

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Carmem Regina Estivaleta Marchionatti

**O RELATÓRIO DE GESTÃO COMO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO
DE ACESSO AO SISTEMA DE SAÚDE**

**São Leopoldo
2006**

Carmem Regina Estivaleta Marchionatti

**O RELATÓRIO DE GESTÃO COMO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO
DE ACESSO AO SISTEMA DE SAÚDE**

Dissertação apresentada à Universidade do Vale do Rio dos Sinos como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Saúde Coletiva**.

Orientadora: Profa. Dra. Janice Dornelles de Castro

**São Leopoldo
2006**

Carmem Regina Estivaleta Marchionatti
O RELATÓRIO DE GESTÃO COMO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO
DE ACESSO AO SISTEMA DE SAÚDE

O Relatório de Gestão como instrumento de avaliação de acesso ao Sistema de Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Janice Dornelles de Castro

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da
Universidade do Vale do Rio dos Sinos

M317r Marchionatti, Carmem Regina Estivaleta
O Relatório de gestão como instrumento de avaliação de acesso ao
sistema de saúde / por Carmem Regina Estivaleta Marchionatti – 2006.
122 f.: il. ; 30cm.

Com: Relatório e artigo.

Dissertação (mestrado) — Universidade do Vale do Rio dos
Sinos, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2006.

“Orientação: Prof^a. Dr^a. Janice Dornelles de Castro, Ciências da
Saúde”.

1. Sistema Único de Saúde - Gestão. 2. Sistema Único de
Saúde – Instrumento de avaliação. I. Título.

CDU 614

Catálogo na Publicação:
Bibliotecário Eliete Mari Doncato Brasil - CRB 10/1184

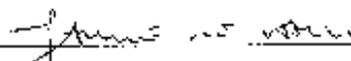
Carmem Regina Estivaleta Marchionatti

"O Relatório de Gestão como instrumento de avaliação de acesso ao sistema de saúde: possibilidades e limites"

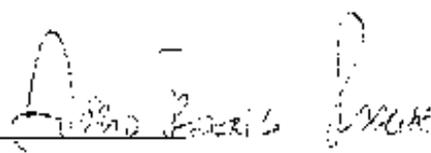
Dissertação apresentada à Universidade do Vale do Rio dos Sinos como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Saúde Coletiva**.

Aprovado em 14 de julho de 2006.

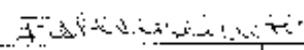
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Janice Dornelles de Castro – UNISINOS



Prof. Dr. Dário Frederico Pasche – UNIJUI



Profa. Dra. Élide Azevedo Hennington – UNISINOS

Dedico este trabalho ao Nico, companheiro de todas as horas, que me incentivou e me apoiou nesta caminhada, e aos meus filhos queridos, Ana Maria e Lauro, que compreenderam a importância desta etapa da minha vida.

"Caminhante, são teus rastros
o caminho, e nada mais;
caminhante, não há caminho,
faz-se caminho ao andar."

Antônio Machado
Poeta espanhol

Resumo

Esse artigo discute as potencialidades do Relatório de Gestão Municipal de Saúde (RGMS) do Rio Grande do Sul (RS), como instrumento para avaliação do acesso aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Este estudo baseou-se em pesquisa na literatura científica para conhecimento dos indicadores utilizados para medir acesso nos sistemas de saúde. Selecionaram-se indicadores na literatura nacional e internacional. Após, compararam-se os indicadores selecionados com os do RGMS, com identificação das coincidências, construindo-se nova seleção, desta vez dos indicadores de acesso do RGMS. Por fim, discutem-se as potencialidades e limites destes indicadores para avaliar o acesso ao SUS. Em conclusão, o RGMS constitui-se de medidas indiretas de acesso e, através delas, é possível levantar hipóteses relacionadas a problemas de acesso que podem influenciar no desempenho de indicadores de cobertura e utilização dos serviços. A avaliação do acesso em diferentes grupos sociais é limitada, em razão da carência de variáveis sociais nos bancos de dados. Sugerem-se outros indicadores para conhecer barreiras de acesso que dificultam a obtenção dos cuidados de saúde pelos usuários.

Palavras-chave: Acesso, Avaliação, Sistema Único de Saúde.

Abstract

This article aims to discuss the potentialities of the City's Health Management Report (CHMR) as an instrument to evaluate the access to health services provided by SUS. Using scientific literature, a research was carried out to know the most commonly used indicators to measure the access to health services. Indicators were selected from both national and international literature. Afterwards, the chosen indicators were compared to those used by CHMR, identifying coincidences, and making a selection of the access indicators used by CHMR. Finally, we discussed the potentialities and limitations of such indicators to evaluate access to SUS. We came to the conclusion that the CHMR consists of indirect access measures through which it is possible to suggest hypotheses related to access problems which might influence the performance of coverage and service use indicators. The access evaluation in different social groups is limited, due to the lack of social variables in the Health Information Systems. Some indicators are proposed to get to know the barriers to access that make it difficult for the health system users to obtain healthcare.

Key words: access, evaluation, Unified National Health System.

SUMÁRIO GERAL

1. Projeto de Pesquisa	4
2. Relatório de Pesquisa	87
3. Artigo Científico	90

PROJETO DE PESQUISA

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASSEDISA- Associação de Secretários e Dirigentes de Saúde
AIHW- Austrália Institute of Health and Welfare
CES- Conselho Estadual de Saúde
CIB- Comissão Intergestores Bipartite
CICH- Canadian Institute for Health Information
CONASS- Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CRS- Coordenadoria Regional de Saúde
FIOCRUZ- Fundação Oswaldo Cruz
FMS- Fundo Municipal de Saúde
IDB- Indicadores e Dados Básicos
INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência e Assistência Social
MS- Ministério da Saúde
NHS- National Health Service - Inglaterra
NOAS- Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB/96- Norma Operacional Básica de 1996
OMS- Organização Mundial de Saúde
OPAS- Organização Pan-Americana de Saúde
PDR- Plano Diretor de Regionalização
PNAD- Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios
PPI- Programação Pactuada e Integrada
PPI-ECD- Programação Pactuada e Integrada da Epidemiologia e Controle de Doenças
PROADESS- Projeto de Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro
PSF – Programa de Saúde da Família
RG- Relatório de Gestão
RGMS- Relatório de Gestão Municipal de Saúde
RIPSA- Rede Interagencial de Informações para a saúde
RS - Rio Grande Sul
SES- Secretarias Estadual de Saúde
SI-PNI- Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações
SIA- Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH- Sistema de Informações Hospitalares
SIS- Sistema de Informações em Saúde
SMS- Secretaria Municipal de Saúde
SUS- Sistema Único de Saúde
USA- Estados Unidos da América

SUMÁRIO

<u>INTRODUÇÃO</u>	13
<u>1. JUSTIFICATIVA</u>	15
<u>2. OBJETIVOS</u>	19
<u>2.1 Objetivo Geral</u>	19
<u>2.2 Objetivos Específicos</u>	19
<u>3. REVISÃO DA LITERATURA</u>	20
<u>3.1 Gestão do Sistema Único de Saúde</u>	20
<u>3.2 Relatório de Gestão</u>	29
<u>3.3 Avaliação em Saúde</u>	35
<u>3.4 Legislação sobre Avaliação</u>	44
<u>3.5 Acesso aos serviços de saúde no SUS</u>	44
<u>3.5.1 Indicadores de Saúde</u>	58
<u>4. METODOLOGIA</u>	64
<u>5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS</u>	66
<u>6. CRONOGRAMA</u>	67
<u>7. ORÇAMENTO</u>	68
<u>REFERÊNCIAS</u>	69
<u>APÊNDICE I LISTA DE INDICADORES IDENTIFICADOS NA LITERATURA QUE MEDEM ACESSO AO SERVIÇO DE SAÚDE</u>	76
<u>ANEXO I</u>	81
<u>PLANILHAS DO RELATÓRIO DE GESTÃO MUNICIPAL 2005</u>	81

INTRODUÇÃO

Com a descentralização das ações e serviços de saúde para os municípios, novas responsabilidades estão sendo assumidas pelos sistemas locais de saúde. Neste contexto, torna-se imperativo o desenvolvimento de práticas de avaliação e monitoramento do desempenho dos serviços de saúde e dos sistemas municipais de saúde.

De acordo com a Portaria Estadual nº. 37/03, artigo 1º, parágrafo 1º, o acompanhamento, controle e avaliação das ações e serviços do Sistema Único de Saúde, no Rio Grande do Sul, tem como instrumento fundamental o Relatório de Gestão Municipal da Saúde. Na mesma Portaria, está a orientação de que os Relatórios de Gestão Municipal de Saúde (RGMS) deverão ser analisados pelas equipes técnicas das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e estas deverão emitir um parecer sobre a situação de saúde de cada município.

A avaliação deve ser institucionalizada nos diversos níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta institucionalização deve fazer parte de um sistema organizacional orientado em que as atividades analíticas estão necessariamente ligadas às de gestão, (HARTZ, 2002).

Neste aspecto, Felisberto (2004) preconiza a necessidade de desenvolvimento de capacidade técnica nas diversas instâncias do SUS com o objetivo de desenvolver ações de monitoramento e avaliação. A institucionalização da avaliação é fundamental para subsidiar o processo de planejamento e gestão,

assim como para ser um instrumento de suporte para a formulação de políticas de saúde.

Considerando que a atividade de avaliação é de competência de todas as esferas de gestão do SUS, e que entre as dificuldades apontadas em CONASS (2004), está a falta de cultura institucional da Secretaria Estadual de Saúde para desenvolver métodos e instrumentos de avaliação, este estudo se propõe a analisar o RGMS como um instrumento para avaliação da gestão municipal de saúde.

Inicialmente é apresentada revisão bibliográfica sobre gestão do Sistema Único de Saúde, sobre o RGMS, avaliação em saúde, acesso ao SUS e indicadores de saúde. Após pretende-se verificar se através do RGMS, é possível avaliar o acesso aos serviços de saúde no nível municipal.

1. JUSTIFICATIVA

Atualmente o alto custo da atenção à saúde e a necessidade de gerir o Sistema de Saúde com eficiência e efetividade exigem dos gestores decisões que resultem em maior impacto sobre as ações e serviços de saúde oferecidos à população. Neste contexto, avaliação é uma função da gestão que objetiva subsidiar o processo decisório, para que este não seja apenas baseado em medidas racionalizadoras de recursos, mas que também atenda às necessidades do usuário, tais como o atendimento humanizado, acesso e efetividade na resolução dos problemas.

Existe um reconhecimento assumido por vários pesquisadores e gestores (Hartz, 2002, Felisberto, 2004; Tanaka, 2004) quanto à necessidade da institucionalização da avaliação como rotina dos serviços de saúde. Existem também impasses técnicos para realizar avaliações de situação de saúde, por não haver dentro da instituição da SES uma cultura de avaliação.

Entre as dificuldades encontradas por gestores e trabalhadores da área da saúde para a realização de avaliações de serviços de saúde, estão, segundo Tanaka (2004), a pouca familiaridade com conceitos e metodologias de avaliação e a definição dos indicadores a serem utilizados para a avaliação. Há uma tendência à

utilização de um número excessivo de indicadores, que nem sempre são os mais adequados para responder às questões do contexto da avaliação.

O Sistema Único de Saúde tem como princípios básicos a universalidade, a integralidade, o acesso, o controle social e a descentralização. Dentre estes princípios, o acesso aos serviços de saúde tem sido um dos grandes desafios para os gestores das três esferas do governo.

De acordo com Hortale et al (2000), o acesso é uma dimensão que deve ser atingida em qualquer serviço de saúde, e deve ser o orientador de todas as políticas. Assim, avaliar o acesso é uma ação complexa e deve abarcar as diversas dimensões do processo de produção de serviços. A descentralização da gestão oportuniza a melhoria do acesso e a equidade no campo da saúde, pois permite a formulação de novos modelos de atenção, a criação de novos papéis e funções para os trabalhadores da área da saúde, e permite redimensionar os sistemas de remunerações.

Estudos avaliando acesso aos serviços de saúde e sua relação com a gestão em saúde ainda são escassos (HORTALE, 2000). Os estudos mais comumente encontrados são relativos ao acesso a questões pontuais, como internações hospitalares, ou acesso a um serviço específico de saúde (OLIVEIRA et al, 2004; FRANCO e CAMPOS, 1998; RAMOS e LIMA, 2003).

A NOAS 2002 refere-se ao Relatório de Gestão como um instrumento básico de acompanhamento e avaliação dos sistemas de saúde. Refere ainda que todos os

níveis de gestão devem avaliar o sistema de saúde em relação ao desempenho nos processos de gestão, às formas de organização e quanto ao modelo de atenção. O eixo orientador desta avaliação deve ser a promoção da equidade no acesso na alocação dos recursos.

Considerando a necessidade de acompanhamento da gestão municipal pelo nível estadual e considerando a necessidade de padronização de informações para permitir a comparabilidade entre os municípios e regiões, a Comissão Intergestores Bipartite publicou a Resolução n.º38 de 2003, que instituiu o RGMS do Rio Grande do Sul (RS) em formato de planilhas eletrônicas, contendo o elenco mínimo de informações que os municípios devem prestar trimestral e anualmente.

O RGMS é um instrumento normativo para avaliação de serviços e sistemas de saúde em nível coletivo. É constituído por diversos indicadores, todos presentes nas diversas pactuações entre gestores.

Este estudo se propõe a analisar o RGMS, o qual é um instrumento utilizado para auxiliar os gestores do SUS a avaliar o modelo de atenção à saúde que está sendo implementado nos municípios gaúchos. O RGMS é uma ferramenta que se propõe a dar um panorama geral da situação de saúde de uma população e fornecer subsídios para a tomada de decisões relativas ao rumo adotado pela gestão para alcançar um modelo de atenção à saúde que seja pautado pelos princípios do SUS. Neste sentido, o estudo referido tem relevância na medida em que é fundamental que o RGMS seja realmente um instrumento que expresse informações que permitam conclusões sobre o desempenho da gestão do sistema de saúde dos

municípios do RS.

