

RENATO CARLOS MACHADO

Avaliação de desempenho dos serviços públicos de saúde de um município paulista de médio porte no período de 2008 a 2015

Versão corrigida

Dissertação apresentada ao Programa Saúde na Comunidade do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade da São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Linha de pesquisa: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Aldaísa Cassanho Forster

Ribeirão Preto

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Machado, Renato Carlos

Avaliação de desempenho dos serviços públicos de saúde de um município paulista de médio porte no período de 2008 a 2015. Ribeirão Preto, 2018.

96 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Área de concentração: Saúde na Comunidade.

Orientadora: Forster, Aldáisa Cassanho.

Descritores: 1- Avaliação em saúde. 2- Pesquisa sobre serviços de saúde. 3- Serviços de saúde.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Autor: MACHADO, Renato Carlos

Título: Avaliação de desempenho dos serviços públicos de saúde de um município paulista de médio porte no período de 2008 a 2015.

Dissertação apresentada ao Programa Saúde na Comunidade do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: ___/___/_____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação a minha mãe, pelo amor e dedicação que ofereceu a sua família, nos proporcionando dois valores tão caros à ciência: conhecimento e ética. Conhecimento da vida, que é base empírica para o conhecimento técnico-científico; e a ética, que nos orienta para a retidão da aplicação deste conhecimento. Também dedico a minha esposa pelo carinho, compreensão e companheirismo que me ofereceu durante esses anos, dando apoio fundamental para o êxito deste trabalho. E as minhas filhas, que me permitiram conhecer o genuíno amor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Prof^a Aldaísa Cassanho Forster pela oportunidade de realização de um sonho, a paciência com que conduziu a orientação desta dissertação, os ensinamentos oferecidos, o carinho dispensado e a amizade que construímos.

Agradeço à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP pela possibilidade de aqui desenvolver toda minha formação acadêmica, desde a graduação, com a convicção de ter alcançado bons resultados.

Agradeço à Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto, pela permissão concedida para realizar a pesquisa desta dissertação, em especial à Dra. Margarete Giachetto Vilela de quem recebi grande apoio.

Agradeço aos Professores Juan Stuardo Yazlle Rocha, Milton Roberto Laprega, Jair Lício Ferreira Santos e João José Batista Campos pelo aprendizado que me possibilitaram nas disciplinas ministradas, a dedicação ao ensino e à pesquisa, a orientação no momento certo e a participação na banca de qualificação deste trabalho.

Agradeço a todos do Departamento de Medicina Social da FMRP-USP, docentes e funcionários, pela acolhida e atenção, pelo aprendizado que me proporcionaram e a oportunidade de fazer amizades inesquecíveis.

EPÍGRAFE

“A vida é feita de pequenas coisas. Inclusive as grandes”

Autor desconhecido

RESUMO

Machado, R.C. Avaliação de desempenho dos serviços públicos de saúde de um município paulista de médio porte no período de 2008 a 2015 [Dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2018.

INTRODUÇÃO: A importância de se avaliar sistemas e serviços de saúde: aumento de gastos, avanços tecnológicos, envelhecimento da população, deficiências com as práticas na assistência, iniquidades na alocação de recursos, necessidade de prestação de contas aos órgãos controladores e à sociedade, melhorias e reformas no sistema e serviços de saúde. A avaliação de desempenho de serviços de saúde demonstra parte importante do desempenho do sistema de saúde, permitindo comparações de desempenho de processos e resultados, à medida que os serviços avaliados tenham articulações entre si, e que o desfecho tenha relações com todos os níveis da atenção avaliados. **OBJETIVO:** avaliar o desempenho dos serviços públicos de saúde de um município paulista de médio porte, no período de 2008 a 2015, quanto a resultados de qualidade nas dimensões do acesso, da efetividade e da adequação de serviços. **MATERIAL E MÉTODO:** estudo exploratório, com análise descritiva de dados quantitativos. Utilizados indicadores de saúde dos sistemas de informação do Ministério da Saúde, e populacionais do IBGE. Foram distribuídos nas dimensões do acesso, efetividade e adequação, conforme modelo do PROADESS - Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde; para a interpretação do desempenho foi realizada comparação entre o nível municipal e outros três níveis (estado de São Paulo, região Sudeste e Brasil). **RESULTADOS:** **acesso:** taxa de internação, cirurgia de revascularização, angioplastia e imunização por tetra/pentavalente demonstraram melhor desempenho dos serviços de saúde municipais em relação aos demais níveis; cobertura Estratégia Saúde da Família e vacinação do idoso contra a gripe demonstraram pior desempenho, porém com tendência de melhora ao longo do tempo. **Adequação:** consultas de pré-natal do município com melhor desempenho em relação aos demais níveis, e mais próximas do preconizado; histerectomia e partos cesáreos com pior desempenho. **Efetividade:** mortes em internações por infarto agudo do miocárdio com melhor desempenho para o município; internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica, sífilis congênita em menor de um ano e amputação de membros inferiores em diabéticos com pior desempenho municipal em relação aos outros três níveis do estudo. **CONCLUSÃO:** quanto ao acesso, no conjunto dos indicadores o desempenho foi positivo, com melhor resultado para a atenção hospitalar em relação à atenção básica; quanto à adequação, o desempenho foi desfavorável ao município em comparação com os demais níveis, assim como na efetividade o desempenho municipal também foi inferior aos outros três níveis pesquisados, demonstrando fragilidade na atenção básica da assistência.

Palavras chaves: Avaliação em saúde. Pesquisa em serviços de saúde. Serviços de saúde.

ABSTRACT

Machado, R.C. Performance evaluation of public health services in a medium-sized São Paulo municipality from 2008 to 2015 [Dissertation]. Ribeirão Preto: Medical School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, 2018.

INTRODUCTION: The importance of evaluating health systems and services: increased expenditures, technological advances, aging of the population, deficiencies with assistance practices, inequities in resource allocation, accountability to controlling organs and society, improvements and reforms in the health system and services. The performance evaluation of health services demonstrates an important part of the performance of the health system, allowing comparisons of performance of processes and results, as the services evaluated have articulations among them, and that the outcome has relations with all levels of attention evaluated. **OBJECTIVE:** to evaluate the performance of public health services in a medium-sized São Paulo municipality, from 2008 to 2015, in terms of quality, access, effectiveness and adequacy of services. **MATERIAL AND METHOD:** exploratory study, with descriptive analysis of quantitative data. Health indicators of the information systems of the Ministry of Health and of the IBGE population were used. They were distributed in the dimensions of access, effectiveness and adequacy, according to the model of the PROADESS - Methodology for Evaluation of Health System Performance; for the interpretation of the performance was carried out comparison between the municipal level and other three levels (state of São Paulo, Southeast region and Brazil). **RESULTS:** access: hospitalization rate, revascularization surgery, angioplasty and tetra / pentavalent immunization demonstrated better performance of the municipal health services in relation to the other levels; coverage Family Health Strategy and vaccination of the elderly against influenza showed worse performance, but with a tendency to improve over time. Adequacy: prenatal consultations of the municipality with better performance in relation to the other levels, and closer to that recommended; hysterectomy and cesarean delivery with worse performance. Effectiveness: deaths in hospitalizations due to acute myocardial infarction with better performance for the municipality; hospitalizations for conditions sensitive to primary care, congenital syphilis in less than one year and amputation of lower limbs in diabetics with worse municipal performance in relation to the other three levels of the study. **CONCLUSION:** with regard to access, in the set of indicators, performance was positive, with a better result for hospital care in relation to primary care; in terms of adequacy, the performance was unfavorable to the municipality in comparison to the other levels, as well as in the effectiveness, the municipal performance was also inferior to the other three levels surveyed, showing weakness in the basic assistance care.

Keywords: Health assessment. Research in health services. Health services.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo explicativo do desempenho do sistema de saúde.....	25
Figura 2 - Posição Geográfica de São José do Rio Preto.....	30
Figura 3 – Distribuição espacial dos serviços públicos de saúde de S. J. Rio Preto.....	34

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Sistemas Nacionais de Informação em Saúde	11
Quadro 2 - Matriz de Dimensões da Avaliação de Desempenho do Sistema de saúde/PROADESS.....	26
Quadro 3- Matriz das dimensões de qualidade e respectivos indicadores.....	35
Quadro 4 - Resumo do desempenho de cada indicador, segundo sua dimensão, considerando a comparação com os outros três níveis de estudo.....	58

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Indicadores demográficos e socioeconômicos – S. J. Rio Preto - 2008 a 2015.....	31
Tabela 2 - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) – S. J. Rio Preto - 1991, 2000, 2010.....	31
Tabela 3 - Taxas de mortalidade de S. J. Rio Preto - 2008 a 2015.....	32
Tabela 4 - Indicadores de saúde materno-infantil – S. J. Rio Preto – 2008 a 2015.....	32
Tabela 5 - Indicadores relativos a estrutura de serviços de saúde (físico e recursos humanos) S. J. Rio Preto - 2008 a 2015.....	33
Tabela 6 - Quantidade (n) de procedimentos e casos utilizados no cálculo de cada indicador municipal - 2008 a 2015.....	36
Tabela 7 - População estimada de residentes por grupos de idade, São José do Rio Preto - 2008 a 2015.....	37
Tabela 8 - População de residente utilizada como população de padronização por sexo e faixas etárias, Brasil - 2000.....	38
Tabela 9 - Taxa de internação hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS), por 1.000 habitantes, na população residente - S. J. Rio Preto, Região Sudeste, Estado de São Paulo e Brasil, 2008 a 2015.....	40
Tabela 10 – Taxa de cirurgia de revascularização do miocárdio padronizada em residentes de 20 anos ou mais de idade, por 100 mil hab. - S. J. Rio Preto, Região Sudeste, Estado de São Paulo e Brasil, 2008 a 2015.....	42
Tabela 11 - Angioplastias de residentes de 20 anos ou mais, por 100 mil hab. – S. J. Rio Preto, Região Sudeste, Estado de São Paulo e Brasil, 2008 a 2015.....	43
Tabela 12 - Porcentagem de cobertura pop. estimada Estratégia Saúde da Família (ESF) - S. J. Rio Preto, Região Sudeste, Estado de São Paulo e Brasil, 2008 a 2015.....	44
Tabela 13 - Percentual de Imunização em menores de um ano por Tetra ou Penta valente - S. J. Rio Preto, Região Sudeste, Estado de São Paulo e Brasil, 2008 a 2015.....	45
Tabela 14 - Percentual de pessoas de 60 anos ou mais de idade vacinadas contra gripe/influenza, em relação ao total da população idosa - S. J. Rio Preto, Região Sudeste, Estado de São Paulo e Brasil, 2008 a 2014/15.....	47
Tabela 15 - Taxa de histerectomia padronizada por sexo e idade pelo método direto, em residentes de 20 anos ou mais - S. J. Rio Preto, Região Sudeste, Estado de São Paulo e Brasil, 2008 a 2015.....	48
Tabela 16 - Percentual de nascidos vivos cujas mães fizeram mais de seis consultas de pré-natal, segundo local de residência das mães - S. J. Rio Preto, Região Sudeste, Estado de São Paulo e Brasil, 2008 a 2015.....	50
Tabela 17 - Percentual de partos cesáreos no total de partos - S. J. Rio Preto, Região Sudeste, Estado de São Paulo e Brasil, 2008 a 2015.....	51

Tabela 18 - Percentual de internações hospitalares no Sistema Único de Saúde (SUS), por condições sensíveis à atenção primária em relação ao número total de internações hospitalares - S. J. Rio Preto, Região Sudeste, Estado de São Paulo e Brasil.....	52
Tabela 19 - Número de óbitos hospitalares em pacientes com 45 anos ou mais com tempo de permanência de até 28 dias, por infarto do miocárdio, por 100 internações - S. J. Rio Preto, Região Sudeste, Estado de São Paulo e Brasil; 2008 a 2015.....	54
Tabela 20 - Número de casos de sífilis congênita detectados em crianças menores de um ano por 1.000 nascidos vivos - S. J. Rio Preto, Região Sudeste, Estado de São Paulo e Brasil; 2008 a 2013.....	55
Tabela 21 - Percentual de usuários internados com diabetes mellitus que realizaram amputação não traumática de membros inferiores - São José do Rio Preto, Região Sudeste, Estado de São Paulo e Brasil, 2008 a 2015.....	57

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Taxa de internação hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS), por 1.000 habitantes, na população residente - S. J. Rio Preto, Região Sudeste, Estado de São Paulo e Brasil.....	41
Gráfico 2 – Taxa de cirurgia de revascularização do miocárdio em residentes de 20 anos ou mais de idade, por 100 mil hab. - S. J. Rio Preto, Região Sudeste, Estado de São Paulo e Brasil, 2008 a 2015.....	42
Gráfico 3 - Angioplastias de residentes de 20 anos ou mais, por 100 mil hab. – S. J. Rio Preto, Região Sudeste, Estado de São Paulo e Brasil, 2008 a 2015.....	43
Gráfico 4 - Porcentagem de cobertura populacional* pela Estratégia Saúde da Família (ESF) - S. J. Rio Preto, Região Sudeste, Estado de São Paulo e Brasil, 2008 a 2015.....	44
Gráfico 5 - Percentual de imunização em menores de um ano por Tetra ou Penta valente - S. J. Rio Preto, Região Sudeste, Estado de São Paulo e Brasil, 2008 a 2015.....	46
Gráfico 6 - Percentual de pessoas de 60 anos ou mais de idade vacinadas contra gripe/influenza, em relação ao total da população idosa - S. J. Rio Preto, Região Sudeste, Estado de São Paulo e Brasil, 2008 a 2014/15.....	47
Gráfico 7 - Taxa de histerectomia padronizada por sexo e idade pelo método direto, em residentes de 20 anos ou mais - S. J. Rio Preto, Região Sudeste, Estado de São Paulo e Brasil.....	49
Gráfico 8 - Percentual de nascidos vivos cujas mães fizeram mais de seis consultas de pré-natal, segundo local de residência das mães - S. J. Rio Preto, Região Sudeste, Estado de São Paulo e Brasil, 2008 a 2015.....	50
Gráfico 9 - Percentual de partos cesáreos no total de partos - S. J. Rio Preto, Região Sudeste, Estado de São Paulo e Brasil, 2008 a 2015.....	51
Gráfico 10 - Percentual de internações hospitalares no Sistema Único de Saúde (SUS), por condições sensíveis à atenção primária em relação ao número total de internações hospitalares - S. J. Rio Preto, Região Sudeste, Estado de São Paulo e Brasil.....	53
Gráfico 11 - Número de óbitos hospitalares em pacientes com 45 anos ou mais com tempo de permanência de até 28 dias, por infarto do miocárdio, por 100 internações - S. J. Rio Preto, Região Sudeste, Estado de São Paulo e Brasil, 2008 a 2015.....	54
Gráfico 12 - Número de casos de sífilis congênita detectados em crianças menores de um ano por 1.000 nascidos vivos - S. J. Rio Preto, Região Sudeste, Estado de São Paulo e Brasil, 2008 a 2013.....	56
Gráfico 13 - Percentual de usuários internados com diabetes mellitus que realizaram amputação não traumática de membros inferiores - São José do Rio Preto, Região Sudeste, Estado de São Paulo e Brasil, 2008 a 2015.....	57

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica AB
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AME	Ambulatório Médico de Especialidades
AIM	Amputação de Membros Inferiores
APS	Atenção Primária em Saúde
BIRD	Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento
Carta-SUS	Pesquisas de Avaliação do acesso aos serviços e satisfação dos usuários
CID	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COAPS	Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde
COREN/SP	Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo
CRM/SP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CRO/SP	Conselho Regional de Odontologia do Estado de São Paulo
DAB	Departamento da Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DEMÁS	Departamento de Monitoramento e Avaliação
DM	Diabetes melitus
DRS XV	Diretoria Regional de Saúde da XV Região Estadual
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMI	Fundo Monetário Internacional
IAM	Infarto agudo do miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

IDSUS	Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
IPEA	Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
ISCAB	Internações Sensíveis à Condição Básica
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde – 2001/02 do SUS
NOB-96	Norma Operacional Básica – 96
OCDE	Organização para a Cooperação e de Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – Suplemento Saúde
PNASS	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde
PNMA-SUS	Política Nacional de Monitoramento e Avaliação do SUS
PROADESS	Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde
PROESF	Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
SAMU	Serviço de Atenção Móvel de Urgências
SAS	Secretaria da Atenção à Saúde
SEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SIA-SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento de Tabela de Procedimentos
SIH - SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SJRP	São José do Rio Preto
SINAN	Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde
SI-PNI	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização

SIS	Sistemas de Informação em Saúde
SISAB	Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TabWin	Tab para Windows
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VISA	Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO

1.1 - Avaliação em saúde.....	1
1.1.1 Aspectos históricos.....	1
1.1.2 Conceitos e abordagens de avaliação em saúde.....	4
1.1.3 Informações em saúde como ferramentas de avaliação.....	8
1.1.4 Avaliação de sistemas e serviços de saúde.....	12
1.2- O sistema público de saúde brasileiro e a avaliação em saúde.....	20
1.2.1- Legislação e Normatização.....	20
1.2.2 - Política e programas de avaliação em saúde.....	21
1.2.3 - Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde..	23
(PROADESS)	
2- JUSTIFICATIVA.....	28
3- OBJETIVOS.....	29
2.1- Objetivo geral.....	29
2.2- Objetivos específicos.....	29
4- MATERIAL E MÉTODO.....	30
3.1- Contextualização e objeto do estudo.....	30
3.2 – Objeto de estudo.....	33
3.3 – Tipo de estudo.....	34
3.3 – Material do estudo.....	35
3.4 – Organização e análise dos dados.....	39
3.5 – Aspectos éticos.....	39
5- RESULTADOS.....	40

6- DISCUSSÃO.....	59
7- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81
ANEXOS.....	91
APÊNDICE.....	94

1- INTRODUÇÃO

O tema proposto para essa dissertação é avaliação em saúde, com foco na avaliação de desempenho dos serviços de saúde do município de São José do Rio Preto/SP, considerando os conceitos de desempenho nas dimensões acesso, efetividade e adequação.

1.1.1- Aspectos históricos

A avaliação como atividade humana existe desde os tempos imemoráveis, já sendo utilizada pelos chineses para recrutamento de “funcionários públicos,” há cerca de 4.000 anos. Em tempos modernos, mais precisamente a partir do século XVIII, com o desenvolvimento do pensamento científico e métodos da pesquisa social, a avaliação dá seus primeiros passos notadamente na Grã-Bretanha e França. Mas é no século XIX que métodos mais específicos voltados para avaliação das reformas do conjunto de políticas sociais, com ênfase na educação, foram desenvolvidos métodos destinados a medir condições de vida da população e resultados na educação, dando início ao que hoje conhecemos como o campo da avaliação (BROUSSELLE, 2011).

Distinguem-se quatro gerações na história da avaliação. A primeira geração, iniciada com o reformismo europeu do século XIX e chegando às primeiras décadas do século XX, é caracterizada pelo desenvolvimento das técnicas de **medidas** por meio de coleta sistemática de dados, tendo a estatística, a epidemiologia e a análise quantitativa dos dados como ferramentas fundamentais na elaboração de relatórios e aplicação de testes. No campo da saúde, destaca-se a elaboração de relatórios sanitários de estatísticas de saúde, com as medidas da carga social de doenças e seu impacto na população (BROUSSELLE, 2011).

A segunda geração, iniciada a partir dos anos 1930, é marcada pelo caráter **descritivo** da avaliação, cujo avaliador utiliza medidas aferidas do objeto avaliado e deve descrevê-lo, compreender sua estrutura, conteúdo, além de identificar forças e fragilidades. É a fase da aplicação dos testes educacionais e descrição dos resultados relacionados a programas governamentais. Também foi utilizada em outras instituições, como o Exército, que aplicava testes de aptidão para a organização da carreira militar (BROUSSELLE, 2011).

A terceira geração é marcada pelo desenvolvimento de diversos modelos de avaliação, como o bi matricial de Stake (1967), o de apreciação de diferenças de Provus (1971), modelo de avaliação por indução de Scriven (1972) entre outros. Foram marcados pela nova atribuição do avaliador de formular um **juízo de valor** em relação ao objeto avaliado, ainda utilizando-se das ferramentas desenvolvidas nas gerações anteriores, como a medida e a descrição, mas tendo que oferecer conclusões que pudessem fundamentar decisões sobre o desempenho de programas ou intervenções efetuadas. Neste período a avaliação passa por importante expansão e adquire maior legitimidade, ganhando maior volume de recursos, reconhecimento do poder público e contribuição para o desenvolvimento da pesquisa no campo social (SAMICO, 2010; BROUSSELLE, 2011).

A quarta geração iniciada na década de 1980 é marcada pela **negociação**, cuja avaliação amplia a diversidade dos agentes envolvidos na produção da avaliação e das abordagens metodológicas. É uma atividade técnica, mas também emancipatória que propicia aos envolvidos melhor compreensão das condições nas quais se realiza a intervenção, com participação ativa no seu aperfeiçoamento. É chamada de avaliação responsiva/construtivista que utiliza da negociação entre os envolvidos para definição de parâmetros e limites, evitando o controle rígido de método experimental. Utilizam-se processos em que múltiplas realidades são construídas/negociadas na interação entre observador e observado (SAMICO, 2010; BROUSSELLE, 2011).

Nas décadas de 70 e 80 a avaliação em saúde teve importantes avanços, considerando os clássicos trabalhos de Donabedian que contribuíram significativamente para a avaliação da assistência em saúde. Donabedian desenvolveu abordagens que permaneceram como referências teóricas de avaliação e elaborou conceitos, padrões e ferramentas de aferição da qualidade do serviço médico. Desenvolveu a abordagem da avaliação com o enfoque na clássica tríade de categorias: estrutura (recursos materiais, recursos humanos e estrutura organizativa), processo (iniciativa do paciente em buscar assistência e levar a cabo o tratamento, assim como a atividade do médico em fazer o diagnóstico e recomendar ou efetuar o tratamento) e resultados (efeitos da assistência no estado de saúde do paciente ou da população). Isto permitiu uma abordagem mais

detalhada e organizada da assistência em saúde, proporcionando uma análise articulada entre os componentes que determinam esta assistência, o que possibilita ao pesquisador enxergar as diversas faces da assistência em saúde. Inicialmente os conceitos de qualidade na assistência médica de Donabedian se referiam ao cuidado médico que estava sendo oferecido em clínicas privadas. Posteriormente estes conceitos se desenvolveram e foram aplicados para uma análise mais ampla da assistência, como os conceitos dos sete pilares da qualidade. A eficácia, a efetividade, a eficiência, a otimização e a aceitabilidade, são conceitos que podem ser aplicados em âmbito individual ou coletivo; enquanto que os conceitos de legitimidade e equidade se estendem necessariamente apenas a sociedade, onde está inserida a assistência em saúde avaliada, possibilitando uma inferência da qualidade em nível sistêmico da assistência à saúde (DONABEDIAN, 1978, 1990, 2001).

No Brasil, a avaliação na área da saúde começou a se desenvolver mais efetivamente com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), na esteira da promulgação da Constituição de 1988. A partir da década de 1990 as reflexões e práticas em torno da avaliação passaram a ter certa autonomia, esboçando contornos próprios e se destacando de outras áreas que integram a Saúde Coletiva. A avaliação em saúde passou a constituir objeto de interesse específico de gestores do SUS e de pesquisadores em diversas universidades. Os fatores que convergiram para o desenvolvimento dessa área são reflexos da interação de agentes inseridos nos campos econômico, burocrático e científico. Neste período grandes reformas setoriais previstas na Constituição de 1988 contaram com importante apoio das agências internacionais de fomento, como o Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (BIRD) e o Fundo Monetário Internacional (FMI) que atuaram como importantes agências financiadoras e indutoras de programas sociais e na área da saúde, requerendo, em contrapartida, a avaliação e controle dos recursos empregados, contribuindo para a inserção de práticas avaliativas no interior do SUS. O Reforsus, “Reforço e Reorganização do SUS”, o projeto “Vigisus” de estruturação do sistema de vigilância em saúde voltado para identificação e controle de epidemias e a assistência em Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) Aids são exemplos desta contribuição (AKERMAN, 2015).

Já nos anos 2000, o Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), com financiamento BIRD apoiou transferências de recursos financeiros fundo a fundo para a expansão da cobertura, qualificação e consolidação da Estratégia Saúde da Família, e mais uma vez a estruturação do componente avaliativo do programa era uma exigência. No PROESF, diferentemente do Reforsus, o reconhecimento da importância da avaliação era também compartilhada pelos gestores do SUS. A presença de profissionais de saúde com formação na área, e com cargos de direção no governo contribuiu para a consolidação da avaliação no interior da gestão do SUS, sob a bandeira da sua institucionalização. Foram desenvolvidos vários programas de avaliação nessas duas últimas décadas, culminando com a institucionalização da Política de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde em 2013, que dá suporte ao Sistema de Avaliação e Qualificação do SUS, que por sua vez engloba os seguintes componentes: Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS), Pesquisas de Avaliação do acesso aos serviços e satisfação dos usuários (Carta-SUS) e Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). (AKERMAN, 2015)

A avaliação no interior do campo científico também se desenvolveu a partir dos anos 1990, com aumento da produção de artigos científicos na área, principalmente na primeira década do século XXI. A expansão do interesse pela temática da avaliação na academia é evidenciada pelo significativo crescimento de grupos de pesquisa de avaliação em saúde na base de diretórios do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), embora a avaliação tenha começado a ser ensinada nos programas de pós-graduação *sensu stricto* nos anos 1990 (AKERMAN, 2015).

1.1.2- Conceitos e abordagens de avaliação em saúde

O campo da avaliação em saúde apresenta ampla diversidade em suas definições, conceitos e modelos. “Esta diversidade denota que a avaliação enquanto área do conhecimento científico encontra-se em um estágio de desenvolvimento e que o campo da avaliação comporta uma multiplicidade de recortes do real” (NOVAES, 2000; SAMICO, 2010; HARTZ, 2005).

Os conceitos propostos para avaliação no campo da saúde demandam um quadro conceitual de integração, pois a avaliação em saúde é resultante de uma mistura de diferentes tradições ao longo de sua história, como a avaliação econômica, a avaliação baseada na epidemiologia, na prática clínica e ciências sociais (BROUSSELLE, 2011).

Ao longo do tempo, muitos conceitos foram propostos, cada qual representando um momento do conhecimento e interpretação de cada autor sobre o que é avaliar a saúde. No verbete corrente, avaliar significa determinar a valia ou o valor de, calcular a importância de alguma coisa. Na terminologia científica vários conceitos foram desenvolvidos, em grande parte atrelando o campo da avaliação ao julgamento de programas sociais. A avaliação seria um instrumento para o julgamento sobre uma intervenção ou sobre qualquer dos seus componentes com a finalidade de subsidiar tomadas de decisão. O problema suscitado por este conceito é a limitação do escopo da avaliação enquanto campo de pesquisa e ação, pois estaria limitado à dimensão instrumental da ação de intervenção. Na tentativa de contornar esta limitação, alguns autores propuseram uma substituição do conceito de intervenção por aquele de práticas sociais, onde as práticas de saúde estariam inseridas, uma vez que poderiam ser avaliadas em todo o espectro de ação destas práticas, pois envolvem intervenções sociais planejadas (HARTZ, 2005).

O julgamento poderia variar desde a formulação de simples juízos de valor a respeito de práticas de saúde, mesmo que de forma dicotômica e simplificada sem rigor científico ou normativo, como a análise dos resultados de um período de trabalho em um serviço de saúde, até a utilização de métodos científicos qualitativos ou quantitativos, com análises de significado do fenômeno avaliado, configurando a pesquisa avaliativa ou investigação para avaliação, tendo como objeto da avaliação aqueles resultantes de ação social planejada, tais como as políticas, programas e serviços de saúde. Entre estes dois extremos estaria a avaliação para a gestão ou administrativa, denominada normativa, uma vez que é norteada por parâmetros de conformidade segundo os objetivos e metas do programa ou serviço avaliado. O alcance destas metas levaria a um juízo de valor positivo em relação ao objeto avaliado (HARTZ, 2005).

