

Oswaldo Yoshimi Tanaka
Edith Lauridsen Ribeiro
Cristiane Andrea Locatelli de Almeida

Avaliação em Saúde

Contribuições para Incorporação no Cotidiano



 Atheneu

Avaliação das Redes Regionais de Atenção à Saúde no SUS

Marília Cristina Prado Louvison

Introdução

A avaliação das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) é um importante campo de estudo da avaliação de serviços de saúde. Na busca da integralidade, analisa o funcionamento, tanto do ponto de vista do acesso como da qualidade, dos serviços de saúde nas suas várias modalidades, com preocupação especial para os serviços de média e alta complexidade e sua relação com os serviços de atenção básica. A cultura avaliativa é mais relacionada historicamente aos serviços hospitalares com enfoque na qualidade, mas cada vez mais há interesse em analisar a continuidade do cuidado nos vários pontos de atenção da rede. Ampliou-se, assim, a necessidade da avaliação da atenção básica e dos serviços ambulatoriais especializados na medida em que estes foram sendo implementados no SUS.

A organização de redes regionalizadas e integradas no SUS depende de avanços na tomada de decisão para uma gestão e um cuidado compartilhado e pactuado em todos os territórios de saúde, voltados às necessidades das pessoas que ali vivem.¹ A constituição de redes regionais de saúde na organização dos serviços e as políticas de redes temáticas específicas, apesar da lógica burocrática normativa centrada ainda nos serviços, impõem a necessidade de avanços na continuidade e compartilhamento do cuidado. O debate que envolve as redes de atenção passa necessariamente

pelo conceito da multiplicidade e da conectividade entre os pontos dessa rede. Pressupõe diferentes arranjos na organização dos serviços que produzam a integralidade da atenção. A construção de linhas de cuidado é de extrema importância para o desenho das redes e permite a organização de processos reguladores. Importante referência para o desenho das redes está na avaliação de tecnologias em saúde e na gestão da clínica entendida como um conjunto de tecnologias de microgestão sanitária que permite a atenção à saúde com foco nos usuários, nos vários serviços de um sistema integrado de saúde. Essa construção tem apoiado o olhar sobre os serviços e os parâmetros e padrões que se têm construído para o processo avaliativo.

Nesse sentido, várias abordagens metodológicas têm sido utilizadas e faz-se necessário sistematizar algumas delas, do ponto de vista da avaliação e informação para a tomada de decisão na gestão e regulação, considerando seus referenciais teóricos e potencialidades de aplicação no cotidiano do SUS. A avaliação das redes de atenção tem como premissa a atenção básica como porta de entrada da rede e propõe habitualmente a utilização de métodos mistos com abordagens quantitativas, baseadas nos bancos de dados existentes, bem como abordagens qualitativas que permitem maior compreensão do significado das relações encontradas nos serviços e na rede.² Neste capítulo, abordaremos a análise quantitativa, do ponto de vista das redes de atenção do SUS, e suas potencialidades de análise.

Uso da informação da atenção para a gestão, planejamento, regulação e avaliação e a contribuição da epidemiologia de serviços de saúde

A informação é fundamental para a tomada de decisão na área da saúde e, como sabemos, não se administra o que não se conhece. Contudo, nada conheceremos se não tivermos informações processadas e analisadas cotidianamente. No entanto, os gestores e especialistas estão pouco preparados para trabalhar com as informações em saúde, há uma plethora de informações em constante transformação. Muitas vezes, elas não têm a desagregação e a disponibilidade desejada pela gestão e não há uma cultura analítica de tomada de decisão baseada em informações. A dificuldade no uso da informação está relacionada à falta de cultura no uso da informação para a tomada de decisão, ao distanciamento e desconhecimento dos gestores no uso da informação e o nível de agregação e sua disponibilidade temporal. Os gestores locais, além de apontarem a insuficiência de equipamentos e quadros técnicos,³ consideram as informações disponíveis defasadas em relação ao tempo da gestão e suas necessidades.

Contudo, reconhece-se o poder da informação e o quanto ela pode ser emancipatória ao ser sistematizada e publicizada para toda a sociedade, ao mesmo tempo que se tem grande preocupação com o conjunto enorme de dados produzidos pelo setor da Saúde e o uso que se tem dado a ele. Hoje há forte interesse do mercado em dados de uso de serviços e é preciso garantir que a gestão e disponibilização das informações em saúde tenham política amplamente partilhada com a sociedade e que se garanta transparência e segurança no sentido de atender aos interesses coletivos da sociedade.