Devido à importância da avaliação do acesso aos serviços de saúde e à necessidade de se desenvolver rotinas de monitoramento e avaliação no âmbito dos municípios e da Secretaria Estadual de Saúde, e considerando-se que o RGMS é um instrumento adotado para embasar o processo avaliativo, justifica-se a realização do presente estudo.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Discutir a capacidade do RGMS do RS em avaliar o acesso aos serviços de saúde.

2.2 Objetivos Específicos

1. Identificar, na literatura científica, os principais indicadores utilizados para medir acesso nos Sistemas Públicos de Saúde;

2. Comparar os indicadores de acesso identificados na literatura com aqueles que fazem parte do RGMS do RS;

3. Discutir as potencialidades dos indicadores presentes no RGMS em medir o acesso aos serviços de saúde.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Gestão do Sistema Único de Saúde

O Sistema de Saúde Brasileiro prevê a descentralização das ações e dos serviços de saúde como uma das principais diretrizes do setor. A esfera municipal tornou-se a principal responsável pela execução das ações de saúde, bem como pela gestão dos serviços. Assim, estudos têm avaliado as mudanças decorrentes desta nova forma de gestão do Sistema de Saúde (FURTADO, 2001; FELISBERTO, 2003). Neste contexto, a gestão municipal de saúde tornou-se um campo complexo e com inúmeros desafios para os gestores do Sistema Único de Saúde.

Para fins de entendimento das funções da gestão no SUS, pode-se conceituar a gestão do sistema como a atividade e a responsabilidade de dirigir um Sistema de Saúde, seja na esfera municipal, estadual ou federal, desempenhando as funções de coordenação, articulação, planejamento, negociação, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. A gerência pode ser definida como a responsabilidade pela administração de uma unidade, um ponto de prestação de serviço ou um órgão de saúde, caracterizado como um prestador de serviço do SUS, como, por exemplo, ambulatórios, hospitais, fundações, etc (NOB 1996).

O modelo de gestão é uma forma de conceber, gerir, organizar os processos de trabalho e organizar e controlar as ações e os serviços de saúde, enquanto sistema de saúde (REZENDE E PEIXOTO, 2003).

As funções gestoras no SUS são definidas como “um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessárias para a implementação de políticas na área de saúde” (SOUZA, 2002). Existem quatro macrofunções gestoras na saúde: a) formulação de políticas/planejamento; b) financiamento; c) coordenação, regulação, controle e avaliação do sistema e dos prestadores públicos ou privados; d) prestação direta de serviços de saúde. Cada uma destas macrofunções abrange um conjunto de subfunções e de atribuições específicas para cada esfera de gestão do sistema.

Campos (1997) refere que uma das maiores dificuldades dos gestores de saúde é fazer com que os serviços públicos de saúde estejam em prol do bem-estar da coletividade, utilizando os recursos da maneira mais produtiva possível. Neste sentido, o autor diz que o conhecimento acumulado sobre gestão e planejamento de serviços de saúde no Brasil ainda é muito limitado e não consegue tratar de problemas comuns dos sistemas estatais de saúde, como a baixa produtividade de alguns serviços, a incapacidade em promover o bem-estar e até mesmo problemas técnicos como a incapacidade de resolver problemas de saúde.

O referido autor, em mesmo sentido, coloca que não se desenvolveu uma cultura de gestão que contemplasse as especificidades da produção de serviços de saúde voltadas para o interesse público. De uma maneira geral, as mesmas técnicas administrativas e a mesma lógica de produção de bens e serviços que regem o setor

privado foram transferidas para o setor público. No entanto, o surgimento de sistemas públicos de saúde, como o sistema inglês, ou a criação de serviços estatais isolados, como o caso do Brasil, levou ao desenvolvimento de uma cultura administrativa específica no setor estatal. Inicialmente, o Estado ocupou-se dos problemas coletivos, como as endemias, epidemias. Foram instituídas técnicas da administração militar, conforme era a tradição estatal da época, com características centralizadoras e organizadas verticalmente. Durante anos, este sistema funcionou de forma paralela à medicina de mercado.

No momento em que o Estado passou a incorporar ações de atenção individual, houve a necessidade de os governos aperfeiçoarem as técnicas de gestão do sistema de saúde. A Teoria Geral da Administração é adaptada para a área da saúde, o planejamento normativo, a administração de recursos humanos, financeiros e materiais e a avaliação de resultados passam a ser utilizados na gestão da saúde (CAMPOS, 1997).

No Brasil, com a ampliação das funções assistenciais do Estado, manteve-se a estrutura rígida e centralizada, própria da tradição estatal, porém permeável às várias formas de utilização privada da coisa pública. Do modelo liberal, manteve-se a autonomia dos profissionais, principalmente dos médicos. Ademais, faltaram estímulos pessoais e financeiros para os servidores, levando-os a um processo de alienação em relação às suas funções enquanto partes de um sistema de saúde.

Esta trajetória histórica explica, segundo Campos (1997), por que as questões da gestão de sistemas de saúde são, hoje, um desafio e também um ponto

central para que o SUS esteja em prol do bem-estar das pessoas e em defesa da vida.

A gestão em saúde, na perspectiva de Melo e Tanaka (2002), não é um modelo pronto, prescrito, mas um processo dinâmico, real, construído a partir do trabalho vivo no dia-a-dia das organizações de saúde. O processo de gestão dos sistemas de saúde deve ser voltado para assegurar a universalidade, integralidade, equidade e controle social na atenção à saúde, cumprindo, assim, com os princípios constitucionais do SUS.

Referindo-se às mudanças implementadas na modalidade de gestão do SUS no Município de São Paulo, Capucci (2003) coloca que as mudanças devem rejeitar o modelo burocratizado de gestão, com excessiva hierarquização e grande número de estruturas intermediárias e adotar um modelo de gestão flexibilizado, ágil, com autonomia administrativa e gerencial nos serviços de saúde. É necessário o desenvolvimento de instrumentos de controle e avaliação da prestação da assistência, assim como o cumprimento dos compromissos firmados em planos e acordos de gestão, nos diversos níveis de gestão do SUS municipal. Os serviços de saúde devem ser concebidos não como um fim em si mesmo, mas como um meio de atender às necessidades sociais, expressadas pela demanda de atenção à saúde da população.

As propostas de novas formas de gestão para o SUS vêm sendo discutidas nas suas diversas instâncias. Campos (2000) propõe um sistema de gestão descentralizado e democrático, que prevê a delegação de autonomia para as

equipes de saúde. Estas equipes teriam responsabilidades na elaboração de diretrizes, metas e programas de trabalho, através de um método de gestão colegiada, baseada na idéia de co-gestão, em que todos participam do governo e não somente os dirigentes. O método, denominado de Método da Roda, propõe-se a trabalhar, privilegiando as pessoas, o sujeito, para a construção de sujeitos coletivos organizados e capazes de enfrentar a racionalidade gerencial tradicional.

Cecílio (2000) coloca a idéia de se trabalhar com a Missão Institucional como uma ferramenta de gestão do setor saúde. O termo Missão adotado pelo Autor seria o mesmo que projeto, ou seja, os objetivos de um sistema de saúde. A missão em uma organização de saúde deverá explicar quatro conceitos: quais os produtos que a organização defende; quais as características dos produtos, os produtos são direcionados para tais clientes e espera alcançar tais resultados. Definida a missão, são estabelecidos indicadores para monitorar e avaliar o cumprimento da missão. Destaca-se que durante todo o processo de definição da missão institucional é necessário o envolvimento de todos os trabalhadores da organização. Neste sentido, o Autor destaca que organizações com sistemas de gestão descentralizados que possuem direção colegiada encontram maior facilidade na operacionalização da missão.

O SUS, por ser concebido na perspectiva de Sistema de saúde, deve funcionar como um todo, como uma engrenagem, com leis e instrumentos próprios que definem e garantem seu funcionamento, em todos os seus níveis. Os instrumentos de gestão são mecanismos que visam a garantir e a aperfeiçoar o desempenho do Sistema de Saúde. Estes estão definidos na Portaria n.º 48/GM de

12 de abril de 2001. A gestão do SUS é de responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, sendo que cada esfera tem direção única e descentralizada. Dessa forma, existem instrumentos de gestão próprios de cada município, estado ou da União, assim como existem os instrumentos de gestão que são comuns para cada esfera do Governo.

Os instrumentos de gestão contribuem para a articulação entre as três esferas gestoras do SUS, para o monitoramento contínuo da qualidade da gestão em cada local, para auxiliar na tomada de decisões e para o fortalecimento da capacidade de planejamento e de organização dos sistemas de saúde nas três esferas de governo. Os principais instrumentos de gestão são: Agendas de Saúde, Planos de Saúde, Relatórios de Gestão, Plano Diretor de Regionalização e Programação Pactuada e Integrada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, BRASIL, 2001).

A Agenda de Saúde se constitui num instrumento em que os governos federais, estaduais e municipais estabelecem as prioridades da política de saúde. O documento é composto por eixos prioritários de intervenção para cada nível de governo. Estes eixos devem ser justificados, detalhados em objetivos e indicadores para cada esfera de governo. A agenda de saúde é uma diretriz para a elaboração do Plano de Saúde.

As Agendas de Saúde têm um papel importante no planejamento integrado das ações de saúde. Ao serem consolidadas e adaptadas em cada esfera do governo, as Agendas de Saúde passam a compor um processo de

responsabilização progressiva, tendo como base as referências políticas, institucionais e epidemiológicas de cada nível de governo. As Agendas de Saúde devem sempre ser homologadas pelo Conselho de Saúde. Seu processo de elaboração inicia-se no nível federal, é seguido pelo nível estadual e após vem o nível municipal. A periodicidade de elaboração é anual e articulada entre os níveis de governo.

O Plano de Saúde é um instrumento de gestão que forma a base das atividades e da programação de cada nível de gestão. Este instrumento consolida o processo de planejamento em saúde, para um período de quatro anos, em cada esfera de governo. Constitui-se num documento de intenções políticas, de diagnósticos, estratégias e de metas. Tem trajetória ascendente, ou seja, inicia-se no nível municipal, após o estadual e, por último, o nível federal. Os planos deverão ser atualizados anualmente de acordo com as Agendas de Saúde e da Programação Pactuada e Integrada de cada nível de gestão.

O Quadro de Metas é parte integrante do Plano de Saúde e serve de base para a elaboração do Relatório de Gestão. Contém os indicadores e metas prioritárias para cada nível de gestão para cada ano. O Quadro de Metas de cada esfera de governo servirá de base para elaboração do Relatório de Gestão, e será analisado pela esfera seguinte, partindo do município, em uma lógica ascendente, num processo de revisão crítica, adaptação e análise. O resultado deste processo passa a ser um compromisso entre as esferas de gestão. A característica típica do Quadro de Metas é a síntese das metas e da programação em saúde prevista para cada ano.

O Relatório de Gestão tem como finalidade a avaliação do cumprimento dos objetivos e metas explicitadas no quadro de metas, bem como da aplicação dos recursos em cada exercício anual. É elaborado pelos gestores de saúde e referendado pelo Conselho de Saúde de cada esfera governamental e pelas Comissões Intergestoras. O processo de elaboração e acompanhamento do Relatório de Gestão segue um percurso ascendente, do município para o estado e a seguir para o Ministério da Saúde.

Constituem-se como elementos típicos do Relatório de Gestão o diagnóstico situacional, ao qual se agregam as prioridades estabelecidas, análise que permita a comparação entre o que foi programado e o realizado e análise da aplicação dos recursos financeiros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, BRASIL, 2001).

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) foi estabelecido pela Norma de Assistência à Saúde/01 (NOAS/01) e tem o objetivo de organizar a assistência à saúde de forma regionalizada e hierarquizada, de modo a garantir o acesso dos usuários a todos os níveis de complexidade dos serviços de saúde. O PDR é parte integrante do Plano de Saúde estadual e sua aprovação é baseada no pacto entre os gestores municipais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A elaboração do PDR é coordenada pela secretaria estadual de saúde e se constitui num processo de planejamento integrado de referência e contra-referência, que envolve um grupo específico de municípios que compõem uma região de saúde do estado. Assim, todo o estado passa a ser coberto por regiões de saúde, o que garantirá o acesso à totalidade dos serviços de saúde para a população, ainda que

prestados em outro município. Assim, determinados serviços de saúde passam a ser estruturados na lógica de um plano regional e não mais na ótica puramente municipal. Isto permitirá a obtenção de ganhos em relação ao custeio de serviços de saúde de alta complexidade e mais caros. O PDR servirá como subsídio para a Programação Pactuada e Integrada (PPI). O PDR também fornece subsídios para a elaboração dos Planos Municipais de Saúde, porque, ao planejar as ações de assistência à saúde, o gestor municipal de saúde deve levar em consideração a regionalização dos serviços em sua região e em seu estado.

A PPI é o instrumento de gestão em que são programadas as ações que serão realizadas, em conformidade com as prioridades definidas nas Agendas de Saúde. A PPI tem por base o PDR e traduz as responsabilidades de cada gestor do sistema, tanto no que se refere a oferta de serviços de saúde existentes no território de um município específico, quanto pelo encaminhamento de usuários para um município de referência. Entre os principais objetivos da PPI, estão os de orientar a organização do sistema de saúde e das redes de referência em nível microrregional, regional e estadual, explicitar os fluxos de referência intermunicipal, orientar a alocação de recursos financeiros segundo a lógica das necessidades de saúde e em conformidade com as prioridades estabelecidas pelos gestores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Nesta pesquisa, o Relatório de Gestão será o instrumento de gestão a ser analisado.

