



ARTIGOS

Painel de Monitoramento e de Avaliação da Gestão do SUS: um mapeamento das principais fontes de informações públicas de saúde no Brasil com base no modelo sistêmico.

*Evelyn de Britto Dutra¹
Vanessa Cabral Gomes²*

RESUMO

A gestão de serviços de saúde apresenta um contexto desafiador em meio aos diferentes níveis de assistência e estruturas complexas e precisa dispor de uma prática administrativa que otimize os recursos na obtenção de melhores resultados. Essa complexidade pode ser melhor entendida com a abordagem da teoria de sistemas e aplicando técnicas de melhoria para obter os resultados esperados, que de maneira geral representam o atendimento às necessidades de saúde da população. Atualmente no Brasil, existe uma grande quantidade de informações produzidas pelo sistema de saúde que subsidia a criação de indicadores e possibilita o acompanhamento do sistema. Nesse contexto, o objetivo geral desse trabalho é mapear as principais fontes de dados públicos de saúde no Brasil, com base em indicadores Painel de Monitoramento e de Avaliação da Gestão do SUS. Para complementar o painel, buscou-se informações sobre parâmetros para avaliação desses indicadores, o que pode servir de base na compreensão dos dados coletados. Trata-se de uma pesquisa descritiva, realizada por duas etapas: mapeamento das principais fontes de dados online dos indicadores e pesquisa bibliográfica e documental sobre a existência de parâmetros para esses indicadores. O instrumento utilizado na pesquisa, o qual identificou os indicadores do sistema de saúde, é o Painel de Monitoramento e de Avaliação da Gestão do SUS. Dos 17 indicadores selecionados, nove (9) foram encontrados em bases de dados diferentes das apresentadas pelo Painel. Isso mostra a necessidade da revisão periódica da fonte dos dados disponíveis. Em relação aos parâmetros, buscou-se métricas para cada um dos 17 indicadores, sendo identificados 10 indicadores com algum parâmetro oficial para análise. Como já colocado, a inclusão desses parâmetros pode ajudar na avaliação dos indicadores ao ser uma base para comparação dos resultados.

PALAVRAS-CHAVE: Teoria Sistêmica. Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. Base de Dados da Saúde.

¹Especialista em Atenção Básica pelo Hospital Universitário de Brasília (HuB). *E-mail:* evelynbritto@gmail.com.

²Doutora em Administração pela Universidade de Brasília (UnB). *E-mail:* vanessac.unb@gmail.com.

**SUS Monitoring and Evaluation Panel:
a mapping of the main sources of public health information in Brazil
based on the systemic model.**

ABSTRACT

Health service management presents a challenging context amidst different levels of care and complex structures, and needs to have an administrative practice that optimizes resources for better results. This complexity can be better understood by the systemic theory and applying improvement techniques to obtain the expected results, which, in general, represents the health needs of the population. Currently in Brazil, there is a great amount of information produced by the health system that subsidizes the creation of indicators and enables monitoring of the system. In this context, the aim of this study is to map the main sources of public health data in Brazil, based on indicators of the Monitoring and Evaluation Panel of SUS' Management. To complement the panel, information about parameters was sought to evaluate these indicators, which may serve as a basis for understanding the data collected. This is a descriptive research carried out by two steps: mapping of the main online data sources of the indicators and bibliographic and documentary research on the existence of parameters for these indicators. The resource used in the research, which identified the indicators of the health system, is the SUS' Monitoring and Evaluation Panel. The main results show that of the 17 selected indicators, nine (9) were found in databases other than those presented by the Panel, showing the need of a frequent review of the available data sources. Regarding the parameters, the metrics was searched for each of the 17 indicators, and identified 10 indicators with official parameter for analysis. As mentioned, these official parameters can contribute to increase the evaluation of the indicators, as being a metric-based results comparison.

KEYWORDS: Systemic theory. Monitoring and Evaluation of SUS' Management. Health Basis' Data.

