

Modelos de Avaliação do Sistema Único de Saúde (SUS): Considerações sobre o IDSUS

Lilian Ribeiro de Oliveira – Mestranda em Administração de Organizações da FEA-RP/USP – lilianroliveira@fearp.usp.br

Cláudia Souza Passador – Professora Associada da FEA-RP/USP – cspassador@usp.br

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS), modelo universalista atualmente existente no país, encontra-se em posição de destaque dentre as políticas sociais vigentes. Em um contexto de aumento de recursos e crescimento da demanda, o SUS constantemente sofre alterações que visam aumentar a qualidade, acesso e efetividade do serviço prestado, desta forma são necessários instrumentos de acompanhamento do desempenho. A avaliação do SUS torna-se fundamental, assim como a avaliação de outras políticas públicas, a fim de mensurar os níveis de atendimento das dimensões de eficiência, eficácia e efetividade do sistema. Dentre as avaliações realizadas no âmbito do SUS destacam-se as avaliações de desempenho e as avaliações econômicas em saúde. Uma das novas ferramentas utilizadas pelo SUS é o IDSUS (Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde) que se propõe a medir o desempenho de cada município e região em relação ao acesso e a efetividade do sistema. O índice é composto por vinte e quatro indicadores, sendo quatorze que medem acesso à saúde e dez que medem a efetividade do sistema. A incorporação de novas ferramentas é incontestavelmente importante para a produtividade do recurso destinado a saúde pública no Brasil. Em suma, indicadores como o IDSUS podem auxiliar na elevação de patamares da saúde no Brasil. Desta forma, o principal objetivo deste trabalho está em identificar os modelos avaliações de desempenho e as avaliações econômicas em saúde atualmente existentes no Sistema Único de Saúde e verificar as potencialidades destes dois modelos avaliativos, em especial o IDSUS, no aprimoramento e aperfeiçoamento da gestão pública em saúde no Brasil. Conclui-se, que os diferentes modelos de avaliação do sistema existentes ocorrem de forma fragmentada e sem produção analítica, não se transformando em estratégias de ação para os gestores públicos.

Palavras-chave: saúde pública, SUS, avaliação de desempenho, IDSUS.

ABSTRACT

Evaluation Models of Public Health in Brazil: considerations on IDSUS

The Brazilian National Health System (SUS), a universalist model currently existing in the country, is in a prominent position among the social policies. In a context of increased resources and growth of demand, the SUS constantly undergoes changes that aim to improve the quality, access and effectiveness of the service provided. Therefore performance monitoring tools are necessary. The evaluation of SUS becomes fundamental as well as the evaluation of other public policies in order to measure the levels of compliance with the dimensions of efficiency, efficacy and effectiveness of the system. Among the assessments within the SUS stand out performance appraisals and economic evaluations in health. One of the new tools used by the SUS is the IDSUS (Performance Index of the Brazilian National Health System) that aims to

measure the performance of each municipality and region in relation to access to and the effectiveness of the system. This index is composed of twenty-four indicators, fourteen that measure access to health and ten that measure the effectiveness of the system. The incorporation of new tools is undoubtedly important for the productivity of the resource for public health in Brazil. In short, indicators as the IDSUS can assist in raising levels of health in Brazil. Thus, the major objective of this work is to identify assessment models currently on the National Health System and verify the potential of evaluation models, especially IDSUS, the enhancement and improvement of public management in health in Brazil. It is noted, however, that initiatives evaluation system exist but in a fragmented and without producing analytical, not turning into action strategies for managers.

Key Words: Health politics, SUS, evaluation, IDSUS.

Introdução

A trajetória das políticas de proteção social remete ao final da Segunda Guerra Mundial, período marcado por fortes turbulências entre capital e trabalho (FALEIROS, 1991; PIRES; DEMO, 2006; HOFLING, 2001). A expansão do capitalismo monopolista e as diversas crises econômicas colocaram em xeque a posição liberal anteriormente aceita de que o Estado deveria ser mínimo e o mercado autorregulado, neste contexto Keynes reavaliou os princípios do pensamento liberal a fim de propor alternativas a política econômica vigente (PAULA, 2005). Diante dos constantes entraves entre capital e trabalho, a busca de uma equalização proporcionou o surgimento de um movimento contrário às práticas adotadas pelo capitalismo, o Estado de Bem-Estar ou *Welfare State*. O *Welfare State* atua, portanto, como um mecanismo neutralizador dos desvios da modernidade, preconizando amplos sistemas de proteção social realizados por meio de políticas distributivas (FLEURY; OUVÉNEY, 2008). Contudo, a plena incorporação dos sistemas de proteção social se deu apenas em alguns países europeus, Matias-Pereira (2008) argumenta que ainda com um sistema de proteção social amplo, o Brasil nunca alcançou um Estado de Bem-Estar no nível e nos moldes dos países europeus. As políticas de proteção social no Brasil, construídas até meados de 1970, apresentavam-se como um sistema de grandes dimensões e organizacionalmente complexo, consumindo cerca de 15% do PIB (Produto Interno Bruto) e cobrindo boa parte da população, porém de modo desigual e insuficiente (DRAIBE, 2003).

