

1. MESTRANDA EM DIREITO, GOVERNANÇA E POLÍTICAS PÚBLICAS/UNIFACS. NUTRICIONISTA.

<http://lattes.cnpq.br/2154565227485121>.

2. PÓS DOUTOR EM FILOSOFIA CONTEMPORÂNEA NA PONTIFÍCIA UNIVERSITÀ LATERANENSI - ROMA/2006 E EM FILOSOFIA DOS DIREITOS HUMANOS NA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA/2019. DOCENTE E PESQUISADOR DA UNIFACS E DA UNISBA.

<http://lattes.cnpq.br/5194408237403794>.

Recebido: março de 2019

Aprovado: abril de 2019

# Garantia do acesso à Atenção Básica no SUS: uma avaliação da política pública através dos indicadores de saúde, 2012 a 2017.

ENSURING ACCESS TO PRIMARY CARE IN SUS: AN EVALUATION OF PUBLIC POLICY THROUGH HEALTH INDICATORS, 2012 TO 2017.

*Maria Olivia Sousa Costa<sup>1</sup>  
José Euclimar Xavier de Menezes<sup>2</sup>*

## RESUMO

O estudo explora o uso de indicadores como ferramenta de planejamento e avaliação das ações e serviços de saúde, destacando alterações ocorridas nos indicadores de saúde (2012 a 2017). Aponta a pactuação da Bahia e o alcance anual das metas. Utiliza a Matriz do PROADESS para dimensionar os que permaneceram na avaliação do acesso à Atenção Básica, visando identificar sua efetividade. É um artigo de revisão que utiliza método dedutivo, com abordagem qualitativa, extraída de pesquisa quantitativa. Observou-se aumento significativo a partir de 2013, sequenciado de drástica redução a partir de 2016, impactando na avaliação do acesso à AB. Considerando-se saúde como direito fundamental, o estudo sugere retorno de indicadores de maior efetividade na avaliação desse acesso, entendendo que essa supressão implica em prejuízo ao processo de avaliação da política pública, podendo ocultar uma realidade oriunda da ineficácia do Estado em prover uma Atenção Básica acessível aos seus cidadãos.

**Palavras-chave:** Indicadores de saúde, Políticas públicas, Sistema Único de Saúde, Atenção Básica.

## ABSTRACT

The study explores the use of indicators as a planning and evaluation tool for health actions and services, highlighting changes in health indicators (2012 to 2017). The agreement of Bahia and the annual achievement of the goals were pointed out. The PROADESS Matrix was used to size those who remained in the evaluation of access to Primary Care, aiming to identify its effectiveness. It is a review article that uses deductive method, with qualitative approach, extracted from quantitative research. A significant increase was

observed from 2013, following a drastic reduction from 2016, impacting the assessment of access to Primary Care. Considering health as a fundamental right, the study suggests the return of indicators of greater effectiveness in assessing this access, understanding that this suppression implies prejudice to the process of evaluation of public policy, and may hide a reality arising from the ineffectiveness of the State in providing an Primary Care accessible to its citizens.

**Keywords:** Health Indicators, Public Policies, Unified Health System, Primary Care.

---

---

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado através do Artigo 198 da Constituição Federal de 1988, constitui-se de uma rede regionalizada e hierarquizada, ordenado conforme as seguintes diretrizes: descentralização, integralidade e participação da comunidade (BRASIL, 1988). A partir da Lei nº8.080, de 1990, a saúde passou a ser reconhecida como Direito Fundamental do indivíduo, conferindo ao Estado a obrigação de prover as condições essenciais ao seu pleno exercício (BRASIL, 1990).

A Lei nº8.080/1990 contempla, entre outras atividades, o planejamento e a avaliação das ações e serviços de saúde. Uma das competências da direção estadual do SUS passa a ser a divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federativa. Como ferramenta de planejamento, a Lei nº8.080/1990 destaca os Planos de Saúde

(PS) e as Programações Anuais de Saúde (PAS) em cada nível de direção do SUS (BRASIL, 1990).

A legislação em saúde seguiu pautando a importância do planejamento ascendente, a partir das necessidades de saúde de cada região, conforme seu perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico. A partir da construção do perfil, se definem as metas anuais de saúde e seus custos correspondentes (BRASIL, 2012).

Utilizando a definição de Garcia (2016), metas correspondem à concretização dos objetivos, expressa de forma quantitativa. O autor define indicador como um índice, que permite medir uma determinada situação, a partir das variáveis, as quais podem sofrer alterações, conforme circunstâncias conhecidas.

Os indicadores possuem dados importantes sobre as condições de saúde dos indivíduos, permitindo avaliar o comportamento de uma gestão no desenvolvimento de práticas de saúde. Permitem traçar o perfil de saúde de uma população, na qual, a partir dos resultados, se torne possível definir um diagnóstico, realizar uma avaliação das ações e serviços de saúde, e construir um planejamento em busca das metas a serem alcançadas, ou mantidas (BRASIL, 2004).