INTRODUÇÃO

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

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

“entradas”, “processos” e “saídas” com o intuito de avaliar o desempenho de um sistema complexo, como o de saúde, para o seu fortalecimento, uma vez que a avaliação da qualidade deve envolver a observação conjunta de diversas variáveis do sistema. Apesar de sua importância, poucos são os países que conseguem produzir dados que subsidiam o acompanhamento das ações de saúde (WHO, 2010).

A gestão de serviços de saúde apresenta um contexto desafiador em meio aos diferentes níveis de assistência e estruturas complexas, por isso a prática administrativa é essencial para otimizar os recursos na obtenção de melhores resultados (TANAKA; TAMAKI, 2012). A complexidade pode ser melhor entendida com a abordagem sistêmica e aplicando técnicas de melhoria para obter os resultados esperados, que de maneira geral, representam o atendimento às necessidades de saúde da população (MEZOMO, 2001).

Atualmente, no Brasil, existe uma grande quantidade de informações produzidas pelo sistema de saúde (GRIMM, 2016; TAMAKI et al., 2012). Essas informações surgem do esforço do governo em criar indicadores que possibilitem o acompanhamento do sistema de saúde, tanto público como privado, fornecendo subsídios para tomada de decisão no setor (MS, 2015). Contudo, a grande quantidade de informações e bases de dados divergentes tem dificultado o uso dessas informações de forma sistêmica, com base em “entradas”, “processos” e “saídas”. Em 2012, Tamaki et al. (2012) desenvolveram o Painel de Monitoramento e de Avaliação da Gestão do SUS, fruto de um trabalho coletivo coordenado principalmente pelo Grupo de Trabalho de Avaliação, composto por integrantes da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e do Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS (DEMAGS), da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS).

Esse painel foi criado para servir de um instrumento de gestão de rápida utilização que pode ser aplicado por qualquer pessoa e em diferentes níveis de gestão. Dessa forma, a seleção dos indicadores foi determinada pelos seguintes critérios: acessíveis, simples, úteis e disponíveis nos sistemas de informação (TAMAKI et al., 2012). O painel valoriza as bases de dados existentes na tentativa de oferecer uma visão mais completa dos resultados alcançados no Sistema Único de Saúde (SUS).

Todavia o Sistema de Informações em Saúde (SIS) não é um sistema único, ele é marcado pela fragmentação, dispondo de diferentes sistemas que não se conversam. Além disso, o painel depara-se com a limitação de não apresentar parâmetros que poderiam servir de métrica para a avaliação dos indicadores mapeados. Nesse contexto, o objetivo geral desse

trabalho é mapear as principais fontes de dados públicos de saúde no Brasil, com base em indicadores Painel de Monitoramento e de Avaliação da Gestão do SUS, além de indicar possíveis parâmetros para avaliação desses indicadores.

Para atingir o objetivo proposto, este trabalho está dividido da seguinte forma: além dessa introdução, a revisão de literatura traz bibliografias referentes a modelo sistêmico e sistema de informação em saúde. Em seguida tem-se os métodos e resultados e análises. Por fim, são apresentadas as principais conclusões do trabalho.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 ABORDAGEM SISTÊMICA

Por mais que a complexidade varie em menor ou maior grau, toda organização enfrentará problemas complexos e os administradores precisarão trabalhar com o enfoque sistêmico. A complexidade significa o entrelaçamento de muitas partes que pode ser vista por diferentes percepções, mas de difícil entendimento por representar situações com múltiplas causas e consequências. Nesse sentido, a abordagem sistêmica entra como uma ferramenta para solucionar essas situações, baseado na identificação dos componentes e compreensão das variáveis de forma sistêmica (MAXIMIANO, 2011).

É importante destacar as características que consolidam um sistema como: o estabelecimento do objetivo central e as respectivas medidas de rendimento, pois direcionam o sistema e informam se ele está funcionando bem ou mal; o ambiente que está fora de controle, mas que interfere nos resultados; os recursos, que pertencem ao sistema e permitem realizar as atividades; os componentes, que juntos formam a razão de ser do sistema; a administração, que parte das premissas básicas do planejamento e controle das atividades (SCHODERBEK, 1990 apud NETO et al., 2006).