De acordo com Cardoso Jr e Jaccoud (2005), apenas tornaram-se políticas sociais de escopo universal no Brasil, a educação fundamental e a saúde, ambas sem condicionantes de acesso, baseadas na cidadania. Anteriormente a Constituinte de 1988, algumas políticas sociais pontuais tiveram destaque no cenário nacional em relação ao direito do cidadão ao acesso à saúde. De acordo com Médici (1992) a primeira fase foi a assistencialista, sendo a saúde parte integrante de outras políticas sociais, posteriormente utilizaram-se do molde previdencialista,

restringindo os direitos aos trabalhadores formais e só a partir do século XX que se desvinculou a saúde de outras políticas sociais, proporcionando a população atendimento amplo, porém ainda desigual.

As novas garantias de proteção social formalizadas na Constituição não foram suficientes para tornar o sistema de saúde homogêneo, a conjuntura política de redemocratização e a crise fiscal contribuíram para forte turbulência experimentada na instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), dificultando o cumprimento de suas diretrizes (PIRES; DEMO, 2006; MENICUCCI, 2010).

Por outro lado, o SUS beneficia mais de 190 milhões de pessoas, sendo que cerca de 75% desta população dependem exclusivamente do serviço de saúde público (BRASIL, 2013). Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), a rede conta com 6,1 mil hospitais credenciados, 45 mil unidades de atenção primária, realiza 2,8 bilhões de procedimentos ambulatoriais por ano, além de 19 mil transplantes, 236 mil cirurgias cardíacas, 9,7 milhões de procedimentos de quimioterapia e radioterapia e 11 milhões de internações.

Os princípios básicos que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS) são a universalidade, integralidade, equidade na assistência, participação da comunidade e descentralização com comando único. O SUS também é uma política que envolve todos os entes da federação, delegando obrigações de prestação de serviços, fiscalização e financiamento a estados, municípios e distrito federal.

Diante de toda a grandeza e dificuldades apresentadas, o SUS consolida-se após vinte e cinco anos como uma política pública social de saúde no Brasil, buscando atingir os seus princípios fundamentais outrora garantidos na Constituição de 1988. Portanto, a avaliação do SUS torna-se fundamental, assim como a avaliação de outras políticas públicas, a fim de mensurar os níveis de atendimento das dimensões de eficiência, eficácia e efetividade do sistema. Dentre as avaliações realizadas no âmbito do SUS destacam-se as avaliações de desempenho e as avaliações econômicas em saúde. Avaliação do desempenho se correlaciona com o aumento de qualidade e monitoramento das ações de saúde, buscando atender aos princípios levantados de eficiência, eficácia e efetividade e também as necessidades de saúde da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007), além de proporcionar o controle e o melhor uso do recurso destinado (COSTA; CASTANHAR, 2003; FERRAZ, 2010). Neste contexto se insere o Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), indicador síntese que apresenta o cumprimento das diretrizes propostas na criação do SUS, bem como mede a distância entre o SUS “real” e o “ideal” (REIS; OLIVEIRA; SELLERA, 2012; IDSUS, 2011).

Neste cenário de recursos escassos, aumento da demanda e necessidade de avaliar o desempenho dos sistemas de saúde, verifica-se também a importância da avaliação econômica em saúde, que consiste em analisar duas ou mais estratégias ou intervenções em saúde comparando custos e benefícios alcançados (DRUMMOND; STODDART; TORRANCE, 1987; FERRAZ, 2010; RIBEIRO; POLANCZYK, 2005; HEYLAND et al, 1999).

Para o estudo proposto optou-se em realizar em ensaio teórico com o intuito de descrever as particularidades das duas formas de avaliação existentes atualmente no SUS e relacioná-las, buscando assim contribuir para a potencialidade dos resultados alcançados e a utilização destes dados de forma estruturada, pelos gestores públicos.

A Saúde Pública no Brasil

No Brasil o acesso à saúde pública como fator de cidadania, foi estabelecido apenas em 1988 com a promulgação da Constituição Federal, e passou então a ser tratado como um direito do cidadão brasileiro (BRASIL, 2011; FINKELMAN, 2002; KAJIURA, 2011; NUNES et al, 2010; SANTOS et al, 2011). Por meio do Art. 196 (CF, 1988) que descreve: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Contudo, para além do texto constitucional atualmente vigente, o conhecimento histórico da formação do atual sistema de saúde é imprescindível para sua compreensão, necessita-se a retomada dos predecessores da construção da política de saúde no país. O ano de 1808, marcado pela vinda da Coroa portuguesa ao Brasil, trouxe intervenções do império à vida sanitária do país (ELIAS, 2004; BRASIL, 2007; ESCOREL; TEIXEIRA, 2008). Instituições públicas foram criadas com o intuito de verificar o exercício da medicina e garantir a salubridade da corte (MACHADO et al, 1978; ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

