

Avaliação em Saúde

Virginia Junqueira *
Iracema Ester do Nascimento Castro**

A instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil foi um marco da reforma de Estado concretizada na Constituição de 1988. A avaliação do impacto das ações do SUS sobre a situação de saúde da população é atribuição que cabe aos três níveis de governo.

Ao revisar a literatura sobre a avaliação em saúde, Silva&Formigli (1994) observam que a variedade de definição dos termos empregados por diversos autores guarda relação com a complexidade do objeto e com as diferentes concepções e práticas de saúde. Segundo estas autoras, a avaliação em saúde pode ter seu foco centrado desde o cuidado dispensado ao indivíduo até às políticas e aos sistemas, passando pelos serviços e programas.

Verificam, porém, que a maior parte dos estudos sobre avaliação tem como objeto o cuidado individual, os serviços e os programas. Um número bem menor de estudos se debruça sobre os sistemas e as políticas de saúde.

As autoras observam que, além da polifonia do termo, dois outros grandes problemas se apresentam aos estudiosos da avaliação: por um lado, no Brasil, não se realizam avaliações no cotidiano dos serviços de saúde, isto é, como prática de rotina; e por outro, ainda se colocam questões de ordem metodológica e operacionais não respondidas pelas investigações já realizadas.

Carvalho¹ afirma que “avaliar o processo saúde/doença em sua dimensão coletiva não pode ser feito somente com a dimensão da epidemiologia tradicional (tempo, lugar e pessoa) se não se busca a essência do processo”. Este pensamento expressa o questionamento do instrumental quantitativo da epidemiologia tradicional para enfrentar a complexidade do processo saúde-doença.

Estão em debate na atualidade propostas reformistas dos sistemas de saúde de vários países. Abrangem desde questionamentos, por parte de

governos de corte neoliberal em países europeus, ao modelo do *Welfare State*, implantado desde o pós-guerra, passando pela adoção, na América Latina, de modelos privatizantes da seguridade social e da assistência médica; no extremo oposto se situa a incorporação, nos textos de Constituições nacionais, de modelos que tentam justamente reproduzir alguns dos elementos, no plano dos direitos de cidadania, do Estado de Bem Estar, como é o caso brasileiro.

No Brasil, o advento do SUS, em 1990, tem provocado o embate de forças políticas, cujos projetos para a sociedade se opõem, no sentido de direcionar sua implantação. A interpretação dos princípios doutrinários da integralidade,

universalidade, equidade, controle público do sistema tem sido diversa em função dos mencionados projetos.

Considerando este quadro conflituoso e os graves problemas de saúde vividos pela maior parte da população brasileira, torna-se fundamental para o poder público demonstrar que a

implantação do SUS traz resultados positivos sobre a situação de saúde, na medida em que operacionalize os princípios inscritos nos textos legais. Assim, a avaliação adquire grande relevância na gestão do sistema tanto para os que reafirmam o SUS quanto para os que o negam, uma vez que o debate exige evidências empíricas.

No período imediatamente anterior à instituição do SUS havia clara divisão entre as competências do Ministério da Saúde- MS e do Instituto Nacional de Assistência Médica e Assistência Social- INAMPS, autarquia que até 1990 integrava o Ministério da Previdência e Assistência Social- MPAS. Apenas a

* Médica sanitária, mestre em Medicina Preventiva e pesquisadora do Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde (NISIS)

**Médica sanitária e pesquisadora do Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde (NISIS)

¹ apud Castiel (1986, p. 87)

assistência aos doentes de tuberculose, pacientes psiquiátricos e grupos populacionais indigentes era prestada através da Fundação de Serviços Especiais de Saúde- FSESP, cuja atuação se concentrava em algumas regiões como o Norte e Nordeste.

O INAMPS, por sua vez, era responsável pela assistência médica à população trabalhadora, através de uma rede própria de unidades ambulatoriais e hospitalares e da contratação de serviços privados, em sua maioria localizados nos maiores municípios brasileiros.

A crise de financiamento da Previdência Social, cujas causas podem ser imputadas ao uso dos recursos do seu Orçamento - que só era suplantado em volume pelo da própria União - para a realização de grandes obras durante o período da ditadura militar e a desvios de toda ordem ocorridos neste mesmo período, chamou a atenção para a prática de fraudes gigantescas no setor da assistência médica privada contratada e sustentada com dinheiro estatal. Havia, contudo, um sistema de auditoria montado.

O Sistema de Assistência Médico Hospitalar da Previdência Social-SAMHPS foi criado em 1983/84, com o objetivo de corrigir falhas do sistema de controle anterior, praticando a modalidade de remuneração fixa por procedimento, com base em valores médios globais atribuídos, mediante tabela fixada pelo Ministério da Previdência e Assistência Social. Caracterizava-se como modelo de financiamento do tipo prospectivo, fundamentado na estimativa de custos médios aplicados a uma unidade determinada (caso ou procedimento) e guardando, pois, similaridade com o Diagnosis Related Groups-DRG dos EUA. Este modelo assume que os pacientes apresentam características homogêneas demográfica- sociais e relativas ao diagnóstico e ao tratamento.