Para Bittar (2001), no processo de planejamento e avaliação de programas e serviços de saúde, é essencial a aferição da qualidade e da quantidade. O autor define indicador como uma unidade de medida de uma atividade, ou uma medida qualitativa, que permite ser utilizada como referência para monitorar e avaliar processos. Considera indicador não sendo uma medida direta da qualidade, mas sim um elemento que desperta atenção para especificidades dos resultados dos processos. Assim, pode ser utilizado como indicador: uma taxa, um coeficiente, um índice, um número absoluto, ou um fato.

Ao se avaliar a qualidade de um indicador, se faz necessário entender os atributos a ele vinculados, os quais irão lhe conferir valor. Deste modo, utilizando-se as definições de Bittar (2001), podemos considerar necessário para os indicadores os seguintes atributos: validade, sensibilidade, especificidade, simplicidade,

objetividade e baixo custo (economicidade).

Soligo (2012) inclui ainda como critérios recomendáveis para um indicador: a seletividade, a abrangência, a rastreabilidade, a acessibilidade, a comparabilidade, a estabilidade e a rapidez de disponibilidade.

Brasil (2004) traz como atributos de qualidade de um indicador: a mensurabilidade (vista também como acessibilidade dos dados), a relevância, a integridade dos dados, e a consistência interna (valores coerentes e não contraditórios).

Segundo Soligo (2012), foi na década de 1960 que se expandiram constatações das grandes diferenças existentes entre crescimento econômico e melhorias das condições sociais da população. Naquela época foram várias as tentativas de se mensurar os impactos das políticas públicas, entre elas surgiu o indicador Produto Interno Bruto (PIB). Este indicador surgiu com o objetivo de demonstrar o nível de desenvolvimento socioeconômico dos países, porém, cada vez mais exprimia as desigualdades sociais.

A partir de então, várias instituições financeiras passaram a se dedicar na busca de conceitos e métodos capazes de quantificar o bem-estar e as

mudanças sociais, na perspectiva de melhor organizar as ações governamentais (SOLIGO, 2012).

Na década de 1970, com o excesso de planejamento tecnocrático, ocorreu o descrédito no uso de indicadores. No entanto, em 1980, com uma formulação e implementação de políticas públicas baseadas em planejamento local e participativo, o uso de indicadores retoma seu papel importante, na quantificação e qualificação das condições de vida da população.

Em 22 de fevereiro de 2006 o Ministério da Saúde publicou a Portaria n° 399, consolidando o SUS e aprovando as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006. Para tal, estabeleceu três componentes: Pactos Pela Vida, Pacto em Defesa do SUS, e Pacto de Gestão. Esta portaria também traz a normatização do planejamento, monitoramento e avaliação pelos três entes públicos, e estabelece o Termo de Compromisso de Gestão como documento formal para pactuar metas e objetivos para cada nível da gestão (2006).

Destacamos aqui o Pacto Pela Vida, que expressava um grupo de atividades sanitárias, demonstradas através de ações a serem desenvolvidas em busca de resultados prioritários em saúde, definidas pelos três entes federativos, com arranjos orçamentários e financeiros estabelecidos. Para custeio das ações, os

blocos foram definidos como: Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS (2006).

Considerada a décadas como principal porta de entrada aos serviços de saúde no SUS, a Atenção Básica, ou Atenção Primária à Saúde (APS), tem tido papel de destaque nas agendas do Ministério da Saúde (MS).

Em 1996, com aprovação da Norma Operacional Básica do SUS (NOB-SUS 01/96), o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF) passaram a ser estratégias prioritárias para a consolidação da APS, nos municípios brasileiros (1996). Em 1997, estes programas foram efetivamente instituídos e regulamentados pela Portaria MS n°1.886, e posteriormente vários outros documentos têm surgido em busca do aperfeiçoamento das políticas voltadas à APS (1997).

Como marco na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) foi publicada em 2006 a Portaria n°648/GM, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da principal porta de entrada ao SUS (BRASIL, 2006). A partir daí houveram revisões na PNAB, sendo a vigente publicada em setembro de 2017, através da Portaria GM/MS n°2.436 (BRASIL, 2017).

A atual PNAB traz no seu contexto o propósito de regulamentar a implantação e operacionalização vigentes, no plano do SUS, estabelecendo as diretrizes para a conformação da Atenção Básica, na Rede de Atenção à Saúde – RAS (BRASIL, 2017).