São no período republicano que começam a se delinear ações mais efetivas da intervenção do Estado na saúde pública do país. A Constituição de 1891 transfere aos estados a responsabilidade das ações de saúde, saneamento e educação (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005; ELIAS, 2004; BRASIL, 2007; ESCOREL; TEIXEIRA, 2008). Movimentos para o controle de epidemias, que assolavam as regiões portuárias do Brasil constavam como principais atividades da época, fato considerado propulsor para a criação de duas importantes instâncias governamentais no Brasil, o Instituto Soroterápico Federal (atualmente Fundação Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro) e o Instituto Butantan, em São Paulo, ambos responsáveis pela produção de soros e vacinas (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005; BRASIL, 2007; ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Posteriormente, durante as décadas de 1920 e 1930, observam-se sinais de movimentos sanitários, liderados por médicos higienistas, que culminam na criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), caracterizado pela centralização das ações e ainda intrinsecamente relacionado às crises sanitárias (BRASIL, 2007; ESCOREL; TEIXEIRA, 2008). A partir da década de 1930, Era Vargas, assiste-se a uma expansão do sistema de proteção social previdenciário, ainda que vinculados a segmentos estratégicos do projeto Getulista, através da ampliação das Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPs) e posteriormente centralização destas em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), abarcando a maioria dos trabalhadores formais urbanos (GERSCHMAN; SANTOS, 2006, FINKELMAN, 2002; PAIM et al, 2011; ELIAS, 2004; BRASIL, 2007; ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

No campo político, a Constituição de 1946 incorporou novos delineamentos para a prática previdenciária, aumentando os direitos dos trabalhadores e focalizando principalmente a assistência sanitária, médica e hospitalar, contudo, privilegiando ainda ações individuais de saúde. Outro importante marco contemporâneo foi à desvinculação entre saúde pública e educação, com a criação em 1953 do Ministério da Saúde (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008). Durante a ditadura militar instaurada no Brasil no período entre 1964 e 1985, o Sistema Nacional de Saúde caracterizou-se pelo eixo central na previdência social com maior vigor financeiro, além do aumento da burocratização e centralização das ações e programas de saúde (COHN, 1995; ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

De acordo com Finkelman (2002, p. 246), nos últimos anos do governo militar “repercutiam sobre a saúde os primeiros movimentos da transição democrática e a profunda crise econômica do país, com especial repercussão no financiamento do Estado”. A população empobrecia nos grandes centros, o desemprego era crescente, aumento da violência e mortalidade infantil expunha a fragilidade do modelo previdenciário adotado até então, movimentos em prol do social tornaram-se cada vez mais frequentes reivindicando melhores condições de saúde para a população (BRASIL, 2007; FINKELMAN, 2002; ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Pesquisadores objetivaram conciliar a pesquisa ao desenvolvimento do campo de atuação política, mobilizados em conjunto com a sociedade civil em prol da redemocratização do país, e, conseqüentemente da saúde pública (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005; DÂMASO, 1989).

Para deliberar sobre a operacionalização e a constituição de um arcabouço constitucional para o modelo proposto na Conferência, o Ministério da Saúde convocou a

Comissão Nacional da Reforma Sanitária (BRASIL, 2007 apud CORDEIRO, 2004). A comissão então formada participou da Assembleia Nacional Constituinte (1987-1988), garantindo a aprovação da Reforma Sanitária Brasileira e já em 1988 com a promulgação da Constituição Federal, os princípios reformistas pode-se ver representado no Título VIII – Da Ordem Social, Capítulo II – Da Seguridade Social (CF, 1988; FINKELMAN, 2002).

A implementação do SUS vigora a partir de 1990, com a Lei nº 8080 de 19 de setembro, Lei Orgânica da Saúde, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 1990). Em seu artigo 4º estabelece que “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS)”. Pode-se verificar no § 2º, que a iniciativa privada pode participar, em caráter complementar (BRASIL, 1990a).

Configura-se assim, um amplo aparato legal e institucional, possibilitando a organização e gestão da complexa rede de saúde idealizada na reforma sanitária, posteriormente materializada no texto constitucional.

O Financiamento do SUS

O financiamento público de saúde no Brasil historicamente é considerado um dos gargalos do sistema, verifica-se desde a implantação do SUS, em 1990 com a Lei 8080/90, a crise de financiamento enfrentada pelo setor da saúde. Contudo, é importante salientar que, essa crise está vinculada mais fortemente com as políticas de ajustes fiscal adotadas durante toda a década de 1990, em que se seguia o receituário neoliberal, privatizando setores de atuação pública e diminuindo drasticamente o orçamento das políticas sociais (UGÁ; MARQUES, 2005; MELAMED, 2011; GERSCHMAN; SANTOS, 2006; FINKELMAN, 2002).

