacionados à implantação de Ouvidoria, ao Relatório Anual de Gestão, ao Plano de Saúde e à Conferência de Saúde.

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

As informações sobre a implantação de Ouvidorias no Brasil foram retiradas do Relatório Gerencial da Ouvidoria do SUS, conforme o número de municípios que implantaram esse espaço. Os dados são atualizados anualmente por região, e o parâmetro utilizado é a



implantação da Ouvidoria em 100% dos municípios, conforme estabelecido no Pacto de Gestão do SUS (Portaria GM/MS n. 399/2006). Somente 30% dos municípios brasileiros têm implantada uma Ouvidoria do SUS. Assim, o Brasil não atendeu ao critério de qualidade, pois se encontrou incipiente nos canais direto e livre para o recebimento de percepções dos cidadãos quanto aos seus serviços prestados. A consequência disso, segundo o MS (2013b), é avaliação e fiscalização tardias do sistema.

É importante destacar que, em dezembro de 2016, foi publicada a Portaria Interministerial n. 424/2016, estabelecendo normas relativas às transferências de recursos da União por convênios e contratos. Essa portaria define como responsabilidade dos destinatários dos recursos manter um canal de comunicação efetivo, ou seja, implementar Ouvidoria para receber manifestações sobre a qualidade do sistema. Portanto, espera-se que o cenário descrito apresente melhoras.

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

A fonte de dados para esse indicador foi o SARG-SUS, tendo sido extraídos no âmbito estadual, agregados por região. O parâmetro utilizado foi a Lei Federal 8.142, de 1990, que estabelece a existência desses instrumentos e apreciação no conselho, como critérios para o repasse de recurso. A análise dos relatórios aponta que 100% dos RAG e Plano de Saúde de todos os estados brasileiros foram apreciados pelos Conselhos de Saúde em 2016. Conclui-se que, para o ano de 2016, o parâmetro foi alcançado, mostrando a capacidade de transparência e participação social, e, assim, o indicador atendeu ao quesito qualidade.

O último indicador de processo refere-se à realização de Conferência de Saúde, que constitui uma instância colegiada prevista a ser realizada de quatro em quatro anos, com o objetivo de avaliar a situação de saúde e formular diretrizes para política de saúde (Lei n. 8.142, 1990). Igualmente aos indicadores de RAG e de Plano de Saúde, a Conferência foi instituída com a Lei Federal 8.142, de 1990, como um dos critérios para o repasse de recurso, e os dados foram extraídos do SARG-SUS em âmbito estadual. Logo, o parâmetro considerado foi retirado





da referida lei, que estabelece que todos os entes da federação devem realizar Conferências, de quatro em quatro anos.

A Conferência de Saúde é composta de representantes de diferentes segmentos sociais. A representação dos usuários é paritária em relação aos demais, isto é, 50% dos participantes serão formados exclusivamente por usuários de saúde. Essa definição é justificada para concretizar a criação de um espaço de protagonismo do usuário, este exercendo diretamente a participação no sistema (Lei n. 8.142, 1990).

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

#### 4.5 Produtos

Referentes aos bens e serviços alcançados por todo o processo de transformação no sistema, os produtos compreendem as saídas imediatas do sistema, representadas pelos indicadores de consultas básicas e uso de tomógrafos.

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

Não foi encontrado parâmetro para o indicador de consultas básicas, portanto, foi realizada uma análise longitudinal. A interpretação desse indicador informa que o número de consultas na APS reflete a cobertura ou a capacidade do sistema de atender à demanda esperada, portanto espera-se um número maior de consultas para atender ao quesito de qualidade (Portaria n. 2.436, MS, 2017). Os resultados mostram que, no âmbito nacional, houve um aumento de consultas entre 2008 e 2014, de 4,1 consultas/hab. para 4,7 consultas/hab., respectivamente, porém, nos anos posteriores, a razão cai até alcançar 3,7 consultas/hab., em 2016. Com base na



queda no número de consultas na Atenção Primária à Saúde no Brasil em 2016, o indicador não atendeu ao critério de qualidade.

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

Diferentemente das consultas básicas, a variável relacionada ao uso de tomografias computadorizadas avalia a cobertura da atenção especializada, que indica o acesso da população aos equipamentos de alta complexidade (Mendes, 2011). A razão de tomografia foi calculada, com base no CNES e nas estimativas do IBGE, com as informações da quantidade de equipamentos em uso, desconsiderando os tomógrafos que, embora existentes, estivessem desativados.