A nova PNAB trata os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde como equivalentes. Define Atenção Básica como conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que compreendem a promoção, a prevenção, a proteção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos, os cuidados paliativos e a vigilância em saúde. Estas ações realizadas por equipe multiprofissional qualificada na gestão do cuidado integrado, com responsabilidade sanitária sob populações de territórios definidos. Considera na oferta da assistência à saúde, os determinantes e condicionantes de saúde do território atendido (BRASIL, 2017).

Um destaque na nova PNAB se deve a normatização do papel da Atenção Básica (AB) como central na comunicação da RAS, coordenando o cuidado e ordenando as ações e serviços disponibilizados na RAS.

Quanto ao planejamento das ações de saúde na AB, os equipamentos deverão manter as informações necessárias para a construção dos indicadores

estabelecidos pela gestão sempre atualizados, com base nos parâmetros pactuados no âmbito do SUS. Os parâmetros a serem pactuados correspondem as prioridades, objetivos e metas (BRASIL, 2017).

Desde 2008, o MS definiu os indicadores de monitoramento e avaliação, através da Portaria MS nº325 (BRASIL, 2008). A partir de então foram definidos metas e prazos, registrando as informações através de um aplicativo governamental (SISPACTO, 2017), passando o processo a ser chamado de pactuação unificada de indicadores, articulados com o PS e com a PAS.

Todos os indicadores pactuados passam a ser avaliados anualmente, constando seus resultados no Relatório Anual de Gestão (RAG), do respectivo ano.

O SISPACTO é um sistema online, desenvolvido pelo Departamento de Informática do MS (DATASUS), utilizado para registro de pactuação de diretrizes, objetivos, metas e indicadores de Saúde. Oferece acesso aberto ao público para relatórios gerenciais e de pactuação dos indicadores para Estado, Região de Saúde e municípios, a partir de 2012 (SISPACTO, 2017). Outro sistema também foi desenvolvido pelo Departamento de Informática do Ministério da Saúde (DATASUS),

nomeado de SARGSUS (Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão), elaborado para que os Estados, Distrito Federal e Municípios registrem as informações do seu RAG 9SARGSUS, 2017).

Com a institucionalização das ferramentas do planejamento (PS, PAS e RAG), pela Lei Complementar nº141/2012, o ente federativo deverá expressar seus objetivos, diretrizes e metas, a partir da análise situacional da sua população. No intuito de auxiliar os entes federativos neste processo, em 2013 o MS, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) pactuaram o que chamaram de sete premissas norteadoras para o processo de pactuação anual de indicadores entre estados e municípios (BRASIL, 2013).

O documento foi intitulado *Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015*, com sua primeira publicação em 2013 e posteriormente suas edições de revisão. No documento, os indicadores são destacados como elementos essenciais no processo de monitoramento e avaliação, permitindo o acompanhamento do alcance das metas, fundamentando a análise dos resultados e auxiliando na tomada de decisões, bem como realizando análise comparativa de desempenho e dos processos organizacionais. São ainda classificados como: universais os que possuem

abrangência nacional e obrigatória a sua pactuação pelos Estados, Distrito Federal e Municípios; e como específicos os de pactuação a ser consensuada pelo território, a depender da sua especificidade, decididos pela Comissão Intergestora Bipartite de cada Estado (BRASIL, 2013).

No primeiro volume, em 2013, foram definidos 67 (sessenta e sete) indicadores a serem pactuados pelos entes federativos, resultante de uma elaboração histórica, envolvendo inúmeras instâncias responsáveis a pensar acerca da garantia do direito à saúde, um dos direitos fundamentais, garantidos pela Constituição Federal de 1988, nos seus Artigos 196 ao 200 (BRASIL, 2013).

Como a Resolução da Comissão Intergestora Tripartite (CIT) nº05, de 2013, permite o ajuste anual do rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015, a segunda edição publicada em 2014, e mantida em 2015, trouxe a exclusão de apenas um indicador e alteração na tipologia de três indicadores, restando ainda 66 (sessenta e seis) indicadores no quadro geral (BRASIL, 2015).

Porém, em 2016 os indicadores de pactuação interfederativa (como passaram a ser chamados) foram divulgados em agosto do referente ano, através da Resolução CIT nº02, com um

elenco contemplando apenas 29 indicadores, menos da metade formulada nos anos anteriores pela comunidade de especialistas que elaboraram o quadro de referência dos indicadores (BRASIL, 2017). A que se deve esta redução? Por que um instrumento tão relevante de planejamento, de execução, de avaliação e de reformulação de políticas públicas direcionadas à saúde sofreu uma mitigação desta monta? O que justifica esse procedimento?

Em novembro de 2016 a CIT elege nova lista com um elenco de 23 indicadores nacionais a serem pactuados nos anos de 2017-2021, através da Resolução nº08. O Governo do Estado da Bahia então, divulga em março de 2017 um caderno intitulado *Pactuação das Diretrizes, Objetivos e Indicadores 2017-2021 (SISPACTO)*. Neste caderno, 23 indicadores nacionais são apresentados, porém, apenas 20 (vinte) foram definidos pela CIB/BA de caráter obrigatório para os municípios baianos (BAHIA, 2017).