Diante de tanta diversidade conceitual, proponho uma definição sintética, porém abrangente, da avaliação no campo da saúde, seja para a gestão ou para trazer novos conhecimentos da área, como a que segue:

“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)” (HARTZ, 1997).

Portanto, a literatura sobre o tema destaca dois tipos de avaliação: a avaliação normativa, que é a formulação de um julgamento sobre uma intervenção, comparando recursos empenhados e sua organização (estrutura), os serviços e os bens utilizados (processo) e os resultados advindos desta interação (resultados). É a aferição do grau de conformidade dos componentes da intervenção em relação a um ou a diversos referenciais de critérios e de normas. A avaliação normativa é muito utilizada por organizações ou programas e está ligada às funções de controle e acompanhamento da garantia da qualidade. O outro tipo é a pesquisa avaliativa, que interessa a este projeto, e que visa analisar, por meio de métodos científicos válidos e reconhecidos, o grau de adequação entre os diferentes componentes de uma intervenção (HARTZ, 2005; NOVAES, 2000).

Importante aspecto da avaliação é a forma de abordagem, ou seja, como vamos definir e atuar na estratégia de avaliação diante do que se pretende avaliar. Para tanto, é necessário algumas definições no sentido da delimitação do objeto. A primeira é definir qual nível a ser avaliado, podendo partir de níveis de menor complexidade, como as ações de saúde, passando por níveis intermediários, como avaliar serviços isolados ou conjuntos de serviços, e chegando a níveis de maior complexidade como os sistemas de saúde, que englobam todos os anteriores. Também pode se definir a avaliação para projetos, programas ou políticas de saúde que recortariam todos os níveis da atenção (HARTZ, 2005).

Outro aspecto relevante é a seleção dos atributos que se pretende avaliar, e nisto também se encontra diversidade de conceitos e proposições. De certa forma consensual na literatura, os seguintes atributos são passíveis de avaliação: aqueles relacionados à disponibilidade e distribuição de recursos (cobertura, acessibilidade, equidade), relacionados aos efeitos das ações de saúde (eficácia, efetividade,

impacto), e a custos e produtividade (eficiência); adequação das ações ao conhecimento técnico-científico (adequação), relacionado à adequação das ações aos objetivos e problemas de saúde (consistência), à implantação de programas e processos, e relacionados aos agentes das ações (satisfação de usuários, relação profissional no trabalho, relação profissional com o gestor) (HARTZ, 2005).

Quanto às estratégias de pesquisa para a avaliação, que buscam recursos teóricos e técnicos para responder a questões de avaliação, também se observa uma gama considerável de possíveis abordagens para os desenhos de pesquisa. Varia desde estudos estruturados, como o experimental, quase experimental, observacional, descritivo, análise de séries temporais, entre outros, que habitualmente se utilizam de métodos quantitativos na sua execução, tais como inquéritos populacionais, entrevistas estruturadas, questionários autoaplicáveis, levantamento de registros em sistemas de informação, observação estruturada entre outros. Buscam medir numericamente o que ocorreu, podendo ser aplicados métodos estatísticos para análise dos resultados. Neste tipo de abordagem, o uso de medidas indiretas é comum, como o contido nos indicadores, e o pesquisador é considerado externo, não havendo maior envolvimento pessoal com o objeto de investigação (SAMICO, 2010; HARTZ, 2005).

Outro tipo de desenho de pesquisa é o semiestruturado, que busca estudar qualitativamente o fenômeno ocorrido, utilizando-se de vários modelos, como o estudo de caso, pesquisa etnográfica, histórica, pesquisa participante, entre outros. As técnicas de coletas de dados diferem do anterior, pois trabalham com dados qualitativos, e normalmente utiliza como ferramentas de pesquisa a entrevista semiestruturada ou aberta, grupo de discussão, observação participante, análise documental, diário de campo, registros de imagens entre outras. Neste tipo, o observador geralmente se encontra envolvido com o objeto da avaliação, pois sua presença na cena da pesquisa influencia para que a informação se torne disponível. Para descrição e interpretação dos resultados, buscam-se recorrências de padrões encontrados, análise de conteúdo e do discurso (SAMICO, 2010).

O campo da avaliação em saúde, apesar de estar em desenvolvimento no que se refere a conceitos e métodos de trabalho, oferece à área da Gestão e Políticas de Saúde importante ferramenta norteadora de diagnósticos situacionais

para tomadas de decisão no exercício diário da gestão. Além disso, pode contribuir de maneira relevante para o progresso desses conceitos e métodos, quando se propõe desenvolver pesquisas que esclareçam questões que somente pela análise normativa dos processos de trabalho não seria possível responder.

1.1.3 - Informações em saúde como instrumento de avaliação

Dados estatísticos são coletados para diversas finalidades desde as mais distantes épocas, e possivelmente remontam a formação das primeiras sociedades humanas que dominavam a escrita. Na antiguidade, egípcios, hebreus, chineses, gregos e romanos, todos desenvolveram alguma forma de coleta, processamento e utilização de dados registrados por meio da escrita, seja de recenseamento, dados vitais, de economia, produção agrícola, entre outros e que geralmente tinham alguma finalidade na administração governamental. A importância da utilização de dados coletados e organizados, com a finalidade de produzir informações relevantes a sociedade, estão sobejamente registrados na história da Estatística (LAURENTI, 2005).

Ao longo do tempo, a preocupação com problemas saúde/doença passou da dimensão exclusivamente individual para uma dimensão também coletiva, pois a percepção do que seria o estado de saúde ou doença de um indivíduo tinha determinantes e implicações coletivas, gerando a necessidade de conhecimentos e medições desta diáde. Isto gerou necessidade de análise das condições de saúde da população, com diagnóstico de situações sanitárias, acompanhamento ao longo do tempo de resultados de saúde, assim como avaliação e planejamento de estratégias que visassem melhores resultados nesta área, suscitando a criação de medidas-resumo que pudessem mostrar o estado de saúde de uma população. Desde o século XIX na Inglaterra são utilizados dados do registro civil para a elaboração de estatísticas vitais, o que permitiu ao longo do tempo um aperfeiçoamento destas medidas na área da saúde pública e demografia, possibilitando medidas referentes a mortes e doenças (como taxa de mortalidade e morbidade) como medidas-síntese das condições de saúde/doença de uma população, sendo consideradas medidas negativas destas condições (LAURENTI, 2005).

Em meados do século XX, a Organização Mundial da Saúde (OMS) por meio de seu Conselho Econômico e Social criou um comitê que propôs a elaboração de indicadores do nível de vida das populações, com vários componentes de quantificação, e não apenas aquelas informações geradas pelas medidas negativas. Foram avaliados doze aspectos fundamentais da qualidade de vida de uma população, como a saúde, alimentação, educação, condições de trabalho, consumo e economia gerais, transporte, moradia, vestuário, recreação, segurança social e liberdade humana. Os requisitos que estes indicadores deveriam obedecer para que pudessem ser aceitos globalmente foram: dados disponíveis para toda população estudada; as definições e procedimentos na elaboração dos indicadores deveriam ser os mesmos em todos os países; ser de fácil elaboração e interpretação; medisse o maior número de determinantes no estado de saúde; e bom poder discriminatório que permitisse comparações entre áreas ou períodos diferentes em uma mesma área. Os indicadores relativos à saúde foram divididos em três grupos: aqueles que traduziam diretamente a saúde ou falta dela em um determinado grupo populacional; aqueles relativos ao meio ambiente e que influenciavam na determinação da saúde/doença; e aqueles que mediam os recursos materiais e humanos relacionados às atividades de saúde. Desde então, a prática do uso de indicadores para avaliação nas mais diversas áreas da saúde, tanto em nível micro quanto macro, tornou-se frequente e uma importante ferramenta utilizada por órgãos multilaterais em todo o mundo, em práticas de avaliação que subsidiam o planejamento e o financiamento de diversos programas na área da saúde (LAURENTI, 2005).

Informação em saúde - no que se refere aos aspectos técnicos da informação em saúde, temos que os dados são eventos registrados de forma escritural, trabalhados de forma organizada, sistematizada e sintetizada com a finalidade de gerar informação. O armazenamento destes dados em coleções é chamado de arquivo. O conjunto de arquivo gera um banco de dados que permite o relacionamento sistematizado entre os arquivos por meio de campos-chave, permitindo o acesso à informação de maneira racional e organizada (MEDRONHO, 2009).

Sistemas de Informação em Saúde - os sistemas de informação, no qual se inclui os Sistemas de Informação em Saúde (SIS), buscam articular estes dados de

maneira a transformá-los em informação, por meio de sistematização da coleta, armazenamento, processamento e difusão das informações geradas a partir dos dados registrados. Os bancos de dados dos SIS podem ser divididos em três categorias: epidemiológicos, utilizados pela vigilância em saúde, pesquisadores e avaliadores e que englobam informações de dados vitais, doenças, agravos de notificação compulsória entre outros; os administrativos, com a finalidade de auxiliar na administração e a produção em saúde; e o clínico que contém a informação dos dados clínicos gerados pela assistência direta aos usuários do sistema de saúde. Estes bancos são fontes importantes de pesquisa, apesar das deficiências quanto à cobertura e qualidade dos SIS (MEDRONHO, 2009).

As bases de dados epidemiológicos, que são utilizadas para a construção de indicadores de saúde, associadas às bases de dados demográficos e socioeconômicos são importantes ferramentas para o diagnóstico das condições de vida de uma população, considerando o amplo espectro de determinantes destas condições, podendo avaliar a qualidade do cuidado em saúde que esta população está recebendo pelo sistema de saúde vigente. Também tem inestimável valor na elaboração de estudos de avaliação de serviços de saúde e vigilância em saúde, principalmente se utilizada de maneira integrada às bases de dados epidemiológicos e administrativos, derivados da coleta de dados primários, potencializando a melhoria destas informações e ampliando o escopo de análises e estudos. Entretanto, temos que considerar certas limitações na utilização de bases de dados com a finalidade da pesquisa, como a limitação aos dados disponíveis das respostas às perguntas de um estudo; deve-se conhecer a cobertura do sistema, a completude e a confiabilidade dos dados; e no caso de bases administrativas, devemos conhecer as regras que regem estes sistemas e suas mudanças ao longo do tempo. (MEDRONHO, 2009).

No Brasil, tem havido importante estruturação e organização da área de informação, com destaque ao desenvolvimento dos SIS pelo Governo Federal, que a partir da implantação do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) em 1975 conseguiu implantar diversos sistemas que servem de ferramenta para gestores e pesquisadores na área da saúde. São eles:

Quadro 1 - Sistemas Nacionais de Informação em Saúde		
SIS	Ano de início	Finalidade
SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade	1975	dados sobre óbitos, como local, data, causa.
SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos	1990	Dados sobre nascimento, como local, idade materna, peso, estatura.
SIH - SUS - Sistema de Informações Hospitalares	1991	Dados sobre o paciente internado (idade, sexo) e sobre a internação (causa, hospital, permanência)
SINAN - Sistema de Informações de Agravos de Notificação	1993	Dados de incidência, prevalência, letalidade de doenças e agravos à saúde.
SI-PNI - Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização	1994	Dados sobre o quantitativo populacional vacinado e controle de imunobiológicos
SAI-SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais	1994	Dados sobre a produção ambulatorial de média e alta complexidade pelo SUS
SIAB - Sistema de Informações da Atenção Básica	1998	Dados de acompanhamento e avaliação das atividades realizadas no âmbito das unidades básicas de saúde
SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde	1999	Dados de coleta e sistematização de informações sobre receitas e despesas com ações e serviços públicos de saúde, nas três esferas de governo.
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	2000	Dados atualizados dos estabelecimentos de saúde públicos e privados
SISAB - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica	2013	Dados de acompanhamento e avaliação das atividades realizadas no âmbito das unidades básicas de saúde (substitui o SIAB)
Fonte: Medronho, 2009.		

Indicadores de saúde - indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde e do desempenho do sistema de saúde. Devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde. A construção de um indicador é um processo cuja complexidade pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados. A qualidade de um indicador depende das propriedades dos componentes utilizados em sua formulação (frequência de casos, tamanho da população em risco) e da precisão dos sistemas de informação empregados (registro, coleta, transmissão dos dados). Atributos importantes de um

indicador são a validade (capacidade de medir o que se pretende) e confiabilidade (reproduzir os mesmos resultados quando aplicado em condições similares). A validade de um indicador é determinada por sua sensibilidade e especificidade (RIPSA, 2008).

Outros atributos de um indicador são: mensurabilidade (basear-se em dados disponíveis ou fáceis de conseguir), relevância (responder a prioridades de saúde) e custo-efetividade (os resultados justificam o investimento de tempo e recursos). Devem ser de fácil análise e interpretação, além de compreensíveis por quem está utilizando a informação contida neles. Para um conjunto de indicadores, são atributos de qualidade a integridade ou completude (dados completos) e a consistência interna (valores coerentes e não contraditórios). A qualidade e a comparabilidade dos indicadores de saúde dependem da aplicação sistemática de definições operacionais e de procedimentos padronizados de medição e cálculo (RIPSA, 2008).

1.1.4 - Avaliação de sistemas e de serviços de saúde

A importância da avaliação dos sistemas de saúde tem sido amplamente discutida em todo o mundo, sendo que governos e organizações não governamentais têm se empenhado nesta tarefa. É um tema que interessa não somente aos gestores de saúde, usuários do sistema, órgãos financiadores e controladores da qualidade da assistência, assim como a toda sociedade. As razões para se avaliar sistemas são muitas, das quais podemos destacar: aumento dos gastos nesta área, avanços tecnológicos, envelhecimento da população, deficiências com as práticas na assistência em saúde, iniquidades na alocação de recursos, necessidade de prestação de contas frente aos órgãos controladores e à sociedade, necessidades de melhorias e reformas no sistema de saúde, dentre muitas outras razões (KELLEY, 2006; SMITH, 2008; PAPANICOLAS, 2013).

Ao se avaliar sistemas de saúde é importante ressaltar alguns aspectos conceituais. Primeiro, temos que diferenciar a avaliação de sistemas de saúde, da avaliação de desempenho de sistemas de saúde, além da avaliação de serviços de saúde. A avaliação de sistemas de saúde utiliza modelos e ferramentas que conceituam, descrevem, explicam um sistema de saúde; determina seus objetivos, seus elementos estruturais e organizacionais, seu funcionamento e processos

utilizados para levar a cabo os seus objetivos. Pode ser categorizada como descritiva, ao se propor apenas descrever conteúdos, ou analítica se se propõe explicar o funcionamento do sistema; pode ainda ser determinística quando se propõe a explicar as causas do funcionamento e desempenho do sistema de saúde. Ao se avaliar desempenho de sistemas de saúde, vamos aferir processos e resultados em saúde, que habitualmente são comparados a outros sistemas de saúde ou a um desempenho considerado padrão. E avaliação de serviços de saúde é a avaliação dos processos e resultados em saúde, alcançados por meio dos serviços que ofertam assistência em saúde (PAPANICOLAS, 2013).

É consenso que uma avaliação, seja analítica, descritiva ou determinística carece de um modelo que busque representar uma realidade, ou alguns de seus aspectos, de maneira que possa ser quantitativa ou qualitativamente explicados. As teorias que orientaram a construção dos modelos respondem a três domínios teóricos: a teoria de funcionamento ou processos; a teoria de interação ou interface; e a teoria de impacto ou causal. Na literatura existem muitos modelos propostos para avaliação de sistemas e desempenho de sistemas de saúde, de maneira comparada ou não. A análise dos diferentes modelos de avaliação de desempenho pode identificar alguns elementos de similaridade entre eles: visam medir o desempenho das funções do sistema de saúde; tendem a captar os resultados finalísticos relacionados à efetividade; tendem a considerar a avaliação em termos quantitativos; as metodologias limitam a participação dos usuários potenciais; e realizam a apreciação do desempenho sob a perspectiva operacional, isto é, considerando o alcance dos objetivos de processo de interação entre os usuários e o serviço de saúde (REIS, 2017).

Embora existam diversos modelos para avaliação, basicamente eles oscilam entre os que consideram que o desempenho do sistema de saúde é determinado pelos aspectos sociais, econômicos, culturais e demográficos, além de fatores biológicos, do ambiente físico e o próprio modo de organização do sistema de saúde; estes modelos consideram que os serviços de saúde tanto influenciam os resultados em saúde e condições de vida, como são influenciados por eles, e avaliam o desempenho sob a perspectiva integradora e relacional entre as funções básicas de um sistema, e que mudanças numa determinada função podem modificar o resultado do desempenho das outras funções. No outro lado estão os modelos

direcionados para avaliar as necessidades em saúde e desempenho dos serviços de saúde com foco na qualidade, que por sua vez é considerada como uma categoria multidimensional e tratada por quase todos os modelos como sinônimo do próprio desempenho. Pode ser avaliada por meio das diversas dimensões, notadamente a efetividade, a eficiência, o acesso, a responsividade e a segurança do paciente. Realizam a apreciação do desempenho sob a perspectiva operacional, isto é, considerando o alcance dos objetivos de processo de interação entre os usuários e o serviço de saúde, dando ênfase aos aspectos tecnológicos (REIS, 2017).

Diversas organizações internacionais desenvolveram modelos de avaliação de desempenho de sistemas de saúde. Dentre elas, destacamos:

a) Organização Mundial da Saúde (OMS), com o WHR 2000 (World Health Report) e sua atualização em 2007 como Framework for Action. Em 2000, a OMS destacou no seu modelo de avaliação de desempenho três objetivos relativos aos sistemas de saúde:

- melhorar a saúde da população – mensurada pela expectativa de vida ajustada pela incapacidade e a distribuição do nível de saúde avaliada pela mortalidade em menores de cinco anos de idade;
- melhorar a capacidade de resposta de acordo com as expectativas dos usuários – aspectos não médicos do atendimento mensurados pela responsividade;
- equidade e proteção financeira dos serviços frente a empobrecimentos.

Este modelo utilizou uma concepção ampla de sistema de saúde e seus determinantes, como descrito por Murray and Frenk. Propôs quatro funções básicas para a estrutura do sistema de saúde (financiamento, provisão de serviços, geração de recursos e gestão/liderança) e foi bastante criticado pela maneira como realizou a comparação de desempenho dos diversos sistemas de saúde de 191 nações membro. Em 2007, reviu sua estrutura de avaliação, desmembrou uma das quatro funções básicas, onde a geração de recursos foi dividida em força de trabalho, informação em saúde, produtos médicos, tecnologias e vacinas (PAPANICOLAS, 2013; REIS, 2017);

b) OCDE (Organização para a Cooperação e de Desenvolvimento Econômico), com o Health System Performance Framework e o subsequente projeto Health Care Quality Indicators. Este modelo se baseou na estrutura proposta pela OMS, mas com uma definição mais estreita de sistema de saúde e com foco no desempenho dos serviços de saúde. Os objetivos principais deste modelo são três: qualidade do cuidado em saúde, responsividade e acesso, e despesas em saúde. Trabalha com várias dimensões da qualidade, com foco na efetividade, segurança do usuário e responsividade, além da dimensão acesso e custos/gastos em saúde. Possui um número maior de indicadores de saúde que o modelo da OMS, porém devido a uma estreita utilização conceitual de sistema de saúde possui limitações em atribuir resultados isoladamente, atendo-se mais na avaliação de processos da assistência em saúde e resultados estritos aos serviços de saúde;

c) Projeto European Community Health Indicators, como sendo parte da Commission's Programme of Action in the Field of Public Health. Este projeto trabalha em parceria com a OMS e OCDE e busca o desenvolvimento de informações comparáveis quanto ao estado de saúde referido, doenças e sistemas de saúde, para os estados membros da União Europeia;

d) Commonwealth Fund's Framework for a High Performance Health System, desenvolvido nos Estados Unidos mas agora aplicado em diversos países. Este modelo possui quatro objetivos principais: alta qualidade do cuidado; acesso e equidade para todos; eficiência e capacidade para melhorias do sistema. Com isso espera oferecer vida longa, saudável e produtiva para seus usuários;

e) Health Consumer Powerhouse, que produz o Euro Health Consumer Index desde 2005. É um provedor de informações e analista de saúde, de caráter privado e baseado na Suécia. Trabalha com indicadores relacionados aos direitos dos usuários, informações em saúde, tempo de espera para tratamento, qualidade dos serviços fornecidos e medicamentos. Uma medida somatória dos resultados destes indicadores é utilizada para elaborar comparações entre os países, resultando no Euro Health Consumer Index, publicado periodicamente;

f) Nordic Council que busca avaliar medidas de progresso na saúde e no bem-estar social dos países nórdicos europeus, dentre várias outras organizações (PAPANICOLAS, 2013; REIS, 2017).

Todas essas organizações possuem desafios em comum, conceituais e metodológicos, quando se lançam na tarefa de avaliar o desempenho de sistemas de saúde. Dentre estes desafios, destacamos:

- a) definição dos limites de um sistema de saúde – a questão-chave quando se pretende avaliar sistemas de saúde é como conceituá-los, quais os seus limites, até onde determinam saúde na população. Muitos resultados em saúde são diretamente determinados pelos serviços de saúde, como as taxas de vacinação em crianças, portanto, claramente dentro da jurisdição do que se conceitua sistema de saúde; entretanto, outros desfechos, como taxas de mortalidade infantil, são determinados não só pelo bom desempenho dos serviços de saúde, mas principalmente por outros determinantes que estão fora do alcance desse sistema, como nível de renda e educação dos pais. Apesar das dificuldades de conceituação e limites, até mesmo para a definição do que é saúde, torna-se importante que os sistemas de saúde tenham seus objetivos claramente definidos, sejam os finais, como melhorar a taxa de mortalidade infantil, mas também os intermediários, como melhorias nos processos de trabalho, oferta de tecnologia necessária, acesso aos serviços de saúde, equidade na distribuição de recursos, dentre outros, que por sua vez vão impactar nos objetivos finais e são passíveis de serem mensurados;
- b) definição dos constituintes fundamentais de um sistema de saúde – assim como é importante ter claro em um sistema de saúde os objetivos a serem alcançados, também é necessário saber como atingir esses objetivos. Este desafio passa por uma bem elaborada estruturação dos constituintes fundamentais do sistema. Apesar de algumas diferenças semânticas quanto à descrição destes constituintes nos diferentes sistemas de saúde, é consenso que alguns elementos estão presentes em todos eles e que são fundamentais para seu funcionamento, tornando a avaliação mais objetiva. São eles: **oferta de serviços** estruturada em processos organizados de maneira a oferta-los em âmbito individual e coletivo; implementação, alocação e gestão de recurso para o **financiamento** do sistema; **governança** para que a oferta de saúde seja realizada de maneira articulada e organizada por meio de políticas públicas, com a transparência desejada; **geração de recursos**, como

tecnológicos, recursos humanos, estrutura física, informação, produtos médicos para adequada prestação dos serviços de saúde à população. É fundamental que esses elementos sejam colocados dentro da estrutura de um sistema de saúde, para que a avaliação possa identificar em que áreas ocorreram os melhores e piores desempenhos, de maneira a subsidiar correções de rumo e interpretações mais acuradas do desempenho;

- c) medir desempenho de sistemas de saúde diferentes – uma grande dificuldade está no campo das definições, pois bom desempenho é uma definição relativa e distinta para os diferentes sistemas. Aqueles que possuem um modelo estrutural de avaliação mais complexo, ou seja, encampando determinantes distais da saúde em sua matriz, não poderão ser avaliados como aqueles modelos que possuem um número limitado de constituintes em sua matriz, geralmente mais voltados para avaliação dos serviços de saúde. Outro problema, a avaliação comparativa entre nações se torna um percalço metodológico com desafios importantes na interpretação dos resultados, pois realidades muito distintas são difíceis de comparar do ponto de vista de desempenho da qualidade, considerando todas as diferenças estruturais de cada sistema de saúde (disponibilidade de informações em saúde, elaboração de indicadores com os mesmos conceitos e estruturas, confiabilidade dos dados, ajustes demográficos para comparação etc), além das distintas realidades econômicas, políticas e sociais;
- d) relacionar a estrutura do sistema com desempenho – relacionar o desempenho do sistema de saúde com sua estrutura é tarefa difícil, principalmente estabelecer uma relação com resultados finais em saúde. Assim, é importante a divisão do sistema em seus elementos fundamentais (oferta de serviços, financiamento, gestão, provisão de recursos), o que facilita esta avaliação, além da utilização de indicadores adequados que possibilitem uma ligação clara e fundamentada àquilo que está sendo avaliado (PAPANICOLAS, 2013; 2017).

Na última década, nota-se uma convergência nos modelos das estruturas de avaliação pelos países e organizações envolvidos com esta questão, tanto entre os modelos que utilizam limites mais amplos em relação ao que se define como sistema de saúde, quanto àqueles com limites mais estreitos. Isto causa uma redução das

possibilidades exploratórias de avaliação, porém propicia uma aproximação de métodos e ferramentas de avaliação (PAPANICOLAS, 2013; 2017).

A **avaliação de desempenho de serviços de saúde** pode, em certa medida, demonstrar desempenho do sistema de saúde sem, entretanto, poder aferir todo o desempenho do sistema, seja qual for o modelo adotado. Permite algumas comparações de resultados relativos a desfechos específicos e processos de trabalho. Para que possa avaliar uma parte do sistema de saúde, é necessário que os serviços avaliados individualmente tenham articulações entre si, de modo que o desfecho tenha relações com todos os níveis da atenção em saúde. Ou seja, os serviços juntos e de forma articulada (atenção primária, serviços de urgência, atenção hospitalar, clínicas diagnósticas e de tratamento) devem influenciar o resultado final (PAPANICOLAS, 2013; 2017).

A contribuição do desempenho dos serviços de saúde para os resultados em saúde no nível populacional pode ser aferida em grupos de desfecho, como o adiamento de morte, atenuação de incapacidades, desconfortos referidos, entre outros. Geralmente essas avaliações são feitas com a utilização de indicadores de medidas de qualidade referentes a algumas áreas consideradas sensíveis à atenção em saúde, tais como:

- a) serviços hospitalares - esta área pode fornecer indicadores de resultados com sensível capacidade de mostrar desempenho deste nível da atenção, que possui impacto no desempenho do sistema. Temos como exemplo as taxas de mortalidade hospitalar, taxas de mortalidade por infarto agudo miocárdio e acidente vascular cerebral, indicadores de segurança do paciente e taxas de readmissão;
- b) cuidados de pacientes crônicos – apesar das dificuldades conceituais para elaboração de indicadores e da multiplicidade de perfis que os serviços afeitos a esta área possuem, é bem reconhecida sua importância e aplicabilidade na avaliação de desempenho dos serviços, pois as populações estão envelhecendo e o potencial de mortalidade e morbidade que as doenças crônicas possuem é considerável. Temos como exemplos as taxas de amputação de membros, taxas de insuficiência renal e retinopatia todos devido à diabetes mellitus;

- c) atenção primária – a grande importância da atenção primária para o acesso, a eficiência e a efetividade dos sistemas de saúde coloca os indicadores desta área como fundamentais para a avaliação, apesar das dificuldades metodológicas. Neste grupo, os indicadores de internação evitáveis sensíveis à atuação da atenção primária são o foco, como crise hipertensiva, doença pulmonar obstrutiva crônica, asma, diarreias, insuficiência cardíaca congestiva. Também se tem utilizado indicador referente à utilização racional de medicamentos dispensados neste nível da atenção;
- d) saúde mental – indicadores desta área podem avaliar desempenho tanto do nível primário da atenção quanto no especializado, pois a condução dos casos de doença mental perpassa vários níveis da atenção. Dois indicadores amplamente utilizados são as taxas de readmissão por esquizofrenia e doença bipolar;
- e) prevenção – vários indicadores de prevenção podem ser utilizados, tanto de avaliação de processos como de resultados, sendo que os indicadores relacionados ao diagnóstico e sobrevida do câncer têm sido muito utilizados, dado sua importância para a saúde das populações e interesse de gestores numa área tão sensível e dispendiosa. Taxas de sobrevida em cinco anos após diagnóstico da doença, taxas de mamografia e Papanicolaou são exemplos de indicadores utilizados para avaliação dos serviços e sistemas de saúde;
- f) satisfação do usuário – indicadores desta área são capazes de capturar tanto aspectos das condições de saúde percebidos pelos usuários, quanto avaliar as necessidades em saúde satisfeitas e a relação com os serviços de saúde. Diversos questionários de aplicação populacional estão disponíveis, tanto para doenças gerais como para específicas, tais como doenças da coluna vertebral, doenças reumáticas, cirurgias etc. (PAPANICOLAS, 2013; 2017).