Quatro eixos têm sido produzidos na construção de políticas de informação em saúde: o uso das informações no setor; a tecnologia da informação; a qualidade da informação; e a questão ética relacionada à informação em saúde.⁴ A Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), instituída pela Portaria 589 de 2015, foi constituída a partir de diretrizes

relacionadas à Política de Governo Eletrônico Brasileiro (e-Gov), à estratégia de e-Saúde para o Brasil, as relacionadas à Gestão da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde e as relacionadas à formação permanente de pessoal para o SUS na área de informação e informática em saúde. Muito se avançou, mas muito ainda é preciso avançar nesse sentido. Os objetivos dos Sistemas de Informação em Saúde são o de organizar a produção de informações compatíveis com as necessidades dos diferentes níveis, garantindo uma avaliação permanente das ações executadas e do impacto destas sobre a situação de saúde. Nesse sentido, deve ainda assessorar o desenvolvimento de sistemas voltados para as especificidades das diferentes unidades operacionais dos sistemas de saúde e contribuir para o desenvolvimento dos profissionais de saúde para a construção de uma consciência sanitária coletiva, como base para ampliar o exercício do controle social e da cidadania e para resgatar uma relação mais humana entre a instituição e o cidadão. Os sistemas de informação da atenção à saúde se organizam em função dos serviços de saúde e são influenciados pela estruturação do sistema de saúde como um todo. Têm como principais objetivos a análise da situação de saúde no nível local no sentido de contribuir com a identificação de necessidades que considerem as condições de vida da população e suas vulnerabilidades. Nesse contexto, o nível local tem uma responsabilidade não só com a alimentação dos sistemas de informação em saúde, mas também com sua organização e gestão que permite o uso da informação para a tomada de decisão.⁵

No entanto, o nível local e cada serviço de saúde é muito mobilizado para a captação dessa informação, pois só ele pode qualificar os registros e garantir a alimentação dos bancos de dados e isso, muitas vezes, não é suficiente para que se coloquem como protagonistas da gestão da informação local. A gestão dos sistemas de informação prioriza a centralização normativa, fundamental para a existência de um sistema de base nacional, assim como a disponibilização dos dados com finalidades de análises mais globais, mas que não contribui com os processos de planejamento territorial local, pois não produz sentido e valor de uso local.

Muitas vezes, para problemas locais específicos, criam-se planilhas que ajudam a monitorá-los, para além do registro habitual que já se faz do processo de trabalho da atenção à saúde no cotidiano.

Os inquéritos de saúde produzidos rotineiramente em função de necessidades específicas, tanto os de base populacional como os realizados nos serviços de saúde e os registros de doenças específicas como o câncer e a doença renal crônica terminal, muito relacionados à possibilidade de captação dessa informação nos serviços hospitalares e de alta complexidade, contribuem com as análises e a produção de indicadores relacionados.

De todo modo, temos muitos dados secundários que precisam ser organizados e sistematizados em indicadores, parâmetros, painéis e observatórios no sentido de ampliar sua capacidade de traduzir uma realidade e apoiar sua transformação.

Os sistemas de saúde no Brasil estão organizados em grandes bancos de dados nacionais relacionados às estatísticas vitais produzidas pelo IBGE, as estatísticas de vigilância epidemiológica de ocorrência de doenças, nascimento e morte e das estatísticas produzidas nos serviços ambulatoriais e hospitalares.⁶ Temos, no Brasil, bons sistemas que dão conta da diversidade das informações e permitem análises de situação de saúde e monitoramento em tempo real de grande parte das informações. Os sistemas demográficos de nascimento e mortalidade se aperfeiçoaram muito ao longo do tempo e os sistemas de produção de serviços vêm avançando no sentido de se alinhar a padrões internacionais.

O uso da epidemiologia em serviços de saúde tem contribuído muito para esse processo e parte do pressuposto de que a informação é vital para o cotidiano dos serviços. A

epidemiologia pode contribuir para o planejamento e avaliação das ações de saúde e instrumentalizar os gestores para o monitoramento do impacto das políticas públicas na redução das desigualdades.⁷ Muitas vezes, o escopo da chamada epidemiologia de serviços de saúde se confunde com as ações de vigilância epidemiológica das infecções hospitalares ou com a epidemiologia clínica na produção de evidências, mas, muito para além disso, tem potencial de utilização que avança no processo analítico. A epidemiologia, na perspectiva dos serviços de saúde, apresenta quatro grandes campos de utilização como a análise da situação de saúde, a vigilância epidemiológica, os estudos de determinação e a avaliação de serviços, programas e tecnologias, sendo este último, mesmo com a ampliação da informatização na área da saúde, pouco utilizado no cotidiano dos serviços.⁸ A epidemiologia de serviços tem grande contribuição na avaliação de serviços de saúde, de intervenções e outros procedimentos, além do monitoramento de eventos nas populações e análises de desigualdades que apoiem as tomadas de decisão pelos gestores. Também apoia o planejamento, organização e gestão dos serviços de saúde e busca medir o impacto dos serviços para assegurar universalidade, equidade e integralidade das ações de saúde, diminuindo a morbimortalidade e melhorando a qualidade de vida da população.⁹