Observou-se que o uso de indicadores se constitui em uma norma do planejamento e avaliação da gestão do SUS no Brasil, com um arcabouço legal há mais de 20 anos, levando-se em conta desde a Lei nº8.080 de 1990, passando por toda a legislação já citada, até os instrumentos de gestão vigentes. Deste modo, ao se alterar os parâmetros de avaliação, reordenando quantidades e tipos

de indicadores, bem como seus métodos de cálculos, se faz necessário um estudo aprofundado da qualidade e eficácia dos que permanecem a serem pactuados.

A pesquisa aqui descrita tem como objetivo geral retratar as alterações ocorridas no rol de indicadores do MS de 2012 a 2017, especificamente os que compõem a diretriz pautada no acesso à AB. Relaciona o quantitativo definido no elenco do MS com o pactuado pelo Estado da Bahia, bem como o alcance de metas deste ente federativo a cada ano. Especificamente na Diretriz direcionada à qualificação do acesso à AB, buscando discernir se as alterações implicam em prejuízo para a avaliação da efetividade da política pública de saúde, em especial da Atenção Básica.

A partir da exposição, o estudo questiona se existe uma possível supressão de indicadores em prol de uma camuflagem da involução nas condições de acesso à saúde da população.

## **METODOLOGIA**

Para alcance dos objetivos, o estudo partiu de um método dedutivo, com abordagem qualitativa, cujo aspectos estruturais são analisados por método quantitativo. Realizou-se uma pesquisa descritiva, com informações obtidas através de um estudo exploratório, com análise de dados secundários, com coleta

de dados de forma indireta, extraídos de levantamento bibliográfico (em fontes científicas) e documental, com pesquisa em sites oficiais, sistemas de informações do Ministério da Saúde (MS) e na legislação vigente. Utilizou-se registros encontrados no SARGSUS, no SISPACTO, DATASUS, FIOCRUZ, bem como artigos científicos e dissertação de mestrado, além de publicações oficiais, entre outros documentos. Os registros em destaque correspondem aos indicadores de pactuação interfederativa definidos pelo MS e suas metas pactuadas de 2012 a 2017, com um recorte para os que avaliam a qualidade do acesso à saúde, no âmbito da Atenção Básica, utilizando os resultados do Estado da Bahia como referência amostral do ente estadual.

No primeiro momento, o estudo aborda a legislação do planejamento, monitoramento e avaliação, destacando o papel dos indicadores como ferramenta de gestão de políticas públicas de saúde. Nesta etapa os indicadores correspondem às variáveis da pesquisa e serão avaliados anualmente quanto a quantidade elencada pelo MS e a pactuada pela Bahia, no período de 2012 a 2017.

Em seguida, o trabalho procura identificar fatores que demonstrem a qualidade dos atuais indicadores na avaliação do acesso à Atenção Básica, e situações correlacionadas. Nesta etapa o estudo utiliza a Matriz de Dimensões da

Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde, desenvolvida pelo Projeto de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde (PROADESS, 2018), da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

Foi escolhido o período de 2012 a 2017 em virtude da expressiva alteração ocorrida no elenco, com aumento de 2012 para 2013, e redução significativa a partir de 2016.

### **PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO NO ACESSO À ATENÇÃO BÁSICA**

Segundo afirma Teston (2016), entre as diversas medidas de enfrentamento contra a crise econômica vividas no atual cenário brasileiro, estão as severas restrições nos gastos públicos. O autor declara que: “[...] conforme se desenvolve a crise do capitalismo contemporâneo, a saúde pública brasileira entra em processo de desvalorização.”.

De acordo Machado et al (2017), apesar da escalada dos governos de esquerda no Brasil, desde 2003, a expectativa de um modelo de desenvolvimento redistributivo, vários problemas de saúde não foram ponderados. Permanecendo o setor da saúde pública como um dos setores com fortes embates e grandes perdas.

Por conseguinte, o processo de planejamento e avaliação em saúde esbarra em limitações, e até mesmo em



retrocessos. Verifica-se uma fragilização do SUS, com uma forte pretensão do seu desmonte, induzida por detentores do capital financeiro, com apoio do Estado (MACHADO ET AL, 2017).

Não é objeto deste trabalho discorrer sobre todo o desastre contingencial proposto pelo Governo Federal, principalmente na saúde pública. Porém, torna-se impossível não fazer referências a medidas políticas, econômicas ou fiscais que provocam impactos, em potencial, nos determinantes e condicionantes de saúde da população, e que no âmbito deste artigo prevê como contextualização.