Apesar das dificuldades conceituais e operacionais presentes na condução de uma avaliação de desempenho de serviços de saúde, muitos estudos da última década têm mostrado importantes e promissores resultados na elaboração e aplicação de indicadores de saúde para avaliação dos serviços, seja quanto à

validade, disponibilidade e qualidade das informações necessárias a sua implantação.

1.2 - O sistema público de saúde brasileiro e a avaliação em saúde

1.2.1 - Legislação e Normatização

A necessidade e importância da avaliação em saúde estão amplamente estabelecidas na legislação básica do SUS, como o previsto na Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, onde seus artigos art. 15, item I e art. 18, item I preveem como atribuição dos três níveis de governo o controle, a avaliação e a fiscalização das ações e serviços de saúde. Posteriormente, a NOB (Norma Operacional Básica) – 96, no item 11, PROGRAMAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA, reitera estas atribuições em seu subitem 11.2.6. (BRASIL, 1990; BRASIL, 1996).

A NOAS (Norma Operacional da Assistência à Saúde) – SUS 01/02 em seu item II. 2, subitens 41 ao 48, reforça estas funções dos gestores em saúde, onde fica claro a necessidade do fortalecimento da avaliação e controle dos gestores do SUS, com foco nas avaliações de sistemas e modelos de gestão, além da avaliação dos resultados da atenção e do impacto na saúde que deve envolver o acompanhamento dos resultados alcançados em função dos objetivos, indicadores e metas apontados no plano de saúde, voltados para a melhoria do nível de saúde da população (BRASIL, 2002).

Em 2006, com o Pacto pela Saúde 2006, que divulga a consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais deste pacto, prevê no seu item RESPONSABILIDADES NA REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA, a implementação da avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos de saúde, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade (BRASIL, 2006).

O Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011 que regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa prevê que na Seção II do COAPS (Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde) conterà entre as disposições essenciais a implementação de indicadores e metas de saúde, e

critérios de avaliação dos resultados e forma de monitoramento permanente (BRASIL, 2.011).

A Portaria 1.517 de 24 de julho de 2013 institui o Grupo de Trabalho para a Elaboração da Política de Monitoramento e Avaliação do SUS que tem como atribuições fundamentais elaborar proposta de Política de Monitoramento e Avaliação deste sistema e auxiliar na construção do Sistema de Avaliação para a Qualificação do SUS (BRASIL, 2.013).

O Decreto nº 8.901, de 10 de novembro de 2016, determina como competência do Departamento de Monitoramento e Avaliação (DEMAS) do SUS coordenar a formulação da Política de Monitoramento e Avaliação do SUS e novamente em 16 de junho de 2017 é publicada a Portaria 1.535 que Institui o Grupo de Trabalho para a formulação da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde (PNMA-SUS) e de seu Plano Operativo, agora tendo como atribuições fundamentais formular a proposta de Política Nacional de Monitoramento e Avaliação do SUS (PNMA-SUS), definir as estratégias para a validação da proposta da PNMA-SUS em espaços que contribuam para a legitimidade desta Política, e elaborar o Plano Operativo da PNMA-SUS (BRASIL, 2.016; 2.017).

1.2.2- Política e programas de avaliação em saúde no Brasil

Embora muitas iniciativas e experiências em avaliação estejam em curso, processos sistêmicos e periódicos de avaliação e monitoramento do SUS ainda estão em desenvolvimento. Já é prática frequente o uso de dados, indicadores, análises e divulgação de informações geradas por diversos sistemas de saúde, porém não está articulada com a tomada das decisões, assim como pouco se prestam para a qualificação dos serviços e ações da vigilância e da atenção à saúde, e mais raro ainda, serem fontes para novos conhecimentos. Isto gera a necessidade de produção das informações estratégicas para a gestão por meio dos resultados de avaliações bem estruturadas, periódicas e contínuas, produtos de um sistema de avaliação (CONASS, 2.011; REIS, 2.012).

A Política de Monitoramento e Avaliação para a Qualificação do SUS vem sendo formulada pelo Ministério da Saúde nos últimos anos, tendo entre seus

objetivos modelos de avaliação capazes de medir e refletir a situação atual das redes de serviços de saúde, e busca a criação de um sistema de avaliação nacional, que possa ser utilizado pelos entes federativos de maneira integrada e articulada.

“Um sistema de avaliação do SUS pode ser entendido como um conjunto de programas de avaliação, relativamente independentes, mas relacionados, concatenados e complementares entre si, de modo a formarem um complexo que vise produzir, por meio de avaliações, um conjunto de informações necessárias e estratégicas ao desenvolvimento e qualificação do SUS, quanto ao cumprimento de seus princípios e diretrizes” (REIS, 2.012).

O Sistema de Avaliação para a Qualificação do SUS vigente tem como componentes:

- a) Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde – IDSUS tem como finalidades: avaliar o desempenho do SUS nos municípios, regionais de saúde, estados, regiões e no país; avaliar o acesso e a efetividade nos diferentes níveis de atenção: básica, especializada ambulatorial e hospitalar, urgências e emergências; expressar essa avaliação por meio de indicadores simples e compostos; fazer avaliação para detectar as deficiências, visando melhorias e não apenas para classificar; fazer uma avaliação atrelada a um pacto de compromissos, pois os indicadores do IDSUS terão metas definidas no Contrato Organizativo de Ação Pública - COAP, que visa organizar as ações e serviços de saúde especializados em redes regionalizadas e hierarquizadas, segundo o Decreto nº 7.508;
- b) Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) - fixou como objetivo avaliar os serviços de saúde do SUS, buscando a apreensão mais completa e abrangente possível da realidade dos mesmos, com o propósito de avaliar estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos diante dos serviços e estabelecimentos de saúde. Quatro dimensões foram avaliadas: padrões de conformidade, indicadores de produção, pesquisa de satisfação dos usuários e pesquisa das condições e relações de trabalho. O PNASS, embora não tenha tido uma continuidade, não deixa de ser uma importante iniciativa do Ministério da Saúde para avaliar os serviços de saúde, e sua retomada é de fundamental importância, pois tem potência para fornecer uma rica base de dados, possibilitando a

construção de indicadores de avaliação dos estabelecimentos de saúde, da satisfação dos usuários desses serviços, contribuindo, significativamente, para uma avaliação mais completa do desempenho dos sistemas de saúde;

- c) pesquisas nacionais de avaliação do acesso e de satisfação dos usuários - quanto à avaliação do acesso e satisfação aos serviços e ações de saúde no SUS, por meio de entrevista direta com os cidadãos brasileiros, conta-se com alguns dados periódicos (a cada cinco anos) da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – Suplemento Saúde (PNAD Saúde), do IBGE, que está sendo reformulada para constituir a Pesquisa Nacional de Saúde - PNS e, também, por algumas pesquisas amostrais. Além disso, tem-se o modelo de questionário, baseado na Pesquisa Amostral de Acesso e Satisfação dos Usuários do SUS, realizada pela Ouvidoria do Ministério da Saúde, além do modelo da Carta SUS que discrimina o tipo de estabelecimento de saúde utilizado pelo usuário, nos últimos doze meses, verificando a conformidade do registrado na Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e o percebido pelo usuário;

d) Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) - é um programa que procura induzir a instituição de processos que ampliem a capacidade das gestões federal, estaduais e municipais em ofertarem serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades da população. O Programa tem foco na ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde, em todo o Brasil. O PMAQ está organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da atenção primária: Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa; e Recontratualização (REIS, 2.012).

1.2.3- Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS)

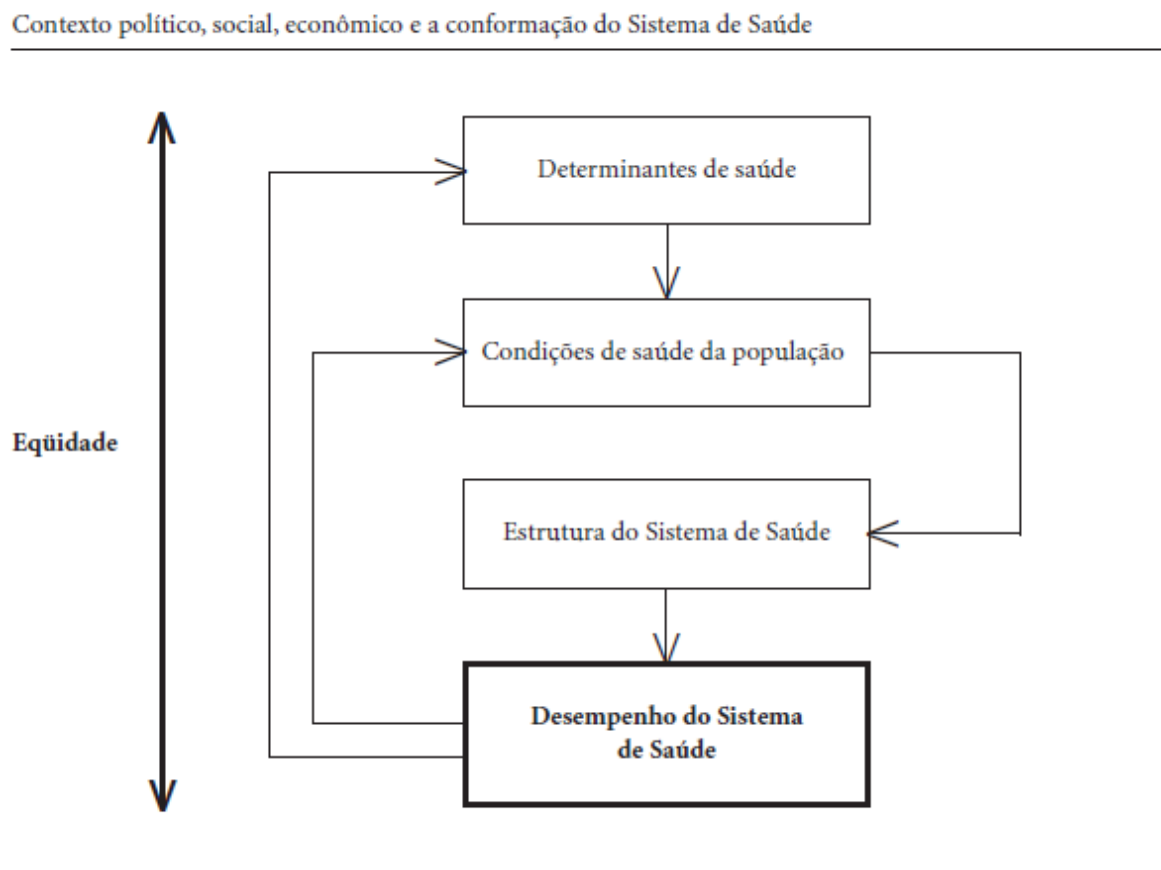
A Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS) teve início em 2001 por meio de um trabalho de pesquisadores vinculados a instituições brasileiras de pesquisa no campo da saúde coletiva, e foi concebida utilizando o conhecimento técnico-científico no campo da avaliação de sistemas de saúde. Em 2003 apresentou a matriz conceitual composta por dimensões e subdimensões contendo os respectivos indicadores, encerrando uma primeira fase dos trabalhos. Também foi criado um portal no sítio eletrônico <https://www.proadess.icict.fiocruz.br> para divulgação da proposta, com informações de iniciativas nacionais e internacionais voltadas para a avaliação de desempenho dos sistemas de saúde. Posteriormente, o PROADESS foi apresentado em eventos técnico-científicos e no Ministério da Saúde, como um modelo avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. Em 2008, com recursos do Ministério da Saúde o PROADESS teve mais uma fase de desenvolvimento, empreendendo uma revisão da matriz e dos conceitos a ela subjacentes, com especial ênfase nos componentes da dimensão desempenho de serviços de saúde. Nesta fase foram elaborados indicadores a serem utilizados para monitorar as desigualdades em saúde e o acesso aos serviços de saúde, nas diferentes dimensões de avaliação propostas. Foi realizada uma revisão da Matriz Conceitual e dos indicadores propostos anteriormente e selecionados aqueles com maior facilidade de cálculo, utilizando como principais critérios a validade e a viabilidade. Em 2011/12, o PROADESS incorporou a análise do desempenho do sistema de saúde no âmbito das Regiões de Saúde, considerando o disposto no Decreto nº 7.508/2011 (VIACAVA, 2012; PROADESS, 2018).

A elaboração conceitual da matriz PROADESS se baseou em elementos das propostas inglesas, canadenses e australianas de avaliação de sistemas de saúde. Foi originalmente desenvolvida para avaliar o desempenho do sistema de saúde brasileiro e conceitualmente considera que o desempenho deste sistema deva ser analisado em um contexto político, social e econômico. Propõe que o foco da avaliação esteja no desempenho dos serviços de saúde.

Para melhor compreensão da proposta conceitual PROADESS segue o modelo explicativo do desempenho de sistemas de saúde (figura-1) com a explicação sobre as inter-relações existentes entre as quatro dimensões que

conformam o modelo explicativo. Na sequência é apresentada a matriz de dimensões da avaliação de desempenho do sistema de saúde PROADESS (Quadro - 2), com os componentes de cada dimensão e subdimensão da matriz.

Figura 1 – Modelo explicativo do desempenho do sistema de saúde



“Propõe-se então que o desempenho do sistema de saúde brasileiro seja analisado no contexto político, social e econômico que traduz sua história e conformação atual, levando-se em consideração seus objetivos e prioridades. Nesse contexto seriam identificados os determinantes de saúde (primeira dimensão) associados aos problemas de saúde tidos como prioritários, evitáveis e passíveis de intervenção. Sua apreciação deveria ser feita considerando-se o seu impacto em diferentes grupos sociais. A caracterização desses problemas de saúde em termos de morbidade, mortalidade, limitação de atividade física e qualidade de vida associada, conformaria uma segunda dimensão da avaliação, que permitiria conhecer a magnitude dos problemas e sua expressão em diferentes regiões geográficas e grupos sociais. Esse perfil de morbimortalidade, que expressa as necessidades de saúde, deveria orientar a definição de elementos que compõem a terceira dimensão da avaliação, ou seja, a estrutura do sistema de saúde (condução, financiamento e recursos), que por sua vez condicionaria as possibilidades de melhor ou pior desempenho do sistema de saúde, objeto principal da avaliação” (VIACAVA, 2004).

Quadro 2 - Matriz de Dimensões da Avaliação de Desempenho do Sistema de saúde/PROADESS

EQUIDADE	DETERMINANTES DA SAÚDE			
	Ambientais	Socioeconômicos e	Demográficos	Comportamentais e biológicos
	Fatores físicos, químicos e biológicos do ambiente que atuam como determinantes de agravos à saúde.	Características demográficas e socioeconômicas, contextuais e dos indivíduos, relacionadas à produção de agravos à saúde		Atitudes, práticas, crenças, comportamentos bem como fatores biológicos individuais, que condicionam/predispoem/influenciam a ocorrência de agravos à saúde
	CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO			
	Morbidade	Estado funcional	Bem-estar	Mortalidade
	Ocorrência de sintomas, doenças, traumas e deficiências	Ocorrência de limitação ou restrição na realização de atividades cotidianas típicas	Qualidade de vida associada ao bem estar físico, mental e social dos indivíduos	Padrão e tendências da ocorrência de óbitos na população
	SISTEMA DE SAÚDE CONDUÇÃO ESTRUTURA			
	Financiamento		Recursos	
	Capacidade do governo de formular e implementar políticas de saúde, garantindo monitoramento, regulação, participação e responsabilização na execução das políticas.		Conjunto de pessoas, informações, instalações, equipamentos, insumos incorporados na operação do Sistema de Saúde.	
	DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE			
Efetividade	Acesso	Eficiência	Respeito ao direito	
Grau com que a assistência, serviços e ações atingem os resultados esperados	Capacidade do sistema de saúde para prover o cuidado e os serviços necessários no lugar certo e momento adequado	Relação entre o produto da intervenção de saúde e os recursos utilizados	Capacidade do Sistema de Saúde de assegurar que os serviços respeitem o indivíduo e a comunidade, e estejam orientados às pessoas	
Aceitabilidade	Continuidade	Adequação	Segurança	
Grau com que os serviços de saúde ofertados estão de acordo com os valores e expectativas dos usuários e da população	Capacidade do Sistema de Saúde de prestar serviços de forma ininterrupta e coordenada entre diferentes níveis de atenção	Grau com que os cuidados prestados às pessoas estão baseados no conhecimento técnico-científico existente	Capacidade do Sistema de Saúde de identificar, evitar ou minimizar os riscos potenciais das intervenções em saúde ou ambientais	
Nota: Equidade é o eixo que corta transversalmente todas as dimensões. Portanto, todas elas devem ser analisadas segundo essa perspectiva, utilizando variáveis e indicadores mais apropriados a cada um.				

Fonte: PROADESS, 2018; TAMAKI, 2012; VIACAVA, 2004, 2012.

Para implementar avaliação de desempenho de sistema e serviços de saúde é necessário um processo de ampla pactuação, considerando as peculiaridades do sistema de saúde, seus objetivos e metas e os diferentes atores que dele fazem parte. Para a escolha dos indicadores que devem compor um sistema de monitoramento das diversas dimensões do desempenho do sistema de saúde, os gestores, prestadores e usuários dos serviços de saúde devem considerar critérios de relevância, confiabilidade, validade, capacidade de discriminação e viabilidade de cada indicador. Esta foi a intenção do PROADESS ao elaborar a primeira proposta de um modelo de avaliação do sistema de saúde brasileiro, com a ênfase no desempenho dos serviços de saúde (VIACAVA, 2004; VIACAVA, 2012).

Neste contexto, este estudo buscou responder qual o desempenho na qualidade do acesso, da adequação e da efetividade dos serviços de saúde municipais, em comparação com os níveis do estado de São Paulo, região Sudeste e Brasil, pressupondo um melhor desempenho no nível municipal, considerando que é importante polo de atenção em saúde, tem maturidade de gestão municipal e está inserido em uma região de grandes recursos. Foi utilizado o modelo PROADESS por se tratar de importante ferramenta de avaliação de sistema e serviços de saúde, desenvolvida por pesquisadores brasileiros, e que dispõe de uma gama considerável de indicadores para avaliação das dimensões pesquisadas aqui neste trabalho.

2- JUSTIFICATIVA

Além do imperativo legal e normativo de se avaliar os serviços de saúde do SUS, temos que considerar a importância acadêmica que este tema suscita. Estudos de levantamento sobre a produção acadêmica concluem que a pesquisa na área de Gestão em Saúde ainda é insipiente diante da sua importância. Um levantamento realizado em 2012 mostrou que a subárea Regulação, Avaliação e Controle, na qual se insere o tema deste trabalho, correspondia a pouco mais de 10% dos trabalhos publicados entre 1987 e 2009 (SOUZA, 2012).

Além disso, o aperfeiçoamento da formação de profissionais que trabalham na área da Gestão em Saúde é de grande importância, uma vez que o desenvolvimento de uma dissertação traz conhecimento na área pesquisada, assim como aproxima a visão acadêmica da prática na gestão, o que a torna mais competente e fundamentada. (CARVALHO, 2012).

3- OBJETIVOS

3.1- Objetivo Geral – avaliar o desempenho dos serviços de saúde de um município paulista de médio porte, quanto à qualidade do acesso, adequação e efetividade.

3.2- Objetivos Específicos

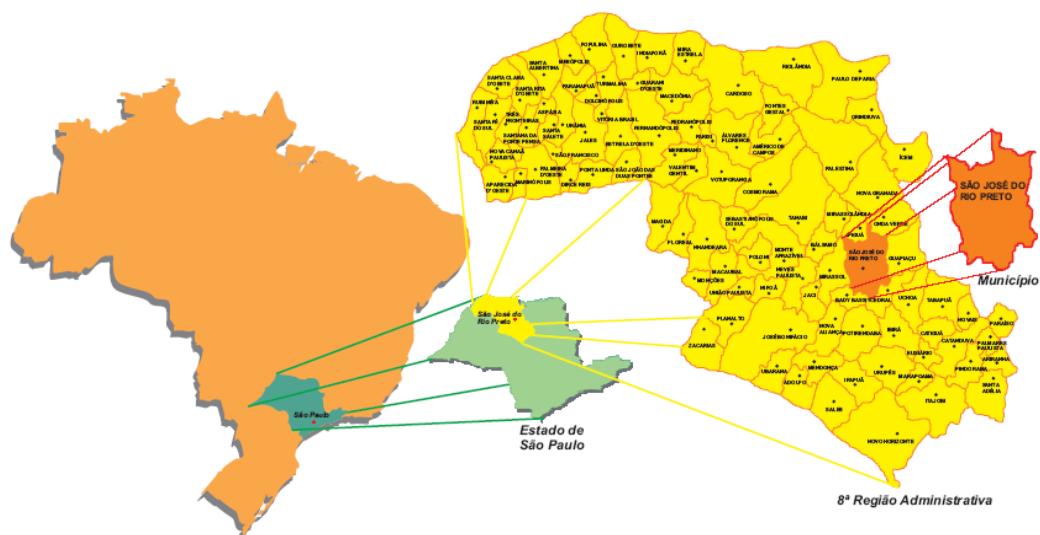
3.2.1 – Avaliar o desempenho dos serviços de saúde utilizando indicadores de qualidade do acesso, adequação e efetividade.

3.2.2- Comparar o desempenho avaliado com os níveis do estado de São Paulo, região Sudeste e Brasil.

4- MATERIAL E MÉTODO

4.1- Contextualização e objeto do estudo - O município de São José do Rio Preto localiza-se a 452 Km da capital do estado de São Paulo, e a 600 km de Brasília, na região Noroeste do Estado. Pertence à XV Diretoria Regional de Saúde do estado de São Paulo (DRS XV- São José do Rio Preto), sendo o maior centro de referência regional para 102 municípios. Encontra-se entre as dez maiores cidades do estado, sendo o maior município do noroeste paulista. Sua economia está baseada no comércio e prestação de serviços, que absorve parcela considerável da população economicamente ativa, além de indústrias diversas e agricultura.

Figura 2 - Posição Geográfica de São José do Rio Preto



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – SJRP, 2018.

A população da Região Administrativa de São José do Rio Preto foi estimada em 1.516.690 habitantes para o ano de 2018, com 16,5 % dessa população menores de 15 anos e 17,6% maiores de 60 anos. O município de São José do Rio Preto teve população estimada em 440.796 habitantes, no ano de 2018, com um perfil de distribuição em faixas etárias parecido com o da Região Administrativa a que pertence (SEADE, 2018).

Seguem alguns indicadores demográficos e socioeconômicos do município para melhor compreensão do perfil municipal, no que se refere às condições sociais e econômicas de sua população.

Tabela 1 - Indicadores demográficos e socioeconômicos – S. J. Rio Preto - 2008 a 2015.

	Densidade demográfica	Grau de urbanização	PIB per capita	Matrículas no Ensino Fundamental de 6 a 14 anos, em relação à população na mesma Faixa etária (em %)	Matrículas no Ensino Médio de 15 a 17 anos, em relação à população na mesma faixa etária (em %)
2008	921,6	93,9	R\$ 19.030,34	100,3	77,5
2009	933,1	93,9	R\$ 21.324,24	99,8	77,7
2010	944,1	93,9	R\$ 23.958,99	99,5	81,0
2011	954,3	93,9	R\$ 27.171,33	99,6	83,3
2012	964,6	93,9	R\$ 29.914,57	100,3	83,8
2013	975,0	93,9	R\$ 33.978,85	100,9	84,9
2014	985,5	93,9	R\$ 37.118,67	102,5	84,4
2015	996,2	93,9	R\$ 34.744,82	104,1	82,4

Fonte: SEADE, 2018.

Quanto ao indicador de qualidade de vida do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), a cidade está classificada como de nível alto, considerando as duas últimas aferições (Tabela - 2)

Tabela 2 - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) – S. J. Rio Preto - 1991, 2000, 2010.

	IDHM Geral	IDHM Longevidade	IDHM Educação	IDHM Renda
1991	0,610	0,748	0,409	0,741
2000	0,745	0,813	0,655	0,777
2010	0,797	0,846	0,748	0,801

Fonte: SEADE, 2018.

As taxas de mortalidade têm apresentado evolução no sentido de regiões mais desenvolvidas, com tendência de declínio para faixas etárias mais jovens e apresentando aumento proporcional para faixas etárias mais velhas (Tabela - 3).

Tabela 3 - Taxas de mortalidade de S. J. Rio Preto - 2008 a 2015.

	Taxa de mortalidade da população de 15 a 34 anos (por 100 mil hab.)	Taxa de mortalidade da população de 60 anos e mais (por 100 mil hab.)	Taxa de mortalidade materna (por 100 mil nascidos vivos)	Taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos)
2008	103,4	3431,2	ND	10,2
2009	118,1	3460,4	76,8	8,6
2010	120,2	3582,4	57,7	6,9
2011	116,5	3597,1	ND	7,1
2012	96,8	3584,6	56,6	7,6
2013	101,2	3451,1	37,6	8,5
2014	94,7	3401,2	35,0	10,2
2015	80,9	3440,8	17,6	6,9

Fonte: SEADE, 2018. ND = não disponível

São José do Rio Preto assumiu a municipalização em 1998, já na gestão plena de sistema. Na estruturação do modelo de saúde local, o sistema municipal está hierarquizado e estão definidos cinco distritos, denominados Distritos de Saúde. A cidade é a sede da maior macrorregião de saúde em número de municípios do estado de São Paulo e ainda existe um grande afluxo de pacientes dos estados vizinhos (Minas Gerais, Mato Grosso, Goiás, entre outros) que utilizam os serviços de saúde municipal. Possui boa infraestrutura de serviços de saúde, tanto na assistência primária, de urgência, como hospitalar secundária e terciária.

Abaixo alguns indicadores da saúde materno-infantil que demonstram aspectos da qualidade na atenção à saúde (tabela 4):

Tabela 4 - Indicadores de saúde materno-infantil – S. J. Rio Preto – 2008 a 2015.

	Nascidos vivos de mães com menos de 18 anos (em %)	Nascimentos de baixo peso (menos de 2,5kg) (em %)	Gestações pré-termo (em %)
2008	5,9	9,6	7,8
2009	6,8	9,4	11,2
2010	6,2	9,5	11,3
2011	5,4	9,9	11,4
2012	5,5	9,6	14,2
2013	5,4	10,7	14,5
2014	5,1	10,1	12,5
2015	4,6	9,7	12,3

Fonte: SEADE, 2018.

Seguem alguns indicadores relacionados a recursos de saúde (Tabela - 5).

Tabela 5 - Indicadores relativos à estrutura de serviços de saúde (físico e recursos humanos) – S. J. Rio Preto - 2008 a 2015.