Os sistemas de informação de atenção à saúde e os indicadores para monitoramento e avaliação de serviços de saúde

A fragmentação dos sistemas de informação reflete a fragmentação do sistema de saúde e acaba servindo pontualmente a alguns interessados, mas não se conseguiu ainda produzir diálogo com a sociedade, com a mídia e nem com grande parte dos gestores e trabalhadores no sentido de integrar e valorizar a potência de informações mais articuladas e integradas. A visão atual, muitas vezes, ainda é mais do trabalho que dá para registrar e coletar a informação, do que exatamente o que se tem feito com ela, tanto do ponto de vista da organização como de sua disponibilização, análise e uso.

Os Sistemas de Informação Gerenciais (SIG) dos serviços de saúde e, em particular, dos serviços hospitalares, permite a coleta, organização e disponibilização dos dados clínicos e assistenciais de forma que se alinhe à necessidade de quem usa e, muito frequentemente, têm usos voltados a interesses muito específicos, distanciados da chamada gestão da clínica. O dado se transforma em informação, que se transforma em conhecimento na medida que se estabeleça uma política que se ocupe disso e que esteja voltada à produção de melhorias permanentes no processo assistencial. Os problemas existentes na organização e disponibilização das informações dos sistemas de atenção à saúde têm dificultado seu uso e precisam ser superados ao longo do tempo e no cotidiano dos serviços.

Três sistemas de informação são bastante utilizados para a análise de dados secundários da produção de serviços de saúde: O Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (CNES); o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA); e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH). O CNES apresenta dados universais de todos os estabelecimentos de saúde do País com tabulações possíveis em seu site e avança para um amplo conhecimento não só da estrutura física e complexidade, mas também com relação aos recursos humanos, identificados em detalhes em cada serviço de saúde. Possibilita análises específicas e construção de indicadores

de cobertura de recursos de saúde como leitos por habitante, médicos por habitantes, entre outros. Possibilita ainda a análise de comparação entre a capacidade instalada do SUS e da não SUS e sua evolução no tempo.

As análises das informações ambulatoriais são pouco utilizadas para avaliações de serviços de saúde, pois são pouco qualitativas do ponto de vista epidemiológico, no entanto, podem indicar a dimensão e tendência da utilização dos serviços e, nesse sentido, contribuir com as análises de acesso às redes de atenção, identificando problemas na organização da oferta e desempenho do SUS.¹⁰ A ampliação de dados mais qualitativos em sistemas acoplados ao SIA, como os da Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (Apac) de Oncologia e Terapia Renal Substitutiva, permite-nos a análise de dados epidemiológicos mais detalhados, mas ainda são muito pouco utilizados com esse objetivo. Um indicador que pode ser utilizado na avaliação da qualidade da atenção das condições crônicas cardiovasculares poderia ser, por exemplo, o da prevalência de pacientes que realizam procedimentos dialíticos.¹¹ Cada um dos sistemas serviu ao que se propôs inicialmente, sendo que tanto o SIH como o SIA nascem com a lógica de faturamento, ou seja, registrar para pagar. O SIH estava desde seu início relacionado com o pagamento e controle de procedimentos pelo INAMPS aos prestadores de serviços hospitalares privados contratados e o SIA voltado ao registro e remuneração do volume dos serviços públicos ambulatoriais produzidos, ambos com movimentos desde o final da década de 1970 e instituídos no início dos anos 1990. No entanto, é importante considerar que, ao longo do tempo, ambos foram evoluindo para além dessa finalidade e incorporando a necessidade de gestores no sentido da análise da situação de saúde e do impacto na produção de serviços no SUS.

Apesar da importância de sua publicização e ampla divulgação pelo DATASUS, os dados do SIH, por exemplo, embora sejam integralmente individualizados e permitirem análises de morbidade, sempre terão a limitação de se referirem apenas à produção de internações da rede pública, ou seja, no SUS. As internações da rede privada atualmente captadas ainda são muito restritas, pouco disponíveis e limitadas às dificuldades da obtenção da informação desses serviços.

Além disso, as internações hospitalares registradas no SIH têm, com frequência, regras que indicam a necessidade de altas administrativas como os casos de internações de longa duração de faturamento mensal por diárias ou a reinternação por reoperação. Refletem lógicas que não conseguiram avançar para as necessidades da visão epidemiológica de um sistema de informação da atenção, para além de um sistema de produção de serviços para pagamento. Mesmo considerando o avanço dos processos de contratualização por orçamento global e movimentos para enfrentar a lógica de pagamento por procedimento, pouco se tem avançado para isso, o que por um lado reflete e, por outro, impacta no processo de fragmentação do cuidado. Os indicadores de média de permanência hospitalar do SIH devem ser, portanto, considerados com essa limitação e não serão iguais aos indicadores captados por sistemas locais dos serviços de saúde.