É competência da União, Estados e Municípios o financiamento do SUS, com a aprovação da Emenda Constitucional nº 29 (EC/29), este financiamento foi dividido às três esferas de governo (SERVO et al, 2011; GERSCHMAN; SANTOS, 2006). Porém, o principal financiador do modelo universal da saúde no Brasil é a União, sendo que a gestão dos recursos é papel do município, responsável em alocar os recursos disponíveis de acordo com as necessidades da população. De acordo com Servo et al (2011) a participação de estados e municípios no financiamento do SUS, garantiu um aumento de repasse de recurso na ordem de 195%, passando de R\$ 26 bilhões em 2000 para R\$ 76,7 bilhões em 2010, complementarmente a este aporte financeiro o SUS ainda recebeu cerca de R\$ 23,3 bilhões da União. Portanto, o orçamento total para saúde pública evoluiu de R\$ 64,8 bilhões em 2000 para 138,7 bilhões em

2010. Segundo os autores (SERVO et al, 2011) tal fato demonstrou a importância da Emenda Constitucional nº 29 para o aumento de recursos da saúde no Brasil.

Ainda que os recursos para o financiamento tenham aumentado consideravelmente, para cumprir a proposta constitucional de um sistema de saúde universal, integral e gratuito, ele ainda é insuficiente. A escassez de recursos é confirmada quando se comparada a outros sistemas de cunho universal, segundo dados da OECD (2013) os gastos públicos em saúde no Brasil em 2010 alcançaram cerca de 4,2% do Produto Interno Bruto, já países como o Reino Unido investiram cerca de 8%, Austrália 6,2% e Canadá 8,1% do PIB em 2010.

Desta forma, para a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde, além do aumento das fontes de recursos, de modo a equiparar-se a outros modelos universalistas, o sistema necessita de acompanhamento, monitoramento e avaliações das ações, a fim de aumentar a racionalização dos gastos, tornando o sistema mais efetivo e eficaz.

Avaliações nas Políticas Públicas de Saúde no Brasil

A importância maior dada à avaliação em relação às outras etapas das políticas públicas claramente está relacionada à eficiência do gasto público e a qualidade dos serviços prestados, além da mensuração da efetividade das ações do Estado e divulgação dos resultados alcançados, com a finalidade de prestação de contas à sociedade (RAMOS; SCHABBACH, 2012; FAÇANHA; MARINHO, 2001; ARRETCHE, 2001; COSTA; CASTANHAR, 2003; ALVES; PASSADOR, 2011).

As mudanças ocorridas na chamada nova gestão pública favoreceram a prática da atividade de avaliar políticas e programas públicos, porém o crescimento da utilização dos mecanismos avaliativos também foi influenciado pela sociedade, que ainda de forma tímida, pressiona o Estado por melhores serviços públicos (TORRES, 2004; ABRUCIO, 2007).

Como ressalta Ramos e Schabbach (2012, p. 1273) a “avaliação permite ao governante certo conhecimento dos resultados de um dado programa ou projeto, informação essa que pode ser utilizada para melhorar a concepção ou a implementação das ações públicas, fundamentar decisões, promover a prestação de contas”.

A avaliação, uma vez considerada como forma de mensurar o desempenho de políticas ou programas, necessita de critérios para estruturar-se e por fim mensurar o resultado obtido (COSTA; CASTANHAR, 2003). Dessa forma, utilizam-se três dimensões básicas para mensurar os resultados alcançados (DRAIBE, 2001; COSTA; CASTANHAR, 2003; FAÇANHA; MARINHO, 2001; ALVES; PASSADOR, 2011), são elas:

Eficiência: de origem econômica, significa atingir os objetivos do programa, priorizando as normas estabelecidas e com a menor relação custo-benefício possível;

Eficácia: mede o grau em que as metas e objetivos foram alcançados, traduzindo de forma simplificada o resultado atingido;

Efetividade: também tratado na literatura como medida de impacto, indica os efeitos positivos relacionados ao público-alvo do programa. É uma dimensão mais ampla, pois analisa os aspectos econômicos, socioculturais, ambientais e institucionais, ou seja, a efetividade mede tanto a quantidade quanto a qualidade das metas alcançadas pelo programa.

Para além da perspectiva democrática do processo avaliativo, segundo Weiss (1999) as avaliações têm consequências reais, tais como o desafio estabelecido perante as antigas ideias, abertura para novas perspectivas e contribuição significativa para a reorganização da agenda política. As avaliações podem fornecer informações vitais para a continuidade ou descontinuidade de determinada política, já que o objetivo maior está em auxiliar as pessoas e as organizações na melhoria dos planos e práticas para a sociedade (WEISS, 1999).

Há de se notar então que, em busca de uma maior eficiência administrativa, a avaliação tornou-se processo chave para o melhor desempenho das políticas e programas sociais, destacando-se aqui a avaliação da saúde pública.

Avaliações de Desempenho em Saúde

O interesse em monitorar e avaliar políticas sociais têm se intensificado desde os anos 90 na saúde com a publicação “Relatório Mundial da Saúde 2000 – Sistemas de Saúde: Melhorando o Desempenho” da Organização Mundial da Saúde (OMS) que reforçou a necessidade de se avaliar o SUS (IDSUS, 2011; VIACAVA et al, 2004). Contribuindo, Viacava et al (2004, p.712) cita: “Para além do debate ideológico e da agenda conservadora, a avaliação de desempenho dos sistemas de saúde é desejável e promissora, podendo constituir-se num poderoso instrumento de monitoramento das políticas de reforma”.