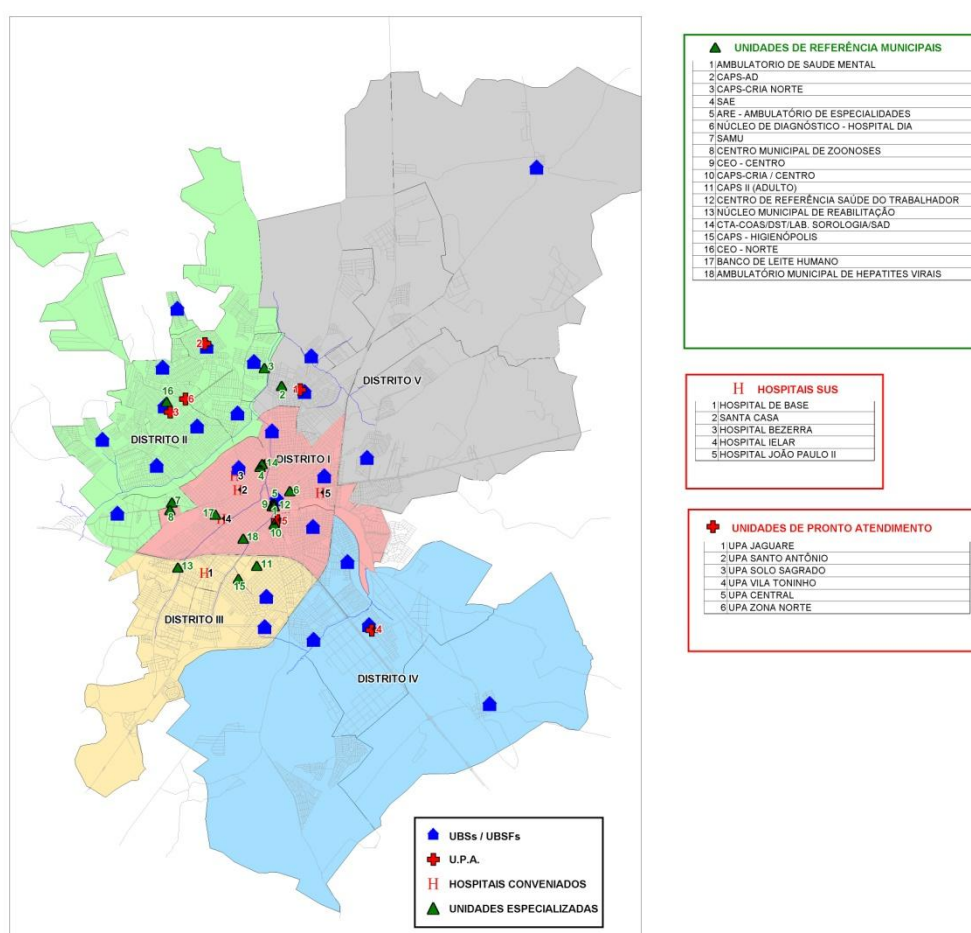
	Leitos de internação (coeficiente por mil hab.)	Enfermeiros registrados no COREN/SP (coeficiente por mil hab.)	Dentistas registrados no CRO/SP (coeficiente por dois mil hab.)	Médicos registrados no CRM/SP (coeficiente por mil hab.)
2008	4,0	2,4	5,1	4,8
2009	3,8	2,6	4,8	5,0
2010	3,8	2,8	4,6	5,0
2011	4,1	3,3	5,2	5,2
2012	4,1	3,3	5,1	5,4
2013	4,1	3,8	5,5	5,5
2014	4,2	4,0	5,5	5,6
2015	4,3	4,1	5,4	5,8

Fonte: SEADE, 2018.

4.2 - Objeto do estudo – a pesquisa foi realizada nos serviços públicos de saúde de São José do Rio Preto. Dentre os serviços próprios, o município está organizado com os seguintes departamentos e suas respectivas unidades: o Departamento de Atenção Básica administra vinte e sete unidades básicas de saúde; o Departamento de Atenção Especializada conta com três áreas da atenção: Saúde Mental (sete unidades de atenção), Reabilitação (quatro unidades de atenção), Ambulatórios e Serviços Especializados (onze unidades de atenção); o Departamento de Atenção Farmacêutica (trinta e três unidades de atenção); o Departamento de Urgência e Emergência composto por cinco Unidades de Pronto Atendimento (UPA), uma Central de Remoção de pacientes e um SAMU regional que atende, além do município de São José do Rio Preto, a trinta municípios na assistência pré-hospitalar móvel, e regulação médica das urgências e emergências; o Departamento de Vigilância em Saúde que conta com as áreas de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e o Centro de Referência de Saúde do Trabalhador; e o Departamento de Regulação, Avaliação e Controle que possui três áreas: a Supervisão Ambulatorial e Hospitalar, a Regulação e a Avaliação. Este departamento articula a relação com os prestadores privados em saúde que ofertam

serviços ao sistema público, e estavam contratados ou conveniados com o SUS no nível municipal, no período da pesquisa. Contava com três hospitais filantrópicos (dois gerais e um psiquiátrico), dois hospitais gerais privados com fins lucrativos e sete clínicas de exames e procedimentos, dentre elas três instituições filantrópicas. O município possui também um hospital terciário (Hospital de Base de São José do Rio Preto) e um AME (Ambulatório Médico de Especialidades/Hospital João Paulo II), ambos sob a gestão estadual (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2018).

Figura 3 – Distribuição espacial dos serviços públicos de saúde de S. J. Rio Preto.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – SJRP, 2018.

4.3 – Tipo de estudo – é um estudo exploratório com descrição de dados quantitativo secundários. Para a avaliação do desempenho dos serviços de saúde, foram utilizados os conceitos de qualidade do acesso, da eficácia e da efetividade dos serviços, segundo o modelo de avaliação PROADESS (FRANCO, 2011; VIACAVA, 2004; PROADESS, 2018).

4.4 – Material do estudo - foi elaborada uma matriz de indicadores de desempenho dos serviços de saúde municipal, tendo como modelo a matriz utilizada no PROADESS – FIOCRUZ/ABRASCO (Quadro - 3). Foram escolhidos indicadores de acesso, efetividade e adequação disponíveis anualmente para os três níveis do estudo, no período de 2008 a 2015, nas fontes do Ministério da Saúde; a completez dos dados que compunham cada indicador também foi critério de inclusão, além de uma distribuição desses indicadores entre os níveis da atenção básica e hospitalar. Foram utilizados apenas os indicadores da dimensão que avalia o desempenho de serviços de saúde, sem ignorar a conexão que existe entre todas as dimensões determinantes do desempenho do sistema de saúde (PROADESS, 2018; TAMAKI, 2012; VIACAVA, 2004, 2012).

Quadro 3 - Matriz de indicadores de qualidade e respectivas subdimensões.

ACESSO	Taxa de internações hospitalares (SUS) de residentes por 1000 hab.
	Cirurgia de revascularização do miocárdio em residentes de 20 anos ou mais de idade
	Angioplastias de residentes de 20 anos ou mais
	Porcentagem de cobertura populacional por Estratégia Saúde da Família
	Cobertura vacinal Tetravalente ou Penta valente em menores de um ano
	Porcentagem de pessoas de 65 anos ou mais vacinadas contra a gripe
ADEQUAÇÃO	Taxa de histerectomia em residentes de 20 anos ou mais
	Proporção nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal
	Taxa de partos cesárias
EFETIVIDADE	Taxa de internação hospitalar Condição Sensível à Atenção Básica
	Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio
	Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de um ano
	Percentual de amputação em internados por diabetes mellitus

Fonte: PROADESS, 2018.

Os dados utilizados neste estudo são quantitativos (n) e secundários e estão demonstrados na tabela - 6. Sua coleta foi feita em bases de dados oficiais dos Governos Federal e Municipal. Foram utilizados os seguintes sistemas de informação para a obtenção dos dados: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc), Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI). Para a obtenção das informações do SIA/SUS e SIH/SUS, necessárias à elaboração dos indicadores relativos a dados ambulatoriais e hospitalares municipais, foi utilizada a ferramenta TabWin 32 versão 4.1.1 - DATASUS, que é uma ferramenta de tabulação de dados ambulatoriais e hospitalares, disponibilizada pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS). As demais informações necessárias à elaboração dos outros indicadores foram obtidas diretamente nos sites de cada sistema de informação, e nos bancos de dados da Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto. Os dados para comparação de desempenho nos níveis estadual, Região Sudeste e federal foram obtidos do site do PROADESS.

Tabela 6 - Quantidade (n) de procedimentos e casos utilizados no cálculo de cada indicador municipal - 2008 a 2015.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nº de internação hospitalar	27149	30637	31374	34021	33562	35913	34560	35767
Nº de cirurgia revascularização	136	116	120	105	131	117	90	125
Nº de angioplastia	325	405	395	465	512	558	683	781
Cobertura ESF*								
Cobertura Atenção Básica*								
Nº de doses da Tetra ou Penta	4930	5153	5280	5284	5169	5054	5682	5774
Nº de doses da vacinação da gripe em idoso	30218	33334	33760	38518	42993	43662	43091	43078
Nº de histerectomia	283	331	360	367	345	320	279	298
Consultas de pré-natal**								
Partos cesáreas**								
Nº internações sensíveis à atenção primária***	4042/ 27149	4348/ 30637	4581/ 31374	5118/ 34021	5206/ 33562	5353/ 35913	5469/ 34560	5579/ 35767
Nº de internações por pneumonia	27	128	314	134	63	84	155	100
Nº óbitos hospitalares por IAM	16	17	19	19	20	23	31	18

Nº de internações por ICC	589	710	661	733	679	606	622	705
Nº de casos de sífilis congênita***	3/63	2/01	18/52 26	32/52 23	42/53 28	50/53 53	66/56 98	36/56 99
Nº de internações para amputação em DMDM***	4/83	6/158	15/15 5	37/19 8	16/17 1	23/16 0	29/17 9	17/17 5

* taxas extraídas diretamente do site do Ministério da Saúde-DAB-SAS

** taxas fornecidas pelo Depto. Vigilância Sanitária - SMS - S. J. Rio Preto

*** dados do numerador e denominador tabulados para o cálculo de cada indicador

Fontes: SIH, SIA, VISA-S. J. Rio Preto, MS

Os dados populacionais utilizados, como população estimada de residentes e população padronizada de residentes por faixa etária e sexo, foram coletados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) e Departamento de Informática do SUS (DataSUS), conforme as tabelas 7 e 8.

Tabela 7 - População estimada de residentes por grupos de idade, São José do Rio Preto - 2008 a 2015.

Faixa Etária	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
0 a 4 anos	27110	27050	26974	26540	26565	26526	26638	26670
5 a 9 anos	27439	27390	27167	26977	26807	26685	26938	27143
10 a 14 anos	28121	27895	27856	28006	28119	28174	27265	26698
15 a 19 anos	31692	31240	30751	30330	29916	29598	29150	28751
20 a 29 anos	72555	72586	72480	72056	71361	70485	69771	68970
30 a 39 anos	66331	67538	68717	69928	71159	72381	73930	75129
40 a 49 anos	61139	61704	62247	62695	62997	63288	63289	63380
50 a 59 anos	45944	47669	49374	51141	52908	54614	56176	57707
60 a 69 anos	27647	28858	30156	31600	33106	34684	36342	37947
70 a 79 anos	15870	16424	17002	17723	18242	18800	19651	20525
80 anos e mais	6829	7247	7649	8039	8420	8804	9207	9625
Total	410677	415601	420373	425035	429600	434039	438357	442545

Fonte: DataSUS, 2017.

1-2000 a 2013 - Estimativas preliminares efetuadas em estudo patrocinado pela Rede Interagencial de Informações para a Saúde - Ripsa.

2-2014 e 2015 – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/CGIAE.

Tabela 8 - População de residente utilizada como população de padronização por sexo e faixas etárias, Brasil - 2000.

Faixas etárias	Total	Homens	Mulheres
	169 799 170	83 576 015	86 223 155
0 a 4 anos	16 375 728	8 326 926	8 048 802
5 a 9 anos	16 542 327	8 402 353	8 139 974
10 a 14 anos	17 348 067	8 777 639	8 570 428
15 a 19 anos	17 939 815	9 019 130	8 920 685
20 a 24 anos	16 141 515	8 048 218	8 093 297
25 a 29 anos	13 849 665	6 814 328	7 035 337
30 a 34 anos	13 028 944	6 363 983	6 664 961
35 a 39 anos	12 261 529	5 955 875	6 305 654
40 a 44 anos	10 546 694	5 116 439	5 430 255
45 a 49 anos	8 721 541	4 216 418	4 505 123
50 a 54 anos	7 062 601	3 415 678	3 646 923
55 a 59 anos	5 444 715	2 585 244	2 859 471
60 a 64 anos	4 600 929	2 153 209	2 447 720
65 a 69 anos	3 581 106	1 639 325	1 941 781
70 a 74 anos	2 742 302	1 229 329	1 512 973
75 a 79 anos	1 779 587	780 571	999 016
80 a 84 anos	1 036 034	428 501	607 533
85 a 89 anos	534 871	208 088	326 783
90 a 94 anos	180 426	65 117	115 309
95 a 99 anos	56 198	19 221	36 977
100 anos ou mais	24 576	10 423	14 153

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000.

Os dados deste trabalho são considerados oficiais pelas três esferas de governo, portanto utilizados para subsidiar documentos oficiais, diagnósticos de gestão, elaboração de programas, planejamento e avaliação em saúde, além de serem os dados utilizados pela literatura científica nas pesquisas em Epidemiologia e Gestão em Saúde, pois tem caráter oficial e boa qualidade de organização, além de disponibilidade de acesso às bases de dados oficiais. A escolha dos indicadores desta pesquisa obedeceu não somente a estes critérios, mas principalmente devido ao reconhecimento pela literatura, de que estes indicadores são instrumentos adequados para pesquisa de avaliação em saúde (VIACAVA, 2004, 2012).

4.5 – organização e análise de dados – foi avaliada a qualidade de três subdimensões: acesso, efetividade e adequação, que foram medidos por meio de indicadores de desempenho dos serviços de saúde. De um total de treze indicadores, seis compõem a dimensão acesso, quatro compõem a dimensão efetividade e três a dimensão adequação. O resultado da medida de cada indicador foi confrontado com medidas disponíveis nas tabelas de indicadores do PROADESS, referentes ao estado de São Paulo, região Sudeste e Brasil, comparando o desempenho do município com estes níveis na hierarquia do Sistema Único de Saúde, para um mesmo período, utilizando idêntica metodologia de aferição de cada indicador. O resultado do indicador municipal foi considerado satisfatório quando obteve melhor desempenho que os demais níveis, e insatisfatório quando o desempenho foi pior. Os resultados da aferição dos indicadores de cada subdimensão foram descritos por meio de tabelas e gráficos. A exploração e análise dos dados foram feitas através de análise exploratória de dados, utilizando a Estatística Descritiva, para comparação e interpretação do desempenho de cada nível (GIL, 2002; MEDRI, 2011).

Para uma maior análise exploratória dos dados encontrados, também se comparou o desempenho municipal com indicadores de outros países que possuem sistemas de saúde semelhantes ao brasileiro, quanto à universalidade e à integralidade da assistência, notadamente os países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). E finalmente, foi feita comparação com as metas dos Planos Municipais de Saúde para os quadriênios 2006 a 2009, 2010 a 2013, 2014 a 2017, utilizando os indicadores presentes no rol de Diretrizes, Objetivos e Metas de cada plano.

4.6 – Aspectos éticos – a solicitação de dispensa do projeto desta pesquisa foi aprovada pela Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas e Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, em 06/02/2017 (ANEXO - A).

O pesquisador obteve autorização da Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto para o desenvolvimento da pesquisa na rede pública municipal, em 08/05/2017 (ANEXO – B) e parecer favorável da orientadora Prof^a Aldaísa C. Forster quanto à conclusão da dissertação (ANEXO – C).

5- RESULTADOS

A descrição do desempenho de cada dimensão contém os resultados dos seus respectivos indicadores, por meio de taxas ou percentuais, para o município de São José do Rio Preto, a região Sudeste, o estado de São Paulo e Brasil. Também apresenta descrição de cada indicador e o método de cálculo (descrito no apêndice), assim como as tabelas e os gráficos com os resultados de cada um.

5.1 – Desempenho da dimensão Acesso

Esta dimensão é composta por seis indicadores escolhidos segundo o conceito de avaliação do desempenho de serviços de saúde da Matriz PROADESS/FIOCRUZ.

5.1.1 - Taxa de internação hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS)

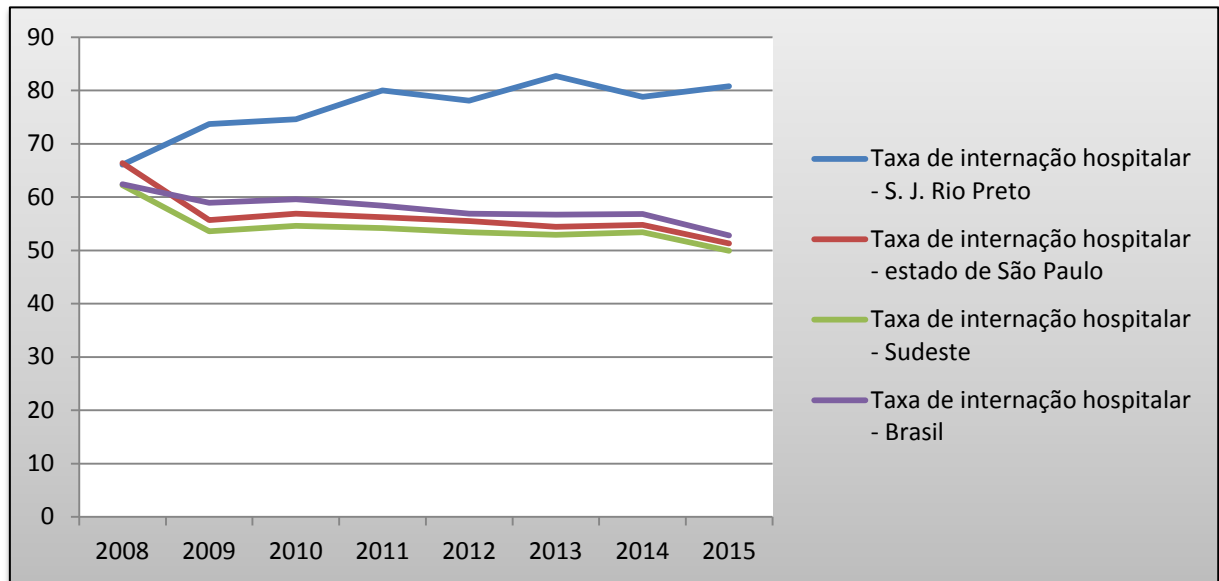
Este indicador é definido como taxa de internação hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS), por 1.000 habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Tabela 9 - Taxa de internação hospitalar no SUS, por 1.000 habitantes, na população residente - S. J. Rio Preto, região Sudeste, estado de São Paulo e Brasil, 2008 a 2015.

	Taxa de internação - S. J. Rio Preto	Taxa de internação - estado de São Paulo	Taxa de internação - Sudeste	Taxa de internação - Brasil
2008	66,1	66,4	62,2	62,4
2009	73,7	55,7	53,6	58,9
2010	74,6	56,9	54,6	59,6
2011	80,0	56,2	54,2	58,4
2012	78,1	55,5	53,4	56,9
2013	82,7	54,4	52,9	56,7
2014	78,8	54,8	53,4	56,8
2015	80,8	51,3	49,9	52,8

Fonte: SIH-SUS; PROADESS.

Gráfico 1 - Taxa de internação hospitalar no SUS, por 1.000 habitantes, na população residente - S. J. Rio Preto, região Sudeste, estado de São Paulo e Brasil.



Fonte: SIH-SUS; PROADESS.

Observa-se um aumento nas taxas de internações no município no decorrer do período de estudo, saindo de taxas de 66,1 int./1000 hab. em 2008 e chegando a 80,8 int./1000 hab. em 2015. Em relação aos demais níveis de comparação, observa-se que estiveram entre taxas de 50 e 60 int./1000 hab. durante todo o período.

5.1.2 – Taxa de cirurgia de revascularização do miocárdio

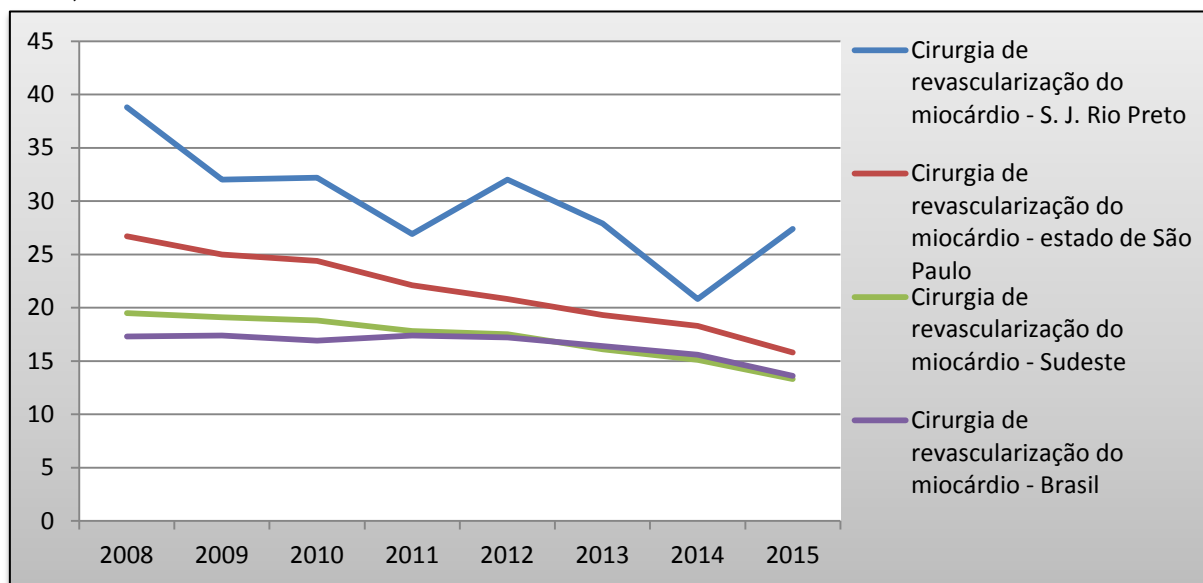
Este indicador é definido como número de cirurgias de revascularização do miocárdio, por 100 mil habitantes com 20 anos ou mais de idade, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Indicador padronizado por sexo e idade pelo método indireto usando como referência a população brasileira de 2000.

Tabela 10 – Taxa de cirurgia de revascularização do miocárdio padronizada em residentes de 20 anos ou mais de idade, por 100 mil hab. - S. J. Rio Preto, região Sudeste, estado de São Paulo e Brasil, 2008 a 2015.

	Revascularização do miocárdio - S. J. Rio Preto	Revascularização do miocárdio - estado de São Paulo	Revascularização do miocárdio - Sudeste	Revascularização do miocárdio - Brasil
2008	38,8	26,7	19,5	17,3
2009	32	25	19,1	17,4
2010	32,2	24,4	18,8	16,9
2011	26,9	22,1	17,8	17,4
2012	32	20,8	17,5	17,2
2013	27,9	19,3	16,1	16,4
2014	20,8	18,3	15,1	15,6
2015	27,4	15,8	13,3	13,6

Fonte: SIH-SUS; PROADESS.

Gráfico 2 – Taxa de cirurgia de revascularização do miocárdio em residentes de 20 anos ou mais de idade, por 100 mil hab. - S. J. Rio Preto, região Sudeste, estado de São Paulo e Brasil, 2008 a 2015.



Fonte: SIH-SUS; PROADESS.

Durante os oito anos de estudo, a taxa de cirurgia de revascularização do miocárdio apresentou tendência de declínio nos quatro níveis analisados, sendo que em S. J. Rio Preto encontram-se as taxas maiores, seguida pelo estado de São Paulo, região Sudeste e Brasil. De 2014 a 2015 nota-se uma ligeira tendência de aumento nas taxas de cirurgia em S. J. Rio Preto.

5.1.3 – Taxa de angioplastia

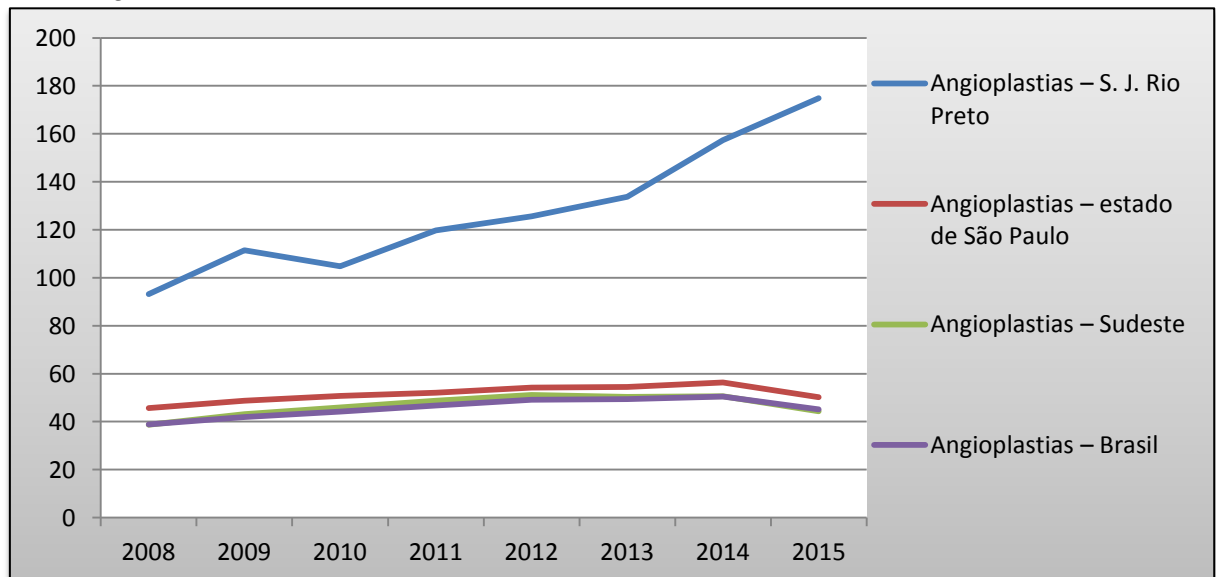
Este indicador é definido como número de angioplastias, por 100 mil habitantes de 20 anos ou mais de idade, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Indicador padronizado por sexo e idade pelo método indireto usando como referência a população brasileira de 2000.

Tabela 11 - Angioplastias de residentes de 20 anos ou mais, por 100 mil hab. – S. J. Rio Preto, região Sudeste, estado de São Paulo e Brasil, 2008 a 2015.

	Angioplastias – S. J. Rio Preto	Angioplastias – estado de São Paulo	Angioplastias – Sudeste	Angioplastias – Brasil
2008	93,2	45,7	38,7	38,9
2009	111,5	48,8	43,1	41,9
2010	104,8	50,8	46	44,2
2011	119,8	52,1	48,8	46,7
2012	125,6	54,2	51,2	49,1
2013	133,8	54,5	50,3	49,4
2014	157,3	56,3	50,6	50,5
2015	174,9	50,2	44,4	45,2

Fonte: SIH-SUS; PROADESS.

Gráfico 3 - Angioplastias de residentes de 20 anos ou mais, por 100 mil hab. – S. J. Rio Preto, região Sudeste, estado de São Paulo e Brasil, 2008 a 2015.



Fonte: SIH-SUS; PROADESS.

Neste indicador percebe-se um aumento das angioplastias em S. J. Rio Preto com duplicação destas taxas ao longo do período de estudo, partindo em 2008 de 93,2/100 mil hab. e chegando a 174,9/100 mil hab. no ano de 2015. Já nos níveis da

região Sudeste, estado de São Paulo e Brasil estas taxas se mantiveram constantes entre 40 e 50/100 mil hab.