Uma outra importante limitação é que o SIH não consegue identificar com facilidade as reinternações, ou seja, as internações da mesma pessoa, pois o cartão SUS ainda não é utilizado em sua totalidade e o sistema não tem a lógica de rastreabilidade por paciente, o que é possível apenas em sistemas de gerenciamento e controle local do SIH (SIHD – Sistema de Internação Hospitalar Descentralizado). A ampla divulgação dos dados pelo DATASUS, considerando a importância do sigilo da informação, tem a preocupação de eliminar os identificadores como nome, cartão SUS e endereço ao disponibilizar o banco do SIH com os dados consolidados de AIH reduzidas. O indicador de taxa de reinternação com menos de 30 dias tem contribuído tanto com a análise da qualidade hospitalar no sentido de altas precoces ou

não seguras de casos mais graves como na capacidade do sistema produzir cuidado em rede que amplie as possibilidades de permanecer em atenção ambulatorial mais territorializada e comunitária em relação aos casos de menor gravidade. Só é possível a sua identificação em sistemas e não permite uma análise mais global e comparada.⁶

O indicador de **taxa de internação** do SIH estará, portanto, sempre se referindo às internações apenas no SUS, e não uma adequação e tendência populacional ao uso deste tipo de serviço. Além disso, pode ter variações em função da cobertura de planos privados em cada território e ainda da qualidade destes e do SUS em absorver ou não essa demanda. Importante considerar que a utilização dos serviços de saúde, no Brasil, tem frágil regulação público-privada e é muito influenciada pelos interesses do mercado em vender e efetivamente ofertar serviços conforme a necessidade e demanda da população que os consome. Considera-se sempre a necessidade, para efeitos de planejamento e avaliação, de realizar ajustes para a população não coberta por planos privados. Para considerar a ampla utilização do SUS por parte de toda a população e a premissa constitucional da universalidade do sistema, recomenda-se evitar o uso do termo população SUS-dependente ou que usa exclusivamente o SUS.

As informações dos atendimentos dos pacientes realizados pelo setor privado, financiado com recursos de fontes externas ao SUS, por pessoas físicas ou jurídicas, de direito público ou privado, são registradas e captadas pela Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA).

A CIH foi criada em 1999 (Portaria GM/MS nº 221) e ampliada para a inclusão de procedimentos ambulatoriais, passando a se chamar Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA) em 2011 (Portaria GM/MS Nº 1.171/2011). Tem a finalidade de ampliar o processo de planejamento, programação, controle, avaliação, monitoramento, regulação e auditoria da atenção à saúde e permite um conhecimento mais aprofundado do perfil epidemiológico da população brasileira, como um todo, e da produção de serviços do conjunto de estabelecimentos de saúde do país.

No site do DATASUS estão disponíveis algumas bases do CIH para serem utilizadas com o Tabwin, ainda com grande fragilidade na sua completude. Os dados mais recentes desde a implantação da CIHA ainda não estão disponíveis no Tabnet do DATASUS e no da ANS, o que dificulta sua utilização e análise. O Tabnet da ANS (<http://www.ans.gov.br/anstabnet/>) e a sala de situação da ANS (<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao>) disponibilizam a evolução do número de beneficiários por operadoras, da situação dos planos, as taxas de cobertura e os atendimentos de beneficiários no SUS identificados pelo sistema de ressarcimento das operadoras, mas não foram localizados dados disponíveis referentes aos indicadores de qualidade assistencial e de morbidade. As regiões metropolitanas e cidades maiores com maior número de beneficiários podem utilizar com maior interesse essas informações da saúde suplementar, no entanto persiste a dificuldade de análises do processo assistencial e clínico, menos fragmentado do ponto de vista da necessidade territorial como um todo, para planejamento e intervenção voltados à integralidade do sistema.

O processo de inovação dos bancos de dados da produção encontra-se em grande transformação com a indicação da organização de um CMD (Conjunto Mínimo de Dados) definido pela Resolução CIT nº 6 de 2016, que compõe o Registro Eletrônico de Saúde (RES) e integra o Sistema Nacional de Informação em Saúde (SNIS). Relaciona dados administrativos da gestão de recursos dos estabelecimentos de saúde que prestam assistência, tais como humanos, materiais ou financeiros, dados clínico-administrativos relacionados com a gestão dos pacientes, enquanto usuários dos estabelecimentos de saúde e ainda dados clínicos relacionados ao estado de saúde ou doença dos indivíduos, expressos em diagnósticos.

procedimentos e tratamentos realizados. O CMD substituirá um total de nove sistemas de informação atuais relacionados ao SIA e SIH: Boletim de Produção Ambulatorial (BPA/SIA), Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC/SIA), Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS/SIA), Autorização de Internação Hospitalar (SISAIH01/SIH), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), Sistema de Informação Hospitalar (SIH), Coleta da Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA01), Processamento da Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA02) e Sistema de Regulação, Controle e Avaliação (SISRCA).