3.2 Relatório de Gestão

O Relatório de Gestão se constitui em instrumento fundamental para o processo de construção e efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS). Funciona como um mecanismo para o acompanhamento e avaliação da gestão do SUS no município. A relevância deste instrumento é comprovada pelos dispositivos legais destacados a seguir.

A Lei 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre a transferência intergovernamental de recursos financeiros. No artigo 4º, está estabelecido que, para receber os recursos federais destinados à cobertura das ações e serviços de saúde, os Municípios, Estados e Distrito Federal deverão contar com os Relatórios de Gestão que permitam o acompanhamento e controle da aplicação dos recursos repassados.

Outra referência ao Relatório de Gestão está no Decreto Federal 1.232, de 30 de agosto de 1994, cujo artigo 5º estabelece que o Ministério da Saúde, por intermédio dos órgãos do Sistema Nacional de Auditoria e com base nos Relatórios de Gestão, acompanhará a conformidade da aplicação dos recursos financeiros transferidos aos Estados, Distrito Federal e Municípios.

O Decreto Federal nº. 1.651, de 28 de setembro de 1995, em seu artigo 3º, dispõe que a análise de Planos, Programações e Relatórios de Gestão permitirá o acompanhamento das atividades de avaliação, controle e auditoria. O Relatório de Gestão é destacado no artigo 6º como meio de comprovação para o Ministério da Saúde da aplicação de recursos transferidos aos Estados e aos Municípios. Ainda

neste mesmo artigo, estão estabelecidos os elementos básicos que devem compor o RG:

- I - programação e execução física e financeira do orçamento, de projetos, de planos e de atividades;
- II - comprovação dos resultados alcançados quanto à execução do plano de saúde de que trata o inciso III do art. 4º da Lei nº 8.142, de 1990;
- III - demonstração do quantitativo de recursos financeiros próprios aplicados no setor saúde, bem como das transferências recebidas de outras instâncias do SUS;
- IV - documentos adicionais avaliados nos órgãos colegiados de deliberação própria do SUS.

De acordo com o artigo 9º do Decreto acima citado, os Relatórios de Gestão deverão ser apresentados trimestralmente ao Conselho de Saúde correspondente e, em audiência pública, nas Câmaras de Vereadores e nas Assembléias Legislativas.

O Relatório de Gestão integra o elenco de requisitos e responsabilidades que os Estados e Municípios têm que cumprir para a habilitação em umas das formas de gestão previstas na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS, 2002).

Com a criação da Municipalização Solidária, através do Decreto Estadual nº. 39.582/99, o Governo do Estado do RS vinculou o repasse de recursos estaduais para os Fundos Municipais de Saúde à apresentação do Relatório de Gestão, previamente aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, em sessão pública na Câmara de Vereadores.

Com o objetivo de padronizar as informações prestadas pelos municípios, os representantes da Secretaria Estadual de Saúde do RS (SES), do Conselho

Estadual de Saúde (CES), da Associação de Secretários e Dirigentes de Saúde do RS (ASSEDISA) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) definiram, após ampla discussão, a forma de apresentação do RGMS. Esta definição foi regulamentada pela Portaria SES/RS nº. 19/99 e Portaria SES/RS nº. 28/00. A forma de apresentação estabelecida foi a de um roteiro com elenco mínimo de informações que os municípios deveriam prestar, conforme segue:

- 1- Apresentação da Política de Saúde do município;
- 2- Dados de identificação do município;
- 3- Organização e funcionamento da Secretaria Municipal de Saúde;
- 4- Legislação/normas para implantação do SUS municipal;
- 5- Participação da SMS em instâncias colegiada;
- 6- Habilitação do município ao recebimento de recursos;
- 7- Trabalhadores em saúde (recursos humanos);
- 8- Rede de serviços e infra-estrutura de apoio;
- 9- Atividades de acompanhamento, controle, avaliação e auditoria das ações e serviços de saúde;

10- Resultados quanto à oferta de ações e serviços e impacto nos indicadores de saúde;

11- Execução financeira-operacionalização do FMS;

12- Conclusões.

A partir de 2003, o RGMS passou a ser em formato de planilhas eletrônicas, disponibilizadas no site da SES/RS. O novo formato do RGMS é composto por dois grandes blocos de dados em formato Excel denominados de anexo 1 e anexo 2. O anexo 1 é constituído por um grupo de seis planilhas que se referem às ações e serviços desenvolvidos no Sistema Municipal de Saúde. O anexo 2 possui um conjunto de planilhas relativo ao desempenho financeiro de cada município. (RIO GRANDE do SUL, 2003). O anexo 1 é o objeto de estudo nesta pesquisa e passará a ser chamado de agora em diante de Relatório de Gestão Municipal de Saúde (SES/RS).

Abaixo está descrita, de maneira sucinta, a forma de organização do RGMS, de acordo com o manual de instruções de preenchimento do mesmo que está disponível na página de Internet da SES/RS. As planilhas que compõem o RGMS constam em anexo. (Ver Anexo I).

A - Folha de rosto: é utilizada para identificação do município, para informar o período de referência do RGMS, o tipo de gestão do município e para informação e descrição dos recursos humanos que compõe o quadro de servidores da

Secretaria Municipal de Saúde, de acordo com a categoria profissional, tipo de vínculo empregatício com o município e número de profissionais de cada categoria.

B-Produção assistencial: dividida em ambulatorial e hospitalar.

1- Produção ambulatorial: a assistência ambulatorial subdivide-se em atenção básica, média complexidade e alta complexidade. A planilha de produção ambulatorial da atenção básica reúne procedimentos básicos que fazem parte do Pacto da Atenção Básica. A planilha de produção ambulatorial de média complexidade reúne procedimentos programados para serem realizados no município de acordo com a Programação Pactuada e Integrada (PPI) da assistência. A planilha de produção ambulatorial de alta complexidade está organizada de acordo com os procedimentos programados na PPI da assistência para cada município. Como nem todos os municípios têm programação neste grupo de procedimentos, esta planilha só será preenchida pelos municípios que apresentam programação de alta complexidade.

2- Produção hospitalar: a planilha de produção hospitalar descreve a oferta de internações hospitalares para cada município, distribuída em cinco grupos de especialidades: clínica médica, obstétrica, cirúrgica, pediátrica e psiquiátrica.

3- Produção de outras ações de atenção básica: este grupo está dividido por ciclos de vida. Os indicadores se originam do Pacto da Atenção Básica e da PPI da Vigilância em Saúde. Este grupo está organizado da seguinte forma:

- Ciclo gravídico-puerperal: contempla ações desenvolvidas junto às gestantes do município.

- Ciclo de vida da criança: contempla ações desenvolvidas no grupo etário de zero a 10 anos de idade.

- Ciclo de vida do adulto: contempla ações desenvolvidas junto ao grupo etário de 20 a 59 anos.

- Ciclo de vida do idoso: contempla ações desenvolvidas no grupo acima de 60 anos.

4- Ações de Vigilância em Saúde: este grupo contempla indicadores referentes às ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental e tiveram as suas metas pactuadas na PPI da vigilância em saúde.

5- Indicadores prioritários da gestão municipal: esta planilha é composta por indicadores considerados mais importantes para avaliação da gestão municipal da saúde. Estes indicadores servem de alerta em caso de desvio do cumprimento das metas, indicando a necessidade de busca de maiores informações sobre a situação de saúde do município.

6- Monitoramento anual: este grupo de planilhas refere-se ao monitoramento de alguns indicadores que serão avaliados somente no final de cada ano. Estas planilhas também estão divididas em outras ações de atenção básica, ações de

vigilância em saúde e aspectos da gestão municipal.

O RGMS apresenta estrutura que permite o acompanhamento mensal, trimestral e anual dos dados e constitui-se de indicadores definidos nos pactos intergestores estabelecidos: PPI da assistência, PPI da Vigilância em Saúde e Pacto da Atenção Básica. É um instrumento que está em processo de construção e novas versões têm sido implementadas freqüentemente. Nesta pesquisa, utilizaremos a versão 2005, atualizada em 18/08/2005, disponibilizada no site da SES/RS.

Em relação à legislação do RS vale ressaltar que tanto a Portaria Estadual nº. 19/99, quanto a Portaria Estadual nº. 37/03 referem que o RGMS é um instrumento fundamental para o acompanhamento, controle e avaliação das ações de saúde no âmbito do SUS.

3.3 Avaliação em Saúde

A avaliação é uma atividade comum na vida das pessoas e inerente ao próprio processo de aprendizagem. Os conceitos de avaliação são inúmeros, e não existe uma definição única e universal sobre o tema. No entanto, a definição de Contandriopoulos (2002) vem-se destacando na literatura por ser a de maior consenso:

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa) (CONTANDRIOPOULOS, 2002, p.31).

Segundo Hartz (2000), é importante diferenciar monitoramento da avaliação. O monitoramento se constitui por uma análise continuada dos sistemas de informação, acompanhando procedimentos, produtos ou situações. A avaliação utiliza informações complementares e focaliza o impacto das mudanças esperadas.

Aguilar e Ander-Egg (1995), preconizam que avaliar é diferente de medir. Medir é quantificar ou determinar a extensão de algo. Avaliar implica atribuir um juízo sobre o objeto avaliado. A medida contribui no processo de julgamento, no caso de uma avaliação. Os mesmos Autores também diferenciam o monitoramento da avaliação. O monitoramento é um processo que permite registrar, compilar, medir, processar e analisar uma série de informações que revelam o curso ou desenvolvimento de uma atividade programada. A avaliação julga se os objetivos e metas foram atingidos.

Segundo Furtado (2001) a “Organização Mundial de Saúde Mundial de Saúde vincula o processo avaliativo ao planejamento, já que a avaliação deveria ser utilizada para tirar lições da experiência e aperfeiçoar atividades em curso ou a serem implantadas”.

Guba & Lincon,(1986), citados por Tanaka & Melo (2004), identificaram quatro fases do processo histórico da avaliação. Estas fases são conhecidas como gerações e se definem como:

A avaliação de primeira geração que é marcada pela preocupação exclusiva em medir os fenômenos avaliados. Seu desenvolvimento foi inicialmente no nível da

escola (medida dos resultados escolares, da inteligência).

A avaliação de segunda geração se desenvolveu a partir das limitações percebidas na avaliação de primeira geração. A avaliação passa a ir além da simples medição dos fenômenos e inclui a descrição de outros fatores que poderiam estar interferindo no fenômeno avaliado.

A terceira geração de avaliação mantém a abordagem descritiva da segunda geração e inclui o julgamento como um dos elementos centrais da avaliação. Entretanto, não fica determinado de quem é o julgamento que deve prevalecer nas avaliações.

A quarta geração de avaliação inclui em seu processo os atores interessados na avaliação, permitindo-lhes a participação na definição de parâmetros, indicadores e limites no processo avaliativo. Esta geração elimina o pressuposto de que a avaliação é tarefa exclusiva de especialistas.

Conforme preconiza Silva (2002), é necessária a elaboração e o desenvolvimento de métodos de avaliação organizacionais, tanto do modelo assistencial, qualidade e impacto das ações, quanto dos serviços prestados. Segundo tal Autora, as ações implementadas ao longo dos anos mostram-se ainda insuficientes para viabilizar a integralidade dos serviços.

A escolha da metodologia de avaliação depende dos objetivos e metas daquilo que se pretende avaliar e da escolha da dimensão que será objeto da

avaliação do desempenho do serviço de saúde (VIACAVA et al, 2004). Os métodos de avaliação devem considerar as distintas dimensões dos sistemas de saúde, utilizando abordagens de processo, definindo medidas de curto e médio prazo.

Furtado (2001) coloca a necessidade de se utilizarem métodos de avaliação que se valham de instrumentos provenientes da etnografia, antropologia e sociologia para se conseguir abarcar as múltiplas dimensões envolvidas em um programa, ou política de saúde.

A utilização de abordagens quali-quantitativas tem sido proposta para avaliação de programas e políticas de saúde, em que se leva em consideração não somente a causalidade, mas também a contextualização das questões que estão sendo avaliadas (CARVALHO et al, 2004, TANAKA & MELO, 2004).

Contandriopoulos et al (2002) delimitam dois tipos de avaliação: a avaliação normativa e a pesquisa avaliativa. A avaliação normativa é uma atividade que objetiva fazer um julgamento sobre uma intervenção, servindo de subsídio aos gestores nas suas atividades habituais. A avaliação normativa compara os recursos empregados, a estrutura, o processo e os resultados com os critérios e normas do programa ou intervenção. Recomenda-se que seja realizada pelos responsáveis pela intervenção ou programa a ser avaliado.

Na apreciação da estrutura, procura-se saber se os recursos são empregados de acordo com os critérios e normas correspondentes. Este tipo de análise permite verificar a competência do pessoal, o tipo de organização

administrativa e a adequação entre recursos necessários e recursos disponíveis.

Na apreciação do processo, comparam-se os serviços oferecidos pela intervenção com os critérios e normas predeterminadas, tendo-se em vista os resultados esperados.

Na apreciação dos resultados, analisam-se os resultados observados, comparando-os com os resultados esperados. Verifica-se até que ponto os objetivos foram atingidos. Segundo os Autores, este tipo de apreciação é, por vezes, insuficiente para avaliar resultados. Neste caso, deveria ser feita uma pesquisa avaliativa.

A pesquisa avaliativa consiste num julgamento sobre os resultados de uma intervenção ou programa, utilizando metodologias com rigor científico, normalmente realizada por pesquisadores externos. A pesquisa acontece após a intervenção e analisa a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade e os efeitos da mesma. (CONTANDRIOPOULOS et al, 2002). A pesquisa avaliativa é composta por seis tipos de análise, que podem ser utilizadas isoladamente, ou em grupo, conforme está explanado abaixo.

O primeiro tipo de análise é a estratégica, que verifica a pertinência da intervenção conforme os objetivos propostos. Neste tipo de análise, deve-se conhecer a origem da situação problema e a forma como ela foi identificada, para ver se a intervenção foi adequada.