Para Contandriopoulos, Trottier e Champagne (2008 apud Cruz, 2011) os sistemas de saúde são um sistema de ação social e o desempenho apresentado por eles remetem ao equilíbrio entre as quatro funções principais deste sistema: adaptação, capacidade de organização, inovação e adaptação ao público alvo; alcance de metas, por meio do cumprimento dos objetivos pré-estabelecidos; produção, oferta e utilização dos serviços de saúde de forma individual ou coletiva; e manutenção de valores, princípios que guiam o sistema tais como, solidariedade, equidade e dignidade.

Rossi, Lipsey e Freeman (2004) colaboram sugerindo que a avaliação é composta por duas vertentes, de um lado a descrição do desempenho do que está sendo avaliado e de outro os critérios e normas utilizados para auferir este desempenho. Para o SUS, um sistema de avaliação de desempenho 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; OLIVEIRA; SELLERA, 2012).

Para além da avaliação de desempenho do SUS, verifica-se a importância e o crescimento de avaliações fundamentadas no impacto econômico produzido por determinada política de saúde, ou seja, buscando a eficiência na utilização dos recursos (RIBEIRO; POLANCZYK, 2005). Para a alocação mais acertada por parte dos gestores, as avaliações econômicas em saúde apresentam-se como uma importante aliada na melhoria dos sistemas de saúde, desta forma, o próximo tópico destina-se a discutir quais são essas avaliações e como são utilizadas no Brasil.

Discussão: Avaliações Econômicas em Saúde e a Avaliação de Desempenho

As avaliações econômicas de saúde são amplamente utilizadas nos países desenvolvidos em especial no Canadá, Estados Unidos, Inglaterra e Austrália, por meio de instituições que desenvolvem análises para tais políticas de saúde (BRASIL, 2008; CAMELO JR et al, 2011; VANNI et al, 2009). No Brasil, é incumbida ao Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde (DECIT) a tarefa de analisar economicamente as tecnologias em saúde que são incorporadas a gestão e ao serviço de saúde pública (SANCHO; DAIN, 2012, CAMELO JR et al, 2011, VANNI et al, 2009).

Ademais, o principal objetivo da área de avaliação econômica é verificar como alocar os recursos disponíveis para saúde com a maior produtividade possível, com base em aspectos clínicos e econômicos (VANNI et al, 2009). Existem quatro tipos básicos de análise econômica em saúde de acordo com Drummond, Stoddart e Torrance (1987) são elas: custo-minimização, custo-benefício, custo-efetividade e custo-utilidade. O custo-minimização é a mais simples dentre as análises, visa comparar entre duas ou mais alternativas qual é a de menor custo para o mesmo desfecho clínico, buscando desta forma o conjunto total de custo mais reduzido (DRUMMOND; STODDART; TORRANCE, 1987). Em relação ao custo-benefício, a análise destina-se a avaliar os benefícios monetários de uma intervenção, relatando tanto os custos quanto os benefícios, a fim de comparar alternativas e escolher entre a melhor relação custo-benefício (DRUMMOND; STODDART; TORRANCE, 1987; CAMELO JR et al, 2011). Já a análise custo-efetividade suporta a avaliação dos custos e das consequências de um tratamento, programa ou política de saúde, tornando-se completa na avaliação entre uma ou mais alternativas (DRUMMOND; STODDART; TORRANCE, 1987), são também as mais

comumente utilizadas por ter como unidade de desfecho tanto benefícios monetários quanto clínicos, os benefícios clínicos são medidos através de anos de vida salvos ou por complicações/internações prevenidas (UGÁ, 1995; BRASIL, 2008), portanto a relação custo-efetividade se dá quando um montante limitado de recursos produz um maior número de unidades de resultados e benefícios (VIANNA; BAPTISTA, 2008). Por fim, a análise custo-utilidade, considerada uma derivação da análise custo-efetividade, tem como unidade de desfecho além dos benefícios monetários, os benefícios clínicos mensurados por meio de qualidade de vida do paciente, a principal unidade de desfecho clínico utilizada nesta análise são os anos de vida ajustados pela qualidade (do inglês QALY – *quality-adjusted-life-year*) que leva em consideração além da qualidade de vida percebida pelo paciente a sobrevida atribuída à intervenção realizada (DRUMMOND; STODDART; TORRANCE, 1987; BRASIL, 2008).

É importante perceber então a oportunidade de mensurar tanto os benefícios financeiros como os sociais, em oposição à unidade de desfecho de outras análises, como é o caso do custo-benefício e o custo-minimização. Todavia, a análise custo-efetividade é utilizada na comparação entre duas estratégias, geralmente competitivas entre si, para se alcançar a meta estabelecida (UGÁ, 1995; BRASIL, 2008, KRAUSS-SILVA, 2003; WHO, 2003).