Importa lembrar que o INAMPS permaneceu como autarquia do MPAS até 1990, quando foi transferido para o MS, e sua extinção ocorreu apenas em 1993. A permanência do INAMPS evidencia também a continuidade da hegemonia de uma certa concepção de saúde e, portanto de resposta social à demanda por saúde e bem estar. A prática da auditoria desenvolvida pelo INAMPS atravessa o advento do SUS e se consubstancia no decreto

federal do Sistema Nacional de Auditoria-SNA.

O Sistema Nacional de Auditoria e Controle-SNA- previsto no artigo 16, inciso XIX, da Lei 8080 de 19/09/90 (Brasil, 1990) e no artigo 6 da Lei 8689, de 27/07/93 (Brasil, 1993), foi regulamentado pelo Decreto nº 1651, de 28 de setembro de 1995 e “deve ser organizado junto à direção do Sistema Único de Saúde, em todos os níveis de governo, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos de controle interno e externo” (Brasil, 1995).

A avaliação é definida neste decreto como o “ato pelo qual o servidor analisa a veracidade das informações em saúde prestadas pelos gestores do SUS e pelas pessoas físicas e jurídicas que participam do sistema de forma complementar e a qualidade, o desempenho e o grau de resolutividade das ações e dos serviços executados no âmbito do SUS.” Esta concepção é tributária da prática de auditoria do antigo INAMPS, centrada no controle contábil de procedimentos e pagamentos de prestadores.

As seguintes dificuldades têm sido levantadas como inerentes a esta modalidade de avaliação:

- a lógica que a caracteriza, fundada na produção, na primazia dos atos médicos e na valorização dos procedimentos de alta

complexidade;

- os diferenciais de remuneração entre os procedimentos incluídos na tabela do Ministério da Saúde, ocasionando distorções na prática assistencial;
- a baixa remuneração, ou mesmo a exclusão, da tabela de procedimentos ligados à prevenção e à promoção da saúde;
- tratamento burocrático e cartorial dos sistemas de informação existentes- Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), restritos à função de arrecadar recursos e controlar contabilmente as atividades;
- dificuldades de relacionamento com a iniciativa privada que absorve a maior parte dos recursos financeiros públicos destinados à assistência médica, e cuja ótica do lucro faz com que os procedimentos de alta complexidade se tornem excessivamente relevantes.

“a avaliação em saúde parte do desvendamento da desigualdade nas condições de vida e de sua articulação com as diferentes situações de saúde”

Ao considerar o momento atual da montagem de sistemas públicos de avaliação em saúde no Brasil observamos que muitos passos foram dados desde a instituição do Sistema Único de Saúde. Têm ocorrido iniciativas nos três níveis de gestão do SUS apoiadas em artigos da Lei 8080/90 e materializadas em um conjunto de portarias do MS, que dispõem sobre competências, no que concerne à avaliação, dos diferentes níveis de gestão.

Do nosso ponto de vista, coerentemente com a concepção de saúde inscrita na Constituição Federal e na Lei 8080, a avaliação em saúde parte do desvendamento da desigualdade nas condições de vida e de sua articulação com as diferentes situações de saúde, cuja aproximação pode ser feita através de indicadores relativos a problemas de saúde prioritários.

De modo geral em nosso país, os indicadores de mortalidade relativos aos principais problemas de saúde mostram melhora nas últimas décadas. Houve ao mesmo tempo expansão de cobertura pelos serviços de saúde. No entanto, os diferenciais de mortalidade entre as regiões se mantêm. Isto confirma os achados de

Castellanos (1994) que, ao estudar a evolução dos óbitos nos países das três Américas no período de 1960-89, destaca a existência de brechas redutíveis de mortalidade (BRM) ao se comparar países agrupados segundo o Indicador Global de Desenvolvimento Social Acumulado (IGADSA), construído com base em cinco dimensões:

- Acessibilidade acumulada a serviços básicos de saúde
- Acessibilidade acumulada a recursos econômicos
- Acessibilidade acumulada a nutrientes
- Acessibilidade acumulada a saneamento básico
- Acessibilidade acumulada ao sistema educativo

Portanto, na realidade brasileira, com mais de 5500 municípios distribuídos em regiões que guardam entre si e no seu interior grande desigualdade sócio-econômica, impõe-se, para avaliar o desempenho dos diferentes níveis do SUS, a escolha de metodologia que permita analisar os perfis de morbimortalidade, articulando-os com as

condições de vida.

Esta modalidade de avaliação pode ser denominada "avaliação por problemas". Seu marco teórico é fundado na tríade condições de vida, problemas de saúde/bem estar e as respostas sociais de saúde e bem estar.

A partir da articulação desta tríade, Castellanos propõe operacionalizar as condições de vida em quatro dimensões: predominantemente biológica (potencial genético e capacidade imunitária), predominantemente ecológica (meio ambiente de moradia e trabalho), dos processos reprodutivos da forma de consciência e conduta (cultura, hábitos, estilo de vida) e predominantemente econômicos (articulação com a produção, distribuição e consumo de bens e serviços).