O segundo tipo de análise é o de intervenção que estuda a relação existente entre os objetivos da intervenção e os meios empregados. Analisa os recursos que foram empregados e os serviços que foram produzidos para alcançar os objetivos.

A análise de produtividade consiste em conhecer a forma de utilização dos recursos na produção de serviços. São duas questões importantes a serem respondidas: é possível produzir mais serviços com menos recursos? É possível produzir a mesma quantidade de serviços com menos recursos?

O quarto tipo de análise é a de efeitos que avalia a influência dos serviços sobre o estado de saúde da população. Trata-se de analisar os efeitos desejáveis e também os não desejáveis de uma intervenção sobre uma determinada população.

O quinto tipo de análise é a análise de rendimento, que trata dos estudos de custos, em que se analisam as vantagens da intervenção com seu custo.

O último tipo de análise é a análise de implantação, que mede a influência que pode ter o grau de implantação de uma intervenção nos seus resultados, bem como a influência de fatores ligados ao ambiente e ao contexto no qual ocorre a intervenção no grau de funcionamento do programa (CONTANDRIOPOULOS et al, 2002).

Segundo Tanaka & Melo, 2004, a avaliação em serviços de saúde é parte do planejamento e indispensável no processo de tomada de decisões. Deve ser um procedimento habitual e rotineiro na gestão, devendo ser assumido pelos

trabalhadores e gestores da área da saúde. Neste sentido, é necessário distinguir a pesquisa avaliativa da avaliação realizada para subsidiar a gestão de serviços. As diferenças entre a pesquisa avaliativa e a avaliação no processo de gestão estão explicitadas no quadro abaixo.

Quadro I – Diferenças básicas entre a pesquisa avaliativa e a avaliação no processo de gestão.

	Pesquisa Avaliativa	Avaliação para tomada de decisão/gestão
Objetivo	Conhecimento	Tomada de decisão/aprimoramento
Enfoque principal	Impacto	Caracterização/compreensão/quantificação
Metodologia dominante	Quantitativa, Experimental, Quase-experimental.	Quantitativa/qualitativa, situacional.

Fonte: Tanaka & Melo, 2004.

Os Autores recomendam que, nos serviços de saúde, se utilize a avaliação como instrumento de gestão ou de tomada de decisão, porque os gestores e técnicos tomam decisões rotineiramente e precisam incorporar a avaliação neste processo. A pesquisa avaliativa é recomendada só em situações pontuais, pois tem objetivo distinto da avaliação voltada para o planejamento e gestão dos serviços. Incorporar a avaliação como instrumento de gestão torna o processo de tomada de decisão oportuno e sintonizado com o contexto e as necessidades locais.

Silva & Formigli (1994) colocam que “toda avaliação implica um julgamento, cujo veredicto baseia-se numa comparação entre aquilo que se deseja avaliar e uma situação ideal ou equivalente.” Neste sentido, Tanaka & Melo (2004), considerando a importância da comparação na questão da avaliação em saúde, colocam que a

escolha de parâmetros é uma etapa fundamental, porém de difícil definição. A adoção de parâmetros teóricos e universalmente aceitos pode ser uma opção para o processo avaliativo, assim como a adoção de parâmetros adequados à realidade que está sendo avaliada pode ser outra alternativa, desde que esta seja conhecida dos avaliadores.

Segundo Aguilar e Ander-Egg (1994), a avaliação é utilizada para fornecer informações objetivas sobre um programa ou projeto, diminuindo as possibilidades de fracasso destes. Neste sentido, a avaliação é um instrumento útil para melhorar as políticas sociais em relação à eficiência e eficácia das mesmas e subsidiar o processo de tomada de decisão.

Com a descentralização do setor saúde os municípios se tornaram os principais gestores e prestadores de serviços públicos de saúde. Vale ressaltar que os municípios brasileiros formam um cenário de grande diversidade, considerando as desigualdades sociais regionais e intra-regionais. Neste sentido, o grande desafio é a avaliação do processo de municipalização da saúde, levando em consideração a diversidade de contextos locais. A complexidade da avaliação das políticas públicas descentralizadas é decorrente da necessidade de incorporar no processo avaliativo os princípios do SUS (BODSTEIN, 2002).

A questão metodológica da avaliação das políticas de saúde em nível municipal também é complexa. Há necessidade de analisar as variáveis contextuais do processo político da gestão da saúde municipal e também variáveis referentes à administração do setor, como os indicadores de mudança no modelo assistencial e

de produtividade dos serviços. O desafio consiste na dificuldade de se definir variáveis que realmente demonstrem esses avanços, já que os indicadores de saúde tradicionais dificilmente medem mudanças contextuais mais amplas nas instituições de saúde (BODSTEIN, 2002).

De acordo com Silva e Formigli (1994), a incorporação da avaliação como rotina nos diversos níveis dos serviços de saúde seria uma forma de os gestores obterem informação para a definição de estratégias de intervenção. O grande número de informações registradas nos serviços de saúde pode ser utilizada como matéria-prima para um processo de avaliação continuada da efetividade dos serviços de saúde.

Segundo as mesmas Autoras, é necessária a elaboração de modelos capazes de avaliar os processos concretos de reorganização das práticas de saúde, suas relações com as necessidades dos usuários, bem como as modificações ocorridas no nível de saúde das pessoas, em determinado contexto.

Tendo em vista a diversidade conceitual do tema avaliação, assume-se que a tarefa de avaliar serviços de saúde faz parte do processo de planejamento da gestão e é um instrumento que embasa a tomada de decisão. É um processo subjetivo, pois envolve julgamento de valor. Deve estar presente em todos os níveis de gestão.

3.4 Legislação sobre Avaliação

A avaliação é fundamentada legalmente no SUS pela Lei Federal 8.080, de 19 de setembro de 1990, considerada a Lei Orgânica da Saúde, que, em seu art. 15, define as atribuições comuns da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativas ao controle, avaliação e auditoria. Nos artigos 16, 17 e 18 estão relacionadas as atribuições específicas de cada nível de gestão.

A Lei Federal 8.689, de 27 de julho de 1993, dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e dá outras providências, em seu artigo 6º, institui, no âmbito do Ministério da Saúde o Sistema Nacional de Auditoria, e define, no parágrafo 1º, as competências do Sistema, em que “a avaliação técnico-científica, financeira e patrimonial do Sistema Único de Saúde” estão presentes.

3.5 Acesso aos serviços de saúde no SUS

A Constituição Brasileira assegura para todos os cidadãos o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde.

Existe, na literatura científica, uma distinção entre os termos acesso e acessibilidade aos serviços de saúde. Acesso, na área da saúde, pode ser definido como as dificuldades ou facilidades em obter o tratamento desejado nos serviços de saúde. Está ligado à oferta de serviços e à disponibilidade de recursos. É a possibilidade de obter os serviços necessários, no momento oportuno, no local adequado, em quantidade suficiente. (JCHAO, 1993 apud ALMEIDA, 2003)

Para Frenk (1985), acessibilidade é o grau de ajuste entre os fatores que são obstáculos na busca e obtenção de cuidados e as capacidades correspondentes da população de superar tais obstáculos. Os obstáculos são classificados em: geográficos, financeiros e organizativos.

A acessibilidade geográfica não deve ser apenas avaliada sob o prisma da distância entre os serviços e população, uma vez que as características da região podem impedir ou dificultar o acesso das pessoas aos serviços. A acessibilidade geográfica deve levar em consideração os custos, em termos de tempo, consumidos para obter assistência à saúde.

Em relação à acessibilidade organizacional, questões relativas ao modelo de organização do trabalho nas unidades de saúde podem representar obstáculos para os usuários, como tempo de espera para obter uma consulta, horários de atendimento, tempo de espera para realização de exames laboratoriais. Outros fatores que podem ser obstáculos para a continuidade da assistência são os mecanismos de referência e contra-referência, por serem ainda incipientes e frágeis no âmbito do SUS.

Acessibilidade sociocultural pode ser analisada sob o prisma da população e do sistema de saúde. Em relação à população, vale destacar a percepção dos indivíduos sobre o corpo, a gravidade da sua doença, o nível de conhecimento em relação à oferta de serviços de saúde, crenças em relação à saúde e sobre hábitos de vida. Relativo ao prisma do sistema de saúde, pode-se ressaltar a formação de profissionais de saúde desvinculada da realidade e das condições de vida da população, a falta de preparo das equipes de saúde diante das diversidades

socioculturais dos pacientes e também diante da insipiência dos processos de participação de usuários na organização dos serviços de saúde.

A acessibilidade econômica está relacionada com os gastos em saúde das famílias. Esse gasto inclui o consumo de tempo, de energia e de recursos financeiros na busca e obtenção de assistência à saúde. Prejuízos decorrentes de dias de falta ao trabalho ou de afastamentos por doenças, assim como gastos com medicamentos também estão incluídos em tal acessibilidade. (FEKETE, 1997)

No sistema de saúde da Austrália, o termo acesso apresenta a seguinte definição: habilidade das pessoas para obter cuidado de saúde, no lugar certo e no momento certo, independente de renda, localização geográfica e condições socioeconômicas. (AIHW, 2002)

O Reino Unido adota o termo acesso justo e o define como o grau com que um sistema oferece acesso justo aos serviços de saúde, levando em conta as necessidades das pessoas e independentemente de grupo geográfico, socioeconômico, etnia, sexo ou idade (UK/DHS/NHS, 2002). No Canadá, o termo acessibilidade é utilizado e está definido como a habilidade dos clientes/pacientes para obter cuidado/serviço no lugar certo e no momento certo, baseado em necessidades. (CIHI, 1999).

A operacionalização da legislação que regulamenta o SUS tem sido através de Portarias e das Normas Operacionais Básicas. A NOAS, 2002, define o processo da regionalização da saúde como estratégia de hierarquização dos serviços de

saúde e de busca de maior equidade no acesso. Neste contexto, é instituído o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como um dos instrumentos para o ordenamento do processo de assistência à saúde, nos Estados e no DF. O PDR deve ser elaborado conforme a definição das prioridades de intervenção de cada região ou microrregião na perspectiva de garantir acesso da população aos serviços de saúde de média e alta complexidade, de acordo com as suas necessidades.

O acesso na atenção à saúde foi tema da 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2000, em Brasília, Distrito Federal. Dentre as questões levantadas na Carta da 11ª Conferência Nacional de Saúde, está a defesa do acesso universal à atenção integral e equânime ao SUS, garantido pelo financiamento a todos os níveis da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). A 12ª Conferência Nacional de Saúde também aborda a questão da universalidade do acesso, através da ampliação da oferta dos serviços de atenção à saúde, como forma de reduzir as desigualdades em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O acesso universal à saúde precisa ser concretizado através da execução de políticas públicas que minimizem as distâncias entre as necessidades das pessoas e os meios de satisfação destas necessidades. Dessa forma, a reorientação dos recursos de forma universal, porém diferenciada, ou seja, focalizada para os de maior necessidade, permitiria o acesso global à saúde e representaria um avanço em direção à menor exclusão e um caminho para maior equidade em saúde (SIQUEIRA-BATISTA E SCHRAMM, 2005).

Percebe-se, através da literatura científica, a preocupação de alguns autores

com a questão do acesso com equidade aos serviços de saúde do SUS. (DUARTE, 2000; STARFIELD, 2001). No entanto, essa questão tem sido alvo de amplas discussões conceituais e, por se tratar de um assunto complexo, são várias as dimensões a serem analisadas, dificultando o consenso entre os autores sobre o seu significado e sobre a sua aplicação no contexto do Sistema Único de Saúde.

Para Lucchese (2003), interpretar o conceito de equidade no contexto da gestão do Sistema Único de Saúde e, a partir daí, operacionalizá-lo em ações que resultem em redução de desigualdades se constitui num grande desafio.

A discussão sobre igualdade e equidade remonta a Aristóteles, quando este traz reflexões a respeito da justiça como igualdade e como equidade. Segundo Aristóteles, se as pessoas não são iguais, também não receberão coisas iguais. A distribuição é justa quando é realizada de forma proporcional ou equânime. Ocorre a injustiça quando um homem fica com uma parte muito grande daquilo que é bom, e, conseqüentemente, um outro homem fica com uma parte muito pequena do que é bom, sem guardar proporção com seus méritos (ARISTÓTELES, 2002).

Trazendo a discussão para a atualidade, Rawls (1997) formula a teoria da justiça que tem como pano de fundo a concepção de que os princípios da justiça devem governar a estrutura básica da sociedade. Uma sociedade bem ordenada é regulada pela concepção dos princípios da justiça, que são aceitos por todos os cidadãos. Essa forma de considerar os princípios da justiça é denominada pelo Autor de justiça como equidade.

A justiça como eqüidade parte do princípio que todos os indivíduos estariam numa posição inicial de igualdade. A partir desta posição original de igualdade entre os homens, é que os princípios da justiça são acordados, sendo resultado de um consenso eqüitativo. Todas as escolhas que as pessoas podem fazer coletivamente devem ser reguladas pela concepção de justiça como eqüidade. Dessa forma, a escolha de uma constituição e uma legislatura para elaborar leis, por exemplo, seriam em consonância com os princípios acordados inicialmente.

Os dois princípios de justiça preconizados por Rawls trazem a seguinte formulação:

Primeiro princípio: cada pessoa deve ter direito ao mesmo sistema de liberdades básicas iguais e que este sistema seja igual para todos. As liberdades mais importantes são a liberdades política, de expressão e reunião e a liberdade de consciência e de pensamento.

Segundo princípio: as desigualdades sociais e econômicas só se justificam se duas condições forem atendidas:

a) forem vantajosas para todos.

b) se forem estabelecidas de modo que sejam acessíveis para todos e tragam o máximo benefício para os cidadãos que se encontram em posição menos favorável.