5.1.4 – Porcentagem de cobertura populacional por Estratégia Saúde da Família

Este indicador é definido como percentual da população coberta pela Estratégia Saúde da Família (ESF), em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

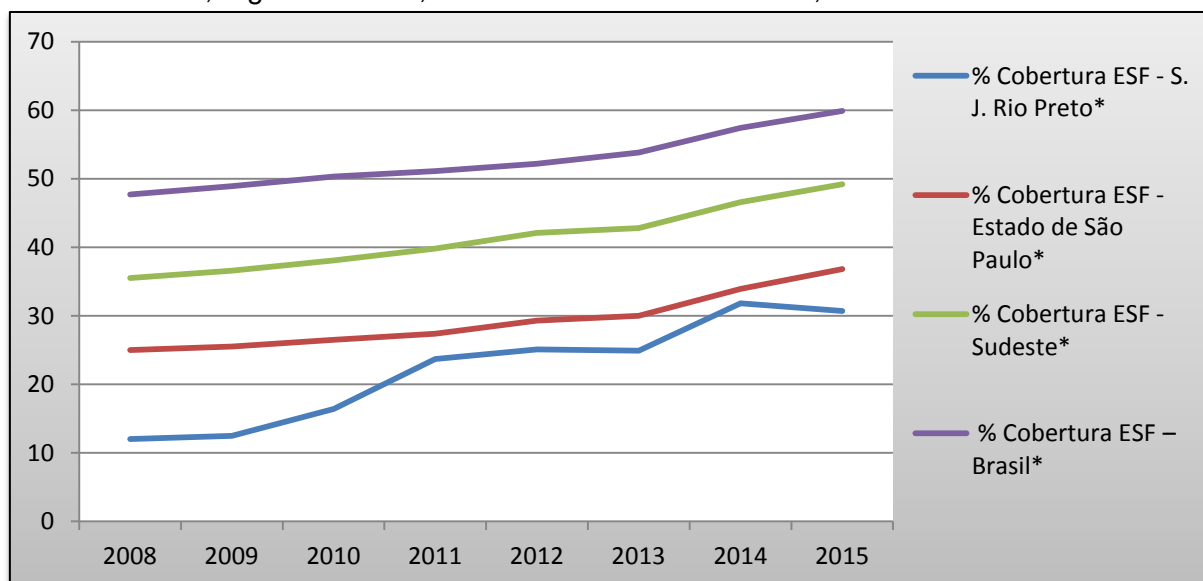
Tabela 12 - Porcentagem de cobertura pop. estimada Estratégia Saúde da Família (ESF) - S. J. Rio Preto, região Sudeste, estado de São Paulo e Brasil, 2008 a 2015.

	% Cobertura ESF - S. J. Rio Preto*	% Cobertura ESF - Estado de São Paulo*	% Cobertura ESF - Sudeste*	% Cobertura ESF - Brasil*
2008	12	25	35,5	47,7
2009	12,5	25,5	36,6	48,9
2010	16,4	26,5	38,1	50,3
2011	23,7	27,4	39,8	51,1
2012	25,1	29,3	42,1	52,2
2013	24,9	30	42,8	53,8
2014	31,8	33,9	46,6	57,4
2015	30,7	36,8	49,2	59,9

*Pop. Estimada no mês de julho de cada ano

Fonte: DAB/SAS/MS

Gráfico 4 - Porcentagem de cobertura populacional* pela Estratégia Saúde da Família (ESF) - S. J. Rio Preto, região Sudeste, estado de São Paulo e Brasil, 2008 a 2015.



*Pop. Estimada no mês de julho de cada ano Fonte: DAB/SAS/MS

Para a Estratégia Saúde da Família, houve um aumento da taxa de cobertura nos quatro níveis; S. J. Rio Preto apresentou a menor cobertura entre eles e partiu de 12% de cobertura em 2008, chegando em 30,7% em 2015, aproximando-se do estado de São Paulo, mas ainda bem abaixo das taxas do Sudeste e Brasil.

5.1.5 – Percentual de imunização em menores de um ano por tetra ou penta valente

Este indicador é definido como percentual de crianças menores de um ano vacinadas com a terceira dose de imunobiológico contra difteria, coqueluche, tétano, Haemophilus influenza B - Hib. e hepatite B, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Estima o nível de proteção da população infantil contra doenças selecionadas, evitáveis por imunização, mediante o cumprimento do esquema básico de vacinação.

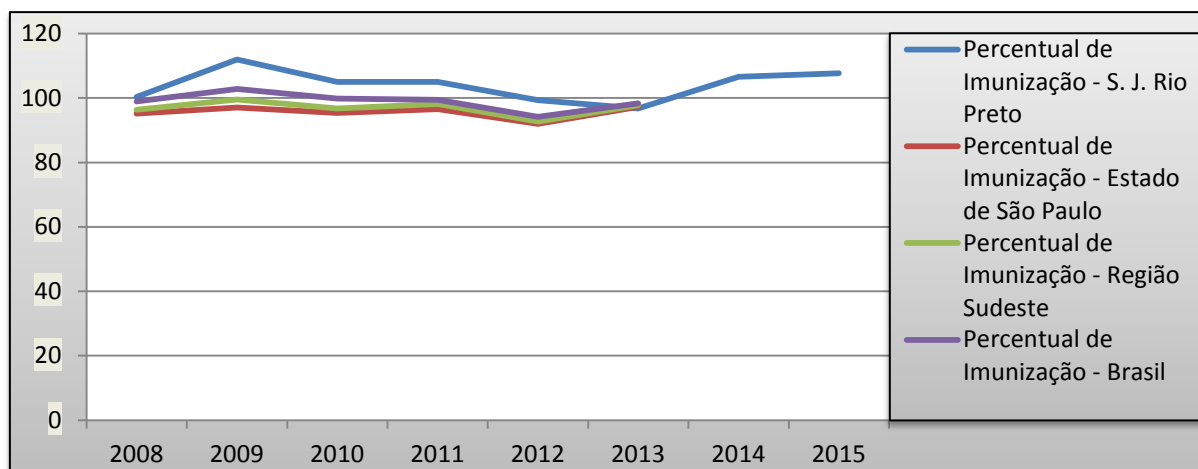
Tabela 13 - Percentual de imunização em menores de um ano por tetra ou penta valente - S. J. Rio Preto, região Sudeste, estado de São Paulo e Brasil, 2008 a 2015.

	Percentual de imunização - S. J. Rio Preto	Percentual de imunização - Estado de São Paulo	Percentual de imunização - Região Sudeste	Percentual de imunização - Brasil
2008	100,3	95,2	96,4	99,0
2009	112,0	97,1	99,6	102,8
2010	105,0	95,4	96,8	99,8
2011	105,0	96,6	98,2	99,5
2012	99,4	92,0	92,7	94,2
2013	96,8	97,3	97,8	98,4
2014	106,6	NR	NR	NR
2015	107,7	NR	NR	NR

Fonte: Vig. Epidemiológica da SMS/S. J. Rio Preto; PROADESS.

NR=não registrado

Gráfico 5 - Percentual de imunização em menores de um ano por tetra ou penta valente - S. J. Rio Preto, região Sudeste, estado de São Paulo e Brasil, 2008 a 2015.



Fonte: Vig. Epidemiológica da SMS/S. J. Rio Preto; PROADESS.

Este indicador foi medido em S. J. Rio Preto entre 2008 e 2015, porém os dados disponíveis na fonte PROADESS para os demais níveis referiam-se ao período de 2008 a 2013. Mesmo assim, observa-se um percentual de imunização para a vacina tetra ou penta valente mais elevado em S. J. do Rio Preto que nos outros níveis de comparação, sendo que na maior parte do tempo o município esteve ao redor de 100% de cobertura. Já nos outros três níveis, esta taxa se manteve ao redor de 95%.

5.1.6 – Percentual de imunizações contra a gripe com sessenta anos ou mais

Este indicador é definido como percentual de pessoas de 60 anos ou mais de idade, vacinadas contra gripe/influenza, em relação ao total da população idosa, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

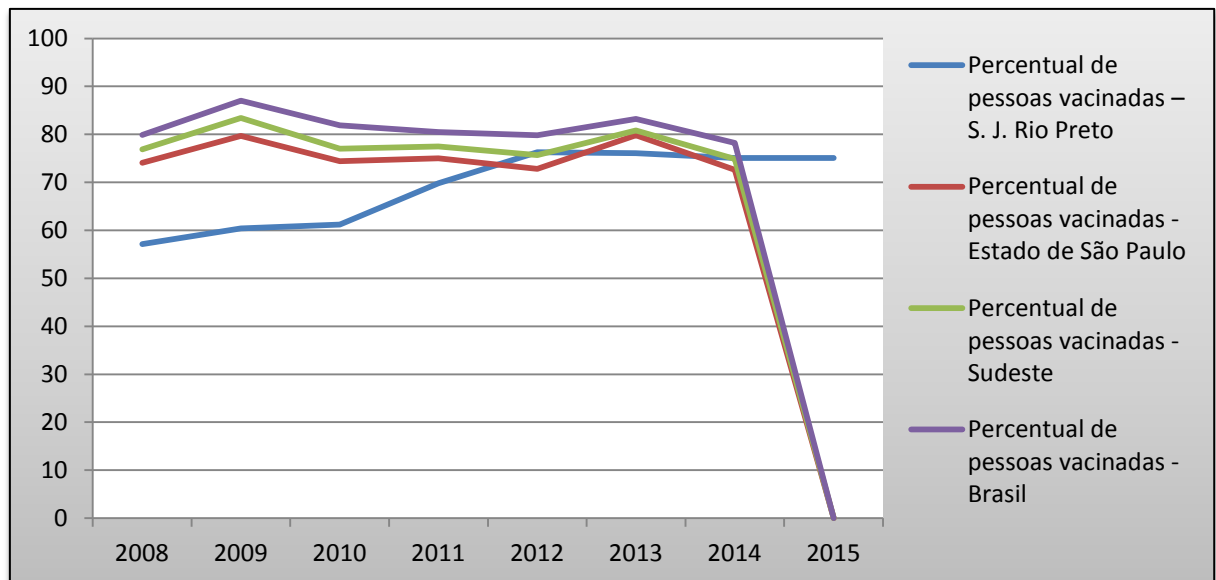
Tabela 14 - Percentual de pessoas de 60 anos ou mais de idade vacinadas contra gripe/influenza, em relação ao total da população idosa - S. J. Rio Preto, região Sudeste, estado de São Paulo e Brasil, 2008 a 2014/15.

	Percentual de pessoas vacinadas – S. J. Rio Preto	Percentual de pessoas vacinadas - Estado de São Paulo	Percentual de pessoas vacinadas - Sudeste	Percentual de pessoas vacinadas - Brasil
2008	57,1	74,1	76,9	79,9
2009	60,4	79,7	83,4	87
2010	61,2	74,4	77	81,9
2011	69,8	75	77,5	80,5
2012	76,3	72,8	75,7	79,8
2013	76,1	79,8	80,8	83,2
2014	75,1	72,6	74,9	78,2
2015	75,08	NR	NR	NR

Fonte: Vig. Epidemiológica da SMS/S. J. Rio Preto; PROADESS.

NR=não registrado

Gráfico 6 - Percentual de pessoas de 60 anos ou mais de idade, vacinadas contra gripe/influenza, em relação ao total da população idosa - S. J. Rio Preto, região Sudeste, estado de São Paulo e Brasil, 2008 a 2014/15.



Fonte: Vig. Epidemiológica da SMS/S. J. Rio Preto; PROADESS.

O percentual de vacinação contra gripe/influenza foi medido de 2008 a 2015 em S. J. Rio Preto, e de 2008 a 2014 nos outros três níveis, de acordo com os dados disponíveis na fonte PROADESS. Nota-se que no município em 2008 havia uma cobertura vacinal de 57,13% da população-alvo, chegando a 75,08% desta população em 2015. O maior percentual de cobertura foi do Brasil, seguido pela

região Sudeste e Estado de São Paulo, para o período de 2008 a 2013. Nestes níveis de comparação, a cobertura oscilou de 75 a 85%, aproximadamente. Em 2014, o município já havia alcançado os níveis de vacinação estadual e da região Sudeste.

5.2 - Desempenho da dimensão Adequação segundo os indicadores adotados

Esta dimensão foi composta por três indicadores escolhidos segundo o conceito de avaliação do desempenho de serviços de saúde da Matriz PROADESS/FIOCRUZ.

5.2.1 – Taxa de histerectomia em residente de vinte anos ou mais

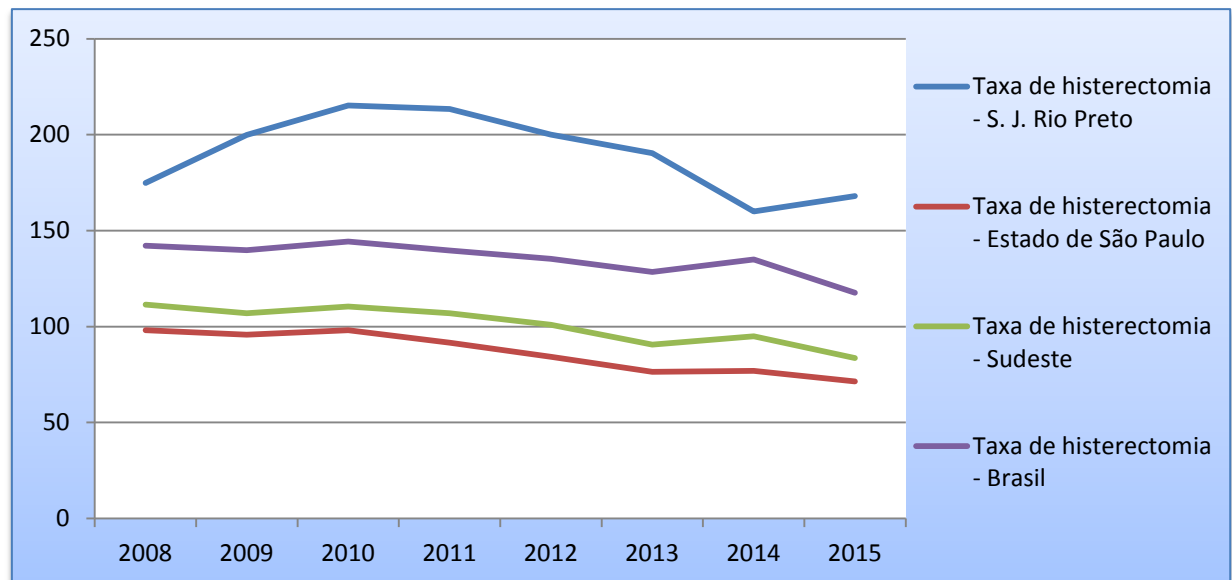
Este indicador é definido como número de casos de internações hospitalares de residentes do sexo feminino de 20 anos ou mais de idade pagas no Sistema Único de Saúde (SUS), para histerectomia, por 100 mil habitantes, na população residente do sexo feminino de 20 anos ou mais de idade, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Tabela 15 - Taxa de histerectomia padronizada por sexo e idade pelo método direto, em residentes de 20 anos ou mais - S. J. Rio Preto, região Sudeste, estado de São Paulo e Brasil, 2008 a 2015.

	Taxa de histerectomia - S. J. Rio Preto	Taxa de histerectomia - Estado de São Paulo	Taxa de histerectomia - Sudeste	Taxa de histerectomia - Brasil
2008	174,8	98,1	111,5	142,2
2009	199,8	95,8	106,9	139,9
2010	215,3	98,2	110,4	144,3
2011	213,4	91,7	107	139,6
2012	200	84,3	101	135,4
2013	190,4	76,5	90,6	128,4
2014	160	76,9	94,9	135
2015	168	71,4	83,6	117,6

Fonte: SIH-SUS; PROADESS.

Gráfico 7 - Taxa de histerectomia padronizada por sexo e idade pelo método direto, em residentes de 20 anos ou mais - S. J. Rio Preto, região Sudeste, estado de São Paulo e Brasil.



Fonte: SIH-SUS; PROADESS.

A taxa de histerectomia no município partiu de 174,8/100 mil hab. em 2008, aumentando até os anos 2010 e 2011, quando atingiu níveis de 213,4 procedimentos/100 mil hab.; depois declinou até o nível de 160/100 mil hab. em 2014, para em seguida mostrar uma tendência de alta em 2015. Durante todo período da pesquisa esteve acima dos outros três níveis, que mostraram declínio gradativo, tendo o nível nacional taxas declinando de 142,2/100 mil hab. até 117,6/100 mil hab.; o regional declinou de 111,5/100 mil hab. até 83,6/100 mil hab. e o estadual diminuiu de 98,1/100 mil hab. até 71,4/100 mil hab.

5.2.2 – Consultas de pré-natal

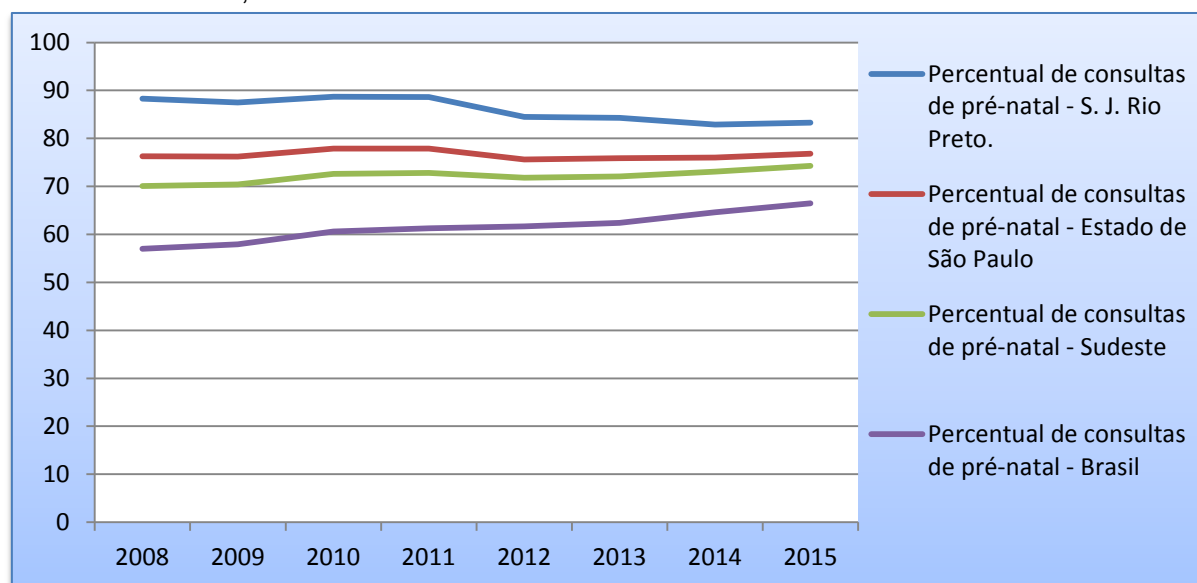
Este indicador é definido como percentual de nascidos vivos cujas mães fizeram mais de seis consultas de pré-natal, segundo local de residência das mães, no ano considerado. Mede a realização de consultas de pré-natal, a partir de informações prestadas pelas mulheres durante a assistência ao parto. É influenciado por fatores socioeconômicos, pela infraestrutura de prestação de serviços e por políticas públicas assistenciais e preventivas.

Tabela 16 - Percentual de nascidos vivos cujas mães fizeram mais de seis consultas de pré-natal, segundo local de residência das mães - S. J. Rio Preto, região Sudeste, estado de São Paulo e Brasil, 2008 a 2015.

	Percentual de consultas de pré-natal - S. J. Rio Preto.	Percentual de consultas de pré-natal - Estado de São Paulo	Percentual de consultas de pré-natal - Sudeste	Percentual de consultas de pré-natal - Brasil
2008	88,3	76,3	70,1	57
2009	87,5	76,2	70,4	57,9
2010	88,7	77,9	72,6	60,6
2011	88,6	77,9	72,8	61,3
2012	84,5	75,6	71,8	61,7
2013	84,3	75,9	72,1	62,4
2014	82,9	76	73,1	64,6
2015	83,3	76,8	74,3	66,5

Fonte: Vig. Epidemiológica da SMS/S. J. Rio Preto; PROADESS.

Gráfico 8 - Percentual de nascidos vivos cujas mães fizeram mais de seis consultas de pré-natal, segundo local de residência das mães - S. J. Rio Preto, região Sudeste, estado de São Paulo e Brasil, 2008 a 2015.



Fonte: Vig. Epidemiológica da SMS/S. J. Rio Preto; PROADESS.

O percentual de consultas de pré-natal apresentou níveis estáveis no município de 2008 a 2011 em torno de 88%, a partir de quando passa a mostrar uma tendência de queda, chegando em 2015 com taxa de 83,3% de consultas de pré-natal. Durante todo o período teve percentual acima dos demais níveis. Observa-se tendência contrária em outros dois níveis, sendo que no regional as taxas variaram

de 70,1 a 74,3% e no nacional de 57 a 66,5%. No nível estadual as taxas praticamente permaneceram as mesmas ao redor de 76%.

5.2.3 – Percentual de partos cesáreas

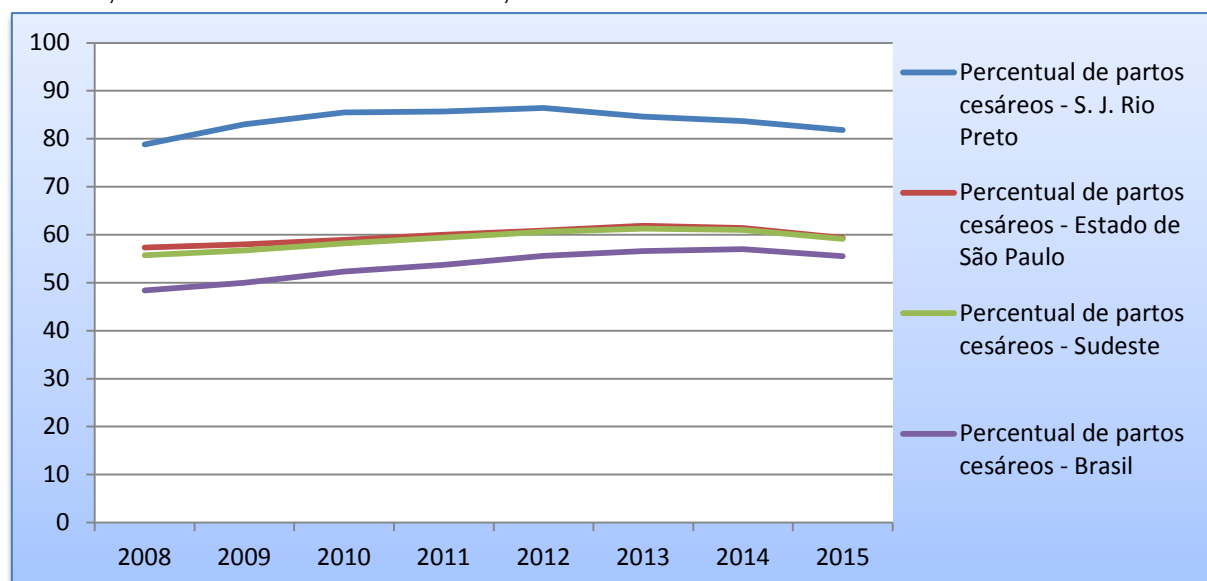
Este indicador é definido como percentual de partos cesáreos no total de partos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Mede a participação relativa dos partos cesáreos no total de partos.

Tabela 17 - Percentual de partos cesáreos no total de partos - S. J. Rio Preto, região Sudeste, estado de São Paulo e Brasil, 2008 a 2015.

	Percentual de partos cesáreos - S. J. Rio Preto	Percentual de partos cesáreos - Estado de São Paulo	Percentual de partos cesáreos - Sudeste	Percentual de partos cesáreos - Brasil
2008	78,8	57,3	55,7	48,4
2009	83	58	56,7	50
2010	85,5	58,9	58,2	52,3
2011	85,7	60	59,4	53,7
2012	86,4	60,9	60,6	55,6
2013	84,6	61,9	61,3	56,6
2014	83,7	61,4	61	57
2015	81,8	59,3	59,1	55,5

Fonte: Vig. Epidemiológica da SMS/S. J. Rio Preto; PROADESS.

Gráfico 9 - Percentual de partos cesáreos no total de partos - S. J. Rio Preto, região Sudeste, estado de São Paulo e Brasil, 2008 a 2015.



Fonte: Vig. Epidemiológica da SMS/S. J. Rio Preto; PROADESS.

O percentual de partos cesáreos no município variou de 78,8 em 2008 a 81,8% em 2015, sem grandes oscilações durante os oito anos de pesquisa. Esteve acima dos demais níveis por todo este período, sendo que estes se mantiveram praticamente iguais, entre 50 e 60%.

5.3 – Desempenho da dimensão Efetividade segundo os indicadores adotados

Esta dimensão foi composta por quatro indicadores:

5.3.1 – Taxa de internação hospitalar por Condição Sensível à Atenção Básica (CSAB)

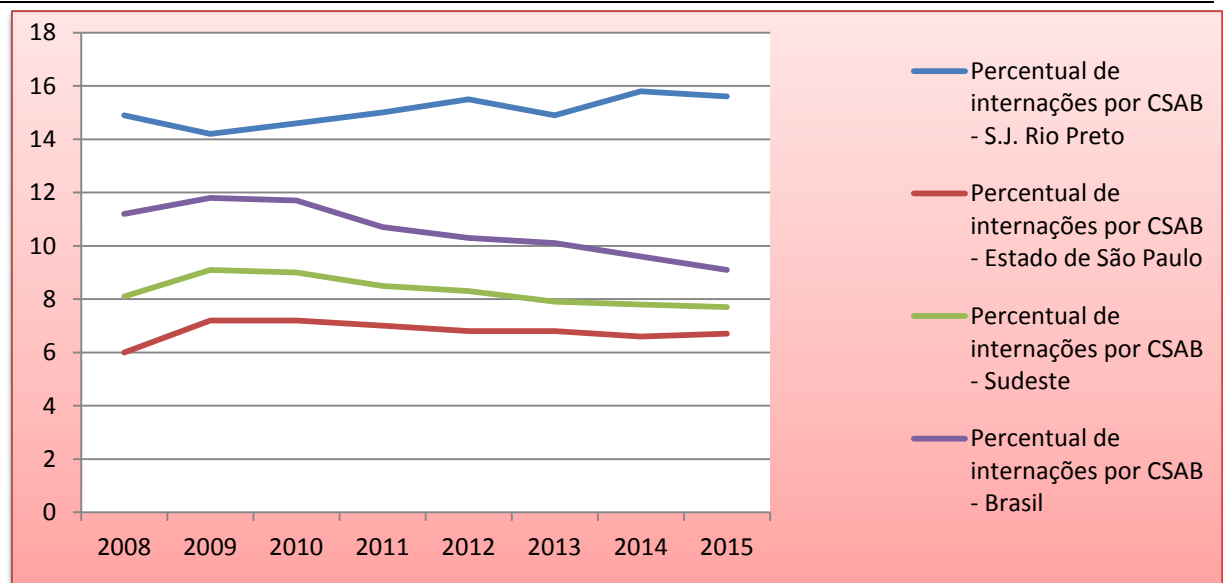
Este indicador está definido como percentual de internações hospitalares pagas pelo SUS, por condições sensíveis à atenção primária em relação ao número total de internações hospitalares pagas pelo SUS, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Revela o resultado das ações e serviços de promoção da saúde, prevenção de riscos, e do diagnóstico e tratamento precoces; também mensura, de forma indireta, a avaliação da atenção primária e a eficiência no uso dos recursos.

Tabela 18 - Percentual de internações hospitalares no SUS, por CSAB em relação ao número total de internações hospitalares - S. J. Rio Preto, região Sudeste, estado de São Paulo e Brasil.

	Percentual de internações por CSAB - S.J. Rio Preto	Percentual de internações por CSAB - Estado de São Paulo	Percentual de internações por CSAB - Sudeste	Percentual de internações por CSAB - Brasil
2008	14,9	6	8,1	11,2
2009	14,2	7,2	9,1	11,8
2010	14,6	7,2	9	11,7
2011	15	7	8,5	10,7
2012	15,5	6,8	8,3	10,3
2013	14,9	6,8	7,9	10,1
2014	15,8	6,6	7,8	9,6
2015	15,6	6,7	7,7	9,1

Fonte: SIH-SUS; PROADESS.

Gráfico 10 - Percentual de internações hospitalares no SUS, por CSAB em relação ao número total de internações hospitalares - S. J. Rio Preto, região Sudeste, estado de São Paulo e Brasil.



Fonte: SIH-SUS; PROADESS.

O percentual de internações por condições sensíveis à atenção primária no município não teve significativa variação no período, partindo de 14,9% em 2008 e atingiu 15,6 % em 2015. Em relação aos outros três níveis, o município esteve sempre acima com percentual, mais que o dobro das internações em relação ao Estado de São Paulo, que por sua vez apresentou o menor nível dos quatro entes, entre 6-7%. O nível regional esteve entre 8 e 9%, e o nacional teve ligeiro declínio, oscilando entre 12 e 9%, no período de estudo.