A partir dessas premissas, surgiu a Teoria Geral dos Sistemas (TGS), a qual formulava princípios válidos para qualquer tipo de sistema. Com a evolução da ciência, houve uma crescente especialização e fragmentação do conhecimento, restringindo os profissionais aos seus universos particulares. Por outro lado, encontram-se semelhantes problemas e concepções nas mais diversas áreas, que não são consideradas, e já foram desenvolvidos, mas por causa do distanciamento entre os conhecimentos é ignorado (BERTALANFFY, 2012). Sendo assim, a proposta da TGS se baseia na generalidade, na tentativa de unificar as ciências num corpo de conhecimento, partindo de uma dimensão transdisciplinar para encontrar semelhanças e complementariedade nos princípios das diversas ciências (NETO et al., 2006).

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

As partes que compõem o sistema são organizadas em entradas, processo e saídas (TAJRA, 2014). A entrada, também chamada de *input*, representa o estímulo do ambiente externo para interno que disponibiliza todos os elementos ou insumos necessários ao funcionamento do sistema (MAXIMIANO, 2011). Slack et al. (2006) observam ainda que os inputs se dividem em recursos transformados e transformadores.

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

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

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

1.2 SISTEMAS DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE (SIS)

O acesso à informação proporciona maior autonomia, pois permite realizar o diagnóstico da situação de saúde da população e planejar medidas de intervenção. Assim, o sistema de informação em saúde pode ser entendido como “um instrumento para adquirir,

organizar e analisar dados necessários à definição de problemas e riscos para a saúde” (WHITE, 1980 apud BRANCO, 1996, p. 268)

Os sistemas foram criados de acordo com a necessidade de informação em cada área, portanto, atualmente, o desafio é conciliar um grande número de sistemas de informações fragmentados, reduzir esforços e duplicidade sem perder a qualidade dos dados (MS, 2015a). Os principais SIS consultados, Quadro 1, para realizar o estudo foram SINASC, SIA-SUS, SIOPS, CNES, SARG-SUS, SIM, SIH-SUS, disponibilizados no site do departamento de informática do SUS (DATASUS).

Como o nome já diz, o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) permite averiguar as principais causas de morte segundo variáveis de pessoa, lugar e tempo baseada nos registros das Declarações de Óbito (DO). De maneira similar, o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) fornece dados para traçar um perfil dos nascimentos vivos constantes na Declaração de Nascido Vivo (DN) (JORGE; LAURENTI; GOTLIEB, 2007).

O Sistema de Informação Ambulatorial - SUS (SIA-SUS) e o Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH-SUS) nasceram com o propósito de faturamento de procedimentos ambulatoriais e controle administrativo-financeiro para pagamento de serviços hospitalares no SUS. Fornecem informações demográficas, geográficas, de diagnóstico, do consumo de recursos financeiros, dos serviços realizados, como também dos dados pessoais do usuário, identificação dos estabelecimentos e dos profissionais (MS, 2015a).

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

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

Assim como qualquer instituição pública, o SUS deve prestar contas e comprovar as aplicações de seus recursos através do Relatório Anual de Gestão (RAG). Portanto, o Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão do SUS (SARG-SUS) é uma plataforma eletrônica que auxilia os gestores a elaborar e enviar o RAG ao conselho de saúde, como

também permite ao público externo acompanhar a situação dos mesmos (ALMEIDA; SOUZA, 2013).

Quadro 1 – Sistemas de informações em saúde indicados pelo painel de indicadores de avaliação e monitoramento da gestão do SUS