Um fato marcante do Governo Federal atual que não pode deixar de ser aqui citado, corresponde a aprovação da Emenda Constitucional 95, mesmo sendo alvo de intensos protestos pela sociedade civil, também conhecida como “emenda do teto dos gastos públicos”. Aprovada em dezembro de 2016, altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Regime Fiscal, e dá outras providências (BRASIL, 2016).

Este Novo Regime Fiscal passa a vigorar por vinte exercícios financeiros

(anos), a partir do ano de 2017, limitando os gastos e investimentos públicos. Para a educação e a saúde o ano-base será o ano de 2017, com aplicação do ajuste iniciado em 2018.

Segundo Mariano<sup>24</sup>, “[...] a medida se trata de uma tentativa das forças do capital, nacional e supranacional, para manter o Brasil no permanente Estado de Exceção Econômica”.

No trabalho de Teston (2016) intitulado *Avaliação em saúde no SUS do Estado do Acre no contexto do capitalismo contemporâneo: limites e desafios para sua perspectiva emancipatória*, ele demonstra que os atuais indicadores da Atenção Básica “[...] materializam a lógica de quantificar a oferta e o consumo de serviços, fragmentando o processo de avaliação em saúde”.

Ou seja, uma política pública de resultados quantitativos, regida pelas leis de mercado, onde sua avaliação se fundamenta na ideia do produtivismo, ao invés da mensuração da qualidade dos serviços de saúde, e conseqüentemente da melhoria das condições de saúde dessa população (MARIANO, 2017).

## **EVOLUÇÃO QUANTITATIVA DOS INDICADORES DE SAÚDE**

Pautada nessa forma de avaliação em saúde, os dados a seguir fazem uma avaliação quantitativa dos

indicadores elencados pelo MS, pactuados entre 2012 a 2017. pela Bahia e seus respectivos resultados,

**Tabela 1 – Pactuação interfederativa da Bahia, 2012 a 2017.**

Ano	Quantidade de indicadores definida MS	Total de indicadores pactuados pela Bahia		Indicadores de acesso à Atenção Básica	
		Quantidade	% metas alcançadas	Quantidade pactuada	% metas alcançadas
2012	32	30	40,00	4	25,00
2013	67	45	33,33	6	50,00
2014	66	45	24,44	6	66,67
2015	66	45	17,78	6	50,00
2016	28	22	18,18	2	50,00
2017	23	19	36,84	3	100,00

Fonte: DATASUS, SISPACTO, SARGSUS.<sup>24</sup><sup>14</sup><sup>15</sup>

Os registros do rol de indicadores do DATASUS/MS demonstram 32 (trinta e dois) resultados elencados para o ano de 2012. No instrutivo SISPACTO encontram-se pactuados para o Estado da Bahia 30 (trinta) indicadores. Sendo o SISPACTO um sistema com metas, verificou-se que no ano de 2012 a Bahia alcançou apenas 6 (seis) das trinta metas pactuadas, e 10 (dez) não possuem registros dos resultados no SISPACTO.

Quando se analisa os resultados no sistema de tabulação de dados do DATASUS/MS, dos indicadores pactuados pela Bahia, apenas um não possui registro do resultado para o ano de 2012. Entre os nove resultados registrados, seis alcançaram a meta proposta para o

ano. Ou seja, dos 30 (trinta) indicadores pactuados pela Bahia em 2012, apenas 40% alcançaram as metas pactuadas, se consideramos para avaliação todos os resultados registrados nos dois sistemas de informação (SISPACTO e DATASUS). Ainda em 2012, quatro indicadores foram elencados pelo MS com objetivo de avaliar a ampliação do acesso à AB. Destes, a Bahia alcançou a meta proposta para apenas um indicador (cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família).

No ano de 2013 o MS amplia seu elenco para 67 (sessenta e sete) indicadores. Neste período a Bahia pactuou metas para apenas 45 (quarenta e cinco).

No SISPACTO 2013 não foram encontrados registros dos resultados, apenas das metas. No DATASUS/MS os registros destes indicadores demonstram cerca de 33,33% de metas alcançadas, em relação às metas pactuadas no SISPACTO. Três dos indicadores estão sem registros dos resultados para o ano de 2013.

Ainda sobre 2013, do rol de indicadores do MS proposto para o ano, seis tinham como objetivo avaliar a ampliação do acesso a AB. Destes, a Bahia alcançou apenas três, e um não pactuou, registrando como “não se aplica”.

Em 2014, o MS subtraiu um indicador do seu elenco, e a Bahia pactuou metas somente para 45 (quarenta e cinco). Os resultados extraídos do DATASUS/MS demonstram que apenas 24,44% das metas foram alcançadas, e três apresentavam-se sem registros de resultados.