Rawls (1997) denomina de bens primários sociais as liberdades básicas e oportunidades, renda e riqueza, livre escolha de ocupação, acesso a cargos e posições de responsabilidade nas instituições básicas da sociedade e auto-estima. Outros bens primários como a saúde, vigor e inteligência, são considerados bens naturais. Esses bens naturais não podem ser controlados pela estrutura básica da sociedade, mas sua posse é influenciada pela estrutura básica social.

De acordo com Rawls (1997), os valores sociais como a liberdade e oportunidade, renda e riqueza, devem ser distribuídos igualmente. Uma distribuição desigual de um ou de todos os valores só se justifica se trazer vantagens para os menos favorecidos. Neste sentido, os princípios de justiça não permitem permutas entre liberdades básicas e ganhos sociais e econômicos.

A teoria da justiça de Rawls, conforme Porto (1995), traz princípios fundamentais para embasar a discussão sobre uma definição de equidade. Deve-se destacar a importância dessa teoria no momento de formular políticas públicas de natureza distributiva.

Segundo Porto (1995), a teoria da justiça de Rawls contribui no momento de incorporar os interesses coletivos na formulação de políticas públicas de distribuição, quando o objetivo é a diminuição das desigualdades. É válida a discriminação positiva, em favor dos menos favorecidos.

Neste sentido, Giraldes (1995) defende a adoção de um critério de equidade de acesso aos serviços de saúde, que se traduza em uma discriminação positiva de

utilização destes serviços, em que os usuários de maior necessidade encontrem o atendimento para suas necessidades. Este tipo de distribuição estaria em consonância com a teoria de Rawls, ou seja, na maximização dos benefícios para os grupos mais desfavorecidos, principalmente os que se encontram em pior situação social.

Eqüidade e igualdade são, freqüentemente, consideradas sinônimos. Porém, é fundamental diferenciar estes conceitos. O princípio da igualdade preconiza que todos são iguais e, portanto, com os mesmos direitos. Eqüidade significa que as pessoas apresentam diferenças entre si e necessidades diferentes e merecem tratamento de acordo com suas necessidades. Segundo a OPAS (1999), desigualdade significa que existe diferença entre os indivíduos e os grupos da população. A iniquidade seria a desigualdade classificada como injusta e evitável e deve ser considerada pelos tomadores de decisão.

A definição de justiça ou injustiça é suscetível de várias interpretações, de acordo com o contexto em que é analisada. O conceito de justo, na área da saúde, está associado com o direito de todos os indivíduos e grupos sociais à igualdade de acesso e utilização dos serviços de saúde, conforme as suas necessidades, independente de sua capacidade de pagamento (OPAS, 1999).

Neste sentido, Viana et al (2003) trazem à tona a necessidade de uma discussão sobre o que é considerado justo ou injusto no momento de definir políticas públicas equânimes. Deve-se levar em conta, quando se pretende adotar medidas para reduzir as disparidades sociais, o contexto em que as medidas serão

implementadas e os valores da sociedade no momento.

De acordo com Whitehead (1992), equidade em saúde diz respeito às diferenças no status de saúde que são desnecessárias e evitáveis e são consideradas injustas. Problemas de saúde devido a comportamentos de risco, em que o indivíduo tem condições de fazer escolhas, não são considerados iniquidades. Estilos de vida e comportamentos que podem trazer danos à saúde, quando não há liberdade de escolha, exposição a condições de vida e de trabalho insalubres e acesso inadequado aos serviços de saúde, que trazem, como consequência, o agravamento da situação de saúde dos indivíduos são consideradas injustas, e, portanto, iniquidades.

O conceito acima coloca em pauta a questão da justiça social para o entendimento da equidade em saúde. Neste aspecto, as políticas de saúde devem-se pautar na redução das desigualdades evitáveis ou injustas, para proporcionar as mesmas oportunidades de saúde para todos. No entanto, Whitehead (1992) reconhece que o termo iniquidade tem uma dimensão ética e moral e que o entendimento de uma situação como justa ou injusta depende do contexto em que ela está inserida e dos valores da sociedade num determinado tempo e espaço social.

Mais recentemente, Starfield (2001) coloca que equidade em saúde é a ausência de diferenças sistemáticas e potencialmente remediáveis em um ou mais aspectos das condições de saúde de grupos populacionais geográfica ou demograficamente definidos. Equidade em saúde implica que não existam

diferenças nos serviços de saúde, onde as necessidades são iguais (equidade horizontal), ou que os serviços estejam onde as maiores necessidades de saúde se fazem presentes (equidade vertical).

A autora preconiza que se tratem, de forma igual, os iguais, e que se preste cuidado de saúde desigual, ou equitativo, para os desiguais, ou seja, os mais vulneráveis, sem entrar no mérito do que seja justo ou injusto em relação a comportamentos e estilos de vida saudáveis, pois isto implicaria julgamento de valor (MACINKO e STARFIELD, 2002.) Para Starfield (2001), não há dúvidas de que fatores socioeconômicos influenciam a saúde, porém os serviços de saúde também têm influência relevante, na medida em que o efeito desses é rápido e claro, quando estão inseridos na perspectiva da atenção primária à saúde.

Ainda no campo das definições, Sen (2001) coloca o seguinte questionamento: igualdade de quê? O questionamento deriva da diversidade de características entre os seres humanos. Essas diversidades têm características internas, como idade, sexo, talentos, propensão a doenças, e características externas como ambiente social em que a pessoa vive, seu patrimônio, etc. Qualquer teoria de justiça que desconsidere essa diversidade estaria propensa ao fracasso em sua origem.

Nesta perspectiva, o autor desenvolve discussão sobre as capacidades e funcionamentos do ser humano. Capacidades estão relacionadas com a liberdade da pessoa em levar um tipo de vida ou outro. Está relacionada com a livre escolha do sujeito para escolher dentre as vidas possíveis, relacionadas com alguma

preferência particular.

Os funcionamentos estão ligados ao estado de uma pessoa, que podem variar desde coisas elementares com estar bem nutrido, em boa saúde, livre de doenças, até estados mais complexos como ser feliz, ter respeito próprio, participar da vida comunitária. Os funcionamentos dão uma medida dos elementos constituintes do bem estar de um indivíduo.

A abordagem das capacidades e dos funcionamentos representa um avanço na avaliação da desigualdade e equidade. A desigualdade passa ser examinada a partir da liberdade de cada um de fazer as escolhas de acordo com valores que lhe são caros. A maior ou menor capacidade de escolhas pode estar relacionada com as desigualdades de condições sociais e econômicas, que reprimem a liberdade de opção por uma vida melhor.

Para Sen (2002), a saúde é uma das condições mais importantes da vida humana, tanto no campo das capacidades e funcionamentos, quanto na possibilidade de as pessoas alcançarem uma vida saudável, livre de doenças e de sofrimentos evitáveis. Nenhuma teoria de justiça social que tenha por base a equidade pode ignorar o valor da saúde para a existência humana.

A equidade em saúde tem aspectos multidimensionais e não pode ser vista só no âmbito da distribuição de serviços de atenção à saúde. Conforme Sen (2002), a equidade em saúde faz parte de um conceito mais amplo de justiça social. É fundamental destacar que o gozo de boa saúde é essencial para que os indivíduos

tenham liberdade de desenvolver suas potencialidades e capacidades e fazer o que consideram de sua responsabilidade e compromisso. Neste sentido, o alcance da equidade em saúde vai muito além da distribuição e prestação de serviços de atenção sanitária. Deve-se considerar que a saúde se relaciona com a forma de distribuição de recursos e também com acordos e políticas sociais que favoreçam os grupos sociais mais vulneráveis.

Uma sociedade que busca a justiça deverá desenvolver políticas de redistribuição econômica e deve oferecer mais do que serviços de saúde aos cidadãos. Deve promover mudanças culturais que contribuam para obter a garantia dos direitos sociais e respeito à cidadania (GIOVANELLA, 2002).

O Brasil dispõe de um amplo arcabouço jurídico no que se refere à saúde como um direito de todos e que tratam das condições para viabilizar esse direito. A Constituição Brasileira, através de seu artigo 196, conceitua a saúde como “um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal igualitário para sua promoção, proteção e recuperação”. (Brasil, 1988). A questão de equidade, na Constituição, traduz-se através da garantia do acesso igualitário ao sistema de saúde para todos os cidadãos.

A partir da Constituição, o direito à saúde passa a ser regulamentado através das Leis Orgânicas da Saúde. A Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, cria o Sistema Único de Saúde e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços

correspondentes e dá outras providências. O artigo 2º dessa Lei considera que fatores como a alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte e acesso aos bens e serviços essenciais são determinantes e condicionantes da saúde e que os níveis de saúde da população são expressão de organização social e econômica do País (BRASIL, 1990)

Assim, segundo Duarte (2000), a legislação sanitária brasileira incorpora a equidade através da garantia de acesso universal e igualitário (equidade de oportunidade) e também pela ação sobre os fatores determinantes e condicionantes da saúde (equidade de condições). No entanto, o conceito de acesso é complexo e com diversas interpretações.

Frenk, 1985, define acesso como a capacidade de uma pessoa ou grupos de pessoas em buscar e obter atenção. A acessibilidade está relacionada com as características dos serviços de saúde, que podem viabilizar ou dificultar o acesso. É definida como o grau de ajuste entre os fatores que são obstáculos (resistência) na busca e obtenção de cuidados e as capacidades correspondentes da população de superar tais obstáculos, denominados de poder de utilização. A acessibilidade é pautada pela idéia de complementaridade entre as características dos serviços de saúde e da população. O autor limita a acessibilidade ao processo de buscar e receber atenção em saúde, ou seja, ao âmbito da entrada nos serviços.

Donabedian (1973) coloca a acessibilidade como um conjunto de fatores que intervém na capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de determinado grupo populacional. A acessibilidade é mais abrangente

do que a simples disponibilidade de recursos em um determinado tempo e local. Está relacionada à oferta de serviços e compreende as características dos recursos e serviços que facilitam ou dificultam o uso por parte dos clientes potenciais.

Para Aday & Andersen (1992), acesso é um conceito mais político do que operativo. A acessibilidade do sistema, por sua vez, constitui-se em um dos objetivos das políticas de saúde. Contudo, poucos esforços têm sido feitos para elaborar uma definição sistemática, conceitual ou empírica sobre acesso, que possibilite aos responsáveis pela tomada de decisões e aos usuários avaliar a efetividade das diversas ações implementadas para alcançar essa meta.

Andersen, (1995) utiliza o termo acesso, e o classifica como uma característica da oferta dos serviços. O conceito é composto por duas dimensões. A primeira é o “acesso potencial” caracterizado pela disponibilidade de recursos que permitem às pessoas o uso de serviços de saúde. A segunda dimensão é o “acesso realizado”, que se refere à utilização real desses serviços e está relacionado com fatores individuais, com as necessidades de saúde do usuário e com as características do sistema de saúde.

De acordo com Travassos (2004), acesso é o termo de maior concordância quando a idéia se centra na entrada do usuário na rede de serviços, ou seja, na obtenção do cuidado. A acessibilidade é o conceito mais utilizado quando estão em foco fatores ligados às características da oferta dos serviços de saúde ou o ajuste entre a oferta e as necessidades da população. Estas são também as definições adotadas nesta pesquisa em relação aos termos acesso e acessibilidade.

Avaliações de saúde abordando a acessibilidade permitem a identificação de problemas organizacionais do SUS em determinada localidade ou região. Dessa forma, torna-se possível implementar modificações na rede de saúde, tendo em vista a busca do acesso universal e da equidade. (FRANCO E CAMPOS, 1998).

Nesta pesquisa será adotada a interpretação da equidade na forma que a Constituição Federal apresenta, ou seja, a equidade traduzida na forma de acesso universal e igualitário de todos os cidadãos aos serviços do SUS.

O acesso, para fins deste estudo, será interpretado como a busca e obtenção do cuidado, pelo usuário, no tempo oportuno. A acessibilidade é relativa às características da oferta e da organização dos serviços de saúde e poderão interferir no acesso equânime dos cidadãos a estes serviços.

3.5.1 Indicadores de Saúde

Com as reformas ocorridas no setor saúde, a necessidade de análise e avaliação da situação de saúde das populações tem assumido grande importância. Entre as responsabilidades assumidas pelo poder público, encontram-se as de produção e disseminação de informações sobre a situação de saúde e seus determinantes nos diferentes grupos sociais (ESCRIVÃO JUNIOR e GOLDBAUM, 2003).

A busca de medidas objetivas sobre a saúde das populações é uma tradição

na epidemiologia na saúde pública, tendo sua origem nos registros de dados sobre a mortalidade. Atualmente, a partir de uma visão mais ampla sobre a saúde e seus determinantes, reconheceu-se a necessidade de analisar outras dimensões do estado de saúde. Assim, medidas de morbidade, incapacidade, acesso a serviços, condições de vida, qualidade da atenção foram incorporadas nas análises de situação de saúde de grupos e populações (OPAS, 2001) .

Para quantificação e a avaliação das diversas dimensões do estado de saúde de uma população, desenvolveram-se os indicadores de saúde. Os indicadores de saúde são medidas-síntese que contêm informações relevantes sobre as condições de saúde de determinado grupo social, bem como sobre o desempenho do sistema de saúde.

Os indicadores de saúde têm como objetivo principal gerar evidências sobre o estado de saúde e tendência da situação de saúde na população e também registrar as desigualdades em saúde. Estas evidências devem servir de base empírica para a determinação de grupos com maiores necessidades em saúde e para identificar áreas críticas que necessitam ser alvo de estabelecimento de políticas de saúde (OPAS, 2001).

Escrivão Jr. E Goldbaum (2003) referem que tanto a Organização Mundial da Saúde, quanto a Organização Pan-Americana da Saúde têm estimulado a utilização de indicadores de fácil construção e interpretação e úteis para identificação de diferentes problemas de saúde, com ênfase na identificação das iniquidades de cada região ou país.