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

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

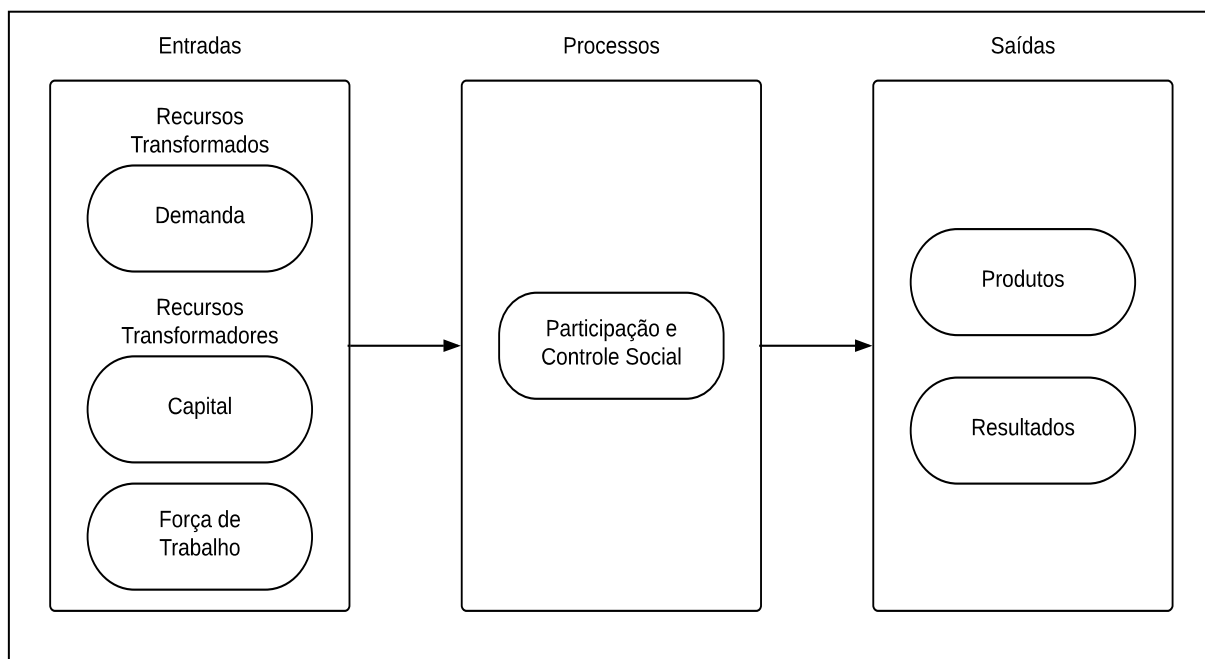
2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, realizada por duas etapas: mapeamento das principais fontes de dados online dos indicadores e pesquisa bibliográfica e documental sobre a existência de parâmetros para esses indicadores. O mapeamento compreendeu o levantamento dos indicadores, e respectivos sistemas de informações disponíveis em bancos de dados online, apontados no Painel de Monitoramento e de Avaliação da Gestão do SUS proposto por Tamaki et al. (2012). Esse painel é indicado para uma análise sistêmica no âmbito dos sistemas de gestão em saúde, apresentando indicadores de entradas, processos e saídas. Para a pesquisa bibliográfica e documental, foram levantados possíveis parâmetros para comparação de cada um dos indicadores em documentos oficiais referente a temática disponibilizados virtualmente.

Conforme o painel, as entradas foram definidas com indicadores de demanda, capital e força de trabalho. Os processos apresentaram indicadores sobre participação e controle social e articulação, porém esse último não foi considerado, na medida em que as informações necessárias para compor os indicadores não se encontravam disponíveis em sítios eletrônicos. E por último, as saídas foram descritas por indicadores de produtos e resultados.

Para melhor compreensão dos processos de transformação de um sistema, houve uma adaptação no instrumento no sentido de subdividir a entrada em dois aspectos: recursos transformadores e transformados, segundo definição de Slack (2006). Dessa forma, as informações mapeadas corresponderam as dimensões de acordo com a figura 1:

Figura 1 - Partes do sistema de saúde segundo dimensões utilizadas do Painel de Avaliação da Gestão SUS



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

No total foram selecionados 17 indicadores, sendo nove (9) de entrada, quatro (4) de transformação e quatro (4) de saída. As entradas representam todos os recursos exigidos, como capital e força de trabalho, necessários para transformar a demanda. Entre entrada e saída, encontra-se o processo, que exige uma organização desses recursos, baseada em procedimentos formais e informais, com o intuito de agregar valor e transformá-los em produtos ou serviços. Esses resultados são chamados de saídas, que representam a prestação de serviços de cuidado em saúde descritas como produtos e resultados pelo painel.