Do elenco dos indicadores de 2014 do MS, seis avaliam o acesso a Atenção Básica, e todos foram pactuados pela Bahia. No entanto, somente quatro tiveram suas metas alcançadas.

Em 2015 o MS manteve o rol de 66 (sessenta e seis) indicadores de 2014, e a Bahia manteve sua pactuação em 45 (quarenta e cinco) indicadores. Apenas 14 (quatorze) indicadores apresentaram os resultados no sistema de tabulação do DATASUS/MS, o que dificulta o

monitoramento e avaliação por parte dos Estados e Municípios. No entanto, no Relatório de Gestão do SARGUS/DATASUS/MS, dos 45 indicadores pactuados em 2015, estão registrados os resultados de 35 (trinta e cinco) indicadores. Destes, apenas 17,78% alcançaram as metas propostas para o período. Ao mesmo tempo que o MS disponibiliza os sistemas de informação como meios de pactuação e instrumentos de controle e avaliação, os registros apresentam-se incompletos, inviabilizando o processo de avaliação.

Dos 66 indicadores de 2015, o MS manteve os seis para avaliação do acesso à AB, e a Bahia pactuou todos, alcançando somente três. Um alcance de apenas 50% nessa diretriz, mantendo a limitação na qualidade do acesso à APS no Estado.

Em 2016 o rol de indicadores do MS foi reduzido em aproximadamente 33,33% em relação ao ano de 2015, contemplando um rol de somente 28 (vinte e oito) indicadores a serem pactuados pelos entes federativos. Com isso, a Bahia pactuou apenas 22 (vinte dois) indicadores, e o RAG de 2016, disponível para consulta no SARGUS/DATASUS, apresenta seus respectivos resultados, com alcance de apenas quatro das metas pactuadas para o período (aproximadamente 18,18%).

Neste ano de 2016, apenas dois indicadores encontram-se como parâmetros para o alcance do objetivo de ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde: cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família, e proporção de exodontia em relação aos procedimentos. Apenas este último teve sua meta alcançada pela Bahia em 2016.

Em 2017 com o rol do MS, composto de 23 indicadores, a Bahia pactuou metas para 22, e alcançou sete metas registradas no SARGSUS (36,84%). Neste ano, os indicadores apresentaram alteração significativa na Diretriz e Objetivos, apresentando três indicadores com características de avaliação do acesso aos serviços da AB. A Bahia pactuou os três, com 100% destes com suas metas alcançadas.

Observou-se que, quanto maior o número de indicadores no rol do MS, maior se tornou a diferença entre a quantidade elencada pelo MS e o total de metas pactuadas pela Bahia, de modo que, no ano de menor diferença entre estas (2012) foi o ano com maior alcance de metas para o Estado da Bahia.

Com relação ao acesso à AB, os anos de 2013 a 2015 foram os quais o

Ministério da Saúde apresentou maior quantidade de indicadores a serem pactuadas com esse objetivo. A Bahia sempre pactuou todos dessa categoria, porém somente em 2017 apresentou um alcance de 100% das metas propostas.

## **EFETIVIDADE NO ACESSO À ATENÇÃO BÁSICA**

Considerando-se que as crises econômicas e fiscais induzem à prática de políticas públicas com menos custos, porém com efetividade, ao invés de uma avaliação baseada no produtivismo, no número total de metas alcançadas, os dados deveriam ser avaliados pela qualidade dos indicadores que compõem o elenco a cada ano.

Nesse intuito, observando-se que, de 2012 a 2015 a Diretriz que avalia o acesso à AB permaneceu a mesma, havendo alterações apenas nos indicadores, conforme descrito na tabela 2, é possível se estabelecer atributos no intuito de dimensionar a efetividade de cada indicador.

Vale ressaltar que, em 2016 ocorreu uma alteração na redação da Diretriz, que se manteve até o momento atual.

<b>Rol do Ministério da Saúde</b>		<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017-2021</b>
<b>Diretriz</b>	Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de Atenção Básica de atenção especializada	+	+	+	+		
	Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de Atenção Básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS					+	+
<b>Indicadores</b>	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	+	+	+	+		+
	Proporção de internamentos por condições sensíveis à Atenção Básica (Icsab)		+	+	+		
	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde no Programa Bolsa Família (PBF)	+	+	+	+	+	+
	Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal	+	+	+	+		+
	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	+	+	+	+		
	Proporção de exodontia em relação aos demais procedimentos		+	+	+	+	

Fonte: Cadernos de indicadores do MS/SISPACTO.

Importante destacar que, em alguns anos, mesmo mantendo os indicadores utilizados anteriormente, a forma de cálculo sofreu mudanças, causando certa imprecisão na comparação.

Através do quadro teórico-conceitual desenvolvido pelo PROADESS, utilizando-se a Matriz de Desempenho<sup>20</sup>, pode-se classificar os indicadores da AB, quanto à dimensão e subdimensão, conforme tabela 3.