O parâmetro, indicado na Portaria n. 1.631 de 2015 recomenda um (1) tomógrafo para cada 100.000 habitantes (MS, 2015a). Tamaki et al. (2012) propõem o indicador de quantidade de tomografias realizadas com dados da base SIA-SUS, entretanto optou-se por considerar a quantidade de tomógrafos em uso (informações do CNES) pelo fato de existir parâmetro. Conforme os parâmetros, o Brasil conseguiu alcançar o valor mínimo estipulado, apresentando uma razão de 1,9 tomógrafos em uso/100 mil habitantes, logo o uso de tomógrafos atendeu ao fator de qualidade.

#### *4.6 Resultados*

Sobre os resultados, foram utilizados indicadores de saídas do sistema no longo prazo, na perspectiva de indicadores de mortalidade por causas mal definidas e Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP).

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



O Brasil apresentou um resultado que atendeu ao critério de qualidade, pois 6% são mortes registradas no Capítulo XVIII do total de óbitos para o ano de 2016. Esse resultado é consequência de investimentos do MS em uma série de medidas de redução desses óbitos, como qualificação na investigação da causa do óbito e formalização da autópsia verbal (MS, 2008). No ano de 2003, o percentual de óbitos por causas mal definidas correspondia a 13,3% no país (Cunha, Teixeira, & França, 2017). Assim, o MS lançou o Programa “Redução do Percentual de Óbitos com Causas Mal Definidas” para os anos de 2004-2008 (MS, 2008b).

Mais tarde, em 2010, Cunha, Teixeira e França (2017) realizaram um estudo para avaliar os resultados frente a essa temática e constataram que as ações do MS reduziram os óbitos por causas mal definidas (7% para o Brasil). Com base nesse histórico, os resultados encontrados aqui mostram um ótimo cenário para o indicador, com um decréscimo de 18,9% entre os anos de 2003 e 2016 para a região Nordeste, portanto nota-se que houve uma melhoria na qualidade da assistência por meio do incentivo direto do MS.

As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária consideram um conjunto de agravos, como, por exemplo, doenças imunizáveis, diabetes, hipertensão, asma, entre outros, que não deveriam chegar em grande quantidade ao hospital (Pereira, Silva, & Lima Neto, 2014). Em 2008, o MS lançou uma relação brasileira com 19 agravos considerados de ICSAP por meio da Portaria n. 221, de 17 de abril de 2008. Portanto, a fórmula de cálculo considera: número de internações hospitalares por causas sensíveis à APS x 100 / número total de internações hospitalares (Fundação Oswaldo Cruz [FIOCRUZ], & Ministério da Saúde [MS], 2011).

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

Ao longo dos dez anos, pode-se perceber que houve uma diminuição do percentual de ICSAP. A variação do Brasil, nos anos analisados, foi de 4%, mas, nos anos de 2015 e 2016, o percentual se manteve com 9% de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, comparadas ao total de internações no SUS. Dessa forma, pode-se dizer que esse indicador atendeu ao quesito de qualidade.



A interpretação para o resultado é que a Atenção Primária à Saúde está sendo efetiva no país. O efeito da redução dessas internações, ao longo dos anos, pode ser consequência da incorporação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) aprovada em 2006. Um dos principais objetivos da APS é a proximidade com as famílias, caracterizada por sua descentralização, sendo o primeiro contato com o sistema de saúde pública de maneira longitudinal (Portaria n. 2.436, MS, 2017). A Atenção Primária à Saúde não é uma espécie de triagem em que a maioria dos usuários é encaminhada aos demais níveis de atenção; a proposta é ser resolutiva com a capacidade de solucionar 85% dos problemas de saúde da comunidade (MS, 2008a).

## 5 Considerações finais

Diante da avaliação dos 17 indicadores de qualidade do sistema de saúde pública, de acordo com Tamaki et al. (2012), encontra-se que sete deles atendem ao critério de qualidade, sendo somente um na entrada (médicos por habitantes), três no processo (realização de Relatório Anual de Gestão, Plano de Saúde e Conferência de Saúde) e três na saída (tomógrafos por habitantes, mortalidade por causas mal definidas e ICSAP). Por um lado, o que se pode concluir é que a entrada do sistema foi a parte que menos atendeu aos parâmetros de qualidade, as demandas não estão sendo supridas e os recursos transformadores estão atuando abaixo do esperado, isto é, de forma limitada. As dificuldades encontradas são relatadas no estudo de Gontijo et al. (2020), afirmando que o SUS ainda não consegue resolver as demandas de saúde da população. Por outro lado, os indicadores de processo e saída tiveram melhor desempenho e atenderam aos quesitos de qualidade.