Para o mapeamento dos indicadores, primeiramente, foi verificado se a fonte de informações, apresentadas por Tamaki et al. (2012), ainda permitia a coleta das informações pertinentes para compor o indicador. Caso não permitisse ou apresentassem alguma inconsistência, uma segunda base de dados ou indicador foi identificado para melhor representar a dimensão estudado pelo painel, seguindo a premissa de consistir um instrumento de gestão de rápida utilização.

A apresentação dos resultados, a seguir, foi descrita conforme o indicador utilizado, a base de dados informada pelo painel, a base de dados utilizada pelo estudo e os parâmetros encontrados.

3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

A entrada pode ser analisada, segundo Slack (2006), sob duas perspectivas: dos recursos transformados, sendo as necessidades e demandas dos usuários aos serviços de saúde; dos recursos transformadores, que são os outros recursos como capital, mão-de-obra, enfim os transformadores da demanda. Assim, os indicadores escolhidos pelo painel de avaliação para mensurar a demanda representam dois níveis de atenção do SUS, o primeiro corresponde a linha de cuidado dos nascidos vivos acompanhados pela Atenção Básica (AB) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e o segundo representa as consultas de urgência presente no âmbito ambulatorial.

Por outro lado, nos recursos transformadores, os indicadores relacionados aos custos significam os recursos financeiros destinados aos gastos com a saúde, já os relacionados à força de trabalho correspondem a quantidade de médicos, de trabalhadores com vínculo público e se há um planejamento para suas carreiras.

De acordo com a disponibilidade dos dados, houve mudanças quanto as fontes de informação sobre o capital do SIOPS para o PROADESS (quadro 2). A plataforma direcionada ao sistema de informação orçamentária do SUS (SIOPS) apresentava informações somente de base municipal, não contabilizando números financeiros ao Distrito Federal. Dessa forma, foram levantados os dados do Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS), projeto liderado pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e pelo Ministério da Saúde (MS). Ele calcula indicadores que repercutem o contexto político, social e econômico brasileiro no desempenho do sistema de saúde. Não representa necessariamente um sistema de informação, mas disponibiliza alguns indicadores de acordo com a abrangência de interesse.

Existe uma plataforma disponível eletronicamente que calcula os seus indicadores por UF, região e macrorregião de saúde.

Por isso optou-se pela mudança da fonte de informação, uma vez que o PROADES permitiu acesso às informações financeiras, inclusive do DF, que podem ser visualizadas por qualquer pessoa e em diferentes níveis de gestão. Nos demais indicadores, as informações foram encontradas nos sistemas de informações indicados no próprio painel de Tamaki et al. (2012).

Quadro 2 – Comparação das fontes de informações encontradas para os indicadores de entrada do sistema de saúde conforme dimensão

Dimensão	Indicador	Fonte de Informação do Painel	Fonte de Informação Mapeada
Demanda	Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal	SINASC	SINASC
	Razão do número de consultas de urgência por habitante	SIA-SUS e IBGE	SIA-SUS e IBGE
Capital	Percentual de municípios que cumprem a EC-29	SIOPS	PROADESS
	Percentual das transferências SUS em relação ao gasto público municipal em saúde	SIOPS	PROADESS
	Gasto municipal em saúde por habitante	SIOPS e IBGE	PROADESS
	Proporção de estabelecimentos de saúde sob gestão própria	CNES	CNES
Força de trabalho	Razão do número de médicos por habitante	CNES e IBGE	CNES e IBGE
	Proporção de trabalhadores que atendem no SUS	CNES	CNES
	Percentual de existência de Plano de Cargos, Carreiras e Salários	SARG-SUS	SARG-SUS

Fonte: Adaptado de Tamaki e outros (2012).

A dimensão de participação e controle social se refere ao processo de aproximação dos cidadãos na gestão do SUS por meio de instrumentos livres e diretos, como a ouvidoria, o conselho e a conferência de saúde. Essas iniciativas visam à fiscalização e ao acompanhamento das ações em saúde, como também a participação na elaboração de diretrizes políticas para o SUS baseado nos anseios populares.