Para que um indicador seja cientificamente aceito é desejável que o mesmo atenda os critérios de validade (expresse efetivamente o fenômeno a ser medido), objetividade (ser capaz de obter o mesmo resultado, quando medido por diferentes pessoas, sob as mesmas circunstâncias), sensibilidade (ser capaz de mostrar as mudanças no fenômeno medido) e especificidade (que meça somente o fenômeno de interesse). Recomenda-se que o indicador seja baseado em dados fáceis de se obter na rotina dos serviços. Além disso, espera-se que tanto o uso do indicador, como a metodologia empregada na coleta de seus dados ocorram num processo ético (WHO, 1996).

As análises das desigualdades em saúde, segundo Viana et al (2001), devem contemplar aspectos da saúde coletiva como os diferentes perfis de saúde entre grupos sociais e também as diferenças nos aspectos relativos ao acesso, financiamento, utilização e provisão dos serviços de saúde. Neste sentido, a escolha dos indicadores é fundamental. É desejável que os indicadores sejam compreensíveis para os usuários da informação, gerentes e gestores que atuam no sistema de saúde (OPAS, 2001).

Com o objetivo de conhecer os indicadores utilizados para medir o acesso aos serviços de saúde, realizou-se uma revisão de literatura nacional e internacional e selecionaram-se os indicadores abaixo relacionados. Só foram selecionados os indicadores em que estava claramente definida a sua utilização para medir acesso. Essa definição poderia estar tanto na interpretação, na conceituação, quanto no uso do indicador.

Os indicadores identificados a partir da revisão da literatura estão relacionados no quadro I abaixo. Maiores detalhes destes indicadores encontram-se no Apêndice I.

Quadro I – Indicadores utilizados para medir acesso, conforme a fonte.

INDICADOR	FONTE
Consultas médicas SUS/habitantes	Viana et al
Internações SUS/habitante	Viana et al
Cobertura vacinal em menor de 1 ano	Viana et al
Proporção de partos hospitalares	RIPSA

Quadro I (continuação)

Proporção de partos cesáreos-SUS	RIPSA
Índice de CPO-D aos 12 anos	RIPSA
Taxa de internação por IRA em menores de 5 anos	Pacto Atenção Básica - 2004
Taxa de mortalidade materna	Pacto Atenção Básica - 2004
Taxa de mortalidade de mulheres por câncer de colo de útero.	Pacto Atenção Básica - 2004
Taxa de mortalidade de mulheres por câncer de mama.	Pacto Atenção Básica - 2004
Cobertura de 1ª consulta odontológica	Pacto Atenção Básica - 2004
Razão entre os procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos	Pacto Atenção Básica - 2004
Cobertura vacinal na infância	PROADESS
Internações por 1000 habitantes em municípios sem leitos hospitalares	PROADESS
Consultas por habitante/ano por idade e por sexo	PROADESS
Cobertura de exame Papanicolau em mulheres de 18 a 69 anos de idade.	PROADESS
Listas de espera para procedimentos cirúrgicos (atualmente o MS tem informações apenas para os transplantes)	PROADESS
Distância média do local de residência e local de internação.	PROADESS
Mulheres de 18 a 69 anos que referem quando fizeram o último exame preventivo de câncer de colo uterino	CIHI-Canadá
Mulheres de 18 a 69 anos de idade que referem quando fizeram pela última vez mamografia	CIHI-Canadá
População de 12 anos ou menos de 65 anos e mais que referem quando fizeram pela última vez vacina contra influenza	CIHI-Canadá
Dias de espera para admissão para cirurgia eletiva	AIHW-Austrália
Disponibilidade de serviços de médicos generalistas em tempo integral	AIHW-Austrália
Nº de atendimentos não referenciados por médicos generalistas pagos pelo sistema	AIHW-Austrália
Cobertura de mamografia em mulheres de 50-64 anos	NHS-Reino unido
Porcentagem de mulheres entre 25 a 64 anos de idade que fizeram exame de Papanicolau.	NHS-Reino Unido
Taxa de cirurgia de revascularização do miocárdio e angioplastia coronariana transluminal percutânea em pacientes com doença coronariana padronizada por idade e sexo.	NHS-Reino Unido
Taxa de prótese de quadril e de joelho em pacientes de 65 anos e mais padronizada por sexo.	NHS-Reino Unido

Taxa de remoção de catarata em pacientes com 65 anos e mais padronizada por sexo.	NHS-Reino Unido
Percentual de aumento de usuários de drogas ilícitas aos serviços de saúde, por mil residentes entre 15 a 44 anos de idade.	NHS-Reino Unido
Nº de médicos generalistas em tempo integral por 100 mil habitantes	NHS-Reino Unido
Exame para detecção da hipertensão nos últimos 2 anos na população de 25- 64 anos	USA- LEATHERMAN E MCCARTHY, 2002).
Screening para exame de colesterol nos últimos 5 anos na população de 45-64 anos	USA - LEATHERMAN E MCCARTHY, 2002).
Realização de teste de glicemia no último ano na população de 18 a 64 anos	USA- LEATHERMAN E MCCARTHY, 2002).
Mamografia nos últimos 2 anos em mulheres de 50-64 anos	USA- LEATHERMAN E MCCARTHY, 2002).
Teste de papanicolau nos últimos 3 anos na população de 18-64 anos	USA - LEATHERMAN E MCCARTHY, 2002).
Realização de sigmoidoscopia nos últimos 5 anos na população de 50-64 anos	USA- LEATHERMAN E MCCARTHY, 2002).

Foram selecionados indicadores de acesso nas seguintes fontes:

Pacto da Atenção Básica - 2004, proposto pelo Ministério da Saúde, através da portaria n.º2.394 de 19 de dezembro de 2003, a ser pactuado por todos os municípios, com vistas à melhoria nos resultados dos serviços da atenção básica oferecidos para a população.

Outra fonte selecionada foi a publicação intitulada “Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento”, dos autores Viana, S M, Barata, R B; Santos, J R S; Nunes, A. (2001). Para a realização do estudo, os Autores selecionaram alguns indicadores que são de periodicidade anual e outros que são de periodicidade irregular ou indefinida. Na presente pesquisa, relacionou-se somente os indicadores que apresentam periodicidade anual.

Na Rede Interagerencial de Informações para a Saúde (RIPSA), através dos Indicadores e Dados Básicos (IDB) para 2003, foram selecionados três indicadores,

sendo que nestes três estava definido o uso também para avaliar acesso aos serviços de saúde. Esta definição aparece na conceituação do indicador ou na definição do uso do mesmo. (OPAS, 2002).

Ainda relacionados às fontes de pesquisa nacionais, foram selecionados os indicadores propostos pelo PROADESS para avaliação do acesso aos serviços de saúde no Brasil. (ALMEIDA et al, 2003).

No âmbito internacional, foram selecionados os indicadores propostos para medir o acesso aos serviços de saúde dos Sistemas de Saúde que mantêm uma política de avaliação instituída e que dispõem de informações de fácil obtenção. Pesquisou-se o sistema de saúde do Canadá (CIHI-2005), do Reino Unido (NHS, 2002), da Austrália (AIHW, 2003) e dos Estados Unidos (LEATHERMAN E MCCARTHY, 2002).

4. METODOLOGIA

O método científico não é um modelo com normas prontas e definitivas. De acordo com Köche (2004), o estudo científico deve orientar-se conforme as características do problema a ser investigado, com os objetivos e as hipóteses formuladas e com a habilidade e a capacidade crítica do investigador. Neste sentido, o autor compreende o método científico como a discussão e a descrição de quais os critérios básicos serão utilizados no processo de construção de uma investigação científica. No entanto, esses critérios não são colocados como prescritivos, mas como elementos que contribuem para a imaginação crítica e a criatividade do pesquisador.

Ainda segundo Köche (2004), levando em consideração esses critérios básicos, recomenda-se descrever os passos que serão seguidos na investigação científica. A esses passos, fundamentados e orientados por critérios básicos, convencionou-se chamar de método científico.

Nesta pesquisa, será realizada a análise do Relatório de Gestão como um instrumento para avaliar o acesso ao sistema municipal de serviços de saúde. Num primeiro momento, será realizado um estudo do tipo exploratório, com o objetivo de conhecer os indicadores utilizados para medir acesso, através de ampla revisão

bibliográfica sobre o tema. Os estudos exploratórios são realizados com o objetivo de conhecer mais profundamente a natureza de um fenômeno que se quer investigar. O objetivo principal dos estudos exploratórios é o de descrever ou caracterizar a natureza das variáveis que se quer conhecer. (KÖCHE, 2004). Nesta etapa, serão desenvolvidos os passos abaixo.

Para alcançar o objetivo específico 1, identificar, na literatura científica, os principais indicadores utilizados para medir acesso nos Sistemas Públicos de Saúde, se realizará ampla revisão de literatura sobre acesso e os seus indicadores de forma a identificá-los e classificá-los de acordo com sua importância para avaliação da gestão em relação ao princípio do acesso. Para a identificação destes indicadores, utilizou-se como critério selecionar somente aqueles em que estivesse descrita a sua utilização para medir acesso. Essa descrição pode estar na conceituação, na interpretação ou na descrição do uso do indicador.

Para obter o objetivo específico 2, verificar se os indicadores de acesso identificados no objetivo 1 fazem parte dos indicadores que compõem o Relatório de Gestão do RS, será analisado em profundidade o Relatório de Gestão comparando os indicadores utilizados com aqueles presentes na revisão da literatura.

O objetivo 3, discutir a capacidade dos indicadores presentes no RGMS em medir o acesso aos serviços de saúde, será alcançado a partir da análise da fonte dos dados, da capacidade de detectar as variações entre grupos sociais e validade dos indicadores, ou seja, se os mesmos expressam adequadamente o acesso aos serviços de saúde (WHO, 1996)

5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

No presente estudo, por se tratar de análise de dados secundários, disponibilizados publicamente, não é necessária a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. No entanto, todas as precauções no sentido de manter a confidencialidade das informações serão tomadas.

7. ORÇAMENTO

Itens	R\$
Material bibliográfico	1500,00
Impressões	1000,00
Serviços de terceiros	1000,00
Deslocamento	500,00

As despesas previstas no orçamento são de inteira responsabilidade da pesquisadora.

REFERÊNCIAS

ADAY, Lu Ann; Andersen, Ronald. Marco teórico para el estudio del acceso a la atención médica. **In: Investigaciones sobre servicios de salud: una antología.** White KL, editor principal. (Publicacion científica 534). Washington: OPAS, 1992, p. 382-404.

AGUILAR, Maria José; ANDER-EGG, Ezequiel. **Avaliação de serviços e programas sociais.** Petrópolis: Vozes, 1995.

ALMEIDA, Célia; et al. **Desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro (PRO-ADESS),** Relatório Final. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: < <http://www.proadess.cict.fiocruz.br/> > Acesso em: 18 nov. 2004.

ANDERSEN, Ronald M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **J. Health Soc Behav**, v. 36 p.1-10, 1995.

ARISTÓTELES; **Ética a nicômaco.** Trad. Pietro Nasseti. São Paulo: Ed. Martin Claret, 2002, p. 103-127.

AHW- Australia Institute of Health and Welfare. **National Report on Health Sector Performance Indicators 2003.** Disponível em: < <http://www.aihw.gov.au/publications/hwi/nrhspi03/nrhspi03a.pdf> > Acesso em : 29 maio 2005.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: 1988.

BRASIL. **Lei Federal nº 8.080.** Brasília, DF: 1990 a.

BRASIL. **Lei Federal nº 8.142.** Brasília, DF: 1990 b.

BRASIL. **Lei Federal nº 8.689.** Brasília, DF: 1993.

BRASIL. **Decreto Federal nº 1.232.** Brasília, DF: 1994.

BRASIL. **Decreto Federal nº 1.651.** Brasília, DF: 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde**. Brasília, DF: 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 548**. Brasília, DF: 2001.

BRASIL Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.394**. Brasília, DF: 2003.

BODSTEIN, Regina. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 401-412. 2002.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **A reforma da reforma**. São Paulo: Hucitec, 1997, 220 p.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec. 2000, 236 p.

CAPUCCI, Paulo Fernando; As mudanças na política de saúde em São Paulo: a gestão descentralizada. In: **Tempos radicais da saúde em São Paulo: a construção do SUS na maior cidade brasileira**. SOUZA, MF e MENDES, A (org.) São Paulo: Hucitec, 2003, p.31-73.

CARVALHO, Antônio Ivo; Bodstein, Regina Cele; Hartz, Zulmira; Concepts and approaches in the evaluation of health promotion. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n. 3, p.521-529, jul./set. 2004.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; Trabalhando a missão de um hospital como facilitador da mudança organizacional: limites e possibilidades. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 973-983, out./dez. 2000.

CIHI- Canadian Institute for Health Information 1999. National consensus conference on health indicators. Disponível em:< <http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/phi.pdf> > Acesso em 20 de set.2005.

CIHI- Canadian Institute for Health Information.**Health Indicators**. v.2005, n.1. Disponível em:< <http://www.statcan.ca/english/freepub/82-221-XIE/82-221-XIE2004002.htm> > Acesso em : 15 abr. 2005.

CONASS- Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Acompanhamento e avaliação da atenção primária**. Brasília, 2004. Disponível em: < <http://www.conass.com.br> > Acesso em: 18 nov. 2004.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre; CHAMPAGNE, François; DENIS, J Jean-Louis.& PINEAULT, Raynald. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. HARTZ, Z.M.A. (org.). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, p.29-47.

DONABEDIAN, Avedis. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press, 1973.

DUARTE, Maria Cristina Rabelais. Equidade na legislação: um princípio de sistema brasileiro? Rio de Janeiro **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.5, n.2, p. 443-463. 2000.

ESCRIVÃO JÚNIOR, Álvaro; GOLDBAUM, Moisés; Informações para o monitoramento das desigualdades sociais e sanitárias. **Revista da Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, p. 379-407. 2003.