A aproximação da situação de saúde se faz mediante a seleção de indicadores relativos aos problemas de saúde prioritários. O pressuposto é que as ações dos gestores locais dirigidas aos problemas prioritários a partir de critérios epidemiológicos, no contexto de um processo de priorização no qual se vinculam as condições de

vida e a situação de saúde da população, alteram favoravelmente estes problemas.

Como hipótese está colocada a possibilidade de identificar variáveis que permitam avaliar a gestão local de saúde através da escolha de indicadores adequados a cada realidade social e epidemiológica. Os traçadores são selecionados em função de sua capacidade de deslocar a avaliação da gestão local de saúde das atividades-meio (oferta e diversificação de serviços e produção de procedimentos) para indicadores referentes aos problemas finalísticos de saúde prioritários.

Segundo Castellanos, (1991, p. 28-29) "a construção da cadeia de acontecimentos que vão desde as condições de vida à mortalidade é um esforço necessário para identificar os indicadores mais adequados a cada grupo de problemas e de condições de vida". Os problemas de saúde se expressam em diferentes espaços organizativos da realidade e podem se evidenciar como diferenças entre atributos individuais, entre grupos populacionais ou no plano da sociedade em geral.

São problemas complexos e mal estruturados, isto é, que sofrem a interveniência de variáveis conhecidas e não conhecidas, não sendo possível estabelecer o peso de cada uma delas na produção do problema investigado.

Os estudos da situação de saúde se baseiam em variáveis que dizem respeito a diferentes unidades de análise, desde o indivíduo, passando por grupos populacionais até toda a população de um país. Em nosso caso, são trabalhados dados secundários disponíveis nos bancos do Departamento de Informática do SUS- DATASUS, que reúnem informações relativas à população, aos nascidos vivos, à rede ambulatorial e hospitalar, à mortalidade, à morbidade hospitalar, à produção de serviços e ao financiamento do setor.

As principais características da modalidade de avaliação por problemas são resumidamente:

- o objeto da avaliação se desloca da assistência médica individual (e todos os demais atos que ocupam habitualmente em relação a ela uma posição subalterna), para o problema de saúde, como expressão das condições de vida e saúde da população;
- as intervenções que procuram enfrentar os problemas de saúde devem ser avaliadas, à luz do impacto provocado no problema, não apenas nos aspectos predominantemente quantitativos, como eficácia, eficiência, resolutividade, como também nas mudanças decorrentes das ações implementadas;
- importa avaliar o grau de democracia do processo de planejamento e gestão do SUS; para tanto, devem estar sempre presentes questões sobre como são tomadas as decisões a respeito da priorização dos problemas, da seleção das intervenções a serem feitas e da sua execução, buscando explorar o plano da qualidade de vida e do avanço da cidadania;
- os sistemas de informação que alimentam o planejamento, avaliação e gestão do SUS devem incorporar o processamento de dados demográficos, sócio-econômicos, epidemiológicos, de produção de serviços e aqueles obtidos por pesquisas qualitativas junto aos diversos atores sociais, que auxiliam a configurar "retratos" dos territórios sociais, permitindo diferentes aproximações da realidade. Devem ser preferencialmente informatizados e ordenados em base geográfica, de tal forma que a análise dos

dados possa se fazer em vários níveis de agregação.

A construção de parâmetros alternativos para avaliação da gestão local de saúde supõe que se abandona a ótica da avaliação pela mera produção dos serviços, na qual importa apenas a oferta e a diversificação das ações de saúde. A tentativa é apreender as eventuais alterações de indicadores epidemiológicos que se refiram aos resultados obtidos no âmbito coletivo, sem deixar de lado parâmetros técnicos que respeitam a especificidade da saúde tomada como objeto de investigação.

Referências:

- BRASIL (1990). Lei Orgânica da Saúde nº 8080, de 19 de setembro de 1990. 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, DF, seção I, nº 182, p.18055, 20 de setembro.
- BRASIL (1993). Ministério da Saúde. Lei 8689 de 27/07/1993: Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), e dá outras providências.
- BRASIL (1995). Ministério da Saúde. Decreto nº 1651 de 28/09/1995: Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS.
- CASTIEL, LD (1986). Considerações Acerca da Utilização da Epidemiologia na Avaliação de Sistemas de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 2(2) 184-90.
- CASTELLANOS, PL (1991). Proyecto: Sistemas Nacionales de Vigilancia de la Situación de Salud según Condiciones de Vida y del Impacto de las Acciones de Salud y Bienestar. Borrador de trabajo, OPS/OMS (mimeo).
- CASTELLANOS, PL (1994). Perfiles de mortalidad, nivel de desarrollo e inequidades sociales em la region de las Americas. Borrador de trabajo. OPS/OMS.
- SILVA, LM da; FORMIGLI, VL (1994). A avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 10(1) 80-91, jan/mar.