As fontes de informação dos indicadores sobre a participação e controle social, referentes à parte de processos do sistema, foram identificadas pelo painel no âmbito do nível federal, no Ministério da Saúde (MS), não informando se existe uma base específica para aquela informação. Após o mapeamento das informações dos indicadores de processo, foram encontrados o Relatório Gerencial da Ouvidoria do SUS e o Relatório Anual de Gestão (RAG),

ambos disponibilizados online em páginas oficiais do Ministério da Saúde, que dispõem das informações necessárias para representar os indicadores, conforme quadro 3. Os RAG's são publicados no Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SARG-SUS) de acordo com dados municipais e estaduais, selecionando a região geográfica desejada é possível verificar a situação do relatório e baixá-lo.

O SARG-SUS permite o acompanhamento dos relatórios para prestação de contas dos municípios e estados, o acesso a essas informações possibilita o exercício do controle social. Como pode se observar no Quadro 2, o SARG-SUS foi utilizado para o último indicador da força de trabalho das entradas e também apresenta as informações para os indicadores de processos, adequando as fontes de informação (quadro 3).

Quadro 3 – Comparação das fontes de informações encontradas para os indicadores de processo do sistema de saúde conforme dimensão

Dimensão	Indicador	Fonte de Informação do Painel	Fonte de Informação Mapeada
Participação e Controle Social	Existência de Sistema de ouvidoria implantado	MS	Relatório Gerencial da Ouvidoria do SUS
	Proporção de Relatórios anuais de gestão apreciados no Conselho de Saúde I da esfera	MS	SARG-SUS
	Proporção de Planos de saúde apreciados no Conselho de Saúde	MS	SARG-SUS
	Realização de Conferência de Saúde	MS	SARG-SUS

Fonte: Adaptado de Tamaki e outros (2012).

Em relação às saídas do sistema, o painel divide em produtos e resultados. Os produtos comprovam a capacidade do serviço em atender a demanda em dois níveis de atenção, semelhante à entrada. O primeiro indicador utiliza dados de consultas na Atenção Básica e o segundo apura números de tomografias realizadas como procedimentos de alta complexidade centradas no nível de especialização.

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

As adaptações dizem respeito à fonte de dados das tomografias e internações por condições sensíveis à Atenção Básica, quadro 4. O SIA-SUS fornece informações sobre a

quantidade de tomografias realizadas, enquanto o CNES informa a quantidade de tomógrafos existentes na rede. Essa última informação apresenta parâmetro de comparação. Portanto, para coletar as informações sobre o número de tomógrafos em uso, a fonte foi alterada para o CNES, visto que a existência de parâmetro representa um aspecto relevante para análise de indicadores. O CNES apresenta dados sobre os recursos físicos, humanos e de materiais existentes no SUS.

Outra alteração de fonte foi relacionada ao indicador de internações. Novamente a fonte PROADESS foi utilizada, porque calcula diretamente o indicador, diferentemente do SIH em que as informações são separadas. Para compor as internações por condições sensíveis à Atenção Básica, é necessário somar a quantidade de 19 agravos diferentes descritos na Portaria nº 221 de 17 de abril de 2008. Dessa forma, o PROADESS já disponibiliza essa informação agregada, permitindo maior agilidade na coleta de dado.

Quadro 4 – Comparação das fontes de informações encontradas para os indicadores de saída do sistema de saúde conforme dimensão

Dimensão	Indicador	Fonte de Informação do Painel	Fonte de Informação Mapeada
Produtos	Razão de consultas na Atenção Básicas por habitante	SIA-SUS e IBGE	SIA-SUS e IBGE
	Razão de tomografias computadorizadas por habitante	SIA-SUS e IBGE	CNES e IBGE
Resultados	Proporção de mortalidade por causas mal definidas	SIM	SIM
	Proporção de internação por condições sensíveis à Atenção Básica	SIH-SUS	PROADESS

Fonte: Adaptado de Tamaki e outros (2012).