No Brasil, a mais utilizada das avaliações econômicas de saúde é a avaliação custo-efetividade, por se tratar de uma medida completa, largamente utilizada, porém que não produz dados relativos aos pacientes, como a análise custo-utilidade. É competência do governo federal, por meio de uma departamento especializado (DECIT) analisar os procedimentos e terapias mais custo-efetivos afim de incorporá-los ao SUS melhorando a qualidade do atendimento e da condição de vida das pessoas.

Em relação ao modelo de análise de desempenho do sistema público, observa-se algumas ações fragmentadas de avaliação, para o presente estudo opta-se por concentrar as análises no Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), tal escolha se justifica por se tratar de um índice, formado por vários indicadores que formam um panorama sintético da situação de saúde em cada município do Brasil, dependendo da sua região de saúde e grupo homogêneo a qual pertence. O fundamento teórico utilizado pelo IDSUS foi o Projeto de Desenvolvimento de uma Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (PRO-ADESS), criado por meio da parceria entre a Abrasco (Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva) e a Fundação Oswaldo Cruz (FioCruz) (VIACAVA et al, 2004).

De forma análoga aos indicadores utilizados na educação, que promovem aos gestores a oportunidade de compreenderem os pontos fortes e fracos do sistema, com o objetivo de

realizar melhorias conforme as prioridades estabelecidas previamente, o IDSUS tem características e finalidades semelhantes (IDSUS, 2011).

Conforme a ânsia de monitoramento e avaliação do SUS, a criação do IDSUS visa estabelecer parâmetros objetivos que possam conduzir o investimento produtivo do recurso do SUS, além de contribuir para aumento na qualidade e efetividade dos serviços de saúde prestados pelo Estado (IDSUS, 2011). O índice também busca avaliar o desempenho do SUS em relação aos seus princípios e diretrizes: regionalização, hierarquização, descentralização com comando único, responsabilidade tripartite (REIS; OLIVEIRA; SELLERA, 2012; IDSUS, 2011). As fontes de dados dos indicadores do IDSUS são: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); Sistema de Informação Ambulatorial (SIA); Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI); Sistema de Informação Hospitalar (SIH); Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); Sistema de Informação sobre Nascido Vivo (SINASC); Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), todos são sistemas de informações nacionais (REIS; OLIVEIRA; SELLERA, 2012; IDSUS, 2011).

Em suma, os propósitos do IDSUS são: a avaliação do desempenho geral nos municípios, regiões e estados; avaliação do acesso e efetividade em todos os níveis de atenção e diagnosticar deficiências para realização de melhorias (REIS; OLIVEIRA; SELLERA, 2012). Contudo, há de se notar que as desigualdades socioeconômicas brasileiras prejudicam a avaliação dos municípios, portanto, o índice conta com grupos homogêneos de municípios, aglomerados de acordo com o perfil demográfico, condição de saúde da população e estrutura dos sistemas de saúde (REIS; OLIVEIRA; SELLERA, 2012).

Diante dos pressupostos apresentados, o IDSUS apresenta o resultado alcançado por meio de notas que variam de 0 a 10, levando em consideração todas as ponderações necessárias para tratar os municípios de formas diferentes, já que estes apresentam condições socioeconômicas e estruturais distintas (IDSUS, 2011).

De acordo com a caracterização das avaliações utilizadas nota-se que não há ligação entre as avaliações realizadas (avaliações econômicas e IDSUS), o que torna a avaliação incompleta e que não gera resultados agregados ao gestor do SUS, o IDSUS também não faz uso de indicadores de eficiência do gasto público, observando apenas dados clínicos para avaliar os municípios.

Considerações Finais

O estudo apresentado objetiva indicar que as avaliações econômicas de saúde e as avaliações de desempenho estão sendo realizadas de forma paralela no Brasil, o esforço em proporcionar aos gestores dados concretos e reais sobre a situação da saúde no país é inovadora e louvável, porém necessita ser mais efetiva, se os dados fossem cruzados e analisados forneceria assim uma visão ampla e total do sistema público brasileiro.

O IDSUS, por se tratar de um índice recente incorporado as avaliações desenvolvidas deve ser aperfeiçoado abarcando em seu contexto dados que indiquem os gastos e recursos municipais aplicados em saúde, dessa forma seria uma ferramenta bastante eficaz na análise de como o recurso é gasto e como pode ser melhor realocado, buscando atingir dessa forma níveis mais altos de qualidade nos procedimentos e atendimento à população.

Já as avaliações econômicas de saúde, deveriam ser utilizadas à complementar o resultado obtido na avaliação de desempenho, buscando por meio das análises de custo-efetividade por exemplo, novas intervenções e terapias que reduziram os custos vinculados a determinado tratamento, melhorando a qualidade do atendimento e da saúde da população.