São condições necessárias para a qualidade da informação que produza indicadores para a gestão da atenção à saúde, a cultura de valorização da informação clínica, administrativa e de pesquisa, o compartilhamento da informação e os adequados registros clínicos, estatísticas hospitalares e sistemas de informações hospitalares.¹²

O prontuário eletrônico envolve um conjunto de informações compartilhadas entre serviços e usuários que dependem da importância que ambos dão a elas. Tem uma questão importante relacionada ao sigilo das informações clínicas que deve ser sempre considerada pois, ao mesmo tempo que é necessário responder à disponibilidade e à sua rastreabilidade, é fundamental proteger a informação cujas guarda e responsabilidade são compartilhadas entre o usuário, o profissional e o estabelecimento.

A confiabilidade da informação, por sua vez, está fortemente relacionada à dificuldade que o profissional de saúde tem de identificar o registro como parte do seu processo de trabalho e também que possa permitir o compartilhamento e a continuidade do cuidado. O profissional de saúde, frequentemente, não valoriza o registro do processo assistencial e, nesse sentido, não o vislumbra como possibilidade de melhoria do seu processo de trabalho específico ou até mesmo da instituição como um todo, identificando-o como um instrumento de controle e gerenciamento. Práticas normativas gerenciais no trato com a informação contribuíram para piorar essa situação.

O Brasil tem hoje uma política de informação em fase de implantação que avança no processo de informatização de toda a rede, no estabelecimento de padrões e conjuntos mínimos de dados que enfrentem a fragmentação dos sistemas, na disponibilização da informação ao usuário com a implantação do cartão SUS e sistemas de prontuário eletrônico compartilhados, na construção de sistemas interligados em redes como tem sido organizado no E SUS, no aperfeiçoamento dos sistemas de nascimento e morbimortalidade, bem como na produção de inquéritos populacionais que contribuam com conhecimentos específicos e sobre o uso e acesso aos serviços de saúde. Assim, é necessário avançar na cultura de uso e análise das informações em saúde que permitam a tomada de decisão e o monitoramento das ações e serviços de saúde e, acima de tudo, não sejam organizadas como sistemas de controle, mas sistemas de produção de conhecimento e de tomada de decisão.

Avaliação da qualidade dos serviços de saúde e os indicadores das redes de atenção à saúde

Para avaliar a qualidade da assistência é necessário traduzir os conceitos e definições gerais, da melhor maneira, em critérios operacionais, parâmetros e indicadores, validados e calibrados pelos atributos da estrutura, processo e resultados. Segundo Donabedian, o propósito dos sistemas de atenção à saúde, em seu núcleo e por meio de inúmeras partes, é

proporcionar o mais alto nível de qualidade ao menor custo, de maneira mais equitativa, ao maior número de pessoas”. São considerados por ele sete pilares da qualidade:

- **Eficácia** – habilidade da ciência médica em oferecer melhorias na saúde e no bem-estar dos indivíduos;
- **Efetividade** – relação entre o benefício real oferecido pelo sistema de saúde ou assistência e o resultado potencial, representado esquematicamente por uma fração, em que os estudos epidemiológicos e clínicos oferecem as informações e resultados para obter a resultante dessa relação;
- **Eficiência** – relação entre o benefício oferecido pelo sistema de saúde ou assistência médica e seu custo econômico, representado pela equação $\text{Eficiência} = \frac{\text{Melhoria gerada pelo sistema oferecido}}{\text{Custo econômico desse sistema}}$;
- **Otimização** – estabelecimento do ponto de equilíbrio relativo, em que o benefício é elevado ao máximo em relação ao seu custo econômico. Em termos gráficos, é o ponto de estabilização da curva de benefícios. Em outros termos, segundo Donabedian (1990), é a tentativa de evitar benefícios marginais a custos inaceitáveis, ou é a relação entre as necessidades reais de saúde (comprováveis epidemiologicamente) e o atendimento destas pelo sistema de saúde;
- **Aceitabilidade** – adaptação dos cuidados médicos e da assistência à saúde às expectativas, aos desejos e valores dos pacientes e suas famílias. Esse atributo é composto por cinco conceitos: acessibilidade, relação médico-paciente, amenidades, preferências do paciente quanto aos efeitos da assistência, preferências do paciente quanto aos custos da assistência;
- **Legitimidade** – possibilidade de adaptar satisfatoriamente um serviço à comunidade ou à sociedade como um todo. Implica conformidade individual, satisfação e bem-estar da coletividade;
- **Equidade** – determinação da adequada e justa distribuição dos serviços e benefícios para todos os membros da comunidade, população ou sociedade.