No que tange ao mapeamento e indicação de possíveis parâmetros para avaliação desses indicadores, verificou-se que dez, de um total de dezessete, apresentavam algum parâmetro. Somente quatro indicadores de entrada possuíam parâmetro estabelecido por documento oficial (Caderno de Atenção Básica nº32, Emenda Constitucional 29 (EC-29) de 2000, Portaria 1.631 de 2015 e Lei 8.142 de 1990). O valor de referência para as consultas de pré-natal, no Caderno de Atenção Básica, é 100% das gestantes com sete ou mais consultas. Em relação ao cumprimento da EC-29, 100% dos municípios devem aplicar 15% de suas arrecadações tributárias na saúde. Para a quantidade de médicos, a Portaria 1.631 define o mínimo da razão de um médico para cada mil habitantes. Por último, a Lei 8.142 define que 100% dos estados tenham seu Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) instituído, Quadro 5.

Todos os indicadores de processo da dimensão de participação e controle social apresentaram parâmetro na Portaria 399 de 2006 e na Lei 8.142 de 1990 (quadro 5). A

implantação de sistema de ouvidoria nos estados e municípios foi posta no Pacto de Gestão (Portaria 399) em que todos os entes deveriam implantar ouvidorias para fortalecer a gestão estratégica do SUS. Já os parâmetros relacionados aos Relatórios Anuais de Gestão (RAG), ao Plano de Saúde e às Conferências, consideram que 100% dos RAG's e Planos de Saúde devem ser apreciados pelo conselho e que de quatro em quatro anos as três esferas de gestão devem realizar as conferências, esses são critérios definidos em lei para garantir o processo de participação social.

Para os indicadores de saída, a metade apresentou parâmetro ou algum tipo de programa desenvolvido pelo Ministério da Saúde para intervir e estabelecer padrões limites de qualidade para os dados (Portaria 1.631 de 2015 e Manual MS de 2009). A razão de tomografias considerada adequada é a existência de um tomógrafo para cada cem mil habitantes e a proporção de mortalidade por causas mal definidas deve ser inferior a 10% (quadro 5).

Isso significa que a escolha dos indicadores, para compor o Painel de Indicadores de Avaliação e Monitoramento da Gestão do SUS, precisa ser atualizada conforme a existência de parâmetros. Recentemente, o Ministério da Saúde publicou um documento denominado “Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde” que representa uma iniciativa para aperfeiçoar as exigências mínimas para os serviços (MS, 2015b).

Quadro 5 – Indicadores de saúde conforme dimensão, existência de parâmetro, parâmetro e fonte do parâmetro (continua)

Dimensão	Indicador	Existência de Parâmetro	Parâmetro	Fonte do Parâmetro
Demanda	Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal	Sim	100%	Cadernos de Atenção Básica nº 32
	Proporção de consultas de urgência em relação ao total de consultas	Não	-	-
Capital	Percentual de municípios que cumprem a EC-29	Sim	100%	Emenda Constitucional 29 de 2000
	Percentual das transferências SUS em relação ao gasto público municipal em saúde	Não	-	-
	Gasto municipal em saúde por habitante	Não	-	-
	Proporção de estabelecimentos de saúde sob gestão própria	Não	-	-
Força de trabalho	Razão do número de médicos por habitante	Sim	1 por 1000/hab.	Portaria 1.631 de 2015

(continuação)

	Proporção de trabalhadores que atendem no SUS	Não	-	-
	Percentual de existência de Plano de Cargos, Carreiras e Salários	Sim	100%	Lei 8.142 de 1990
Participação e Controle Social	Existência de Sistema de ouvidoria implantado	Sim	100%	Portaria 399 de 2006
	Proporção de Relatórios Anuais de Gestão apreciados no Conselho de Saúde	Sim	100%	Lei 8.142 de 1990
	Proporção de Planos de Saúde apreciados no Conselho de Saúde	Sim	100%	Lei 8.142 de 1990
	Realização de Conferência de Saúde	Sim	100%	Lei 8.142 de 1990
Produtos	Razão de consultas na Atenção Básicas por habitante	Não	-	-
	Razão de tomografias computadorizadas por habitante	Sim	1 por 100 mil /hab.	Portaria 1.631 de 2015
Resultados	Proporção de mortalidade por causas mal definidas	Sim	menor 10%	Manual MS de 2009
	Proporção de internação por condições sensíveis à Atenção Básica	Não	-	-