Desta forma o intuito é indicar a importância da implementação de novos modelos de avaliação e fornecer aos gestores públicos de saúde informações interligadas a respeito do desempenho e dos recursos financeiros destinados à saúde daquele município em questão. Além de proporcionar uma visão geral dos outros municípios o que poderá auxiliar na busca por melhores padrões de qualidade em saúde e melhor efetividade do gasto público.

Portanto, a pesquisa pretende difundir a importância da construção de sistemas de informação interligados, a fim de proporcionar aos gestores a visão completa e integrada do sistema público de saúde brasileiro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ABRUCIO, Fernando L. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. **RAP**. Edição Especial Comemorativa, pp. 67-86, 2007.

ALVES, T; PASSADOR, C.S. **Educação pública no Brasil**: condições de oferta, nível socioeconômico dos alunos e avaliação. São Paulo: Annablume, 2011.

ARRETCHE, Marta T. S. Tendências no estudo sobre avaliação. In: RICO, E. M. (Org.). **Avaliação de políticas sociais**: uma questão de debate. São Paulo: Cortez (Instituto de Estudos Especiais), 2001.

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

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Coleção: Progestores – para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/atendimento/sus> Acessado em: fev/2013.

BRASIL. Lei n. 8.080, 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, Brasília, 1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>> Acesso em: 26 de fevereiro de 2013.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm> Acesso em: junho/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde, Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento, Secretaria Executiva. Avaliação econômica em saúde: desafios para gestão no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. IDSUS. **Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde**. Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1080. Acessado em: 26 de junho de 2012.

CAMELO JUNIOR, José. S.; FERNANDES, Maria. I. M.; JORGE, Salim M.; MACIEL, Lea M. Z.; SANTOS, Jair L. F.; CAMARGO JR, Alceu S.; PASSADOR, Cláudia S.; CAMELO, Silvia H. H. Avaliação econômica em saúde: triagem neonatal da galactosemia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 666-676, Abr, 2011.

CARDOSO JR, José C; JACCOUD, Luciana. Políticas sociais no Brasil: organização, abrangência e tensões da ação estatal. In: JACCOUD, Luciana (Org.). **Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo**. Brasília: IPEA, 2005.

COHN, Amélia. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: LAURELL, Asa C. (org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1995.

COSTA, F. L.; CASTANHAR, J. C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **Revista de Administração Pública**, v. 37, n. 5, pp. 969-992, 2003.

CRUZ, M. M. Avaliação de Políticas e Programas de saúde: contribuições para o debate. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**. p.181-199, 2011. Online: Disponível em: www.ims.uerj.br/ccaps. Acessado em: abr, 2013.

DÂMASO, Romualdo. Saber e Práxis na reforma sanitária: avaliação da prática científica do movimento sanitário. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez, 1989.

DRAIBE, S. M. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. In: BARREIRA, M. C. R. N; CARVALHO, M. C. B. (Orgs.). **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: IEE/PUC-SP, 2001.

_____. A política social no período FHC e o sistema de proteção social. **Tempo Social**, v.15, n.2, pp. 63-101, 2003.

DRUMMOND, Michael F., STODDART, Greg L., TORRANCE, George W. **Methods for the economic evaluation of health care programmes**. Oxford: Oxford University Press, 1987.

ELIAS, Paulo E. Estado e Saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. **São Paulo em Perspectiva**, v. 18, n. 3, pp. 41-46, 2004.

ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene R; EDLER, Flávio C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T. et al (Orgs.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

ESCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimento populista. In: GIOVANELLA, Lígia (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

FAÇANHA, A; MARINHO, L. O. **Programas sociais: efetividade, eficiência e eficácia como dimensões operacionais da avaliação**. Texto para discussão nº 787. Rio de Janeiro: IPEA, 2001.

FALEIROS, Vicente de Paula. **A Política Social do Estado Capitalista**. São Paulo: Cortez, 1991.

FERRAZ, M. B. Economia da saúde e sua inserção no sistema de saúde. In: BLIACHERIENE, A. C; SANTOS, J. S. (Orgs.). **Direito à vida e à saúde: impactos orçamentários e judicial**. São Paulo: Atlas, 2010.

FINKELMAN, Jacobo. (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

FLEURY, Sonia; OUVENEY, Assis M. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, Lígia (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

GERSCHMAN, Silvia; SANTOS, Maria A. B. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 21, n. 61, jun, pp. 177-191, 2006.

HEYLAND, Daren K et al. How to use the results of an economic evaluation. **Critical Care Medicine**, v. 27, n. 6, pp. 1195-1202, 1999.

HOFLING, Eloisa M. Estado e políticas (públicas) sociais. **Caderno Cedes**, v. 11, n. 55, pp. 30-41, 2001.

IDSUS. Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/IDSUS_06-03-12.pdf> Acessado em: 26 de junho de 2012.

KAJIURA, Ana P. **A oferta de serviços de média e alta complexidade e os sistemas de informação no sistema único de saúde**. In MELAMED, Clarice; PIOLA, Sérgio F. (Org.). Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde. Brasília: IPEA, 2011.