Os processos de avaliação dos serviços de saúde podem ser internos ou externos. A habilitação pela vigilância sanitária, o credenciamento, a categorização como amigo da criança são exemplos da avaliação interna. Os Prêmios de Qualidade da Gestão e a acreditação são exemplos de avaliação externa. A acreditação é um procedimento de avaliação sistêmica da qualidade que procura abranger os aspectos de estrutura, processo e resultados. É voluntária, confidencial, periódica, baseada em padrões previamente conhecidos e executada por uma entidade independente em relação ao estabelecimento avaliado. Os processos existentes estão muito baseados no processo iniciado em 1919, quando o Colégio de Cirurgiões adota o “Padrão Mínimo”, um conjunto de cinco padrões oficiais para a prestação de cuidados hospitalares, que incluíam a necessidade de existência de um corpo clínico licenciado, de caráter e com ética profissional, a exigência do registro de todos os atendimentos e a existência de instalações adequadas para o diagnóstico e o tratamento.

Dois importantes exemplos de programas de avaliação desenvolvidos pelo Ministério da Saúde baseados em padrões de qualidade são o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ e o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – PNASS. O PMAQ foi instituído em 2011 com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção básica em saúde. O Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) originou-se do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH), desenvolvido a partir de 1998, e tem objetivo

de avaliar a totalidade dos estabelecimentos de atenção especializada em saúde, ambulatoriais e hospitalares, contemplados com recursos financeiros provenientes de programas, políticas e incentivos do Ministério da Saúde, quanto às seguintes dimensões: estrutura, processo, resultado, produção do cuidado, gerenciamento de risco e a satisfação dos usuários em relação ao atendimento recebido.¹³

A reflexão sobre como avaliar redes de saúde do ponto de vista da atenção nos ajuda a pensar como isso também possibilita avaliar os sistemas de saúde, considerando os princípios de universalidade, equidade e, particularmente, da integralidade do SUS e da lógica de organização de serviços em redes de atenção para produzir um cuidado integral. Isso se aproxima das necessidades de saúde da população? Indica um avanço no cumprimento dos pactos intergestores? Demonstra um melhor desempenho da atenção básica e do sistema como um todo? A produção de serviços contribui com a melhoria das condições de vida da população? Reduz desigualdades?

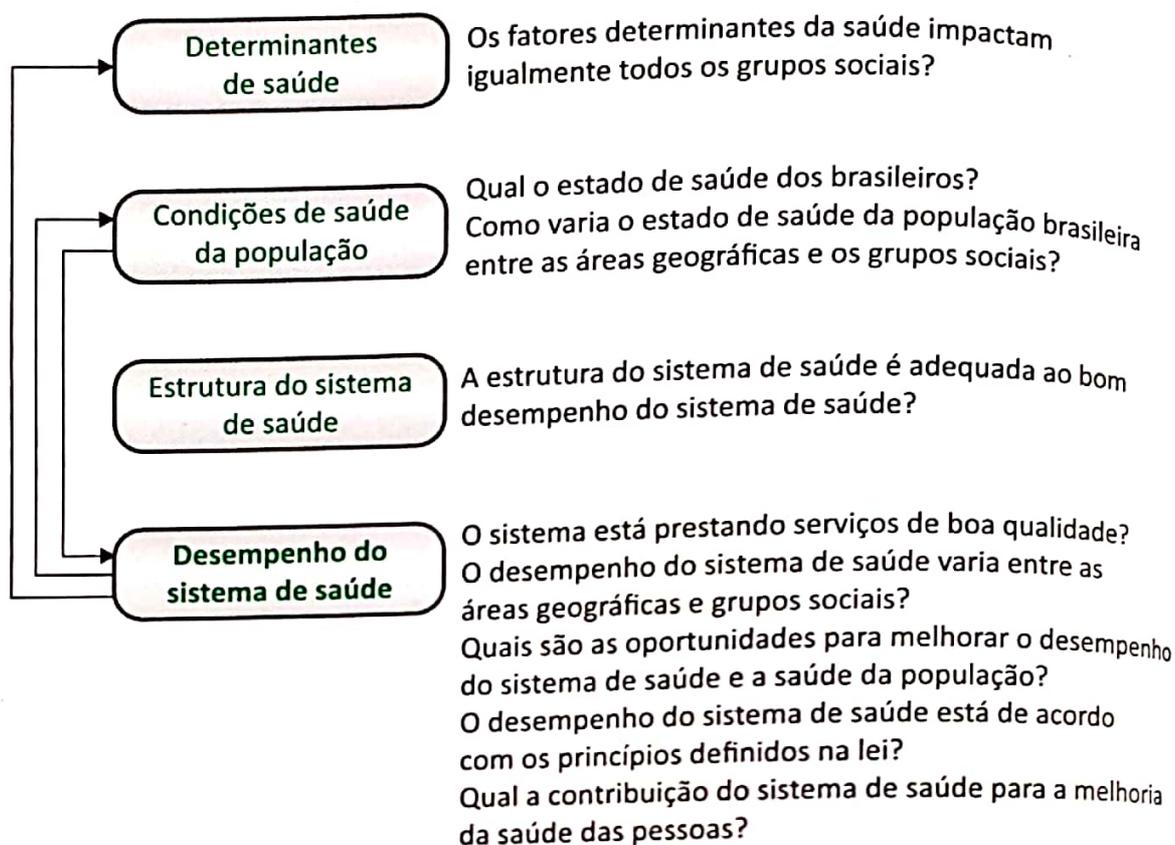
Várias dessas inquietações têm sido analisadas no âmbito da gestão do SUS utilizando indicadores que considerem a relação entre os serviços de saúde na rede de atenção. Um bom exemplo, bastante utilizado atualmente em vários tipos de análise e em processos de pactuação é o indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB) que analisa a proporção de internações por causas passíveis de intervenções na atenção básica como importante contribuição para a análise do sistema de saúde como um todo.