Fonte: Das autoras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral desse trabalho foi mapear as principais fontes de dados públicos de saúde no Brasil, com base em indicadores Painel de Monitoramento e de Avaliação da Gestão do SUS, além de indicar possíveis parâmetros para avaliação desses indicadores. Dos 17 indicadores selecionados - nove (9) de entrada, quatro (4) de transformação e quatro (4) de saída-, nove (9) foram encontrados em bases de dados diferentes das apresentadas por Tamaki et al. (2012). Isso mostra a necessidade da revisão periódica da fonte dos dados disponíveis.

Em relação aos parâmetros, buscou-se métricas para cada um dos 17 indicadores. Desses, foram encontrados 10 indicadores com algum parâmetro oficial para análise, sendo eles: consultas de pré-natal, recursos próprios aplicados na saúde segundo EC 29, médicos por habitantes, existência de PCCS, implantação de ouvidorias, RAG apreciado no Conselho, Plano de Saúde apreciado no Conselho, realização de Conferências, tomografias por habitante e mortalidade por causas mal definidas. É importante ressaltar que, sem as métricas, a avaliação dos resultados fica prejudicada.

Existem sistemas de informações mais consolidados e completos, contudo outros apresentam informações incompletas justificando a busca de outras fontes no caso do PROADESS. Essa fonte de informação se apresentou como um recurso positivo para proporcionar coletas de dados de forma rápida e permitir o monitoramento e avaliação de

indicadores. As dimensões analisadas pelo PROADESS são variadas e disponibilizadas conforme os determinantes associados aos problemas de saúde, a caracterização das condições de saúde da população, a estrutura do sistema de saúde e o desempenho dos serviços de saúde.

Para realizar uma análise baseado na abordagem sistêmica, foi necessário explorar diferentes sistemas em que muitas vezes apresentavam informações semelhantes. Isso aponta que o próprio sistema de saúde não foi pensado na totalidade, considerando sua complexidade e interdependência entre as partes. Os sistemas de informações foram surgindo de acordo com as demandas do processo de prestação de contas e, apesar dos esforços de levantar dados sobre o setor saúde, as estratégias idealizadas ocorreram de forma fragmentada, que não permitem uma visão sistêmica da saúde, pois as partes estão sendo avaliadas separadamente.

Dessa forma, o painel apresenta um instrumento que parte da compreensão sistêmica de saúde, contemplando os princípios do SUS e seus níveis de atenção. As alterações, a partir das fontes de informações mapeadas, foram realizadas para facilitar a utilização do instrumento com o intuito de prover formas acessíveis de avaliação por qualquer pessoa. Nota-se que ainda consiste um desafio incorporar a avaliação e o monitoramento do sistema de saúde na cultura cotidiana, percebido pela dificuldade em encontrar os parâmetros, mas que pode ser estimulada a partir da identificação de instrumentos e fontes de informação de fácil e rápido acesso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

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

BRANCO, M. A. F. Sistemas de Informação em Saúde no Nível Local. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 12(2):267-270, abr-jun, 1996.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Recebido em: 21 de ago. 2019

Aceito em: 29 de out. 2019

DOI: http://doi.org/10.28950/1981-223x_revistafocoadm/2019.v12i3.710

Como citar:

DUTRA, Evelyn de Britto; GOMES, Vanessa Cabral. Painel de Monitoramento e de Avaliação da Gestão do SUS: um mapeamento das principais fontes de informações públicas de saúde no Brasil com base no modelo sistêmico. **Revista FOCO**, v. 12, n. 3, p. 04-20, jul./out. 2019. Disponível em: <<http://revistafocoadm.org/index.php/foco/article/view/710>>.

Direito autoral: *Este artigo está licenciado com uma Licença Creative Commons Atribuição- NãoComercial 4.0 Internacional.*