KRAUSS-SILVA, Leticia. Avaliação tecnológica e análise custo-efetividade em saúde: a incorporação de tecnologias e a produção de diretrizes clínicas para o SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, pp. 501-520, 2003.

LIMA, Nísia T; FONSECA, Cristina M. O.; HOCHMAN, Gilberto. A saúde na construção do Estado Nacional do Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N. T. et al (Orgs.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MACHADO, Roberto et al. **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MATIAS-PEREIRA, José. Curso de Administração Pública: foco nas instituições e ações governamentais. São Paulo: Atlas, 2008.

MÉDICI, A. C. Saúde e crise da modernidade (Caminhos, Fronteiras e Horizontes). **Saúde e Sociedade**, v.1, n.2, pp. 49-78, 1992.

MELAMED, Clarice. Regulamentação, produção de serviços e financiamento federal do sistema único de saúde: dos anos 90 aos 2000. In: MELAMED, Clarice; PIOLA, Sérgio F. (Org.). **Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde**. Brasília: IPEA, 2011.

MENICUCCI, Telma. A implementação da reforma sanitária: a formação de uma política. In: HOCHMAN, G; ARRETCHE, M; MARQUES, E. (Orgs.). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Comitê Nacional de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde. **Política Nacional de Avaliação de desempenho do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/documento%20politica.pdf>. Acesso em: abr/2013.

NUNES, Edison; JACOBI, Pedro R.; KARSH, Ursula S.; COHN, Amélia. **A saúde como direito e como serviço**. 6ª Ed. São Paulo: Cortez, 2010.

ORGANIZAÇÃO PARA COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONOMICO. OECD. **Health expenditure**. In: OECD Factbook 2013: Economic, Environmental and Social Statistics, OECD Publishing, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1787/factbook-2013-103-en> Acessado em: 04 de março de 2013.

PAIM, Jairnilson S, et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, v. 370, n. 9779, pp. 11-31, 2011.

PAULA, Ana P. P. **Por uma nova gestão pública**: limites e potencialidades da experiência contemporânea. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

PIRES, Maria R. G. M; DEMO, Pedro. Políticas de saúde e crise do Estado de Bem-Estar: repercussões e possibilidades para o Sistema Único de Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 2, pp. 56-71, 2006.

RAMOS, Marília P; SCHABBACH, Leticia M. O estado da arte da avaliação de políticas públicas: conceituação e exemplos de avaliação no Brasil. **Revista de Adm. Pública**, v. 46, n. 5, pp. 1271-1294, 2012.

REIS, Afonso T; OLIVEIRA, Paulo T. R; SELLERA, Paulo E. Sistema de avaliação para a qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 6, n. 2, Supl., 2012.

RIBEIRO, R. A; POLANCZYK, C. A. Avaliação de tecnologia em saúde: entendendo as fronteiras dos ensaios clínicos e metanálises. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul**, v. 14, n. 6, pp. 32-35, 2005.

ROSSI, Peter H; LIPSEY, Mark W; FREEMAN, Howard E. **Evaluation**: A systematic approach. 7ª ed. London: Sage Publications, 2004.

SANCHO, Leyla G.; DAIN, Sulamis. Avaliação em Saúde e Avaliação Econômica em Saúde: introdução ao debate sobre seus pontos de interseção. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, Mar., pp. 765-774, 2012.

SANTOS, Lucas M.; FRANCISCO, José R. S.; FARIA, Adriana M. B.; GONÇALVES, Márcio A. Controle por resultados na alocação de recursos na atenção básica em saúde das microrregiões do Sudeste do Brasil. In XXXV Encontro da ANPAD, Rio de Janeiro, 2011 **Anais...**Rio de Janeiro: ANPAD, 2011.

SERVO, Luciana M. S.; PIOLA, Sérgio F.; PAIVA, Andrea B.; RIBEIRO, José A. **Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências**. In MELAMED, Clarice; PIOLA, Sérgio F. (Org.). Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde. Brasília: IPEA, 2011.

TORRES, M. D. F. **Estado, democracia e administração pública no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

UGÁ, Maria A. D. Instrumentos de avaliação econômica dos serviços de saúde: alcances e limitações. In: PIOLA, Sérgio F.; VIANNA, Solon M. **Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde**. Brasília: IPEA, 1995.

UGÁ, Maria A; MARQUES, Rosa M. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, N. T. et al (Orgs.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

VANNI, Tazio et al. Avaliação econômica em saúde: aplicações em doenças infecciosas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.12, dez., pp.2543-2552, 2009.

VIACAVA, Francisco et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, pp. 711-724, 2004.

VIANNA, Ana L. d'A; BAPTISTA, Tatiana W. F. Análise de políticas de saúde. In. GIOVANELLA, Lígia (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

WEISS, Carol H. The interface between evaluation and public policy. **Evaluation**, v. 5, n.4, pp. 468-486, 1999.

WHO. World Health Organization. **Making choices in health: WHO guide to cost-effectiveness analysis**. Edited by T.Tan-Torres Edejer et al. Geneva, 2003.