Em relação às fontes de informações utilizadas para se obterem os indicadores do painel, novas fontes foram encontradas conforme a disponibilidade dos dados. Os indicadores acessíveis no PROADESS foram aproveitados na proporção de recursos próprios aplicados na saúde, proporção de transferências para a saúde, gasto público em saúde e taxa de Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Outras adaptações relacionadas às fontes de dados foram as informações de processos encontradas em relatórios, tanto do Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão, quanto do Portal de Ouvidoria do SUS, e as informações sobre o uso de tomógrafos, com os dados do CNES. Essas alterações facilitaram e agilizaram o acesso às informações *on-line* para montar o painel.

Outra questão de extrema importância destacada no estudo sobre qualidade é a busca de parâmetros para comparar os resultados encontrados. Com o mapeamento dos parâmetros dos



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

A abordagem sistêmica permitiu uma avaliação do Sistema Único de Saúde – SUS, como um todo, apontando as áreas críticas. A análise envolveu não somente a situação de saúde dos indivíduos, como também o seu financiamento, a força de trabalho e o controle social. Dessa forma, os resultados apresentados apontaram prioridades para aumentar a qualidade no funcionamento do sistema e a tomada de decisão, sendo fundamental para mensurar o alcance dos objetivos, além dos pontos fortes e dos pontos fracos do Sistema Único de Saúde. Quando a avaliação é realizada olhando somente por um aspecto do sistema, de forma isolada, a capacidade de mudança é limitada.

### Referências

- Aly, C. M. C., Reis, A. T., Carneiro, S. A. M., & Moraes, L. F. S. (2017). O Sistema Único de Saúde em série histórica de indicadores: Uma perspectiva nacional para ação. *Saúde debate*, 41(113), 500-512. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042017000200500&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000200500&lng=en&nrm=iso).
- Bertalanffy, L. (2012). *Teoria Geral dos Sistemas: Fundamentos, desenvolvimento e aplicações* (6a ed.). Petrópolis-RJ: Vozes.
- Burmester, H. (2013). *Gestão da qualidade hospitalar*. São Paulo: Saraiva.
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2007). *O financiamento da saúde*. (n. 3). Brasília: CONASS. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS).
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2011). *Sistema Único de Saúde*. (vol. 1). Brasília: CONASS. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS).
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2012). *Nota técnica 06/2012*. Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamentação da EC 29/2000. Brasília: CONASS. (Coleção Progestores).
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2013). *Nota técnica 29/2013*. Discutindo Carreiras no SUS. Brasília: CONASS. (Coleção Progestores).



Constituição da República Federativa do Brasil. (1988, 5 de outubro). Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm).

Cunha, C. C., Teixeira, R., & Franca, E. (2017). Avaliação da investigação de óbitos por causas mal definidas no Brasil em 2010. *Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília*, 26(1), 19-30. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222017000100019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000100019&lng=en&nrm=iso).

Fundação Oswaldo Cruz [FIOCRUZ]; Ministério da Saúde [MS]. (2011). Matriz dos Indicadores do PROADESS. *Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde*. Disponível em: <https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=matr>.

Gonçalves, P. S., Batista, R. F., Hora, H. R. M., & Costa, H. G. (2012). Qualidade de serviços públicos de emergências em unidades pré-hospitalares: Um estudo exploratório no município de Campo dos Goytacazes. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 3(2), 539-553. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/123/117>.

Gontijo, M. D., Viegas, S. M. F., Freitas, A. T. S., Maia, A. F. F., Nitschke, R. G., & Nabarro, M. (2020). Atuação cotidiana no Sistema Único de Saúde em sua terceira década. *Escola Anna Nery*, 24(4), e20190350. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v24n4/1414-8145-ean-24-4-e20190350.pdf>.

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

Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)

Malik, A. M., & Schiesari, L. M. C. (1998). *Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde*. (vol. 3). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. (Série Saúde & Cidadania).

Martinelli, D. P., & Ventura, C. A. A. (Orgs.) (2006). *Visão sistêmica e administração: Conceitos, metodologias e aplicações*. São Paulo: Saraiva.

Martins, P. G., & Laugeni, F. P. (2015). *Administração da produção* (3a ed.). São Paulo: Saraiva.

Maximiano, A. C. A. (2011). *Introdução à Administração* (8a ed. rev. e ampl.). São Paulo: Atlas.

Mendes, E. V. (2011). *As Redes de Atenção à Saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

Mezomo, J. C. (2001). *Gestão da Qualidade na saúde: Princípios básicos*. São Paulo: Ed. Manole.