Uma matriz analítica foi produzida por um conjunto de pesquisadores (www.proadess.cict.fiocruz.br) para auxiliar na compreensão de quais são e como se inter-relacionam os fatores que influenciam a eficiência, a efetividade e a equidade no desempenho do SUS; melhorias na formulação de políticas, além do monitoramento das desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços recebidos pelos diferentes grupos sociais no Brasil. A matriz indica o contexto político, social e econômico em que seriam identificados os determinantes de saúde associados aos problemas de saúde tidos como prioritários, evitáveis e passíveis de intervenção. A caracterização desses problemas de saúde em termos de morbidade, mortalidade, limitação de atividade física e qualidade de vida associada permitiria conhecer a magnitude dos problemas e sua expressão em diferentes regiões geográficas e grupos sociais. Esse perfil de morbimortalidade, ao expressar as necessidades de saúde, orientaria a definição de elementos da estrutura do sistema de saúde que, por sua vez, condicionaria as possibilidades de melhor ou pior desempenho do sistema de saúde. O monitoramento e avaliação do desempenho do SUS é uma função importante para indicar necessidades de melhoria dos mecanismos de regulação das relações intergestoras e com relação aos serviços público e privados.

A figura a seguir sintetiza proposta de avaliação de desempenho do Sistema Único de Saúde, do Proadess – Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (CICT) – Fiocruz.¹⁴ Foi baseado nesse modelo que, em 2012, o Ministério da Saúde desenvolveu o Índice de Desenvolvimento do SUS (IDSUS), utilizando informações estratégicas sobre o desempenho do SUS para apoiar os estados e municípios na melhoria de seus indicadores de saúde. É uma síntese de 24 indicadores que atribui uma nota (grau) de 0 a 10 para estados e municípios, relacionados aos temas de cobertura (acesso potencial ou obtido) com 14 indicadores, e efetividade (resultados esperados) do SUS, com 10 indicadores. Os indicadores de cobertura foram definidos em três áreas assistenciais (atenção básica, atenção ambulatorial e hospitalar de média complexidade e atenção ambulatorial e hospitalar de alta complexidade), enquanto os indicadores de efetividade levaram em consideração a atenção básica e a atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade em conjunto (Quadro 11.1).

Quadro 11.1 – Contexto político, social, econômico e a conformação do sistema de saúde

Contexto Político, Social, Econômico e a Conformação do Sistema de Saúde



Por fim, cabe considerar que tudo que é produzido e analisado no ambiente acadêmico e de pesquisa muito pouco, frequentemente, é compartilhado e utilizado pela gestão local, traduzindo-se em um importante desafio para as áreas de ensino, pesquisa e extensão das universidades, em particular as públicas. Além disso, hoje os processos avaliativos são bastante induzidos pelas necessidades e desejos das políticas implantadas, em vez de inovarem para além do que já está sendo produzido, construindo pouco conhecimento e inovação que ajudem a enfrentar e resolver os problemas de saúde e da organização da atenção à saúde. O lugar ocupado historicamente pelo planejamento em si e, hoje, pela avaliação precisa ceder à efetiva produção de políticas amparada pela participação da sociedade que contribua com o desempenho dos sistemas de saúde que promovam a redução das desigualdades em saúde e a melhoria das condições de vida e saúde.