FELISBERTO, Eronildo. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, n.7, edição especial, p. 24-29, jan. 2003 a abr. 2004.

FEKETE, Maria Cristina. **Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. Texto de apoio da unidade 1**. In: Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Programa de desenvolvimento de recursos humanos. Santana, J.P.(org). Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 1997. Disponível em: <
http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub06U1T1.pdf > Acesso em 10/05/2005.

FRANCO, Selma C.; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Acesso a ambulatório pediátrico de um hospital universitário. **Rev. de Saúde Pública**, v. 32, n. 4, p. 352-360, jul. 1998.

FRENK, Julio M. El concepto y la medición de accesibilidad. **Salud Publica de Mexico**, v. 27, p. 438-453. 1985.

FURTADO, Juarez Pereira. Um método construtivista para avaliação em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.165-181.2001.

GIOVANELLA, Lígia; et al. Health and inequality: institutions and public policies in the 21st century. **Rev. Panam. Salud Pública**. Washington, v.11, n.5-6, mai./jun. 2002.

GIRALDES , Maria do Rosário. Distribuição de recursos num sistema público de saúde. In: **Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde**. Piola, S F; Vianna, S M.(orgs). Brasília: IPEA, 1995, p.167-190.

GUBA, E. & LINCOLN Y. The Countenances of Fouth Generation Evaluation: description, judgment and negotiation. **Evaluation Studies Review Annual**, v. 11, 1986, p.70-80.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. Pesquisa em avaliação da atenção básica: a necessária complementação do monitoramento. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 21, p. 29-35, dez. 2000.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002, 131 p.

_____. Institutionalizing and qualifying the evaluation: other challenges for primary care. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p.

413-429.2002.

HORTALE, Virgínia Alonso; PEDROZA, Manoela; ROSA, Maria Luiza Garcia. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de Sistemas de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p.231-239, jan./mar. 2000.

JCHAO. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization. **The Measurement Mandate- on the Road Performance Improvement in Health Care**. Chicago IL: Department of Publications, 1993, 53 p.

KÖCHE, José Carlos. **Fundamentos de metodologia científica: teoria da ciência e iniciação à pesquisa**. Petrópolis: Vozes, 2004, 182 p.

LEATHERMAN, Sheila; MCCARTHY, Douglas. **Quality of health care in the United State: a chartbook**. New York: The commonwealth fund, 2002. Disponível em < www.cmwf.org/profiles/profiles_show.htm?doc_id=222491 >. Acesso em: 25 maio 2005.

LUCHESE, Patrícia T R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8,n. 2, p. 439-448. 2003.

MACINKO, James A; STARFIELD, Bárbara. Annotated Bibliografy on Equity in Health, 1980-2001. **International Journal for Equity in Health**, v. 1, n. 1. 2002. Disponível em: < www.equityhealthj.com/content/1/1/ > Acesso em 25 abr. 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. 11º Conferência Nacional de Saúde. **O Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final**. 1º ed. 1ª reimp. Brasília-DF, 2003, 198 p.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **12ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da saúde, 2004. Disponível em <<http://conselho.org.br>>. Acesso: 04 abr. 2005.

_____. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 96**. Brasília; Ministério da saúde, 1997, 34 p.

_____. Secretaria Executiva. **SUS: instrumentos de gestão em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

OLIVEIRA, Evangelina XG; TRAVASSOS, Cláudia; CARVALHO, Marília Sá. Acesso à internação hospitalar nos municípios brasileiros em 2000: territórios do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl 2, p. s298-s309. 2004

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALÚD. Resúmenes metodológicos em epidemiologia: medición de inequidades em salud. **Boletín Epidemiológico**, v. 20, n. 1, 1999.

_____. Indicadores de salud: elementos básicos para el análisis de la situación de salud. **Boletín Epidemiológico**, v. 22, n. 4, p.1-5, 2001.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. **Rede Interagencial de Informações para a Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2002. 299 p.

PORTO, Sílvia Marta. Justiça social, equidade e necessidade em saúde. IN: **Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde**.(Piola, S F; Vianna, S M.(orgs). Brasília: IPEA, 1995, p.123-140.

RAMOS, Donatela Dourado; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, jan./fev. 2000.

RAWLS, John. **Uma teoria da Justiça**. Trad. Almiro Pisetta e Lenita Maria Rímoli Esteves.São Paulo: Martins Fontes, 1997.708 p.

REZENDE, Conceição Aparecida Pereira; PEIXOTO, Maria Passos Barcala. **Metodologia para análises funcionais da gestão de sistemas e redes de serviços de saúde na Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

RIO GRANDE DO SUL. **Secretaria de Estadual da Saúde**. Portaria nº 19. Porto Alegre, 1999.

RIO GRANDE DO SUL. **Secretaria Estadual da Saúde**. Decreto nº 39582. Porto Alegre, 1999.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria nº 28. Porto Alegre, 2000.

RIO GRANDE DO SUL. **Comissão Intergestores Bipartite**. Resolução nº 38. Porto Alegre, 2003.

RIO GRANDE DO SUL. **Secretaria de Estado da Saúde**. Portaria nº 37. Porto Alegre, 2003.

_____. **Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul**. Disponível em: < <http://www.saude.rs.gov.br> >. Acesso em :17 nov. 2004.

SEN, Amartya. **Desigualdade reexaminada**. Trad. e apresentação de. Ricardo Doninelli Mendes. Rio de Janeiro: Record, 2001, 301p.

SEN, Amartya. ¿Por qué la equidad em salud? **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 11 n. 5/6, p. 302-309,2002.

SILVA, Aglaé Regina. **Controle e avaliação em saúde: enfrentando desafios na gestão do SUS**. 2002.40 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração de

Saúde) – Administração em Saúde, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social.

SILVA, Lígia Maria V., FORMIGLI, Vera Lúcia Sai Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, 1994.

SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; SCHRAMM, Fermin Roland; A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 129-142, 2005.

SOUZA, Renilson Rehem. **O sistema público de saúde brasileiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, Barbara. Improving equity in health: a research agenda. **International Journal of Health Services**, v. 31, n. 3, p. 545-566, 2001.

TANAKA , Oswaldo Y; MELO, Cristina. **Avaliação de programas de saúde do adolescente**-um modo de fazer. São Paulo: Edusp, 2001, 88 p.

TANAKA, Oswaldo Y; MELO, Cristina. O desafio da inovação na gestão em saúde no Brasil: uma nova abordagem teórico-empírica. **Revista da Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p.195-211, 2002.

TANAKA, Oswaldo Y; MELO, Cristina. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. BOSI, M L M; MERCADO, F J. (orgs.). Petrópolis: ed. Vozes, 2004, p.121-136.

TRAVASSOS, Cláudia. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro; n. 20 Suppl 2, p.S190-98, 2004.

UK/DHS/NHS 2002. **NHS Performance Indicators** Disponível em < <http://www.performance.doh.gov.uk/nhsperformanceindicators/2002/index.html> >
Acesso em : 29 maio 2005.

VIACAVA, Francisco; ALMEIDA, Célia; CAETANO, Rosângela et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro,v. 19, n. 3, p.711-724, jul./set. 2004.

VIANA, Ana Luiza D' Ávila; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; LIMA, Luciana Dias. Política de saúde e equidade. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 58-68, 2003.

VIANA, Solon Magalhães et al. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil**: uma proposta de monitoramento. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001.

WHITEHEAD, Margaret. The concepts and principles of equity and health. **International Journal of Health Services**, v. 22, n. 3, p. 429-445. 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Catalogue of health indicators**. A selection of important health indicators recommended by WHO programmes. Geneva, 1996.

APÊNDICE I
LISTA DE INDICADORES IDENTIFICADOS NA LITERATURA QUE MEDEM
ACESSO AO SERVIÇO DE SAÚDE

Indicadores de acesso aos serviços de saúde identificados na publicação
 Medindo as desigualdades em Saúde no Brasil: Uma proposta de monitoramento.

INDICADOR	FONTE	CONCEITO
Consultas médicas SUS/habitantes	SIA/SUS	Mede a demanda de consultas do SUS em relação a população
Internações SUS/habitante	SIH/SUS	Avalia a cobertura de atendimento hospitalar à população residente, com financiamento pelo SUS.
Cobertura vacinal em menor de 1 ano	Numerador: SI-PNI Denominador: IBGE	Percentual de crianças menores de 1 ano de idade imunizadas com vacinas específicas em determinado local e período

Fonte: VIANA, Sólton Magalhães; et al, 2001

Indicadores de acesso identificados na publicação da RIPSA – Rede Intragerencial de informações para a Saúde. Indicadores e Dados Básicos/2003- IDB/2003

INDICADOR	FONTE	CONCEITUAÇÃO	INTERPRETAÇÃO
Proporção de partos hospitalares	SINASC/MS	Percentual de partos hospitalares em relação ao total de partos, na população residente em determinado período e local.	Análise das condições de acesso e qualidade da assistência ao parto, Subsidiar políticas na área, análise de variações geográficas e temporais da proporção de partos hospitalares, identificando situações de desequilíbrio.
Proporção de partos cesáreos-SUS	SIH/SUS/MS	Percentual de partos cesáreos pagos pelo SUS na população residente em relação ao total de partos cesáreos em determinado período e local.	Percentuais altos podem indicar, entre outros fatores, a concentração de partos de risco onde existem referências para assistência ao parto. Usos: análise das condições de acesso e qualidade da assistência ao parto, Subsidiar políticas na área, análise de variações geográficas e temporais da proporção de partos hospitalares, identificando situações de desequilíbrio.

Continuação...

Índice de CPO-D aos 12 anos	MS/ Estudos amostrais	Nº médio de dentes permanentes cariados, perdidos ou obturados, aos 12 anos de idade, em determinados local e período.	Estima o risco de ataque da cárie dental à dentição permanente. Valores elevados estão associados, freqüentemente com baixas condições socioeconômicas, dificuldade de acesso aos serviços e hábitos deletérios. Pode indicar acesso limitado ao flúor.
-----------------------------	-----------------------	--	---

Fonte: IDB-2004/MS

INDICADORES DE ACESSO PRESENTES NO PACTO DA ATENÇÃO BÁSICA – 2004

INDICADOR	FONTE	CONCEITUAÇÃO	INTERPRETAÇÃO
Taxa de internação por IRA em menores de 5 anos	Numerador: SIM Denominador: IBGE	Nº de internações por IRA em menores de 5 anos, na população residente em determinado período e local.	Altas taxas de internações neste grupo sugerem condições assistenciais insatisfatórias, precariedade no acesso e na qualidade dos serviços de saúde.
Taxa de mortalidade materna	Numerador: SIM Denominador: SINASC	Nº de óbitos femininos por causas maternas, por 100 mil nascidos vivos, na população residente, em determinado local e período.	Alta taxa de mortalidade materna pode ser indicativo de qualidade deficiente nos cuidados de saúde oferecidos à população. Usos: Avaliação do acesso à assistência obstétrica, subsidiar políticas voltadas para a área; análise situação de saúde da população.
Taxa de mortalidade de mulheres por câncer de colo de útero.	Numerador: SIM Denominador: IBGE	Nº de óbitos por câncer de colo de útero (Código C53 da CID-10), na população residente, em determinado local e período.	Indicador das condições de vida e da qualidade da atenção à saúde da mulher. Alta mortalidade por esta causa pode indicar falha do serviço de saúde no diagnóstico precoce, tratamento e acompanhamento. Usos: Avaliação da qualidade e acesso à assistência à saúde da mulher; Subsidiar políticas e ações na área; Análise situação de saúde.

Continuação...

Taxa de mortalidade de mulheres por câncer de mama.	Numerador: SIM Denominador: IBGE	Número de óbitos por câncer de mama (código C50 da CID-10) em mulheres, na população residente, em determinado local e período.	Indicador das condições de vida e da qualidade da atenção à saúde da mulher. Ata mortalidade por esta causa pode indicar falha do serviço de saúde no diagnóstico precoce, tratamento e acompanhamento. Usos: Avaliação da qualidade e acesso à assistência à saúde da mulher; Subsidiar políticas e ações na área; Análise situação de saúde.
Cobertura de 1ª consulta odontológica	Numerador: SAI /SUS: 03.021.01-7 Denominador: IBGE	Nº total de 1ªs consultas odontológicas realizadas em determinado local e período na população do mesmo local e período	Avalia o acesso da população aos serviços de saúde bucal. Uso: Possibilita análises sobre a cobertura da população com 1ª consulta odontológica, pode indicar tendências do perfil de atendimento.
Razão entre os procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos	Numerador: código da tabela SAI/SUS Denominador: IBGE	Média anual de população coberta por procedimentos odontológicos coletivos (código SAI/SUS 03.011.01-1) na população de 0 a 14 anos de idade, em determinado local e período.	Dimensionar o acesso da população às ações coletivas de odontologia. Uso: Subsidiar políticas na área e avaliar a necessidade de ampliação das ações preventivas de saúde bucal.

Fonte: Pacto da atenção básica 2004/ Ministério da Saúde

Indicadores propostos pelo PROADESS para avaliação do acesso aos serviços de saúde no Sistema de Saúde do Brasil.

Indicador
Cobertura vacinal na infância
Internações por 1000 habitantes em municípios sem leitos hospitalares
Consultas por habitante/ano por idade e por sexo
Cobertura de exame Papanicolau em mulheres de 18 a 69 anos de idade.
Listas de espera para procedimentos cirúrgicos (atualmente o MS tem informações apenas para os transplantes)
Distância média do local de residência e local de internação.

Fonte: ALMEIDA, Célia ;et al, 2003.

Indicadores utilizados pelo sistema de saúde do Canadá para avaliar acesso aos serviços de saúde.