**Tabela 3 – Indicadores da Atenção Básica quanto a avaliação da Matriz do PROADESS.**

<b>Indicador</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Subdimensão</b>
<b>Cobertura populacional estimada</b>	Desempenho dos serviços de saúde	Acesso

<b>pelas equipes de Atenção Básica</b>		
<b>Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde no Programa Bolsa Família (PBF)</b>	Determinante de saúde	Socioeconômica
<b>Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal</b>	Desempenho dos serviços de saúde	Acesso
<b>Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada</b>	Desempenho dos serviços de saúde	Acesso
<b>Proporção de exodontia em relação aos demais procedimentos</b>	Desempenho dos serviços de saúde	Acesso
<b>Proporção de internamentos por condições sensíveis à Atenção Básica (Icsab)</b>	Desempenho dos serviços de saúde	Efetividade

Fonte: PROADESS/FIOCRUZ<sup>20</sup>.

Apesar da Diretriz do MS ter como premissa a avaliação do acesso da população à AB, em todo o período analisado, a tabela 3 demonstra que, somente quatro (de seis) dos indicadores da AB foram classificados na subdimensão que avalia acesso. E destes, apenas três encontram-se no elenco atual do Ministério da Saúde para o período 2017-2021: Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica; Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde no PBF e; Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal.

Importante ressaltar que o indicador subordinado ao Programa Bolsa Família (PBF) está vinculado a uma subdimensão socioeconômica, descaracterizando a proposta inicial da

Diretriz Nacional. Além disso, o cálculo desse indicador possui uma limitação da população a ser avaliada, restringindo apenas aos que se encontram em faixa socioeconômica considerada de extrema pobreza, com acompanhamento obrigatório para somente as mulheres na faixa etária de 14 a 44 anos, e crianças menores de 7 anos, segundo *Manual de Orientações sobre o Bolsa Família na Saúde*, publicado em 2009 (BRASIL, 2009). Se considerarmos sob a ótica de Soligo (2012), este indicador não possui critério de abrangência, restringindo o público a um patamar que pode comprometer o resultado. Deste modo, como considerar efetivo para uma população geral uma amostra que tem como base de cálculo um público limitado a uma situação socioeconômica, sexo e faixa etária, onde o SUS preconiza a universalidade do acesso?

Que utiliza como principais dados de mensuração do acesso à Atenção Básica apenas a avaliação antropométrica e a atualização de caderneta de vacina?

Até mesmo os dois indicadores da relação 2017-2021 que avaliam cobertura populacional estimada de equipes de saúde, considerados pela Matriz do PROADESS na subdimensão do acesso, possuem limitações, quando se leva em conta a forma de obtenção do seu resultado. Ocorre a partir da quantidade de profissionais de nível superior e médicos no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES, 2017). Deste modo, o que está sendo mensurado é a carga horária cadastrada em um sistema de informação, a oferta potencial registrada, ao invés de se considerar o trabalho de fato desenvolvido e o real acesso aos serviços de saúde. Não está sendo avaliado o acesso concreto que a população conseguiu ter às ações e serviços de saúde na AB no período (BAHIA, 2017). Assim sendo, podemos afirmar que estes dois indicadores não possuem o atributo de objetividade, definido por Bittar (2001), uma vez que não expressam o resultado fiel do objeto proposto. Também é possível afirmar que faltam a eles consistência interna.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo aqui apresentado, conduz o acesso à saúde como um direito

fundamental, com fulcro na Constituição Federal de 1988. O MS e os seus respectivos órgãos colegiados (CNS, CIT, entre outros), instituíram um aparato legal de instrumentos, visando, além do planejamento em saúde, monitorar e avaliar esse acesso, na premissa de qualificá-lo.

O Brasil vivenciou uma expansão significativa no seu rol de indicadores de saúde no período inicial do estudo, chegando ao seu auge no ano de 2013, onde potencializa seus entes federativos nas ferramentas de avaliação em saúde, seguido de uma retração bem mais expressiva a partir de 2016.

O Estado da Bahia, de modo geral, a cada aumento no quantitativo de metas elencadas por parte do Ministério da Saúde, apresentou maior distanciamento no alcance dos seus resultados pactuados. Quanto a efetivação do acesso da população às ações e serviços da Atenção Básica, no período avaliado, a Bahia ultrapassou 50% apenas no ano de 2014, e alcançou 100% em 2017. Vale ressaltar que neste ano foram pactuados apenas três indicadores, os quais este estudo não considera efetivo para a avaliação aqui proposta. Ou seja, a redução de modo geral no quantitativo aparenta favorecer a mitigação de um quadro deficitário de assistência à saúde.