5.3.2 – Número de óbitos hospitalares por infarto do miocárdio

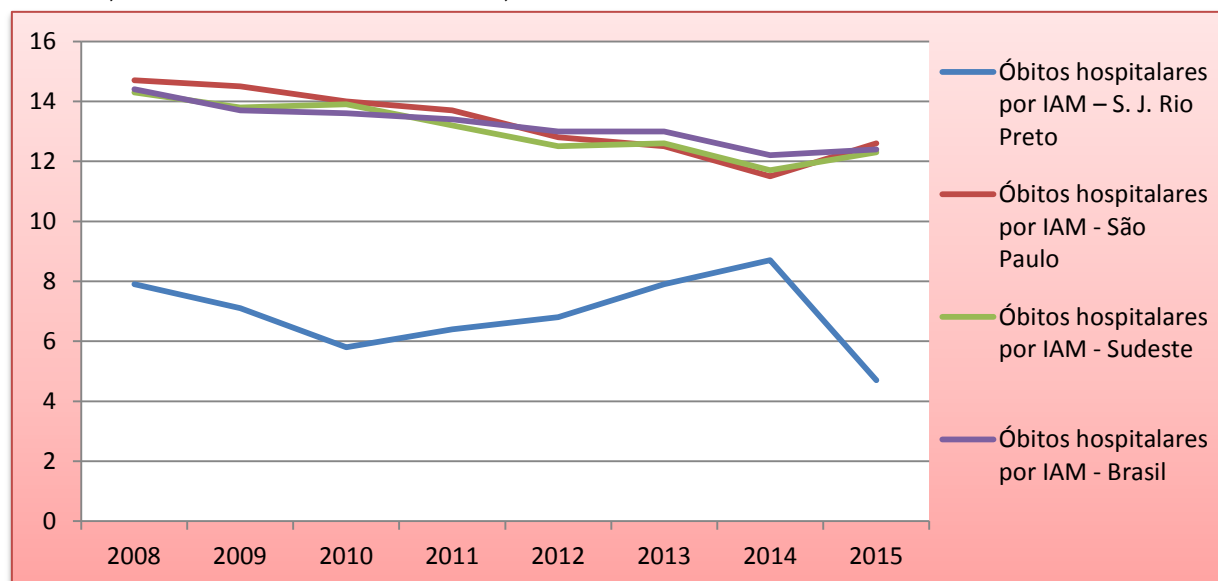
Este indicador é definido como número de óbitos hospitalares entre internações de pacientes com 45 anos ou mais, com tempo de permanência de até 30 dias, devido infarto do miocárdio (IAM), por 100 internações, em determinado espaço geográfico e no ano considerado.

Tabela 19 - Número de óbitos hospitalares em pacientes com 45 anos ou mais com tempo de permanência de até 30 dias, por IAM, por 100 internações - S. J. Rio Preto, região Sudeste, estado de São Paulo e Brasil; 2008 a 2015.

	Óbitos hospitalares por IAM – S. J. Rio Preto	Óbitos hospitalares por IAM - São Paulo	Óbitos hospitalares por IAM - Sudeste	Óbitos hospitalares por IAM - Brasil
2008	7,9	14,7	14,3	14,4
2009	7,1	14,5	13,8	13,7
2010	5,8	14,0	13,9	13,6
2011	6,4	13,7	13,2	13,4
2012	6,8	12,8	12,5	13,0
2013	7,9	12,5	12,6	13,0
2014	8,7	11,5	11,7	12,2
2015	4,7	12,6	12,3	12,4

Fonte: SIH-SUS; PROADESS.

Gráfico 11 - Número de óbitos hospitalares em pacientes com 45 anos ou mais com tempo de permanência de até 28 dias, por IAM, por 100 internações - S. J. Rio Preto, região Sudeste, estado de São Paulo e Brasil, 2008 a 2015.



Fonte: SIH-SUS; PROADESS.

O município apresentou percentual de óbitos por infarto do miocárdio com até trinta dias de internação menor que os demais níveis, partindo de 7,9% e com tendência de queda em 2008; oscilou entre 5,8 - 8,7% no período de 2010 e 2014, e diminuiu para 4,7% em 2015. Os demais níveis apresentaram tendência de queda no período, partindo de taxas ao redor de 14% e terminando o período em torno de 12%.

5.3.3 – Número de casos de sífilis congênita em menores de um ano

Este indicador é definido como número de casos de sífilis congênita detectados em crianças menores de um ano por 1.000 nascidos vivos, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Expressa a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada em duas oportunidades: durante a gestação e também durante o parto.

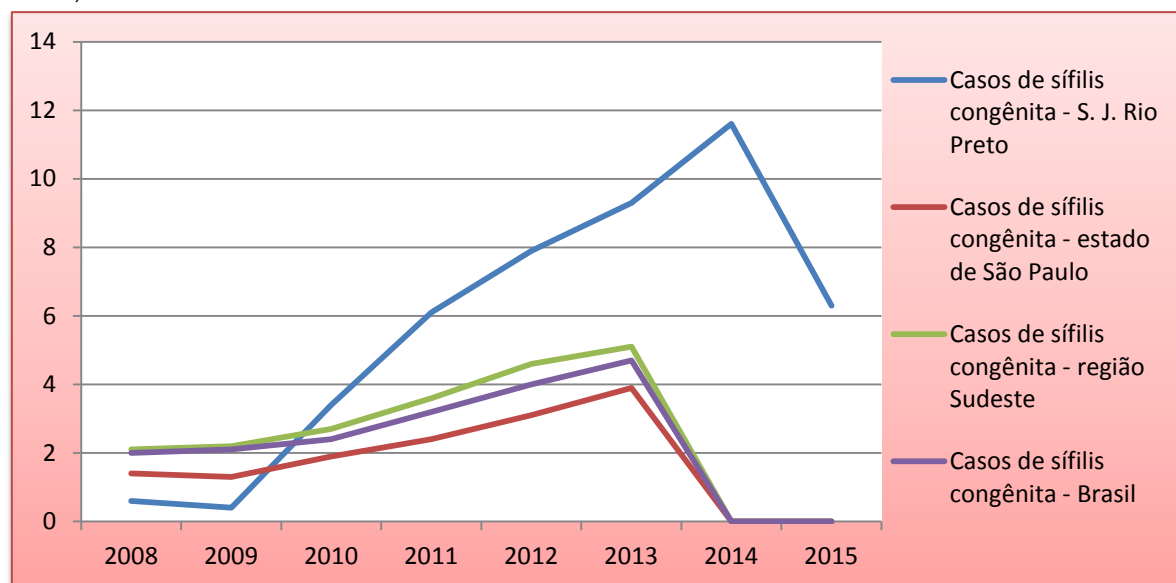
Tabela 20 - Número de casos de sífilis congênita detectados em crianças menores de um ano por 1.000 nascidos vivos - S. J. Rio Preto, região Sudeste, estado de São Paulo e Brasil; 2008 a 2013.

	Casos de sífilis congênita - S. J. Rio Preto	Casos de sífilis congênita - estado de São Paulo	Casos de sífilis congênita - região Sudeste	Casos de sífilis congênita - Brasil
2008	0,6	1,4	2,1	2,0
2009	0,4	1,3	2,2	2,1
2010	3,4	1,9	2,7	2,4
2011	6,1	2,4	3,6	3,2
2012	7,9	3,1	4,6	4,0
2013	9,3	3,9	5,1	4,7
2014	11,6	NR	NR	NR
2015	6,3	NR	NR	NR

Fonte: SINAN; SINASC; PROADESS.

NR = não registrado

Gráfico 12 - Número de casos de sífilis congênita detectados em crianças menores de um ano por 1.000 nascidos vivos - S. J. Rio Preto, região Sudeste, estado de São Paulo e Brasil, 2008 a 2013.



Fonte: SINAN; SINASC; PROADESS.

Os casos de sífilis congênita foram aferidos de 2008 a 2015 no município, e de 2008 a 2013 nos demais níveis. Observa-se importante aumento no número de casos do município, saindo de taxas de 0,6/ 1.000 nascidos vivos em 2008, atingindo 11,6/1.000 nascidos vivos em 2014, quando apresentou tendência de declínio para taxa de 6,3/1.000 nascidos vivos em 2015. O número de casos do município esteve abaixo dos demais níveis entre 2008 e 2009, quando os ultrapassou em 2010, permanecendo acima até o final do período pesquisado. Os níveis estadual, regional e nacional mostraram tendência de alta constante até 2013.

5.3.4 – Percentual de amputação em internados por diabetes mellitus

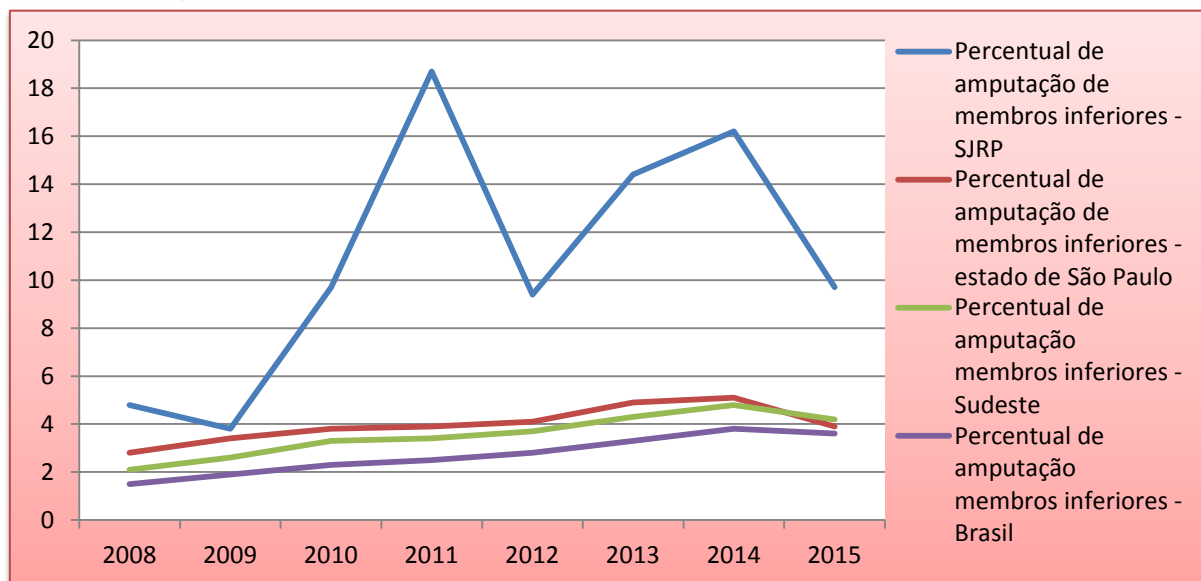
Este indicador é definido como percentual de usuários internados com diabetes mellitus que realizaram amputação não traumática de membros inferiores, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. É uma medida de complicações do diabetes mellitus, que depende do cuidado adequado.

Tabela 21 - Percentual de usuários internados com DM que realizaram amputação não traumática de membros inferiores - São José do Rio Preto, região Sudeste, estado de São Paulo e Brasil, 2008 a 2015.

	Percentual de amputação de membros inferiores - SJRP	Percentual de amputação de membros inferiores - estado de São Paulo	Percentual de amputação de membros inferiores - Sudeste	Percentual de amputação de membros inferiores - Brasil
2008	4,8	2,8	2,1	1,5
2009	3,8	3,4	2,6	1,9
2010	9,7	3,8	3,3	2,3
2011	18,7	3,9	3,4	2,5
2012	9,4	4,1	3,7	2,8
2013	14,4	4,9	4,3	3,3
2014	16,2	5,1	4,8	3,8
2015	9,7	3,9	4,2	3,6

Fonte: SIH-SUS; PROADESS.

Gráfico 13 - Percentual de usuários internados com DM que realizaram amputação não traumática de membros inferiores - São José do Rio Preto, região Sudeste, estado de São Paulo e Brasil, 2008 a 2015.



Fonte: SIH-SUS; PROADESS.

A percentagem de amputação de membros inferiores de diabéticos apresentou significativa variação no município durante todo o período de estudo, com aumentos e declínios sucessivos, partindo de 4,8% em 2008, aumentando até 18,7% em 2011, para diminuir a taxas entre 14-16% nos anos 2013 e 2014, declinando para 9,7% em 2015. Permaneceu acima dos demais níveis durante todo

período do estudo. Os demais níveis tiveram aumento gradual de 2008 a 2014, oscilando entre 2 e 5%, com pequena diferença entre eles.

A seguir é apresentado um quadro sintético do desempenho municipal, considerando cada dimensão e seus respectivos indicadores.

Quadro 4 - Resumo do desempenho de cada indicador, segundo sua dimensão, considerando a comparação com os outros três níveis de estudo.

DIMENSÃO	INDICADOR	DESEMPENHO MUNICIPAL EM RELAÇÃO AOS NÍVEIS DE COMPARAÇÃO
Acesso	Taxa de internações hospitalares	SATISFATÓRIO
	Cirurgia de revascularização do miocárdio	SATISFATÓRIO
	Angioplastias de residentes de 20 anos ou mais	SATISFATÓRIO
	Cobertura populacional por Estratégia Saúde da Família	SATISFATÓRIO
	Cobertura vacinal tetravalente ou penta valente em menores de um ano	INSATISFATÓRIO
	Pessoas de 65 anos ou mais vacinadas contra a gripe	INSATISFATÓRIO
Adequação	Taxa de histerectomia	INSATISFATÓRIO
	Nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal	SATISFATÓRIO
	Taxa de partos cesárias	INSATISFATÓRIO
Efetividade	Taxa de internação hospitalar Condição Sensível à Atenção Básica	INSATISFATÓRIO
	Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio	SATISFATÓRIO
	Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de um ano	INSATISFATÓRIO
	Percentual de amputação em internados por diabetes mellitus	INSATISFATÓRIO

6- DISCUSSÃO

6.1.1 – Considerações sobre o desempenho da dimensão Acesso

Acesso é definido como “a capacidade do sistema de saúde em prover o cuidado e os serviços necessários, no momento certo e no lugar adequado”. O conceito de acesso considera as diversas condições que viabilizam ou dificultam a entrada do usuário nos serviços de saúde, seja qual for nível da atenção. Portanto, a eliminação de barreiras, sejam de recursos, estruturais, geográficas ou sociais é condição indispensável para se obter o acesso adequado. (PROADESS, 2018)

Este estudo selecionou seis indicadores para avaliar o acesso aos serviços de saúde do município, sendo três relacionados à atenção hospitalar (taxa de internações hospitalares, revascularização do miocárdio e angioplastia), portanto nível secundário da atenção em saúde, e três da atenção primária à saúde (porcentagem de cobertura populacional por Estratégia Saúde da Família, percentual de imunização em menores de um ano por tetra ou penta valente, percentual de imunizações contra a gripe com 60 anos ou mais). Esta distribuição busca equilibrar o peso desta avaliação, pois é importante avaliar níveis diferentes do acesso de maneira separada, como nível primário e secundário, ambulatorial e hospitalar. (TRAVASSOS, 2004)

6.1.2 – Análise do desempenho dos indicadores de Acesso

6.1.2.1 - Taxa de internação hospitalar - mede a relação entre a produção de internações hospitalares com financiamento pelo SUS e a população residente na mesma área geográfica. Diz respeito aos princípios da acessibilidade e integralidade do SUS. É influenciada por fatores socioeconômicos, onde o financiamento das internações mais rentáveis tende a aumentar essas taxas; epidemiológicos e demográficos, com maior taxa de internação em populações mais velhas e vulneráveis quanto à exposição a doenças; infraestrutura de serviços, com relação à disponibilidade de recursos humanos, materiais, tecnológicos, financeiros, sendo que maior oferta de tecnologias na área da saúde e inovações da prática médica são determinantes fundamentais no incremento das taxas de internação, não só no Brasil, mas no mundo todo; políticas públicas assistenciais e preventivas, tais como a regionalização e hierarquização do sistema de saúde, sofrendo influência da

capacidade dos serviços de saúde primários evitar internações desnecessárias, e disponibilidade de serviços de reabilitação pós-internação de casos agudos e crônicos; e critérios técnico-administrativos de pagamento adotados no âmbito do SUS, como formas de contratos de gestão e alocação de recursos (RIPSA, 2008; OCDE, 2017).

Este indicador possui algumas limitações, como incluir apenas as internações processadas e faturadas, não todas as que foram efetivamente realizadas pelo SUS, devido a limites contratuais da programação física e financeira do gestor; subnotificação do número de internações realizadas em hospitais públicos (federais, estaduais e municipais) financiados por transferência direta de recursos e não por produção de serviços; e desconsidera as internações realizadas em unidades hospitalares sem vínculo com o SUS, portanto, não contabilizando as internações que correspondem à saúde suplementar, embora o denominador seja a população total (RIPSA, 2008).

Comparando esse indicador às taxas internacionais de países com sistema de saúde semelhante ao brasileiro, e tomando por base os anos de 2009 e 2015, verifica-se que o município apresentou taxas de internações inferiores, sendo cerca de duas vezes e meia menor que a média de internações da OCDE, que variou de 158 int./mil hab. em 2009 a 156 int./mil hab. em 2015, e tendo diferença ainda maior em relação Austrália (162 – 174,8 int./mil hab.), porém estando mais próximas do Canadá (84 – 83,5 int./mil hab.). Essa diferença pode significar menor oferta de leitos/ hab. no município quando comparado a padrões internacionais. Quando comparado aos demais níveis nacionais, notam-se taxas mais elevadas e com tendência de aumento, enquanto os outros três níveis apresentaram tendência de queda nas internações, durante o período pesquisado. Isto demonstra maior capacidade de oferta de leitos no município, indicando melhor desempenho deste indicador de acesso aos serviços de saúde de média complexidade. (OCDE, 2011; OCDE, 2017)

6.1.2.2 - Taxa de cirurgia de revascularização do miocárdio (IAM) – permite monitorar o acesso a serviços de média e alta complexidade.

Este indicador possui algumas limitações como as seguintes: as variações nas taxas entre as regiões de saúde podem ser devido à distribuição da prevalência

da doença coronariana, disponibilidade de serviços e padrões de práticas dos provedores; em decorrência dos avanços tecnológicos e do caráter menos invasivo, observa-se que nos anos mais recentes houve uma diminuição nas taxas de cirurgias de revascularização e aumento nas taxas de angioplastia; os tetos estabelecidos para faturamento de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) podem gerar taxas imprecisas; inclui apenas as internações realizadas no setor público ou no setor privado quando pagas pelo SUS, não incluindo os procedimentos do setor suplementar. (PROADESS, 2018).

Existe notável redução do IAM em diferentes populações ao longo das últimas duas décadas, notadamente a americana. Vários fatores são colocados como causas desta diminuição, como melhorias na prevenção primária e secundária das doenças coronarianas (Yeh, 2010, 2015; Culler, 2014). Também tem havido diminuição das taxas de revascularização do miocárdio nestas populações, fato atribuído à diminuição na incidência do IAM e melhorias do tratamento medicamentoso (Yeh, 2015). No Brasil também se observa tendência de redução do risco de morte por doença isquêmica coronariana, com redução de 23,35% para homens e 29,5% para mulheres, no período de 1990 a 2009, apesar de ainda ser a principal causa de morte na população adulta (FAVARATO, 2012; LOTUFO, 2015).

Ao analisar taxas de revascularização em outros países, observa-se um declínio no Canadá de 283/100.000 hab. a 268/100.000 hab. no mesmo período desta pesquisa; nos EUA, região de Massachusetts, houve redução de 113 para 63/100.000 hab. no período de 2003 a 2012 (Culler, 2014; Yeh, 2015; CIHI, 2018).

Ao se analisar os dados obtidos por esta pesquisa, também se observa diminuição das taxas de revascularização em todos os níveis pesquisados, com maior diminuição nas taxas municipais, seguida pelas taxas estadual, regional e nacional, todos em níveis bem abaixo dos observados em outros países. Isto pode significar limitação no acesso e este tipo de procedimento, considerando que a mortalidade por doenças coronarianas é ainda elevada no Brasil. Entretanto, na comparação deste estudo, observa-se que o município tem nível de acesso maior que os demais, sugerindo melhor desempenho que os demais níveis, como indicador de qualidade de acesso aos serviços hospitalares.

6.1.2.3 - Taxa de angioplastia – este indicador também permite verificar o acesso a serviços de média e alta complexidade e possui as mesmas limitações do indicador anterior.

Na análise deste indicador, a exemplo da revascularização, também se observa declínio nas taxas de angioplastia nos EUA, porém pouca variação nas taxas canadenses de 2003 a 2012. Notam-se taxas mais elevadas nos EUA que no Canadá. Analisando os dados deste trabalho, as taxas são bem inferiores às internacionais acima citadas, em todos os níveis e no período do estudo, chegando a ser cerca de quatro vezes menor nos níveis estadual, regional e federal, quando comparado com taxas canadenses, e ainda menor se comparadas às americanas, indicando restrições no acesso a este procedimento. (Culler, 2014; Yeh, 2015; CIHI, 2018).

Na análise entre os níveis do estudo, observa-se pouca variação nas taxas estadual, região Sudeste e Brasil, todos próximos de 50 procedimentos/100.000 hab., durante todo período da pesquisa. Já no nível municipal, além de ter taxas cerca de duas a três vezes maior que os outros níveis, observa-se uma alta importante e consistente nas taxas de angioplastia, o que significa melhorias no acesso ao procedimento, mas também um possível viés na utilização desta tecnologia, uma vez que é procedimento de alta complexidade na classificação do SUS, com melhor remuneração de insumos e serviços. Isto requer da gestão em saúde maior atenção quanto à padronização na utilização desta tecnologia, e maior rigor na fiscalização dos prestadores de saúde.

6.1.2.4 - Porcentagem de cobertura populacional por Estratégia Saúde da Família - é um indicador que demonstra a centralidade da Atenção Básica no SUS, com a proposta de se constituir como ordenadora do cuidado nos sistemas loco-regionais de saúde, e eixo estruturante de programas e projetos, além de favorecer a capacidade resolutiva e os processos de territorialização e regionalização em saúde (PROADESS, 2015).

A Atenção Primária em Saúde (APS) é o primeiro nível onde as pessoas apresentam seus problemas de saúde e onde as necessidades preventivas e curativas devem ser satisfeitas, na maioria dos casos. É amplamente aceito que sistemas de saúde que possuem APS organizados e fortalecidos terão melhor

funcionamento como um todo com melhores resultados, como redução na taxa de mortalidade infantil, menos internações hospitalares potencialmente evitáveis, maior equidade, mais acesso e continuidade do cuidado, menor custo, dentre outros. Portanto, avaliar a atenção primária é de fundamental importância para se conhecer o desempenho dos serviços e do sistema de saúde, uma vez que é a porta de entrada deste sistema (STARFIELD, 2005; KRINGOS, 2013; European Observatory on Health Systems and Policies, 2015; MALTA, 2016).

No âmbito internacional, existem muitos modelos de avaliação deste nível de atenção, e em países europeus esta prática tornou-se ferramenta importante de gestão, oferecendo transparência e fonte de dados para se conhecer o desempenho dos cuidados primários em saúde. Baseado no conceito de que a atenção primária se constitui em um subsistema com atributos próprios e fundamentais, tendo como base as dimensões estrutura e processo, um grupo de pesquisadores ligados ao European Observatory on Health Systems and Policies e à Comunidade Europeia tem avaliado diversos países europeus, por meio do Projeto PHAMEU (Primary Health Care Activity Monitor for Europe- 2009/2010), sendo o acesso um dos atributos fundamentais para monitoramento e avaliação. Como uma das ferramentas, é utilizada a cobertura por profissionais de saúde (geralmente médicos e enfermeiros) em nível primário da atenção. Os resultados mostram uma consistente orientação da maioria dos países monitorados para os atributos da dimensão estrutura, porém uma heterogeneidade quanto à dimensão processo, onde o acesso está inserido, mostrando a necessidade de avaliação contínua e que melhorias necessitam ser feitas (KRINGOS, 2013; European Observatory on Health Systems and Policies, 2015).

No Brasil, a organização da APS como elemento fundamental para a assistência em saúde tem experimentado várias tentativas e modelos de implantação nas últimas décadas, sendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) o modelo que mais se desenvolveu por todo país, concomitante ao modelo da Atenção Básica (AB) tradicional, e são as duas principais portas de entrada para o sistema de saúde. A ESF experimentou importante expansão em sua implantação por todo o país nos últimos anos, sendo que em 2012, 95% dos municípios brasileiros contavam com um total de 33.404 equipes implantadas, com potencial para abranger 55% da população brasileira (MALTA, 2013; ARANTES, 2016).

Esta pesquisa vem corroborar os dados da literatura, mostrando que em todos os níveis geográficos houve aumento da cobertura das principais portas de acesso ao sistema de saúde, tanto na ESF quanto na AB. A cobertura pela ESF é maior no Brasil, região Sudeste e estado de São Paulo quando comparado ao município. Entretanto, a velocidade do aumento nas taxas de cobertura pela ESF foi maior no município, seguido pela região Sudeste e estado de São Paulo, e com menor aumento da cobertura no nível nacional, durante todo período do estudo, em que pese neste nível estar presente a maior cobertura da população. Quando se compara o alcance da implantação da ESF no município às metas dos Planos Municipais de Saúde do período da pesquisa, observa-se que em nenhum momento se atingiu estas metas, sendo que para o biênio 2008/2009 havia a ousada cifra de alcance em 70% da população. No final deste período, havia atingido 12,5% de cobertura pela ESF; para o quadriênio 2010/2013 houve uma meta mais modesta de 40% de cobertura para ESF, mesmo assim não conseguindo atingi-la, alcançando 24,9% de cobertura. No biênio 2014/2015 a meta apresentou um enunciado genérico de cobertura na atenção básica, entendendo-se que abarcaria tanto a ESF quanto a AB, e apresentava uma cifra de 51,2% de cobertura ao final de 2015, meta muito modesta para a efetiva implantação e estruturação da APS no município, porém sendo atingida quando somadas as duas estratégias.

Estes números evidenciam um razoável desempenho das estratégias para estruturação da APS em todos os níveis, pois o máximo atingido pelo nível nacional foi de 60% de cobertura. Porém, os crescentes aumentos nos resultados na implantação da ESF, notadamente no nível municipal que partiu de 12% de cobertura em 2008 e chegou com 30%, obtendo o maior crescimento de todos os níveis, demonstra ser esta estratégia um promissor instrumento estruturante e norteador da APS no município, garantindo maior acesso ao sistema de saúde, não obstante os gargalos da assistência que estão efetivamente presentes, e que frustram, em certa medida, a desejável cobertura total da população pela APS.

6.1.2.6 - Percentual de imunização em menores de um ano por vacina tetra ou penta valente – este indicador estima o nível de proteção da população infantil contra doenças selecionadas, evitáveis por imunização, mediante o cumprimento do esquema básico de vacinação.

A recomendação do Ministério da Saúde é de ao menos 95 % da população-alvo vacinada (RIPSA, 2008; BRASIL, 2013; PROADESS, 2015). A vacinação tem sido usada como medida de acesso aos serviços de saúde, considerando que a redução de doenças imunopreveníveis constitui cobertura por taxas de utilização de determinados serviços ou procedimentos necessários e adequados, em momento oportuno (TRAVASSOS, 2004).

Este indicador possui algumas limitações: valores médios elevados podem encobrir bolsões de baixa cobertura em determinados grupos populacionais, comprometendo o controle das doenças; imprecisões do registro de doses de vacina aplicadas, principalmente durante a realização de campanhas de vacinação; a demanda da população não residente aos postos de vacinação, principalmente em campanhas, dificulta a avaliação da cobertura vacinal; imprecisões da base de dados demográficos utilizada para estimar o número de crianças com menos de um ano de idade, especialmente em anos intercensitários; valores mais baixos de cobertura, assim como acima de 100%, podem estar associados à imunização de não residentes dos municípios onde foram realizados os procedimentos (RIPSA, 2008; PROADESS, 2015).

A eficácia e segurança das vacinas combinadas tetra e penta valente indicadas no calendário vacinal do Ministério da Saúde, para crianças abaixo de um ano de idade, está demonstrada na literatura mundial, além de recomendada pela Organização Mundial de Saúde. Os países da OCDE disponibilizam vacinas para difteria, tétano e coqueluche (DPT) combinadas ou não com vacinas para hepatite B, com cobertura variada da população-alvo, mas com tendência de aumento para todas estas vacinas, no período de 2005 a 2015. A média de cobertura vacinal dos países da OCDE está em torno de 95% da população, com destaque para a cobertura na China, Suécia e Portugal. Austrália e Canadá estão abaixo de 95% de cobertura (SREEDHAR, 2014; OCDE, 2017).