Indicador	Fonte
Mulheres de 18 a 69 anos que referem quando fizeram o último exame preventivo de câncer de colo de útero.	Inquérito comunitário de saúde 2000/2001. Serviço de estatística do Canadá. Inquérito nacional de saúde populacional, 1996/01
Mulheres de 18 a 69 anos de idade que referem quando fizeram pela última vez mamografia.	Inquérito comunitário de saúde 2000/2001. Serviço de estatística do Canadá. Inquérito nacional de saúde populacional, 1996/01
População de 12 anos ou menos de 65 anos e mais que referem quando fizeram pela última vez vacina contra influenza	Inquérito comunitário de saúde 2000/2001. Serviço de estatística do Canadá. Inquérito nacional de saúde populacional, 1996/01

Fonte: CIHI /2005.

Indicadores de saúde utilizados pelo sistema de saúde da Austrália para avaliar acesso aos serviços de saúde.

Indicador	Definição	Fonte
Dias de espera para admissão para cirurgia eletiva	Mediana de tempo de espera para cirurgia eletiva, considera desde o momento que entrou para a lista de espera , até o atendimento. Se refere a cirurgia para colocação de prótese de quadril, de joelho e cirurgia de bypass de artéria coronariana.	Estatísticas médicas
Disponibilidade de serviços de médicos generalistas em tempo integral	Número de médicos generalistas, em tempo integral em relação a população de determinada área.	Departamento governamental de saúde
Nº de atendimentos não referenciados por médicos generalistas pagos pelo sistema	Proporção de atendimentos não referenciados por médicos generalistas pagos, pelo total de atendimentos não referenciados por médicos generalistas.	Departamento governamental de saúde

Fonte: AIHW/2003.

Indicadores utilizados pelo Reino Unido para avaliar o acesso aos serviços de saúde

Indicador	Fonte
Cobertura de mamografia em mulheres de 50-64 anos	KORNER reducion
Porcentagem de mulheres entre 25 a 64 anos de idade que fizeram exame de Papanicolau.	KORNER reducion
Taxa de cirurgia de revascularização do miocárdio e angioplastia coronariana transluminal percutânea em pacientes com doença coronariana padronizada por idade e sexo.	Estatísticas hospitalares
Taxa de prótese de quadril e de joelho em pacientes de 65 anos e mais padronizada por sexo.	Estatísticas hospitalares
Taxa de remoção de catarata em pacientes com 65 anos e mais padronizada por sexo.	Estatísticas hospitalares
Percentual de aumento de usuários de drogas ilícitas aos serviços de saúde, por mil residentes entre 15 a 44 anos de idade.	Estatísticas do serviço
Nº de médicos generalistas em tempo integral por 100 mil habitantes	Censo populacional

Fonte: NHS/UK,2002

**ANEXO I
PLANILHAS DO RELATÓRIO DE GESTÃO MUNICIPAL 2005**

Código:

NOME DO MUNICÍPIO:	População 2004:
CRS:	Módulo assistencial:
Microrregião:	Macrorregião:
Período de Referência (trimestre/ano):	Tipo de Gestão:

RECURSOS HUMANOS				
TIPO DE PROFISSIONAL	Efetivo	Contratado/C.C	Terceirizado	Total
Nível Universitário				
Enfermeiro				
Médico				
Odontólogo				
Outros				
Nível Médio				
Nível Elementar				

PLANILHAS DESCRITIVAS:

- 1- Produção Ambulatorial
- 2- Produção Hospitalar
- 3- Outras ações de atenção Básica
- 4- Ações de Vigilância em Saúde
- 5- Indicadores Prioritários da Gestão Municipal
- 6- Monitoramento Anual

_____, ____ de _____ de 200__.

Gestor(a) Municipal de Saúde

Nome do Município:

PRODUÇÃO AMBULATORIAL**Atenção Básica**

MONITORAMENTO TRIMESTRAL		Parâmetro/ Meta pactuada	1º Trim.		2º Trim.		3º Trim.		4º Trim.		ANO	
			Quant.	Padrão Atingido	Quant.	Padrão Atingido	Quant.	Padrão Atingido	Quant.	Padrão Atingido	Quant.	Padrão Atingido
Procedimentos												
1.1	Consultas médicas nas espec. básicas											
1.2	Consultas médicas de urgência nas espec. básicas											
1.3	Primeira consulta odontológica											
1.4	Ações odontológicas básicas individuais											
1.5	Exodontias de dente permanente											
1.6	Procedimentos coletivos em odontologia											
1.7	Visitas/atendimento domiciliar											
1.8	Coleta de mat.p/ exame citopatológico											

Comentários:

Nome do Município :

1. PRODUÇÃO AMBULATORIAL												
MÉDIA COMPLEXIDADE												
MONITORAMENTO TRIMESTRAL		Pactuado 2004 (PPI)	1º Trimestre		2º Trimestre		3º Trimestre		4º Trimestre		ANO	
Grupo de procedimentos			Quant.	Padrão Atingido	Quant.	Padrão Atingido	Quant.	Padrão Atingido	Quant.	Padrão Atingido	Quant.	Padrão Atingido
G7	Proc.Espec.Nível Sup.e Médio											
cme	Cons. Médica especializada											
ceu	Consultas médicas especializadas de urgência											
G8	Cirurgia Ambulat. Especializada											
G9	Proced. Espec. em Traumatologia- Ortopedia											
G10	Ações especializadas em Odontologia											
G11	Patologia Clínica											
G12	Anatomo e Citopatologia											
G13	Radiodiagnóstico											
G14	Exames ultra-sonográficos											
G17	Diagnose											
G18	Fisioterapia											
G19	Terapias especializadas											
Comentários:												
Nome do Município:												
1. PRODUÇÃO AMBULATORIAL												

ALTA COMPLEXIDADE							
MONIT.TRIMESTRAL		Programado	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	4º Trimestre	ANO
Grupo de procedimentos		ano	Quant. Realizada				
11AC	Patologia Clínica Especializada						
13AC	Radiodiagnóstico						
26AC	Hemodinâmica						
27AC	Terapia Substitutiva Renal						
28AC	Radioterapia						
29AC	Quimioterapia						
31AC	Ressonância Magnética						
32AC	Medicina Nuclear						
33AC	Radiologia Intervencionista						
35AC	Tomografia Computadorizada						
37AC	Hemoterapia						
Comentários:							

Nome do Município:

2. PRODUÇÃO HOSPITALAR																					
Monitoramento Trimestral		1º Trimestre.				2º Trimestre.				3º Trimestre.				4º Trimestre.				ANO			
Internações por especialidade		Progr.	Nº de internações			Progr.	Nº de internações			Progr.	Nº de internações			Progr.	Nº de internações			Progr.	Nº de internações		
			Pop. Própria		Pop.		Pop. Própria		Pop.												
		Trim.	No munic.	Fora do munic.	Referenciada	Trim.	No munic.	Fora do munic.	Referenciada	Trim.	No munic.	Fora do munic.	Referenciada	Trim.	No munic.	Fora do munic.	Referenciada	Ano	no munic.	Fora do munic.	Referenciada
2.1	Cirurgia																				
2.2	Clínica Médica																				
2.3	Obstetrícia																				
2.4	Pediatria																				
2.5	Psiquiatria																				
	Total																				
Comentários:																					

Nome do Município:

MONITORAMENTO TRIMESTRAL		Meta	1º Trim.		2º Trim.		3º Trim.		4º Trim.		Ano
			Quantid	Padrão atingido							
3.3 CICLO DE VIDA DO ADULTO		pactuada / ano									
3.3.1	Nº de internações por AVC na população de 30 a 59 anos										
3.3.2	Nº de internações por Diabetes Mellitus II na população > 30 anos										
3.3.3	Nº de exames citopatológicos realizados em mulheres de 25 a 59 anos										
3.3.4	Nº de casos novos de Tuberculose Bacilíferos										
3.3.5	Percentual de altas por cura d coorte de casos novos de Tuberculose Bacilíferos										
3.3.6	Percentual de casos encerrados por abandono da coorte de casos diagnosticados de Tuberculose										
3.3.7	Nº de casos novos de Hanseníase										
3.3.8	Nº de internações por Alcoolismo em > 10 anos										
3.5 CICLO DE VIDA DO IDOSO											
3.5.1	Nº de pessoas acima de 60 anos vacinadas contra influenza/campanha										
Comentários:											

Continuação...

4.30	Nº de estações rodoviárias/ferroviárias inspecionadas											
4.31	Nº de estabelecimentos de saúde baixa complexidade cadastrados											
4.32	Nº de estabelecimentos de saúde baixa complexidade inspecionados											
Comentários:												

5. INDICADORES PRIORITÁRIOS DA GESTÃO			
MONITORAMENTO TRIMESTRAL		Meta pactuada	Resultado 1º, 2º, 3º e 4º Trimestre
5.1	Média de visitas domiciliares por família por mês		
5.2	% de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais		
5.3	Nº de consultas médicas nas especialidades/habitante/ano		
5.4	Proporção de consultas médicas de urgências nas especialidades básicas em relação ao total de consultas de urgência/emergência.		
5.5	Proporção de nascidos vivos de mães de 7 ou mais consultas de pré-natal.		
5.6	Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer < 2500g.		
5.7	Nº absoluto de óbitos em menores de 1 ano.		
5.8	Proporção de óbitos em menor de 1 ano investigados		
5.9	Cobertura vacinal por tetravalente-3º dose em < 1 ano		
5.10	Cobertura vacinal por tríplice viral em crianças de 12 a 23 meses.		
5.11	Taxa de internação por IRA em menores de 5 anos		
5.12	Taxa de internação por AVC na população de 30 a 59 anos.		
5.13	Razão entre exames citopatológicos em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária.		
5.14	Proporção de abandono de tratamento da tuberculose		
5.15	Proporção de casos de doenças exantemáticas investigados em 48 horas em relação aos notificados.		
5.16	Proporção de amostras de água de abastecimento coletadas e analisadas para fins de vigilância e monitoramento da qualidade		
5.17	Proporção de imóveis inspecionados p/ identificação/eliminação de focos e/ou criadouros de Aedes Egypti e Aedes Albopictus.		
5.18	Proporção de estabelecimentos de saúde de baixa complexidade inspecionados		
Comentários:			

Nome do Município:

6. MONITORAMENTO ANUAL				
6.1- Ações da Atenção Básica		Meta Pactuada	Quant	Padrão atingido
6.1.1	Nº absoluto de óbitos de mulheres em idade fértil, relacionados à gestação, parto e puerpério.			
6.1.2	Nº total de casos de hanseníase diagnosticados			
6.1.3	Nº de casos com seqüelas incapacitantes (I e II) de hanseníase			
6.1.4	Nº de abandonos de tratamento de hanseníase			
6.1.5	Percentual de casos de hanseníase curados dentre os diagnosticados			
6.1.6	Nº de óbitos por câncer de colo uterino			
6.1.7	Nº de óbitos por câncer de mama			
6.1.8	Nº de óbitos por doenças cérebro-vascular 30-59 anos			
6.1.9	População cadastrada pelo PSF			
6.2 – Ações de Vigilância em Saúde				
6.2.1	Nº de casos de PFA notificados			
6.2.2	Nº de casos de PFA com 1 amostra adequada de fezes			
6.2.3	% de fontes de abastecimento de água cadastradas			
6.2.4	% de sistemas de abastecimento de água enviando controle regularmente, conforme portaria 518/2004			
6.2.5	% de soluções coletivas alternativas de abastecimento de água, enviando controle regularmente, conforme Portaria 518/2004			
6.2.6	Relatório de situação epidemiológica da sífilis elaborado			
6.2.7	Nº de declarações de nascidos vivos coletadas			
6.2.8	Nº de declarações de óbito coletadas			
6.2.9	% de Declarações de Óbitos por causas mal definidas			
Comentários:				

RELATÓRIO DA PESQUISA

Relatório da Pesquisa

O Relatório de Gestão como instrumento de avaliação do acesso ao Sistema de Saúde.

O objetivo desta pesquisa foi analisar as potencialidades do Relatório de Gestão Municipal de Saúde do RS como instrumento de avaliação dos serviços de saúde. É um estudo do tipo exploratório, que tem como objetivo conhecer e selecionar os indicadores utilizados para medir o acesso aos serviços de saúde. Os indicadores selecionados foram comparados com os do RGMS, para, a partir daí, analisar o potencial do Relatório na avaliação do acesso aos serviços locais de saúde. Este trabalho constituiu-se basicamente de pesquisa bibliográfica da literatura nacional e internacional e da análise do Relatório de Gestão Municipal da Saúde do Rio Grande do Sul (RS).

Para conhecer os indicadores de acesso mais comumente utilizados em avaliações de saúde, na literatura nacional, e para construir o referencial teórico da pesquisa, foram consultadas as bases de dados SciELO (Scientific Electronic Library

On-line), site do Ministério da Saúde, do Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (PRO-ADESS), Secretaria Estadual de Saúde do RS e a biblioteca da UNISINOS. Alguns dos descritores utilizados para a busca nos meios eletrônicos foram: avaliação de programas, avaliação, avaliação em saúde, avaliação de serviços de saúde, avaliação de programas, acesso aos serviços, acesso, acessibilidade, indicadores de saúde, equidade, sistema de saúde, serviços de saúde.

Para a pesquisa bibliográfica na literatura internacional foram acessados os sites do Canadian Institute for Health Information (Canadá), National Health Service do Reino Unido, Australia Institute of Health and Welfare (Austrália), U.S Department of Health and Human Service (Estados Unidos), Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organization for Economic Co-operation and Development (OECD).

Além das fontes citadas, outra fonte de pesquisa utilizada foram as referências bibliográficas de trabalhos científicos que abordavam questões pertinentes ao objetivo deste estudo. Os artigos que não estavam disponíveis *on line* foram solicitados através da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS).

O estudo foi desenvolvido de acordo com as etapas planejadas: Elaboração do projeto de pesquisa, qualificação do projeto, análise do RGMS, elaboração do artigo científico. A pesquisa bibliográfica foi realizada concomitantemente às demais etapas da pesquisa.