A atual Diretriz do MS busca ampliar e qualificar o acesso à AB, considerando tempo adequado, humanização e equidade no atendimento. Estes fatores se relacionam à efetividade das ações e serviços da AB, entretanto, nenhum indicador de efetividade permaneceu para o período de 2017-2021. Observou-se que, ao invés de se aperfeiçoarem, a partir de 2016 os indicadores foram sendo subtraídos, ou substituídos, por outros que “disfarçam” uma precariedade desse acesso, por meio da quantificação de informações que se distanciam do seu verdadeiro objetivo primário.

Partindo dessa forma de avaliação em saúde, baseada em metas quantitativas, utilizando como parâmetro de ente federativo o Estado da Bahia, e confirmando a hipótese que os atuais indicadores estabelecidos pela CIT, para avaliar a qualidade do acesso à AB não expressam a diretriz a que se propõe, sendo insuficientes para mensurar a efetividade desse acesso, assim como escondem a verdadeira condição do direito ao acesso da população aos serviços ofertados nesse nível de atenção à saúde, ressaltamos a importância de estudos que defendam o retorno de indicadores, que possibilitem investigar a qualidade da Atenção Básica e sua efetividade como porta de entrada ao SUS e encaminhador aos demais níveis da RAS. Estudos que, inclusive, relacionem

os resultados do acesso à negativa do direito à saúde.

## REFERÊNCIAS

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (BA). Pactuação das Diretrizes, Objetivos e Indicadores 2017-2021 (SISPACTO): manual de orientação 2017. Bahia: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia; 2017.

BITTAR, O. J. N. V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. RAS. 2001 jul/set; 3 (12): 21-28



BRASIL, S. B. G. Seleção de indicadores para gestão de saúde no município [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP; 2004.

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

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Diário Oficial da União, seção 1, p. 2, Brasília, DF, 16 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Manual de orientações sobre o Bolsa Família na saúde. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Pactuação Interfederativa 2017-2021: Ficha de Indicadores. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). DATASUS Informações de Saúde. [acesso em 2017 dez 08]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201>

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS). Disponível em: <http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!carregarMunicipios.action>. Acesso Nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Brasília: MS; 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Sistema de Informações de Pactuação de Metas e Indicadores (SISPACTO). Disponível em: <http://aplicacao.saude.gov.br/sispacto/faces>

/relatoriosExterno/relatorioExternoPactuacao.jsf?faces-redirect=true-. Acesso Nov. 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 16 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p.18055, 20 set.1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica – SUS 01/96, de 05 de novembro de 1996. Aprova a NOB-SUS 01/96. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 48, 06 nov. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa Saúde da Família. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p.11, 22 dez. 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 68, 22 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 325, de 21 de fevereiro de 2008. Estabelece o Pacto Pela Vida. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 37, 22 fev. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto Pela Saúde. 2006 fev. 23. Seção 1. p 43-51.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 71, 29 mar. 2006.

GARCIA, P. T.; Reis, R. S. Gestão pública em saúde: o plano de saúde como

ferramenta de gestão. 1.ed. São Luís, Maranhão: EDUFMA; 2016.

MACHADO, C.V.; LIMA, L.D.; BAPTISTA, T.W.L. Políticas de Saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. Cad. Saúde Pública. 2017; 33: S143-61.

MARIANO, C.M. Emenda Constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. Rev. de Inv. Const. v. 4, n. 1, Curitiba, 2017 jan/abr;: 259-81. ISSN 2359-5639.

PROADES – Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde. Disponível em: <https://www.proades.icit.fiocruz/index.php?pag=princ>. Acesso Set. 2018.

SOLIGO, V. Indicadores: conceito e complexidade do mensurar em estudos de fenômenos sociais. Est. Aval. Educ. v. 23. 2012; mai/ago. p 12-25.

TAVARES, Sandra Maria Greger. Participação e movimentos sociais em saúde: esvaziamento ou desarticulação?. **Diálogos Possíveis**, [S.l.], v. 12, n. 1, apr. 2014. ISSN 2447-9047. Disponível em: <<http://revistas.unisba.edu.br/index.php/dialogospossiveis/article/view/87/55>>. Acesso em: 16 Feb. 2020.

TESTON, L M. Avaliação em saúde no SUS do Estado do Acre no contexto do capitalismo contemporâneo: limites e desafios para sua perspectiva emancipatória [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública – USP; 2016.

**Diálogos**  
**POSSÍVEIS**

*REVISTA DIÁLOGOS POSSÍVEIS*

**Editor:** Professor Doutor José Euclimar Xavier Menezes

Centro Universitário Social da Bahia (UNISBA)

Avenida Oceânica 2717, CEP – 40170-010  
Ondina, Salvador – Bahia.

**E-mail:** [dialogos@unisba.edu.br](mailto:dialogos@unisba.edu.br)

**Telefone:** 71- 4009-2840