- Miclos, P. V. Calvo, M. C. M., & Colussi, C. F. (2015). Avaliação do Desempenho da Atenção Primária em Saúde através da Análise Envoltória de Dados. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 6(2), 1749-63. Disponível em:  
<http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/22498>
- Ministério da Saúde. (2000). *Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em:  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_principios.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf)
- Ministério da Saúde. (2008a). *Manual de estrutura física das Unidades Básicas de Saúde: Saúde da família*. (2a ed.). Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_estrutura\\_ubs.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_ubs.pdf)
- Ministério da Saúde. (2008b). *Manual para investigação do óbito com causa mal definida*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_investigacao\\_obito.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_investigacao_obito.pdf)
- Ministério da Saúde. (2013a). *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília: Ministério da Saúde. (Série A Cadernos de Atenção Básica, n. 32). Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_pre\\_natal\\_baixo\\_risco.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf)
- Ministério da Saúde (2013b). *Guia de orientações básicas para implantação de ouvidorias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_orientacoes\\_implantacao\\_ouvidorias\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_orientacoes_implantacao_ouvidorias_sus.pdf)
- Ministério da Saúde. (2015a). *Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2015b). *Sistemas de Informação da Atenção à Saúde: Contextos históricos, avanços e perspectivas no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistemas\\_informacao\\_atencao\\_saude\\_contextos\\_historicos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistemas_informacao_atencao_saude_contextos_historicos.pdf)
- Ministério da Saúde, & Organização Pan-Americana da Saúde. (2009). *Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): Uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização*. Brasília. Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejaSUS\\_livro\\_1a6.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejaSUS_livro_1a6.pdf)
- Moita, G. F., Raposo, V. M. R., & Barbosa, A. C. Q. (2019). Validação colaborativa de macrodimensões e indicadores-chave para avaliação de performance de serviços de saúde no Brasil. *Saúde em Debate (online)*, 43(5), 232-247. Disponível em:  
<https://scielosp.org/article/sdeb/2019.v43nspe5/232-247/pt/>
- Paladini, E. P. (2012). *Gestão da qualidade: Teoria e prática* (3a ed.). São Paulo: Atlas.
- Pereira, M. J. B., Abrahão-Curvo, P., Fortuna, C. M., Coutinho, S. S., Queluz, M. C., Campos, L. V. O., ... Santos, C. B. (2011). Avaliação das características organizacionais e



- de desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde. *Rev. Gaúcha Enferm. (Online)*, 32(1), 48-55. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472011000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000100006&lng=en&nrm=iso).
- Portaria n. 1.600, de 7 de julho de 2011. Ministério da Saúde. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html).
- Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília-DF, 2017. (Série E. Legislação em Saúde).
- Sala, A., Luppi, C. G., Simões, O., & Marsiglia, R. G. (2011). Integralidade e Atenção Primária à Saúde: Avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. *Saúde e sociedade*, 20(4), 948-960. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902011000400012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400012&lng=en&nrm=iso)
- Santos, M. A. B., Madeira, F. C., Passos, S. R. L., Bark, F., Oliveira, K. B., & Andreazzi, M. A. R. (2014). Autonomia financeira em estabelecimentos públicos e privados de saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 30(1), 201-206. Disponível em  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2014000100201&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2014000100201&lng=pt&nrm=iso).
- Slack, N., Chambers, S., Harland, C., Harrison, A., & Johnston, R. (2006). *Administração da Produção*. São Paulo: Atlas.
- Tajra, S. F. (2014). *Planejamento e informação: Métodos e modelos organizacionais para a Saúde Pública*. São Paulo: Érica.
- Tamaki, E. M., Tanaka, O. Y., Felisberto, E., Alves, C. K. A., Drumond Junior, M., Bezerra, L. C. A., ... Miranda, A. S. (2012). Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(4), 839-849. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000400007&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000400007&script=sci_abstract&lng=pt).
- Tanaka, O. Y., & Tamaki, E. M. (2012). O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(4), 821-828. Disponível em: <  
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a02.pdf>.
- Viacava, F., Almeida, C., Caetano, R., Fausto, M., Macinko, J., Martins, M., ... Szwarcwald, C. L. (2004). Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciênc. saúde coletiva*, 9(3), 711-724. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232004000300021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300021&lng=en&nrm=iso).
- Walliman, N. (2015). *Métodos de pesquisa*. São Paulo: Saraiva.
- World Health Organization. (2000). The world health report. *Health systems: Improving performance*. Genebra: WHO