A vacina tetravalente foi disponibilizada até 2012 pelo Ministério da Saúde, e a partir do segundo semestre a penta valente passou a ser administrada em seu lugar. Este estudo mostra adequada cobertura vacinal em todos os níveis pesquisados, sendo a cobertura no município a maior de todos, apesar de na série histórica a cobertura não estar disponível para a região Sudeste, estado de São

Paulo e Brasil, nos anos de 2014 e 2015, na fonte do PROADESS. Observa-se que o município de São José do Rio Preto sempre esteve acima da cobertura preconizada, sendo que apenas nos anos de 2012 e 2013 não atingiu ou ultrapassou os 100% de cobertura. A contradição de um percentual acima de 100% de vacinados pode ser explicada pela vacinação de não residentes, ou por falhas na estimativa populacional. O município suplantou as metas de vacinação dos planos municipais de saúde para o período em questão, demonstrando desempenho muito bom para este indicador de acesso (BRASIL, 2013; SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2009; 2013; 2017).

6.1.2.7 - Percentual de imunizações contra a gripe com sessenta anos ou mais - mede o acesso às ações primárias de saúde direcionadas à população idosa, pois quanto maior a cobertura, maior o acesso.

Este indicador também é utilizado por vários países da OCDE como medida de qualidade dos serviços de saúde, alguns utilizando como medida de acessibilidade, como no caso do Canadá e Estados Unidos. Tem como limitação problemas na estimativa da população-alvo e no registro de vacinações. (PROADESS, 2018; CIHI, 2018).

Estudos mostram que esta vacina protege da influenza idosos com 60 anos ou mais que recebem a dose anual, porém existem controvérsias na literatura de quanto seria esta proteção, e o quanto efetivamente evitaria mortes e internações por doenças respiratórias relacionadas à influenza, e ainda se a proteção seria igual em todas as estações do ano. Apesar disso, tem sido amplamente utilizada como medida de combate a doenças imunopreveníveis em muitos países (GLEZEN, 2006; DEMICHELI, 2018; OCDE, 2017).

No Brasil, foi incorporada ao calendário vacinal do Ministério da Saúde em 1999 para pessoas com 65 anos ou mais. Em 2000, essa idade foi rebaixada para 60 anos. Desde então também tem sido realizadas campanhas anuais para prevenção da doença em períodos de surto (FORLEO-NETO, 2003).

Este trabalho mostra que em 2009 houve um aumento nas taxas de imunização em todos os níveis pesquisados, provavelmente em função do surto que houve da doença, diminuindo nos anos posteriores nos níveis estadual, regional e

federal, porém mantendo tendência de aumento no município até 2012, quando as taxas de aplicação da vacina também se estabilizam ao redor de 75% de cobertura, assim permanecendo até 2015. Nesse ano há dados somente para o município. O nível federal permanece com a maior taxa de vacinação em 2014 com 78,2% de cobertura. Considerando o aumento crescente e com maior velocidade nas taxas de vacinação, é razoável dizer que o município teve desempenho promissor para este indicador, apesar de não ter atingido percentuais acima de 90%, como é preconizado, e ter ficado abaixo dos demais níveis, sendo assim considerado como insatisfatório.

6.2.1 – Considerações sobre o desempenho da dimensão Adequação

O conceito de adequação considera a disponibilidade de serviços segundo as necessidades da população, de acordo com a quantidade e distribuição espacial, utilizando as melhores práticas baseadas nos melhores conhecimentos tecnológicos. Ela pode também abranger o conceito de qualidade do cuidado, ou seja, o grau com que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de obter resultados de saúde esperados, e consistentes com o conhecimento profissional atual (VIACAVA, 2012).

“Embora a definição de adequação apresente maior variação conceitual quando comparado às outras subdimensões de desempenho dos serviços de saúde, e muito frequentemente seja apresentada como parte da efetividade, a revisão sistemática da literatura mostra que 40% dos modelos teóricos de avaliação de desempenho incluem a adequação no nível de sistema de saúde, definido como um conjunto de organizações/instituições. Nesse sentido, a adequação estaria incluída no grupo dos indicadores de provisão de serviços e, com base em evidências e padrões, representaria o melhor ajuste dos serviços com as necessidades dos clientes” (VIACAVA, 2012).

6.2.2 - Análise do desempenho dos indicadores de Adequação

6.2.2.1 – Taxa de histerectomia em residente de vinte anos ou mais – este indicador é utilizado por vários países e organismos internacionais como medida de adequação de serviços de saúde, no que concerne às melhores práticas disponíveis no momento adequado, permitindo avaliar esta dimensão no nível da média complexidade da assistência. A redução nas taxas internação para histerectomia ao longo do tempo aponta para possíveis mudanças nas práticas de

saúde, tais como o uso de procedimentos alternativos mais conservadores (VIACAVA, 2012).

Limitações deste indicador: não é uma medida direta de resultado, mas de um aspecto do cuidado que está associado ao resultado, devendo seu uso ser associado a outros indicadores que mensurem aspectos similares do cuidado; as características do paciente podem afetar o desempenho desse indicador, requerendo o ajuste por risco (viés de confundimento); a taxa correta de histerectomia não está bem estabelecida, podendo ser utilizadas as médias nacionais e regiões como parâmetro de comparação; subestimação das taxas devido ao fato de que os dados nacionais são provenientes de instituições públicas ou conveniadas ao SUS, não contemplando as histerectomias realizadas em instituições privadas; denominador considerando mulheres histerectomizadas; fatores que podem influenciar as tendências das taxas, como o desenvolvimento de novas tecnologias para tratamento de afecções uterinas, utilização de diretrizes clínicas e revisão por pares para garantir maior qualidade na assistência; desejo das pacientes em preservar a fertilidade. (PROADESS, 2015).

A histerectomia é um procedimento operatório comum, e estima-se que entre 20 e 30% das mulheres serão submetidas a ele até a sexta década de vida, e tem grande variação na frequência ao redor do mundo. Na América do Norte, estimam-se taxas de 55/10.000 mulheres, no Reino Unido 28/10.000 e na Dinamarca 10/10.000 mulheres. As indicações cirúrgicas variam mais em função da prática clínica de cada local, que propriamente baseada em evidências científicas. No Brasil, esta prática não é diferente, sendo a miomatose uterina a indicação mais frequente. Existe uma tendência de queda nas taxas de histerectomia em nosso país nos últimos anos (SÓRIA, 2007; OROZCO, 2008; VIACAVA, 2012).

Em comparação com países da América do Norte e Reino Unido, o Brasil tem taxas menores, porém equivalente às taxas de países como a Dinamarca, o que poderia indicar boa prática de utilização deste procedimento, e conseqüentemente boa qualidade medida por este indicado. Neste estudo observa-se tendência de queda nas taxas de histerectomia em todos os níveis, apesar de uma elevação no município em 2010. Este também é o nível onde esta prática é mais executada, seguido em níveis bem inferiores pelo Brasil, região Sudeste e estado de São Paulo,

o que confere pior desempenho para o município neste indicador, considerando que a preservação de órgãos é sempre desejável, desde que não seja imperativo para o tratamento da doença em questão.

6.2.2.2 - Consultas de pré-natal – este indicador mede adequação da cobertura das consultas realizadas por gestantes durante a gravidez, e foi introduzido como ferramenta de avaliação de adequação, no relatório do PROADESS em 2010 (FIOCRUZ, 2012).

Limitações: a informação fornecida pela mãe no momento do parto se refere ao número total de consultas, sem relação com a idade gestacional; esta informação pode estar distorcida, dada à imprecisão do conceito de consulta pré-natal. (PROADESS, 2018)

A assistência adequada ao pré-natal é amplamente discutida por organismos internacionais e por gestores da assistência à saúde. A definição do que seria mais apropriado no sentido de se oferecer qualidade e segurança à gestante, ainda é motivo de estudos. A tendência do momento é considerar que um determinado número mínimo de consultas, o início precoce deste acompanhamento, os tipos de cuidados dispensados (exames, vacinas, complementos nutricionais, apoio psicológico entre outros) e orientações para medidas preventivas a agravos e complicações, são fundamentais para uma boa gestação e um bom termo. A Organização Mundial da Saúde atualmente preconiza um número mínimo de oito consultas de pré-natal, baseada em estudos que mostram ser este modelo de acompanhamento associado e menor mortalidade perinatal, menores taxas de baixo peso ao nascer e prematuridade, além de maior sensação de segurança e satisfação das gestantes (BEECKMAN, 2011; WHO, 2016).

No Brasil, se tem observado um aumento nas taxas de cobertura de consultas do pré-natal após a implantação Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento pelo Ministério da Saúde, em 2000, apesar de haver críticas e divergências quanto a real dimensão desta cobertura, e fidedignidade dos dados coletados (VIELLAS, 2014; GOUDARD, 2016).

Os dados deste estudo mostram uma variação considerável entre os níveis pesquisados. Enquanto o nível nacional apresenta tendência de aumento, porém

mantendo-se no menor patamar, os demais praticamente apresentam pouca alteração, sendo que o município está no nível mais alto de cobertura, todavia com tendência de queda a partir de 2012. As metas dos Planos Municipais de Saúde variaram quanto ao número de consultas de pré-natal que deveriam ser realizadas, explicado pela variação nas recomendações técnicas do Ministério da Saúde durante o período do estudo, mas as taxas de cobertura alcançadas neste nível não ficaram distantes das metas destes planos e sempre maior que 80% de cobertura, demonstrando razoável desempenho, apesar de que uma cobertura plena para todas as gestantes seria o ideal. Portanto, o desempenho para este indicador foi favorável ao município na comparação com os demais níveis (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2009; 2013; 2017).

6.2.2.3 - Percentual de partos cesárias – este indicador é amplamente utilizado em vários países e instituições, como elemento que demonstra boa prática nos cuidados a saúde dispensada às gestantes, no momento do parto. Foi incluído no relatório da FIOCRUZ/PROADESS em 2012 e tem demonstrado ser bom aferidor de resultados na adequação do cuidado, quando praticado de acordo com aquilo que a literatura científica preconiza, que por sua vez se fundamenta em estudos de morbimortalidade materna, perinatal e infantil, para se considerar a adequação da prática (FIOCRUZ, 2012; VIACAVA, 2012).

Limitações do indicador: o número de nascidos vivos é adotado como uma aproximação do total de partos; percentuais elevados podem significar, entre outros fatores, a concentração de partos considerados de alto risco, em municípios onde existem unidades de referência para a assistência ao parto; é influenciado pelo modelo de assistência obstétrica adotada, pelas condições socioeconômicas e de saúde da gestante, e pela disponibilidade de recursos especializados (tecnologias e serviços) (PROADESS, 2018).

Em 1985, a OMS preconizava que taxa ao redor de 15% de cesáreas seria considerada adequada, o que ainda hoje pode ser demonstrado por vários estudos, porém estas taxas não devem ser rigidamente observadas, considerando que a estrutura e experiências de cada país variam amplamente (BÉTRAN, 2007; 2015).

As taxas de cesáreas variam significativamente, seja ao redor do mundo ou até em níveis locais e institucionais. Nos últimos anos houve aumento destas taxas

de uma maneira geral, e estima-se que ao redor do mundo 15% dos partos sejam cesáreas, sendo que na América Latina e Caribe estas taxas são de 29,2%; em países desenvolvidos 21,1% e na África menos de 3,5%. A média de partos cesáreos nos países da OCDE em 2015 foi de 27,9%, sendo que o país com as maiores taxas é a Turquia com 53,1% e a menor taxa é da Finlândia com 15,5%. As causas para o aumento nestes países vão desde a preferência da mulher por cesárea, até má prática profissional, conveniência para marcação do parto e aumento no número de gestações múltiplas (BÉTRAN, 2007; OCDE, 2017).

No Brasil a taxa de operação cesariana se situa em torno de 56%, com ampla variação entre os serviços públicos e privados. Considerando as características da nossa população, que apresenta entre outros distintivos um elevado número de operações cesarianas anteriores, a taxa de referência ajustada para a população brasileira, gerada a partir do instrumento desenvolvido para este fim pela OMS, estaria entre 25%-30% (BRASIL, 2016).

Este estudo mostra que as taxas de cesárea no município são bem maiores que os demais níveis estudados. O menor nível é o nacional que se encontra ao redor de 56%; o nível estadual e da região Sudeste praticamente iguais e ao redor de 60%; o municipal ao redor de 80%, o que demonstra inadequação quanto a este indicador em todos os níveis, com destaque para o município, considerando o que preconiza norma técnica do Ministério da Saúde, a literatura científica mundial e as práticas obstétricas de países com melhor desenvolvimento. O PMS de 2006 a 2009 tinha como meta atingir o limite de 30% de partos cesárias no município, o que não foi atingido, e o PMS de 2013 a 2017, bem menos ambicioso, buscava a meta de diminuir em 1% ao ano as taxas de partos cesáreos, o que foi conseguido nos dois últimos anos do período da pesquisa, corroborando a interpretação de desempenho insatisfatório no nível municipal para este indicador (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2009; 2017).

6.3.1 – Considerações sobre o desempenho da dimensão Efetividade

A efetividade dos sistemas de saúde vem sendo, desde a década de 80, interpretada como o alcance de objetivos relacionados a intervenções propostas por programas, na área da saúde. Existe uma tendência em se relacionar o efeito das ações e práticas de saúde implementadas, com os resultados obtidos. A efetividade

diz respeito à relação entre o impacto real e potencial do serviço, em uma situação ideal determinada. A Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) define:

“efetividade como o grau com que uma determinada intervenção ou tecnologia médica traz benefícios para indivíduos de uma população definida, sob condições regulares de uso. A efetividade e o impacto estariam, portanto, relacionados às modificações introduzidas por uma intervenção num contexto da vida real” (FIOCRUZ, 2012; VIACAVA, 2012).

O PROADESS define a efetividade como o “grau com que a assistência, serviços e ações atingem os resultados esperados” (PROADESS, 2018).

6.3.2 - Análise do desempenho dos indicadores de Efetividade

6.3.2.1 - Taxa de internação hospitalar por Condição Sensível à Atenção Básica (ICSAB) – este indicador possui forte relação entre os conceitos da efetividade e o que ele expressa em termos de resultados na atenção à saúde.

Limitações que possui: o uso das ICSAB como instrumento de monitoramento da atenção básica requer que os dados sobre altas hospitalares sejam completos, que os diagnósticos registrados sejam confiáveis, e que as condições selecionadas como sensíveis à atenção ambulatorial sejam válidas; não são consideradas as internações em unidades hospitalares sem vínculo com o SUS, as quais podem concentrar atendimento em determinadas especialidades assistenciais, influenciando o padrão de atendimento no SUS; falhas na codificação da causa de internação podem interferir nos resultados do indicador e exigem cautela na interpretação; a ocorrência eventual de múltiplas internações por pessoa em uma área e período considerado pode superestimar o valor do indicador. (PROADESS, 2015)

Considerando que as atividades preventivas, curativas e de promoção à saúde no nível da atenção básica são determinantes para desfechos melhores ou piores, a medição destes desfechos por meio de internações consideradas evitáveis, é um bom indicador de quanto efetivo está sendo os serviços neste nível da atenção. Em geral, os estudos mostram forte associação inversa entre uma atenção primária fortalecida e acessível, principalmente em modelos Beveridgianos e

internações ditas de condições sensíveis à atenção primária (DHSVG, 2001; ALFRADIQUE, 2012; ROSANO, 2012; VIACAVA, 2012).

O conceito de CSAB desenvolvido por Billings et al. na década de 1990, é amplamente utilizado como aferidor da efetividade da atenção primária, e indicadores de internação hospitalar por estas condições são utilizados internacionalmente, porém a maioria dos países possui listas adaptadas aos diferentes perfis epidemiológicos e de carga de doenças. No Brasil, a institucionalização do uso de indicadores como as internações por condições sensíveis à atenção primária faz parte de uma estratégia para aprimorar o planejamento e gestão dos serviços de saúde, por autoridades nacionais, estaduais e locais. Quanto à metodologia, os trabalhos existentes na literatura sobre internações por CSAB podem ser agrupados entre aqueles que descrevem as tendências dessas condições (estudos de séries temporais) e aqueles que investigam os fatores associados às mesmas (estudos ecológicos ou estudos de coorte). (ALFRADIQUE, 2012; UFMG, 2012).

A utilização de ferramentas como o indicador internações por CSAB é importante para avaliação de sistemas de saúde universais como o do Brasil. Existem evidências de que a estratégia de atenção primária brasileira tem tido resultados positivos, no que se refere à avaliação dos usuários, dos gestores e dos profissionais de saúde, à oferta de ações de saúde, ao acesso e uso de serviços e à redução da mortalidade infantil. Entretanto, evidências de impactos mais abrangentes no âmbito nacional ainda são necessárias. Estas avaliações podem ser obtidas através de indicadores sintéticos como o indicador de internações por condições sensíveis à atenção primária (UFMG, 2012).

No Brasil e em nível nacional, existe uma tendência de queda nas taxas de ICSAB desde 1998, e isto se observa em praticamente todos os grupos de doenças. Também foi observada queda nessas taxas em todos os Departamentos Regionais de Saúde (DRS) do estado de São Paulo, entre os anos de 2000 e 2007, porém apresentando heterogeneidade quanto à distribuição destas taxas entre os grupos de doenças. Nota-se que a DRS que apresentou maiores taxas de ICSAB durante este período foi São José do Rio Preto, onde teve variação de 27,8 int./1000 hab. ano em 2000 a 20,9 int./1000 hab. ano no ano de 2007. Quanto ao percentual

relativo das ICSAB no estado, pesquisa demonstra taxas entre 18,41% no ano de 2000 e 16,06% em 2009, evidenciando tendência de queda (BOING, 2012; REHEM, 2011).

Finalmente, não dispomos de uma base de comparação nacional bem definida quanto às ICSAB, pois os determinantes que influenciam estes eventos, assim como os métodos de levantamento e cálculo destas taxas, são variáveis segundo regiões brasileiras e trabalhos na área em questão.

Este trabalho também mostra tendência de diminuição das ICSAB nos níveis nacional, região sudeste e estadual. Entretanto o município possui as maiores taxas e apresentou tendência de alta nestas internações durante o período do estudo, apresentando taxas ao redor de 15%, bem próxima do que já havia sido levantado para o município em estudo anterior, no qual a taxa esteve ao redor de 13%. Percebe-se uma dissonância entre os dados da literatura quanto às taxas estaduais e aquelas encontradas neste levantamento, porém quanto às taxas municipais, existe certa concordância com a literatura, com pequenas variações (FERREIRA, 2014).

O fato de o município ter taxas mais altas que os demais níveis não necessariamente demonstram menor efetividade de sua atenção básica, pois poderia indicar maior acesso a internações em relação aos demais níveis pesquisados, desde que observado o conceito de adequação. Além disso, ao compararmos o desempenho municipal às metas do PMS 2014-2017 para este indicador, vemos que as metas foram atingidas, pois estas se situaram entre 15% e 14,7%. Entretanto, considerando o conceito de efetividade e a finalidade deste indicador em medir relação inversa entre atenção primária e internações a ela sensíveis, conclui-se que o desempenho neste quesito não foi favorável, com esperança de melhorias no nível básico da atenção e consequente diminuição das internações (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2017).

6.3.2.2 - Número de óbitos hospitalares por infarto do miocárdio (IAM) - a mortalidade por IAM tem diminuído nas últimas quatro décadas em grande parte dos países desenvolvidos e em vários países em desenvolvimento. Isto pode ser atribuído a medidas preventivas, de promoção à saúde e a avanços no tratamento das doenças coronarianas. O número de óbitos hospitalar por IAM é um bom

indicador da qualidade da assistência aos casos agudos das doenças coronarianas, pois reflete o processo do cuidado, onde está em questão o acesso tempestivo à assistência de urgência, a qualidade da intervenção médica realizada e a estrutura da rede hospitalar e pré-hospitalar (OCDE, 2017).

Os países da OCDE apresentam em média uma taxa de 7,5 óbitos/100 admissões por IAM que permaneceram até 30 dias internados, mas com taxas variando entre 3,7 na Noruega e 13,9 óbitos/100 admissões por IAM na Hungria, chegando a 28,1 óbitos/100 admissões por IAM no México, caso este que se afasta muito da média de todos os outros países (ROGER, 2010; OCDE, 2017).

Este trabalho mostra que a taxa de óbitos hospitalares por IAM, a exemplo do que tem acontecido na maioria dos países da OCDE, apresentou tendência de queda entre 2008 e 2015 nos níveis estadual, regional e nacional, tendo praticamente as mesmas taxas para os três níveis, que inicialmente estava em torno de 14%, atingindo 12% em 2015, sem apresentar grandes oscilações. Já as taxas do município estiveram em patamares bem inferiores, porém com maiores oscilações, declinando até 2010 para taxa de 5,8% quando a partir daí se eleva até taxas próximas a 9%, e depois diminui novamente. Estas taxas foram bem próximas ao observado na média dos países da OCDE, o que aproxima o desempenho municipal ao de países desenvolvidos, como Estados Unidos, Bélgica e Reino Unido.

Portanto, avalia-se que o desempenho no nível municipal apresenta maior efetividade dos serviços hospitalares ao atendimento do paciente com IAM, o que seria esperado, pois o município é um importante polo da área médica, com destaque para hospitais terciários e especializados em cardiologia. Também pode haver relação com uma atenção em urgências e emergências mais bem estruturada e preparada para o acesso e tratamento pré-hospitalar dos casos de infarto do miocárdio, uma vez que o SAMU municipal foi instituído em 2003 e possui considerável experiência no manejo pré-hospitalar de pacientes com quadro agudo cardiológico.

6.3.2.3 - Número de casos de sífilis congênita em menores de um ano - indica condições favoráveis à transmissão da doença e deficiências na atenção à

saúde da mulher, especialmente no período pré-natal, quando as gestantes infectadas poderiam ser oportunamente identificadas e tratadas.

Limitações que possui: a qualidade dos dados depende das condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica, em cada área geográfica, para detectar, notificar, investigar e realizar testes laboratoriais específicos para a confirmação diagnóstica da sífilis em gestantes e recém-nascidos; a análise de séries temporais deve ser cautelosa, levando em conta o processo de implantação do sistema de notificação na rede de serviços, a evolução dos recursos de diagnóstico (sensibilidade e especificidade das técnicas laboratoriais utilizadas) e o rigor na aplicação dos critérios de definição de caso de sífilis. (PROADESS, 2015)

A eliminação da sífilis congênita como problema de saúde pública requer a redução de sua incidência a menos de um caso por mil nascidos vivos, meta a ser alcançada mediante a busca ativa de casos de sífilis materna e congênita, em serviços de pré-natal e em maternidades, paralelamente a ações de prevenção e tratamento (RIPSA, 2008).

A incidência global de sífilis em 2012 foi estimada em 2,8 casos/1000 habitantes, tendo grandes variações ao redor do mundo. A taxa de soropositivos em gestantes também sofre grandes variações nacionais e até regionais, sendo que estimativas feitas em 2009 mostraram que na Europa havia uma taxa de 0,16% de infectadas, na Ásia 0,62%, na América 0,84% e na África 2,13%. Entre 2008 e 2012 estudo mostra que houve uma diminuição global de 18% na carga da doença materna e transmissão da sífilis congênita, excluindo-se a Índia (NEWMAN, 2013, 2015; WIJESORIYA, 2016).

No Brasil, a eliminação da sífilis congênita constitui uma prioridade, assim como para os países da América Latina e Caribe. O documento “Estratégia e Plano de Ação para a Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis Congênita”, de 2010, reafirma o compromisso dos países das Américas para eliminar a transmissão vertical dos dois agravos até 2015. Esse compromisso está em conformidade com as metas estabelecidas pela “Iniciativa de Eliminação” da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), que é a redução da taxa de incidência de sífilis congênita para menos de 0,5 casos por 1.000 nascidos vivos até 2015. Pacto pela Saúde do

Ministério da Saúde (2006) incluiu metas de redução da sífilis contidas no Plano Plurianual (PPA) 2012-2015, e uma das prioridades da Agenda Estratégica da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS) é a eliminação da sífilis congênita como problema de saúde pública, até 2015. A criação da Rede Cegonha em 2011 também se constituiu em uma estratégia importante para detecção e tratamento dos casos de sífilis (BRASIL, 2015).

Apesar disso, a taxa de detecção de sífilis em gestantes e a taxa de sífilis congênita em menores de um ano vem aumentando desde 2009 nas cinco grandes regiões brasileiras, com destaque para o nordeste e o sudeste, depois de vários anos praticamente estabilizada entre 1 e 2 casos/1000 nascidos vivos, sendo o que Brasil atingiu a taxa de 4,7 casos/1000 nascidos vivos em 2013.

Este trabalho mostra que todos os quatro níveis pesquisados tiveram aumento nas taxas de sífilis congênita a partir de 2009, consoante com o que foi acima descrito, sendo que as taxas do município apresentou vertiginosa elevação, saindo de níveis desejáveis quanto 0,4 casos/1000 nascidos vivos em 2009 e atingindo 11,6 casos/1000 nascidos vivos em 2014, ultrapassando todos os outros níveis, onde o aumento foi menor e se situou entre 2 e 4 casos/1000 nascidos vivos até 2013, ano dos últimos dados para estado de São Paulo, região Sudeste e Brasil. Apesar do esforço do Ministério da Saúde, apoiado por iniciativas da OPAS e UNICEF em diminuir a incidência de sífilis congênita para níveis abaixo de 1 casos/1000 nascidos vivos, o aumento da incidência da sífilis congênita demonstra graves falhas na assistência primária em saúde, uma vez que a detecção oportuna da doença materna e seu adequado tratamento diminuiria a transmissão vertical, o que pode ser realizado no nível primário, além do precoce tratamento dos casos detectados em recém-nascidos. Outro ponto a se destacar é que a oferta de testes rápidos e de triagem para detecção da sífilis, implementados com a instituição da Rede Cegonha, possa ter aumentado o diagnóstico dos casos de sífilis que antes não eram detectados. Por fim, a meta em relação à sífilis congênita no PMS 2010 – 2013 era a erradicação da transmissão vertical da sífilis. Conclui-se que este indicador demonstrou desempenho ruim nos quatro níveis da pesquisa, com o pior resultado para o município.

6.3.2.4 - Percentual de amputação em internados por diabetes mellitus – este indicador está relacionado ao efetivo controle que pacientes diabéticos têm da sua glicemia, e como lida com as complicações crônicas advindas do inadequado monitoramento e controle metabólico, como as vasculopatias diabéticas, sendo que a amputação de membros inferiores (AMI) é uma consequência deste descontrole. Avalia, portanto, a efetiva atuação da atenção primária na assistência ao paciente diabético e ações em saúde no cuidado com os pés, visando à prevenção do pé diabético que poderia evitar 44% a 85% das amputações (NICOLUCCI, 2006; SANTOS, 2013; QUILIC, 2016).

A prevalência global de diabetes tem aumentado e foi estimado em 2015 que cerca de 415 milhões de pessoas possuíam a doença, sendo que isto acarretaria aumento do número de lesões diabéticas nos membros inferiores e consequente aumento no número de amputações. Estudos de revisão mostram que a incidência de amputação de membros inferiores decorrentes da diabetes tem grandes variações ao redor do globo, sendo mais frequentes em homens, negros, pacientes de baixa renda, tabagistas, doente renal e sem controle da glicemia e dos lipídios. Quando se analisa o risco relativo de amputação entre diabéticos e não diabéticos, também existem variações entre os estudos, podendo variar de 5,1 na Alemanha em 2007 a 35,5 no Reino Unido em 1996 (QUILIC, 2016; NARRES, 2017).

No Brasil, entre a população com trinta anos ou mais, estima-se que cerca de 6,5 milhões são diabéticos e poucos estudos brasileiros estimam a incidência de AMI devido à diabetes. Em Pernambuco, observou-se que 50% dos portadores de pé diabéticos internados foram submetidos a alguma amputação de membros inferiores (SANTOS, 2013; QUILIC, 2016).