As pesquisas avaliativas produzidas no âmbito da pesquisa e as avaliações geradas no âmbito da gestão podem impactar de maneira importante a produção de políticas públicas. No entanto, pergunta-se: e o cidadão? Quando passaremos a incluir efetivamente o cidadão ou, ao menos, o usuário de serviços de saúde como protagonista do processo avaliativo? Esse é outro importante desafio.

Chegar mais perto da necessidade das pessoas e da singularidade do território, olhar para as várias dimensões da vulnerabilidade e incluir a sua percepção e expectativa no que acha razoável, por exemplo, do ponto de vista da espera para acessar algum serviço, de muitas vezes não ser razoável precisar ir várias vezes aos serviços para resolver seu problema ou enfrentar a falta de vacinas e de remédios, do que para ele tem maior significado do ponto de

vista da humanização e da qualidade, entre tantas outras questões muito além do que eventualmente entendemos como um bom desempenho de um serviço ou um sistema de saúde.

É preciso construir essa cultura tanto disponibilizando informação de modo que produza sentido para quem a poderia usar, como, cada vez mais, aperfeiçoando os sistemas para que forneçam uma informação com uma ética emancipatória da sociedade e que atuem no fortalecimento da participação social. É fundamental aproximar-nos da reflexão a que a epidemiologia crítica de Breih¹⁵ nos convida para a reconstrução de paradigmas que resgatem a riqueza do conhecimento produzido pela epidemiologia tradicional, pela ciência e pelo saber popular. Epidemiologia para quê? Informação para quê? Saúde pública para quê? Política e gestão para quê?

A política e gestão, como campo do conhecimento e base da saúde coletiva brasileira, têm uma importante responsabilidade na construção de outros olhares e lugares para a gestão, planejamento, regulação, informação e avaliação de sistemas e serviços de saúde. Os sistemas de informação da atenção devem continuar como cenário da nossa produção de conhecimento na área e, em particular, na produção de sentidos para alunos de graduação em saúde pública e saúde coletiva em contribuir com o sistema e os serviços de saúde no Brasil.

A reflexão deste capítulo se insere na importância e necessidade dessa temática para novos e velhos sanitaristas, nem sempre pesquisadores, avaliadores e reguladores, mas sempre cidadãos de direito e defensores da Saúde como uma importante política democrática de direito do nosso país e a transparência da informação como responsabilidade ética e emancipatória da sociedade.

Referências Bibliográficas

1. Silva SF da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciênc. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, jun 2011.
2. Tanaka, O Y. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. *Soc Saúde*. São Paulo, v. 20, n. 4, p. 927-934, dez 2011.
3. Cohn A, Westphal MF, Elias PE. Informação e decisão política em saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 114-121, jan 2005.
4. Moraes IHS de, Santos SRFR dos. Informações para a gestão do SUS: necessidades e perspectivas. *Inf. Epidemiol. SUS*, Brasília, v. 10, n. 1, p. 49-56, mar. 2001.
5. Brasil. 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/Organização Pan-Americana da Saúde – Brasília*, 2015.
6. Viacava F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. *Ciência e Saúde Coletiva*; 7: p. 607-622, 2002.
7. Drumond Jr M. Epidemiologia em serviços de saúde: conceitos, instrumentos e modos de fazer. In: Campos GW, Minayo MC, Akerman M, Drumond JM, Carvalho YM. *Tratado de saúde coletiva*. Editora Hucitec, 2012.
8. Goldbaum M. Epidemiologia e serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 12, supl. 2, p. S95-S98, 1996.
9. Meneghel SN. *Epidemiologia: exercícios indisciplinados*. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2015.
10. Tanaka OY, Drumond Jr M. Análise descritiva da utilização de serviços ambulatoriais no Sistema Único de Saúde segundo o porte do município, São Paulo, 2000 a 2007. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 19(4):355-366, out-dez 2010.
11. Louvison MCP, Cecilio MAM, Osiano VLLR, Portas SLC, Sesso R. Prevalência de pacientes em terapia renal substitutiva no Estado de São Paulo. *Bepa* 2011;8(95):23-42.
12. Schout D, Novaes HMD. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 935-944, ago 2007.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. *Curso básico de regulação, controle, avaliação e auditoria no SUS/Ministério da Saúde*. Secretaria

- de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas; Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
14. Viacava F, Ugá MAD, Porto S, Laguardia J, Moreira RS. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde: um modelo de análise. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 921-934, abril de 2012.
 15. *Epidemiologia crítica: Ciência emancipadora e interculturalidade*. Breilh J. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 317 pp.