Este trabalho mostra que o percentual de pacientes internados por diabetes e que foram submetidos à AMI foi maior no município que nos demais níveis. Os níveis nacional, regional e estadual tiveram pequenas variações entre 1,5 e 5%, porém no município a oscilação foi maior, de 3,8 a 18,7%, com tendência de alta. Isto sugere que os cuidados primários dispensados ao paciente diabético estão deficiente no controle, se comparado aos demais níveis, tanto pela sua oscilação quanto por sua magnitude, indicando um desempenho desfavorável ao município neste indicador.

7- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação de desempenho dos serviços do município de São José do Rio Preto, medido pelos treze indicadores, demonstrou grande heterogeneidade nos resultados. Um recorte por subdimensão mostra uma diversidade no desempenho destes indicadores, considerando a interpretação que cada resultado traz à luz de cada conceito da subdimensão em que está inserido, e também daquilo que é preconizado por normas e evidências científicas, além da comparação com os demais níveis estudados. Uma análise conjunta dos indicadores na sua respectiva subdimensão, permite inferir que em relação ao acesso o desempenho foi positivo, pois quatro indicadores (taxa de internação, cirurgia de revascularização, angioplastia e imunização por tetra/penta valente) demonstraram maior possibilidade de acesso aos serviços municipais que aos demais níveis, em que pese algum viés de adequação nesta análise. Os outros dois indicadores de acesso (cobertura ESF e vacinação do idoso contra a gripe) demonstraram pior desempenho, porém com tendência de melhoria ao longo do tempo. Outra observação é que os indicadores de acesso à atenção hospitalar tiveram melhor desempenho que os da atenção básica.

Quanto à adequação, o desempenho municipal não foi favorável na comparação com os demais níveis, pois apenas as consultas de pré-natal estiveram acima dos demais e mais próximas do preconizado; as taxas de histerectomia estiveram acima dos demais níveis, apesar de próximas do que se observa em países da OCDE; e partos cesáreos tiveram números bem acima dos demais níveis, indo na contramão do que se deseja para uma boa prática médica.

E em relação à efetividade, o desempenho mais uma vez não foi favorável ao município, pois três indicadores (internações por CSAB, casos de sífilis congênita e amputação de membros inferiores) tiveram desempenho pior que os outros três níveis do estudo, demonstrando fragilidade na atenção básica da assistência, sendo que apenas mortes por IAM teve desempenho favorável ao município, com menor número de casos ocorridos.

Em uma análise global, observa-se que dos treze indicadores, seis deles (taxa de internação, cirurgia de revascularização, angioplastia, imunização por tetra/penta valente, consultas de pré-natal e mortes por IAM) tiveram bom desempenho em relação aos demais níveis; três indicadores (cobertura ESF, vacinação do idoso contra a gripe e histerectomia), apesar de desempenho inferior que os demais níveis, apresentaram tendência de melhora; os demais (sífilis congênita, partos cesáreas, ICSAB e amputação de membros inferiores) tiveram desempenho insatisfatório, com destaque para os casos de sífilis congênita e partos cesáreos.

Em outra forma de análise, seis indicadores se referiram à atenção hospitalar e sete à atenção básica, sendo que houve um melhor desempenho dos indicadores da atenção hospitalar (taxa de internação, cirurgia de revascularização, angioplastia, mortes por IAM e histerectomia) frente aos da atenção básica (imunização por tetra/penta valente, consultas de pré-natal).

Importante ressaltar os limites desta pesquisa, onde apenas a objetividade do método quantitativo de avaliação foi utilizada, sem considerar aspectos qualitativos que poderiam trazer informação a respeito das percepções de quem atua e utiliza os serviços, ou seja, gestores e usuários. Além disso, outra questão é se o conjunto dos indicadores selecionados quanto ao número e potencial de validade de cada um, seria suficiente para uma análise conclusiva, quanto ao desempenho de cada subdimensão.

Entretanto, para o objetivo proposto por esta pesquisa, que foi avaliar o desempenho de serviços de saúde do município utilizando o método quantitativo, e considerando as referências metodológicas utilizadas, além das limitações quanto a informações em saúde disponível no Brasil, considero que este objetivo foi atingido no que se refere ao desenvolvimento metodológico da pesquisa. Além do mais, trouxe melhorias para a avaliação dos serviços de saúde do município, contribuindo para outro aspecto da avaliação, que é a avaliação normativa.

E finalmente, esta pesquisa contribuiu para o campo da avaliação na medida em que desperta questionamentos quanto ao seu alcance, instigando novos trabalhos com uma abordagem mais abrangente e ao mesmo tempo aprofundada,

no sentido de aperfeiçoamento tanto do conhecimento relativo à avaliação de desempenho de serviços de saúde quanto de aperfeiçoamento do método utilizado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALFRADIQUE M.E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(6): 1337-1349, jun., 2009.

AKERMAN, Marco. Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos / Marco Akerman, Juarez Pereira Furtado, organizadores. **Série Atenção Básica e Educação na Saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 374 p., 2015.

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(5):1499-1509, 2016.

BEECKMAN et al. The development and application of a new tool to assess the adequacy of the content and timing of antenatal care. **BMC Health Services Research** 2011, 11:213. Disponível em:< <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/213>> Acessado em: 04 de abr. 2018.

BETRÁN, A. P. et al. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. **Paediatric and Perinatal Epidemiology**, vol 21, pp 98 – 113, 2007.

BETRÁN, A. P. et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. **Reproductive Health** (2015) 12:57. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26093498>> Acesso em: 05 de abr. 2018.

BOING, A. F. et al. Redução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Brasil entre 1998-2009. **Rev. Saúde Pública**, 2012; 46(2): 359-66.

BRASIL. Instituto Brasileiro de geografia e Estatísticas (IBGE). Estimativas de População. Disponível em: <
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/estimativa_dou.sh
[tm](#) >. Acesso em: 04 de abr. 2017.

BRASIL. Lei Federal 8.080, de 19 de setembro de 1.990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 de setembro de 1.990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 2.203 de 05 de novembro de 1.996. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB-SUS 01/96. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, 06 de Nov. 1996. Seção 1, p. 48 – 56.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2.002. Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/2002. **Diário Oficial da União**, 28 de fevereiro de 2.002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 399, de 22 de fevereiro de 2.006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as DIRETRIZES Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, 22 de fevereiro de 2.006.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil - Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 28 de junho de 2.011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 1.517 de 24 de julho de 2013. Institui o Grupo de Trabalho para a Elaboração da Política de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 24 de julho de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 156 p.: il. – (Série Articulação Interfederativa, v. 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico – Sífilis, 2015**.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 8.901, de 10 de novembro de 2016. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em

comissão e funções gratificadas e substitui cargos em comissão do Grupo Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo – FCPE. **Diário Oficial da União**, 10 de novembro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana – 2016**. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDTCesariana_CP.pdf> Acesso em: 05 de abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 1.535 de 16 de junho de 2017. Institui o Grupo de Trabalho para a formulação da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde (PNMA-SUS) e de seu Plano Operativo. **Diário Oficial da União**, 16 de junho de 2017.

BROUSSELLE, A. (Org.) *et al.* **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

Canadian Institute for Health Information - CIHI. Health Indicators Interactive Tool, 2018. Disponível em: <<https://yourhealthsystem.cihi.ca/epub/?language=en>> Acesso em: 14 de mar. 2018.

CARVALHO, A. L. B. et al. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, Abr. 2012.

CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde). Programa de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde. **NOTA TÉCNICA | 12 | 2011**. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2011/01/NT-12-2011_avaliacao_para_qualificacao_do_sus.pdf> Acesso em: 17 de jul. 2018.

CULLER, S. D. et al. Trends in Coronary Revascularization Procedures Among Medicare Beneficiaries Between 2008 and 2012. **Circulation**. published online December 22, 2014.

DEMICHELI V, J et al. Vaccines for preventing influenza in the elderly. **Cochrane Database of Systematic Reviews 2018**, Issue 2. Art. No.: CD004876. Disponível em: <www.cochranelibrary.com>. Acesso em: 26 de mar. 2018.

Departamento de Informática do SUS (DataSUS). Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet>> Acesso em: 26 de ago. 2018.

Department of Human Services, Victorian Government (DHSV). The Victorian Ambulatory Care Sensitive Conditions Study: preliminary analyses. **Melbourne: Department of Human Services, Victorian Government**; 2001.

DONABEDIAN, A. La calidad de la asistencia. ¿Cómo podría ser evaluada? **Rev Calidad Asistencial** 2001; 16:580-587. Disponível em: < <http://www.fadq.org/wp-content/uploads/2016/02/Monografico-Avedis-2parte.pdf>> Acesso em: 09 jan. 2017.

_____ The Quality of Medical Care - Methods for assessing and monitoring the quality of care for research and for quality assurance programs. **SCIENCE**, Vol. 200, 26 May 1978.

_____ The Seven Pillars of Quality. **Arch Pathol. Lab. Med.**, vol. 114, 1990.

European Observatory on Health Systems and Policies (EOHSP). Building primary care in a changing Europe. **Observatory Studies Series**, 2015 . Disponível em: < http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/271170/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf?ua=1> Acesso em: 22 mar. 2018.

FAVARATO, A. P. M. D. Mortalidade por Doenças Cardiovasculares no Brasil e na Região Metropolitana de São Paulo: Atualização 2011. **Arq Bras Cardiol.** 2012; [online].ahead print, PP.0-0.

FERREIRA, J. B. B. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, 2014. Brasília, 23(1):45-56, jan-mar.

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz. Laboratório de Informações em Saúde – LIS Instituto de Comunicação e Informação em Ciência e tecnologia – ICICT, 2012. Disponível em:< <https://www.icict.fiocruz.br/>>. Acesso em: 10 set. 2018.

FORLEO-NETO, E. et al. Influenza. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, 36(2):267-274, mar-abr, 2003.

FRANCO, L. J. **Fundamentos de epidemiologia**/organizadores Laércio Joel Franco, Afonso Dinis Costa Passos. 2. Ed. – Barueri, SP: Manole, 2011.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**/Antônio Carlos Gil. - 4. ed. São Paulo : Atlas, 2002.

GLEZEN, W. P.; SIMONSEN, L. Benefits of influenza vaccine in US elderly—new studies raise questions. **International Journal of Epidemiology**, 2006; 35:352–353.

GOUDARD M.J.F. et al. Inadequação do conteúdo da assistência pré-natal e fatores associados em uma coorte no nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(4):1227-1238, 2016.

HARTZ, Z. M. A.; Vieira-da-Silva, L. M. (org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. 275 p.: il.

KELLEY, E.; HURST J. “Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework Paper”, **OECD Health Working Papers**, no. 23, OECD Publishing, Paris, 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1787/440134737301>>. Acesso em: 28 jun. 2018.

KRINGOS, D. et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. **Br J Gen Pract**. 2013 Nov; 63(616): e742–e750. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3809427/>> Acesso em: 22 de mar. 2018.

LAURENTI, R. et al. **Estatísticas de saúde**. 2. Ed. rev. atual. São Paulo: EPU, 2005.

LOTUFO P. A. Cardiovascular diseases in Brazil: premature mortality, risk factors and priorities for action. Comments on the preliminar results from the Brazilian National Health Survey (PNS), 2013. **Sao Paulo Med J**. 2015; 133(2):69-72

MALTA, D. C. et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(2):327-338, 2016.

MEDRI, W. **Análise exploratória de dados/Curso de Especialização “Lato Sensu” em Estatística**, Londrina: Universidade Estadual de Londrina – Departamento de Estatística, 2011. Disponível em: <http://www.uel.br/pos/estatisticaquantitativa/textos_didaticos/especializacao_estatistica.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2015.

MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia** - 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

NARRES M et al. Incidence of lower extremity amputations in the diabetic compared with the non-diabetic population: A systematic review. (2017) **PLoS ONE** 12(8): e0182081. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182081>>. Acesso em: 22 mar. 2018.

NEWMAN L. et al. Global Estimates of Syphilis in Pregnancy and Associated Adverse Outcomes: Analysis of Multinational Antenatal Surveillance Data. **PLOS Medicine** - Volume 10, fevereiro de 2013.

_____. Global Estimates of the Prevalence and Incidence of Four Curable Sexually Transmitted Infections in 2012 Based on Systematic Review and Global Reporting. **PLoS ONE** 10(12), 2015.

NICOLUCCI A.; GREENFIELD S.; MATTKE S. Selecting indicators for the quality of diabetes care at the health systems level in OECD countries. **International Journal for Quality in Health Care**; September: pp. 26–30, 2006.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde **Rev. Saúde Pública**, 34 (5): 547-59, 2000.

OCDE (Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico - 2011), **Health at a Glance 2011: OECD Indicators**, OECD Publishing, Paris. Disponível em: <<https://www.oecd.org/els/health-systems/49105858.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2018.

OCDE (Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico - 2017), **Health at a Glance 2017: OECD Indicators**, OECD Publishing, Paris. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en>. Acesso em: 05 mar. 2018.

OCDE (Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico - 2017), “Caesarean sections”, in **Health at a Glance 2017: OECD Indicators**, OECD Publishing, Paris. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-66-en>. Acesso em: 22 mar. 2018.

OROZCO, L.J. et al. Hysterectomy versus hysterectomy plus oophorectomy for premenopausal women (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2008, Issue 3. Art. No.: CD005638.

PAPANICOLAS, I.; SMITH, P. C. Health system performance comparison. An agenda for policy, information and research. **European Observatory on Health Systems and Policies Series** - England, 2013. Disponível em:<http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/244836/Health-System-Performance-Comparison.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2018.

PAPANICOLAS I.; JHA A.K. Challenges in International Comparison of Health Care Systems. **JAMA**, 2017; 318(6):515–516. Disponível em:<[10.1001/jama.2017.9392](https://doi.org/10.1001/jama.2017.9392)> Acesso em: 29 de jun. 2018.

PROADESS – **Programa de Avaliação do Desempenho de Sistemas de Saúde/Fiocruz**. Disponível em:<<http://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=princ>>. Acesso em: 24 jul. 2018.

QUILICI, M. T. V. et al. Risk Factors for Foot Amputation in Patients Hospitalized for Diabetic Foot Infection. **Journal of Diabetes Research** Volume 2016, Article ID 8931508, 8 pages. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1155/2016/8931508>>. Acesso em: 22 mar. 2018.

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

REIS, A. C. et al. Estudo exploratório dos modelos de avaliação de desempenho em saúde: uma apreciação da capacidade avaliativa. **Saúde em Debate**, vol. 41, nº especial, p. 330-344, 2017.

RIPSA - Interagencial de Informação para a Saúde Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / **Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa**. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.: il.

REHEM, T. C. M. S. B; Egry, E. Y. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2011; 16(12):4755-4766.

ROGER, V. L. *et al.* Trends in Incidence, Severity, and Outcome of Hospitalized Myocardial Infarction. **Circulation**. 2010;121:863-869; originally published online February 8, 2010.

ROSANO, A. *et al.* The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review. **European Journal of Public Health**, Vol. 23, No. 3, 356–360, 2012.

SAMICO, I. (coord.) *et al.* **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Ed. Medbook, 2.010.

SANTOS I. C. R. V. *et al.* Prevalência e fatores associados a amputações por pé diabético. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(10):3007-3014, 2013.

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde – 2.006 a 2.009**.

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde – 2.010 a 2.013**.

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde – 2.014 a 2.017**. Disponível em: <http://gestao.saude.riopreto.sp.gov.br/transparencia/arqu/planmuni/plano_municipal_2014_2017.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2015.

SÃO PAULO. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). **Informações dos Municípios Paulistas**. Disponível em <<http://www.imp.seade.gov.br/frontend/#/perfil>> Acesso em: 04 abr. 2017.

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde, 2018. Acesso em: <www.riopreto.sp.gov.br>. Acesso em: 22 mar. 2018.

SMITH, P. C. et al. Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects. **BACKGROUND DOCUMENT/WHO** European Ministerial Conference on Health Systems: “Health Systems and Wealth “. Estônia, junho de 2008. Disponível em:< <http://www.who.int/management/district/performance/PerformanceMeasurementHealthSystemImprovement2.pdf>> Acesso em: 29 de jun. 2018.

SÓRIA, H. L. Z. et al. Histerectomia e as doenças ginecológicas benignas: o que está sendo praticado na Residência Médica no Brasil? **Rev Bras Ginecol Obstet.** 2007; 29(2):67-73

SOUZA, M. K. B; TEIXEIRA, C. F. Produção científica sobre gestão de sistemas de saúde: um estudo realizado em espaço Web (1987-2009). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, Abr. 2012. .

SREEDHAR, S.; ANTONY, A.; POULOSE, N. Study on the effectiveness and impact of pentavalent vaccination program in India and other south Asian countries. **Human Vaccines & Immunotherapeutics** - 10:7, 2062–2065; July 2014.

STARFIELD B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. **The Milbank Quarterly**, Vol. 83, No. 3, 2005 (pp. 457–502).

TAMAKI, E. M. et al. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, Abr. 2012.

TRAVASSOS C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S190-S198, 2004.

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Avaliação do Impacto das Ações do Programa de Saúde da Família na Redução das Internações Hospitalares por Condições Sensíveis à Atenção Básica em Adultos e Idosos – 2000 a 2007. **Núcleo de Educação em Saúde Coletiva - NESCON** - Faculdade de Medicina, 2012.

VIACAVA, F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 711-724, 2004.

_____ Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, Abr. 2012.

VIELLAS EF et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30 Sup:S85-S100, 2014.

WHO (World Health Organization). Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. **WHO, 2016**. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/>. Acesso em: 04 abr. 2018.

WIJESOORIYA N. S. et al. Global burden of maternal and congenital syphilis in 2008 and 2012: a health systems modelling study. **Lancet Glob Health** - 4: e525–33, 2016.

YEH, R. W. et al. Population Trends in Rates of Coronary Revascularization. **JAMA Internal Medicine**, March 2015 Volume 175, Number 3.

_____ Population Trends in the Incidence and Outcomes of Acute Myocardial Infarction. **The New England Journal of Medicine**. June 10, 2010, vol. 362 no. 23.

ANEXOS

ANEXO A – Autorização do Comitê de ética em Pesquisas do Hospital das Clínicas da Faculdade e de Medicina de Ribeirão Preto – USP.

AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – USP

DRA. MÁRCIA GUIMARÃES VILLANOVA

COORDENADORA DO CEP.

Eu, Renato Carlos Machado, número USP 1902363, aluno regular do mestrado no Programa Saúde na Comunidade, do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, solicito dispensa da análise ética do meu projeto de pesquisa porque não abordarei seres humanos em nenhuma fase do projeto, uma vez que pesquisarei apenas dados secundários (indicadores de saúde) já disponíveis nos sistemas de informação em saúde do governo federal. Seguem os dados do projeto:

- Título: **AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO SISTEMA E DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO/SP DE 2.008 A 2.015.**

- Autor: Renato Carlos Machado

- Orientadora: Profa. Aldaisa Cassanho Forster

- Departamento de Medicina Social da FMRP-USP

- Objetivo da pesquisa: avaliar o desempenho dos serviços de saúde público de São José do Rio Preto/SP, por meio da análise de indicadores de saúde coletados nos sistemas de informação, contidos em base de dados do Ministério da Saúde, IBGE e Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde. Segue em anexo resumo do projeto.



Não há necessidade de submissão ao
Comitê de Ética em Pesquisa:

Marcia Villanova
Dra. Marcia Guimarães Villanova
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
do HC e FMRP-USP

06/02/2017

Ribeirão Preto, 18 de janeiro de 2017.

Renato Carlos Machado

Aluno Mestrado do Departamento de Medicina Social – FMRP - USP

rcmachado2006@gmail.com

ANEXO B – Parecer da Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto sobre desenvolvimento de pesquisa na rede pública municipal de saúde.



PARECER DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE PESQUISA NA REDE PÚBLICA MUNICIPAL DE SAÚDE

A Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto, Estado de São Paulo, neste ato, representada por **Dr. Eleuses Vieira de Paiva**, Secretário Municipal de Saúde, em atendimento à solicitação do (a) pesquisador (a) **Renato Carlos Machado**, orientado (a) pelo (a) **Prof. Aldaísa Cassanho Foster**, vinculado (a) a **USP – Ribeirão Preto**, nos termos da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, DECLARA que:

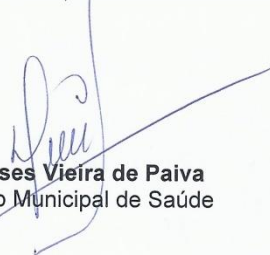
a) O projeto de pesquisa “**Avaliação de um modelo de contratualização de dois hospitais filantrópicos de São José do Rio Preto/SP**” contém os elementos essenciais à sua autorização;

b) A proposta inclui termo de compromisso do pesquisador aquiescendo às diretrizes da Resolução 466 e do Convênio de Cooperação firmado entre a Secretaria e a Universidade; respeitando as normas e planos de trabalho do **DERAC**; garantindo a cessão do relatório da pesquisa e sua apresentação no Encontro Científico de Pesquisas no SUS, à equipe técnica da Secretaria; assumindo a publicação dos resultados;

c) A disponibilização de infraestrutura necessária ao seu desenvolvimento poderá receber contribuição da Secretaria, a critério desta, sempre que não alterar o seu planejamento financeiro e a rotina de trabalho;

d) Fica autorizada a realização da pesquisa, “**Avaliação de um modelo de contratualização de dois hospitais filantrópicos de São José do Rio Preto/SP**”, sendo este o parecer.

São José do Rio Preto, 08 de Maio de 2017.


Dr. Eleuses Vieira de Paiva
Secretário Municipal de Saúde

ANEXO C – Parecer da orientadora Prof^a Aldaísa C. Forster sobre a conclusão da dissertação



Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Departamento de Medicina Social



PARECER

O pós-graduando **Renato Carlos Machado** apresenta a dissertação de mestrado intitulada **"Avaliação de desempenho dos serviços públicos de saúde de um município paulista de médio porte no período de 2.008 a 2.015"**, com objetivo de avaliar o desempenho dos serviços públicos de saúde de um município paulista de médio porte, quanto a resultados de qualidade nas dimensões do acesso, da efetividade e da adequação dos serviços ambulatoriais e hospitalares. Buscou comparar o desempenho dos indicadores locais com os outros níveis de regionalização do SUS – estadual, região sudeste e nacional. Os resultados municipais da subdimensão de acesso mostraram melhores resultados em ações de Saúde Pública por meio de quatro indicadores de acesso (taxa de internação, cirurgia de revascularização, angioplastia e imunização por Tetra/Pentavalente), enquanto outros dois, cobertura populacional pela estratégia de saúde da família (ESF) e imunização de idoso contra influenza, tiveram piores resultados, em relação aos outros níveis de gestão - estadual, região Sudeste e federal. A adequação estudada por meio do indicador do nº das consultas de pré-natal mostrou bom desempenho do município em relação aos outros níveis, mas o que não se observou com as taxas de histerectomia e partos cesáreos, inclusive com valores acima dos padrões recomendados pela literatura. A efetividade mostrou-se comprometida por meio dos três indicadores internações por CSAB, casos de sífilis congênita e amputação de membros inferiores estudados, que se alinharam com os resultados de baixa adequação do sistema, apontando para uma fraca atenção básica, na potencialidade da ESF. O autor concluiu sobre a adequação do método para alcançar o objetivo proposto, a necessidade de outros estudos para testar a matriz do PROADESS na evolução do SUS nos municípios de médio porte; e, que os dados secundários podem ser uma fonte importante e acessível aos pesquisadores e gestores para conhecer melhor as redes de saúde do SUS. Porém, ressaltou que a qualidade dos dados secundários foi uma limitação para a seleção dos indicadores de desempenho do trabalho.

Meu parecer é favorável a apresentação da dissertação de mestrado para a defesa pública.

Ribeirão Preto, 16 de agosto de 2018.


Prof.ª Dra. Aldaísa C. Forster

orientadora

APÊNDICE – Método de cálculo de cada indicador

INDICADOR	MÉTODO DE CÁLCULO
Taxa de internação hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS)	Numerador: número de internações hospitalares de residentes, pagas pelo SUS X 1.000. Denominador: população total residente, no período considerado. (PROADESS, 2015)
Taxa de cirurgia de revascularização do miocárdio	Numerador: número de procedimentos de cirurgias de revascularização do miocárdio em residentes de 20 anos ou mais de idade X 100.000. Denominador: população total de 20 anos ou mais de idade residente. Códigos de procedimentos utilizados da tabela SIGTAP/SUS (SIH/ 2008-2010): 0406010927, 0406010935, 0406010943 e 0406010951
Taxa de angioplastia	Numerador: número de procedimentos de angioplastia em residentes de 20 anos ou mais de idade X 100.000. Denominador: população total de 20 anos ou mais de idade residente. Códigos de procedimentos utilizados da tabela SIGTAP/SUS (SIH/2008-2010): 0406030014, 0406030022, 0406030030, 0406030049, 0406030065 e 0406030073.
Porcentagem de cobertura populacional por Estratégia Saúde da Família	Numerador: número de pessoas que residem em domicílios cadastrados na Estratégia Saúde da Família X 100. Denominador: população total residente. (PROADESS, 2015)
Percentual de imunização em menores de um ano por tetra ou penta valente	Numerador: número de crianças menores de um ano que receberam a terceira dose de tetra/penta valente X 100. Denominador: população total de crianças menores de um ano residente.
Percentual de imunizações contra a gripe com sessenta anos ou mais	Numerador: número de doses de vacina contra gripe aplicadas em pessoas de 60 anos ou mais X 100. Denominador: população total de 60 anos ou mais residente
Taxa de histerectomia em residente de vinte anos ou mais	Numerador: número de cirurgias de histerectomia realizadas em residentes do sexo feminino com 20 anos ou mais de idade X 100.000. Denominador: população total residente do sexo feminino com 20 anos ou mais de idade.

	<p>Códigos de procedimentos utilizados da tabela SIGTAP/SUS (SIH/2008-2010): 0409060100, 0409060119, 0409060127, 0409060135, 0409060143, 0409060151, 0411020030. Critérios de exclusão pela Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10 (CID – 10): histerectomias puerperais ou em oncologia e os diagnósticos relacionados às neoplasias malignas (C51-C58), carcinomas in situ e de comportamento incerto/desconhecido (D06-D09), gravidez, parto e puerpério (O00-O99) e relacionadas a causas externas (V01-Y98).</p>
Consultas de pré-natal	<p>Numerador: número de nascidos vivos de mulheres residentes que fizeram mais de seis consultas de pré-natal X 100. Denominador: número total de nascidos vivos de mulheres residentes. Foram excluídas as ocorrências sem informação sobre o número de consultas realizadas</p>
Percentual de partos cesáreas	<p>Numerador: número de nascidos vivos de mulheres que fizeram parto cesáreo X 100. Denominador: número total de nascidos vivos. Foram excluídas as ocorrências sem informação sobre o tipo e o local de parto</p>
Taxa de internação hospitalar por Condição Sensível à Atenção Básica	<p>Numerador: número de internações hospitalares de residentes financiadas pelo SUS, por causas sensíveis à atenção primária X 100. Denominador: número total de internações hospitalares de residentes financiadas pelo SUS.</p>
Número de óbitos hospitalares por infarto do miocárdio	<p>Numerador: número de óbitos entre internações de pacientes com 45 anos ou mais com tempo de permanência de até 30 dias e diagnóstico principal I21 ou I22, da CID-10. Denominador: número de internações de pacientes com 45 anos ou mais com tempo de permanência de até 30 dias.</p>
Número de casos de sífilis congênita em menores de um ano	<p>Numerador: número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, em um determinado ano de diagnóstico e local de residência X 1.000. Denominador: número total de nascidos vivos, de mães residentes no mesmo local, no ano considerado</p>

Percentual de amputação em internados
por
diabetes mellitus

Numerador: total de internações de usuários com diabetes mellitus para amputação não traumática de membros inferiores. Denominador: total de internações de usuários com diabetes mellitus (DM). Códigos de procedimentos utilizados da tabela SIGTAP/SUS (SIH/2008-2010): 0408050012 e 0408050020. Códigos CID-10 utilizados: E10-E14.
